

การพยาบาลดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย  
ที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury)  
ที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder)  
(กรณีศึกษา)

โดย

นางสาวปานสุคนธ์ แดงงาม

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ 3828

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง กรมการแพทย์

**การพยาบาลดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ**  
**ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury)**  
**ที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder) (กรณีศึกษา)**

ปานสุคนธ์ แดงงาม โรงพยาบาลเวชชาครักษ์ ลำปาง

**บทคัดย่อ**

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 20 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยมือการขาทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล 6 เดือน ให้ประวัติว่าเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้มนำส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล ลำปาง พบ Burst Fracture T5 with flaccid paraplegia รักษาโดยการผ่าตัด Laminectomy T4-T6, Fracture mid shaft of Left humerus ทำ Open Reduction and Internal Fixation แพทย์จำหน่าย ให้ไปฟื้นฟูและรับยาต่อที่โรงพยาบาลอำเภอใกล้เคียง ผู้ป่วยทำกายภาพ กายบริหาร ออกกำลังกายที่บ้าน โดยมีบิดาช่วยอาการไม่ดีขึ้น จึงมาปรึกษาแพทย์เพื่อขอเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลเวชชาครักษ์ ลำปาง

ปัญหาการพยาบาลที่พบมีหลายปัญหาแต่ปัญหาหลักในผู้ป่วยรายนี้คือ มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder) ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานานรวม 6 เดือนตั้งแต่เจ็บป่วยเนื่องจากได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ทำให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ปกติและยังพบว่าขณะเข้ารับการรักษา มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมีการรักษาด้วยการใช้ยา Antibiotic หลังไม่มีการติดเชื้อแพทย์ได้ตรวจวัดความดันกระเพาะปัสสาวะ (Cytometry): ได้ผลเป็น Neurogenic detrusor overactivity แพทย์ให้เข้าโปรแกรมการฝึกขับถ่ายปัสสาวะโดยทำการสวนปัสสาวะแบบสะอาดด้วยตัวเอง (Clean intermittent self-catheterization: CISC) และผู้ป่วยยังมีภาวะท้องผูกมีอุจจาระอัดแน่น มีภาวะ Autonomic Dysreflexia มีแผลกดทับที่ก้นกบ มีขา 2 ข้างอ่อนแรงกำลังกล้ามเนื้อขาข้างขวา grade1 ขาข้างซ้าย grade3 มีอาการขาเกร็งเล็กน้อย กิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วยระดับความสามารถอยู่ในระดับ (Independent with moderate assistance) เสี่ยงต่อพลัดตกหกล้ม เสี่ยงต่อเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension) เสี่ยงต่อเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT) พบขาดความมั่นใจในการตัดสินใจออกสู่สังคม เนื่องจากสภาพความพิการ รู้สึกว่าความมีคุณค่าในตัวเองลดลง เนื่องจากบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลง รู้สึกวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สภาพที่อยู่อาศัยยังไม่เหมาะกับการอาศัยของผู้ป่วย และขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

หลังจากการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย นำมาวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ร่วมกับใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory; IFSMT) (Ryan และ Savin, 2009) และการประเมินภาวะสุขภาพแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) ของ มาร์จอรี่ กอร์ดอน นั้น พบว่าในการเข้ารับการรักษาฟื้นฟูของผู้ป่วยครั้งนี้สามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้หลายปัญหาโดยเฉพาะปัญหาที่เป็นปัญหาหลักคือ ภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ

(Neurogenic Bladder) ผู้ป่วยสามารถสวนปัสสาวะแบบสะอาดด้วยตัวเอง (Clean intermittent self-catheterization: CISC) ได้ ญาติเข้าใจวิธีการดูแลการสวนปัสสาวะแบบสะอาดด้วยตัวเอง ไม่มีติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำ แผลกดทับหายไม่เกิดแผลเพิ่ม เกิดภาวะAutonomic Dysreflexia 1 ครั้งไม่เกิดซ้ำ ขา 2 ข้างยังมีอาการอ่อนแรงกำลังกล้ามเนื้อขาข้างขวา grade1 ขาข้างซ้าย grade3 แต่มีความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อดีขึ้นไม่มีข้อยึดติด มีอาการขาเกร็งลดลงปัจจุบันที่อยู่ระดับ1 ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายและทำกายบริหารด้วยตนเองได้ ไม่เกิดพลัดตกหกล้ม ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension) ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT) ด้านความวิตกกังวลลดลงสีหน้าสดชื่นขึ้น ผู้ป่วยวางแผนจะปรับสภาพบ้านเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน มีการวางแผนจะกลับไปเรียนต่อและหางานทำ สามารถปรับตัวยอมรับความพิการของตนเองได้มากขึ้นกล้าและมีความมั่นใจที่ออกสู่สังคม ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองเพียงแต่ต้องมีญาติเฝ้าระวังความปลอดภัยให้เท่านั้น ระดับความสามารถอยู่ในระดับ (Independent with Supervision) รวมใช้ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษารักษาฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล 26 วัน

**คำสำคัญ:** การพยาบาลดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง กระเพาะปัสสาวะพิการ

# Nursing care and rehabilitation of spinal cord injury patients with neurogenic bladder (Case study)

Pansukon Dangngam  
Vejcharak Hospital, Lampang

## Abstract

Thai male patient, 20 years old, denies any underlying disease. The patient received rehabilitation treatment with symptoms of weakness in both legs. 6 months before coming to the hospital, he gave a history of a motorcycle accident and was sent for treatment to Lampang Hospital. Burst Fracture T5 with flaccid paraplegia was found and treated by Laminectomy surgery. T4-T6, Fracture mid shaft of Left humerus did Open Reduction and Internal Fixation. The doctor sent me for rehabilitation and continued medication at the district hospital near my house. The patient did physical therapy, exercise, and exercise at home with his father's help, but his symptoms did not improve. Therefore, came to consult a doctor to request rehabilitation at Vejjarak Hospital, Lampang.

There are many nursing problems encountered, but the main problem in this patient is Has a neurogenic bladder condition. The patient has had a urinary catheter in place for a total of 6 months. since the illness due to a spinal cord injury. This caused them to be unable to control their urinary excretion normally and it was also found that while undergoing treatment they had an infection in the urinary system. There is treatment with the use of Antibiotics. after there is no infection. The doctor measured the bladder pressure. (Cytometry): The results were Neurogenic detrusor overactivity. The doctor put him in a urinary excretion training program by doing Clean intermittent self-catheterization (CISC) and the patient still has constipation and has tight stools. The patient has Autonomic Dysreflexia and a pressure sore on the coccyx. There is weakness in both legs, right leg muscle strength grade 1, left leg grade 3, slight leg stiffness. Daily activities must have someone to assist at a level of ability (Independent with moderate assistance) to reduce the risk of falls. Risk of low blood pressure from changing positions (Orthostatic Hypotension). Risk of deep vein thrombosis (DVT). Lack of confidence in deciding to go out into society. due to disability Feeling that your self-worth has decreased due to changes in your role Feeling anxious due to lack of knowledge about

the disease The living conditions are still not suitable for the patient's living, and lack of understanding of how to behave when returning home.

After using the nursing process as a tool to assess the patient's health status used for nursing diagnosis nursing care plan Nursing practice and evaluation together with using nursing theory concepts for self-management of individuals and families (Individual and Family Self-Management Theory; IFSMT) (Ryan and Savin, 2009) and Marjorie Gordon's Functional Health Pattern found that when receiving treatment for rehabilitation of people This time I was sick, I was able to manage to solve the problem. There are many problems, especially the main problem is Neurogenic Bladder: Patients can perform clean intermittent self-catheterization (CISC). Relatives understand how to take care of clean intermittent self-catheterization (CISC). There were no repeated urinary tract infections. Pressure sores heal without additional wounds. Autonomic Dysreflexia occurred 1 time and has not recurred. Both legs still have muscle weakness in the right leg, grade 1, left leg grade 3, but the muscle flexibility has improved and there are no joint adhesions. There is a reduction in leg spasticity, currently at level 1. Patients can exercise and do physical exercises on their own. There were no falls or falls. Low blood pressure from changing positions (Orthostatic Hypotension) did not occur. Deep Vein Thrombosis (DVT) did not occur. Anxiety decreased; facial expression became fresher. The patient plans to adjust the home when he returns home. There are plans to return to study and find work. Able to adapt and accept one's own disability, becoming more courageous and confident in going out into society. Patients and relatives understand how to behave when they return home. Patients are able to do daily activities by themselves, but must have relatives to monitor their safety. The ability level is at the level (Independent with Supervision). Total time to receive rehabilitation treatment in the hospital is 26 days.

**Key words:** nursing care and rehabilitation, Patients with spinal cord injuries, Neurogenic Bladder

## บทนำ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและคนพิการ ให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยไม่มีข้อจำกัด โดยโรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง มีบทบาทในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยเฉพาะคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายซึ่งเป็นกลุ่มคนพิการที่พบได้มากที่สุดในประเทศความพิการทั้งหมด

จากข้อมูลของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ปี 2566 พบมีคนพิการร้อยละ 3.4 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 2.2 ล้านคน ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายยังคงเป็นประเภทความพิการอันดับ 1 ของคนพิการทั้งหมดในประเทศไทย ร้อยละ 51.57 หรือประมาณ 1,155,339 คน การบาดเจ็บไขสันหลังเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน การบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury) เป็นภาวะที่สำคัญที่พบได้บ่อยและมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี การบาดเจ็บของกระดูกสันหลังเกิดได้จากหลายสาเหตุ ส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุทางจราจร (ร้อยละ 45.4) ตกจากที่สูง (ร้อยละ 16.8) กีฬาที่มีความเสี่ยงบางประเภท เช่น ชีมน้ำ รักบี้ ถูกทำร้ายร่างกาย ถูกยิง ถูกแทง ถูกวัตถุหนักๆ ตกทับ และในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการหกล้ม (falling) (นิรมล จันทร์ธานี, 2562) หรืออาจเกิดจากโรค เช่น การติดเชื้อในไขสันหลังช่องโพรงกระดูกเสื่อมกดเบียดไขสันหลังหรือเนื้องอกที่ไขสันหลัง (กรมการแพทย์ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2560) เมื่อมีการบาดเจ็บของไขสันหลังเกิดขึ้นส่งผลทำให้การทำงานในด้านการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึกและการควบคุมระบบอัตโนมัติในร่างกายบกพร่องไป ซึ่งอาจจะพบอาการบกพร่องในบางส่วน (incomplete lesion) หรือมีอาการบกพร่องทั้งหมด (complete lesion) จนมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการไปตลอดชีวิตได้

สถิติข้อมูลคนพิการที่มารับบริการโรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง แบบผู้ป่วยใน พบผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมารับบริการเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด และยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหา ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ปี 2564-ปี 2566 เก็บข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่เข้าพักรักษาแบบผู้ป่วยใน พบว่า มีปัญหาของระบบขับถ่ายปัสสาวะตั้งแต่แรกเริ่ม ร้อยละ 60 จากจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังทั้งหมดที่เข้าพักรักษาจำนวน 75 ราย มีติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง, 2566) โดยผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดภายหลังบาดเจ็บไขสันหลัง ส่วนใหญ่มักมีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะและปัญหาการขับถ่ายอุจจาระที่ผิดปกติทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะการขับถ่ายปัสสาวะโดยไม่ตั้งใจหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือเกิดภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติจึงเป็นประเด็นสำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง แต่ปัญหานี้มักถูกละเลยจากทีมผู้ดูแลในช่วงแรกเนื่องจากการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ มักถูกมองว่าไม่มีความรุนแรงถึงชีวิต แต่ภาวะแทรกซ้อน เช่น ปัสสาวะเล็ดราด กะปริบกะปรอย ปัสสาวะไม่ออก และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เกิดขึ้นได้บ่อย อีกทั้งในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บไขสันหลังในระดับสูงยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติ (Autonomic dysreflexia) อันมีสาเหตุมาจากภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder) ได้ ทั้งยังส่งผลกระทบต่ออาการกลับเข้าสู่สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

บทบาทของพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพมีบทบาทในการดูแลเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย และครอบครัว การให้ความรู้ในการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยบูรณาการแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังให้สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อทราบถึงรายละเอียดของภาวะNeurogenic Bladder ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
2. เพื่อศึกษาแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory; IFSMT) (Ryan และ Savin, 2009) และการประเมินภาวะสุขภาพแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) ของ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน มาศึกษาใช้กับการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder)
3. เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาผู้ป่วย และค้นคว้าตำราไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ที่มี ภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลเอกสารวิชาการเกี่ยวกับการบาดเจ็บไขสันหลังและการพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ(Neurogenic Bladder)
2. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder) ในโรงพยาบาลเวชศาสตร์ ลำปาง วางแผนการดูแลให้การพยาบาลแบบองค์รวม นำทฤษฎีทางการพยาบาล การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory; IFSMT) (Ryan และ Sawin, 2009)) และการประเมินภาวะสุขภาพแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) ของมาร์จอร์รี่ กอร์ดอน มาศึกษาใช้กับการพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder)
3. ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง
4. รวบรวม และเรียบเรียงเนื้อหา เขียนรายงานวิชาการรวมทั้งปรับปรุงแก้ไข
5. จัดพิมพ์รูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ใช้เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการแก่พยาบาล และผู้สนใจ
2. ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้การพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder) โดยการนำทฤษฎีการพยาบาลมาผสมผสาน
3. ใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลและจัดทำแนวปฏิบัติ การพัฒนารูปแบบคู่มือปฏิบัติการฝึกขับถ่ายปัสสาวะ ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder) ต่อไป

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษา:

ผู้ป่วยชาย อายุ 20 ปี 7 เดือน 29 วัน เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ  
ระดับการศึกษา หลักสูตรการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาไฟฟ้าและ  
อิเล็กทรอนิกส์

สถานภาพ โสด อาชีพ นักศึกษา

ภูมิลำเนา จังหวัดลำปาง

ที่อยู่ปัจจุบัน 45 หมู่ 7 ตำบล แม่ทะ อำเภอกำแพงแสน จังหวัด ลำปาง

น้ำหนัก 60 Kg ส่วนสูง 179 cms BMI 18.73 Kg/m<sup>2</sup>

สิทธิการรักษา ท.74 (บัตรทองผู้พิการ)

ผู้ดูแลหลัก บิดา

วันที่รับไว้รักษา 1 มิถุนายน 2565

วันที่สิ้นสุดการรักษา 26 มิถุนายน 2565

การวินิจฉัยแรกเริ่ม Spastic paraplegia

Goal ผู้ป่วย - ADL independent all

- Transfer and ambulation with wheel chair independent

- Bladder training

แหล่งที่มาของข้อมูล ชักประวัติผู้ป่วยและผู้ดูแล (บิดา) ตรวจร่างกายผู้ป่วยและเวชระเบียน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล :

6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564 อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม ไม่สลบ นำส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล  
ลำปาง พบ Burst Fracture T5 with flaccid paraplegia รักษาโดยการผ่าตัด Laminectomy T4-T6,  
Fracture mid shaft of Left humerus ทำ Open Reduction and Internal Fixation พักรักษาตัว 1  
เดือน แพทย์จำหน่ายกลับบ้านมีนัดติดตามอาการ 1 ครั้ง หลังจากนั้นแพทย์ให้กลับบ้าน ให้ทำกายภาพเองที่  
บ้านและแนะนำให้ไปฟื้นฟูและรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

วันที่ 1 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อปรึกษาเรื่องการเข้าพักนอนในโรงพยาบาลเพื่อรับ  
การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยแพทย์ได้ประเมินอาการพิจารณาให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูและฝึก  
Intensive Rehabilitation วินิจฉัยแรกเริ่ม: Spastic paraplegia

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีตและปฏิเสธการมีโรคประจำตัว



## ประวัติการแพทย์และอาหาร:

ปฏิเสธการแพทย์และอาหาร

## ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว :

ไม่มีบุคคลใดในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคทางพันธุกรรม

## ประวัติครอบครัว :

ผู้ป่วยมีพี่น้อง 2 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนเล็ก มีพี่สาว 1 คน บิดา มารดา ยังมีชีวิตอยู่อาศัยอยู่ร่วมกันทั้ง 4 คน

## ข้อมูลสภาพบ้าน/ที่อยู่อาศัย

บ้านอยู่ติดกับถนนในหมู่บ้านถนนลาดยาง อยู่ใกล้กับโรงพยาบาลแม่ทะ ลักษณะบ้านเป็นบ้านครึ่งไม้ครึ่งปูนยกพื้นสูงชั้นเดียว ขนาดของประตูเข้าบ้านกว้าง 1 เมตร ลักษณะพื้นห้องเป็นกระเบื้อง บ้านมี 2 ห้องนอน 1 ห้องน้ำ 1 ห้องครัว ห้องนอนมีประตูเข้าห้องนอนเป็นพื้นราบไม่มีธรณีประตู ขนาดของประตูกว้าง 100 เซนติเมตร รถเข็นเข้าได้สะดวก ลักษณะห้องน้ำเป็นส้วมซึมประตูห้องน้ำกว้างประมาณ 100 เซนติเมตร ไม่มีธรณีประตูรถเข็นเข้าได้ อ่างน้ำผู้ป่วยตักอาบได้ ไม่มีอ่างล้างหน้า

## ข้อมูลการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย

ติดตามประเมินแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon) ดังนี้

### 1.แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยอ่อนแรงขา 2 ข้าง แต่ไม่ทราบว่าเป็นโรคขาดเจ็บไขสันหลัง ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนยังต้องพึ่งพาผู้ดูแลในบางกิจกรรม มีวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตั้งแต่เจ็บป่วยได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ยอมรับความเจ็บป่วยได้เล็กน้อย อยากช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุดเพื่อออกไปสู่สังคมได้ ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ขาดความตระหนักและความรู้ในการออกกำลังกายเองที่บ้านจึงทำให้การฝึกไม่ต่อเนื่อง

สรุป: ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

### 2.แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารได้ทุกประเภท ตักรับประทานได้เอง การรับประทานอาหารจะมีบิดาเป็นคนเตรียมอาหารให้ ก่อนมานอนโรงพยาบาลจะดื่มน้ำวันละ 1,800-2,000 มิลลิลิตร น้ำหนัก 60 Kg ส่วนสูง 179 cms BMI 18.73 Kg/m<sup>2</sup>

สรุป: ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องแบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

### 3.แบบแผนการขับถ่าย

การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายเองได้

การขับถ่ายปัสสาวะผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ลักษณะปัสสาวะเป็นสีเหลืองเข้ม มีตะกอนขาวขุ่น กลิ่นฉุน มีปัสสาวะซึมบางครั้งเทปัสสาวะทุก 3 ชั่วโมง

การขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระทุก 4 วัน/ครั้ง โดยการใช้ยาาระบายมะขามแขกรับประทาน 2 เม็ดก่อนนอน ร่วมกับสวนอุจจาระ ลักษณะอุจจาระ type 1,2 และการดูแลความสะอาดหลังการขับถ่าย ทำความสะอาดหลังการขับถ่ายมีบิดาและญาติฯช่วยเหลือ

สรุป: ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการขับถ่าย ปัสสาวะ-อุจจาระ

#### 4.แบบแผนการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย

กิจวัตรประจำวันต้องมีคนคอยช่วยเหลือกิจกรรมบางอย่างเนื่องจากมีขา 2 ข้างอ่อนแรง การออกกำลังมีบิดา กระตุ้นและช่วยทำให้ ไม่ค่อยสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย

ลำดับ	ประเมินความสามารถการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)	การช่วยเหลือ
1	feeding	independent
2	grooming, dressing and cleaning	minimal - independent
3	ย้ายตัว บน-ล่าง, ซ้าย-ขวา	independent
4	พลิกตะแคงตัวซ้าย-ขวา	independent
5	Supine to sit	independent
6	Sitting balance	independent
7	Standing balance	moderate assistance
8	การเคลื่อนย้ายตัว (Transfer)	moderate assistance
9	Ambulation by W/C	moderate assistance

สรุป: ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย

#### 5.แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน

ผู้ป่วยเข้านอนประมาณ 22.00 น. ตื่นนอนประมาณเวลา 7.30 น. หลับได้เองไม่ต้องใช้ยานอนหลับ หลังเจ็บป่วยหลับได้เองแต่ตกใจตื่นง่าย ไม่ค่อยมีสมาธิในบางครั้ง

สรุป: ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องแบบแผนการนอนหลับพักผ่อน

#### 6.สติปัญญาและการรับรู้

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีสื่อสารได้ถามตอบรู้เรื่อง รู้วัน เวลา และสถานที่ ทำตามคำสั่ง สื่อสารได้ปกติ เรียนจบชั้นหลักสูตรการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาขาวิชาไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ ได้วางแผนที่จะเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาแต่เกิดการเจ็บป่วยก่อนจึงทำให้ไม่ได้ศึกษาต่อ

สรุป: ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องสติปัญญาและการรับรู้

#### 7.แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยลักษณะนิสัยเป็นคนยิ้มแย้มแจ่มใสชอบพบปะผู้คน การยอมรับความรู้สึก ต่อการสูญเสียภาพลักษณ์/และการทำงานของร่างกายได้เล็กน้อย หลังเจ็บป่วยรู้สึกไม่ค่อยมีความเชื่อมั่นในตัวเอง ไม่มั่นใจในตนเองเนื่องจากอาการเจ็บป่วยครั้งนี้ เก็บตัวอยู่แต่ในบ้านมากขึ้น ไม่อยากเจอใคร ไม่อยากทักทายใคร

สรุป: ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์สภาพอารมณ์

## 8.แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

บทบาทก่อนเจ็บป่วยเป็นนักเรียนไม่ได้ช่วยหารายได้ในครอบครัววางแผนจะเรียนต่อแต่ไม่ได้เรียนเนื่องจากเจ็บป่วยครั้งนี้ ปัจจุบันเป็นผู้พึ่งพิงโดยมีบิดาเป็นผู้หารายได้หลักประกอบอาชีพลูกจ้างประจำสำนักงานเทศบาลและมีพี่สาวเป็นผู้ดูแลรองประกอบอาชีพพนักงานบริษัทและมารดาเป็นแม่บ้าน สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ส่วนกิจกรรมในชุมชนตั้งแต่เจ็บป่วยผู้ป่วยยังไม่มีโอกาสเข้าร่วม และถ้ามีกิจกรรมร่วมญาติส่วนใหญ่ญาติจะมาร่วมตัวกันที่บ้านผู้ป่วยก็จะพบเจอญาติๆเป็นบางโอกาสสามารถพูดคุยและเข้าร่วมกิจกรรมได้

สรุป: ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับบทบาทและสัมพันธภาพ

## 9.แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธุ์

ผู้ป่วยยังไม่เคยมีแฟนเรื่องเพศสัมพันธ์ผู้ป่วยบอกว่าตั้งแต่เจ็บป่วยไม่เคยมีเพศสัมพันธ์แต่อวัยวะเพศยังมีการแข็งตัวตอนเช้าและยังมีความต้องการทางเพศบางครั้ง

สรุป: ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับแบบแผนทางเพศและการเจริญพันธุ์

## 10.แบบแผนการปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด

ช่วงแรกของการเจ็บป่วยมีความเครียดมาก กังวลเรื่องโรคที่เป็น อยากหายจากอาการที่เป็น อยากกลับไปใช้ชีวิตปกติ รู้สึกหงุดหงิดง่าย ไม่ค่อยอยากทักทายพูดคุยกับใคร สีหน้ากังวล คิ้วขมวด เวลามีปัญหาปรึกษาครอบครัว และผ่อนคลายความเครียดโดยการเล่นเกมส์รู้สึกคลายความเครียดลงบ้างแต่ก็ยังมีความกังวล สามารถนอนหลับได้

สรุป: ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการปรับตัวและการเผชิญความเครียด

## 11.คุณค่าและความเชื่อ

ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ชอบทำบุญส่วนใหญ่ไปทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา ประเพณีไทย เชื่อในเรื่องโชคและที่ตัวเองเจ็บป่วยเชื่อว่าเป็นโชคร้าย และกลัวสิ่งที่มองไม่เห็น ส่วนใหญ่จะสวดมนต์ก่อน

สรุป: ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องคุณค่าและความเชื่อ

### การประเมินสภาพและตรวจร่างกายตามระบบ

สัดส่วนร่างกาย น้ำหนัก 60 Kg ส่วนสูง 179 cms BMI 18.73 Kg/m<sup>2</sup> สัญญาณชีพแรกจับ อุณหภูมิร่างกาย 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/65 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> Sat 97 % (Room Air)

ผิวหนัง ผิวขาวเหลือง สีผิวสม่ำเสมอ ไม่มีผื่น ผิวหนังอุ่นชุ่มชื้นดี เล็บมือเล็บเท้าตัดสั้นสะอาดสีชมพู มีลักษณะเป็นรูปช้อน ไม่มีนิ้วบวม ไม่มีรอยโรคไม่มีการอักเสบ บริเวณด้านหลังมีรอยผ่าตัดจากการทำ Laminectomy T4-T6 และบริเวณต้นแขนด้านซ้ายมีรอยแผลผ่าตัดจากการทำ Open Reduction and Internal Fixation แผลหายแล้ว แต่มีแผลกดทับที่ก้นกบ ระดับ 2 ขนาด 3 x 4 เซนติเมตร แผลกดทับที่สะโพกขวา ระดับ 2 ขนาด 0.5 x 1 เซนติเมตร

ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ กะโหลกศีรษะลักษณะสมมาตรไม่มีก้อนกดไม่เจ็บผมสีดำการกระจายตัวของผมสม่ำเสมอหนังศีรษะแห้งสะอาดไม่มีรอยโรคใบหน้าสมมาตรเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีการกระตุกของใบหน้า

ตาทั้ง 2 ข้างมีขนาดเท่ากันไม่มี Discharge เยื่อตาไม่ซีดไม่มีการอักเสบใบหมีลักษณะขนาดเท่ากันทั้งสองข้าง อยู่ในแนว Eye-occipital line หูไม่บวมไม่มีสิ่งแปลกปลอมในหูไม่มี Discharge การได้ยินเท่ากันทั้ง 2 ข้าง จมูกมีลักษณะสมมาตรไม่มีรอยโรค septum อยู่ในแนว Midline ริมฝีปากชุ่มชื้นไม่แห้งแตกเย็บช่องปาก สีชมพูลิ้นสีชมพูไม่มีแผลไม่มีฝ้าขาวฟันเรียงตัวดีไม่มีฟันผุมีหินปูนเล็กน้อยคอสมมาตรเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีผื่น ต่อมน้ำลายโตขึ้นไม่โตขึ้นที่คอทั้ง 2 ข้างเต้านมปกติจ้วงหวั่นเท่ากัน 2 ข้าง ประมาณ 86 ครั้ง/นาที

**ทรวงอกและทางเดินหายใจ** ลักษณะของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้างไม่มีอกบวมอกไก่ AP: lateral = 1: 2 ลักษณะ การหายใจ ปกติสม่ำเสมอ 18 ครั้ง/นาที การขยายของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เสียงการหายใจ (Breath sound) ปกติ **เต้านม** หัวนมและลานนมสีน้ำตาลอ่อนคลำบริเวณหัวนมไม่พบก้อนกดไม่เจ็บ

**หัวใจและหลอดเลือด** ลักษณะของทรวงอกไม่มีอกบวมหรืออกยุบไม่มีการตั้งรังไม่มีก้อนกดไม่เจ็บดูทั้ง 4 Area แล้วไม่มี Heaving PMI ที่ตำแหน่ง Intercostal space ที่ 5 ตัดกับ Mid clavicular line คลำไม่พบ Thrill ฟังเสียงหัวใจ (S1&S2) ปกติไม่มี Murmur อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอดี

**หน้าท้องและทางเดินอาหาร** หน้าท้องมีลักษณะแบบสมมาตรเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีผื่นหรือแผลเป็นบริเวณ หน้าท้องคลำพบก้อนคล้ายอุจจาระ เสียง Bowel sound 3-4 ครั้ง/นาที ม้ามและตับไม่โตคลำไม่พบก้อน

**อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก** อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกรูปร่างปกติปลาย penis ไม่มี discharge ซีมคลำไม่พบก้อนกดไม่เจ็บ คาสายสวนปัสสาวะไว้

**กระดูกและข้อ** Full ROM of shoulder, elbow, wrist, finger, hip, knee, ankle, toe มี spasticity ที่ขาทั้งสองข้าง MAS เท่ากับ 2 เท้าทั้งสองข้างไม่มี foot drop แขนกำลังกล้ามเนื้อ grade5 ทั้ง 2 ข้าง ขาข้างขวา grade1ขาข้างซ้าย grade3

**ระบบประสาท** ระดับความรู้สึกตัวดีไม่สับสนในการตอบคำถามพูดได้ชัดเจน ความคิดความจำการรับรู้ปกติ Cranial nerve ทั้ง 12 คู่ เป็นปกติ

ตารางที่ 3 ผลการตรวจหา Sensory level ของผู้ป่วย

Key sensory points	Light touch		Pin prick	
	R	L	R	L
C2	2	2	2	2
C3	2	2	2	2
C4	2	2	2	2
C5	2	2	2	2
C6	2	2	2	2
C7	2	2	2	2
C8	2	2	2	2
T5	1	1	1	1
ตั้งแต่ T5 ถึง S4- S5 ลงมาได้ 1 ทั้งหมด				

ตารางที่ 4 ผลการตรวจหา Motor level ของผู้ป่วย

Key Muscles	R	L
C5 elbow flexors	5	5
C6 Wrist extensors	5	5
C7 elbow extensors	5	5
C8 finger flexors	5	5
T1 finger abductors	5	5
L2 Hip flexors	1	3
L3 Knee extensors	2	3
L4 ankle dorsiflexors	1	3
L5 Long toe extensors	1	3
S1 Ankle plantar flexors	1	2
Total motor score = 70 คะแนน		

#### การตรวจ rectal area examination

PR: Perianal Sensation = Positive

Deep anal sensation = Positive

Anal wink = Positive

BCR = Positive

Sphincter tone = +1

Voluntary anal contraction = Positive

การวินิจฉัย: Incomplete spastic paraplegia T5 ASIA C

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้อง

(พบปัญหาในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - วันที่ 11 มิถุนายน 2565)

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: - ผู้ป่วยบอกว่า “เคยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 2 ครั้งขณะที่คาสายสวนปัสสาวะ”

- ผู้ป่วยบอกว่า “ปัสสาวะมีตะกอนเล็กน้อย กลิ่นฉุนบางครั้ง”

- ผู้ป่วยบอกว่า “อยู่บ้านไม่ได้ยึดสายสวนปัสสาวะเลย บางครั้งก็วางถุงปัสสาวะไว้กับพื้น”

O: - จากการสังเกตผู้ป่วยและบิดามักจะทำถุงรองรับปัสสาวะสัมผัส และลากพื้นบ่อยๆ

- จากการสังเกตปัสสาวะมีตะกอนขาวขุ่น กลิ่นฉุน

- BT 38.5 องศาเซลเซียส แกร็บ

- CBC: 01/06/2565 WBC Count 12,040 Cell/mm<sup>3</sup>, RBC Count 5.24 X10<sup>6</sup>Cell/ mm<sup>3</sup>, Neutrophil 79 %

- Microscopy UA: 01/06/2565 Leukocyte 2+, WBC (urine) 3-5 cell/HPF

### วัตถุประสงค์

1) เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

### เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผล UA อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- 2) ไม่มีไข้ BT 36.5-37.5 องศาเซลเซียส
- 3) ลักษณะของปัสสาวะมีสีเหลืองใส ไม่ขุ่น ไม่มีตะกอน ไม่มีกลิ่น
- 4) ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลสายสวนปัสสาวะได้ถูกต้อง

### กิจกรรมการพยาบาล

- 1) แนะนำให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองขณะคาสายสวนปัสสาวะ ดูแลให้ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าบริเวณกระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วยเสมอ เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของปัสสาวะเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะซึ่งอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ถ้าจำเป็นต้องยกถุงปัสสาวะให้สูงกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะจะต้องพับสายสวนปัสสาวะก่อนชั่วคราว โดยการใช้มือพับ หรือใช้ยางรัดสายสวนปัสสาวะแล้วรีบคลายออกเมื่อจัดวางให้อยู่ในสภาพเดิม ห้ามวางถุงปัสสาวะหรือลากถุงปัสสาวะกับพื้น
- 2) ดูแลสายสวนปัสสาวะและถุงปัสสาวะให้เป็นระบบปิดเสมอ โดยต้องไม่มีรอยแตก รั่วซึม ซึ่งจะเป็นช่องทางนำเชื้อโรคเข้าสู่ระบบได้
- 3) ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้เลื่อนเข้า - ออก หรือเกิดการดึงรั้งของสาย โดยในผู้ชายยึดสายสวนปัสสาวะติดบนหน้าท้องเหนือหัวหน่าว และไม่ดึงสายสวนปัสสาวะออกเองเพราะอาจเกิดอันตรายต่อท่อปัสสาวะ
- 4) ไม่ควรนั่งทับสายสวนปัสสาวะ หรือนั่งทับถุงรองรับน้ำปัสสาวะ และหมั่นสังเกตว่าปัสสาวะไหลลงถุงรองรับน้ำปัสสาวะได้สะดวก และเทปัสสาวะออกจากถุงอย่างน้อย ทุก 2-3 ชั่วโมง หรือไม่เกิน 2/3 ของถุง
- 5) ทำความสะอาดรูเปิดของท่อถุงรองรับปัสสาวะด้วย สำลีชุบ 70 % แอลกอฮอล์ ก่อนและหลังการเทปัสสาวะออก
- 6) ดื่มน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อย่างน้อยวันละ 8 - 12 แก้วหรือปริมาณน้ำตามคำแนะนำของแพทย์ - พยาบาล และควรมีการเปลี่ยนอริยาบทเสมอ เพื่อป้องกันการตกตะกอนของปัสสาวะ
- 7) ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และรูเปิดของท่อปัสสาวะทุกวัน วันละ 2 ครั้งเช้า - เย็นด้วยสบู่และน้ำ
- 8) สามารถอาบน้ำทำความสะอาดได้ตามปกติ และไม่ควรโรยแป้งบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์
- 9) สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะแดง มีหนอง ขุ่น เป็นตะกอน ปวดท้อง ปัสสาวะมีกลิ่นเหม็นปวดแสบร้อนบริเวณท่อปัสสาวะ หนาวสั่น มีไข้ ควรรีบไปพบแพทย์
- 10) ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงโดยเฉพาะไข้
- 11) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินการติดเชื้อ
- 12) ดูแลให้ Paracetamol (500 mg) 1tab oral q 6 hr for fever, Ceftriaxone (2 gm) vein OD x 3 day, Ciprofloxacin (250 mg) 1 x 2 oral pc x 7 day (นับต่อจาก Ceftriaxone) ตามแผนการรักษา

## การประเมินผล

สัญญาณชีพอยู่เกณฑ์ปกติได้รับยาตามแผนการรักษา Microscopy (UA) : 08/06/2565  
Leukocyte 2+, WBC (urine) 10-20 cell/HPF ไม่มีไข้ ปัสสาวะมีสีเหลืองใส มีตะกอนเล็กน้อย ไม่มีกลิ่นฉุน  
ผู้ป่วยและญาติเข้าใจขั้นตอนการดูแลสายสวนปัสสาวะได้ถูกวิธี เก็บสิ่งส่งตรวจซ้ำ Microscopy  
UA : 11/06/2565 Leukocyte Negative, WBC (urine) 0-1 cell/HPF

สรุปผล บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัญหาได้รับการแก้ไข

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ (Autonomic Dysreflexia: AD)

(พบปัญหาในวันที่ 3 มิถุนายน 2565 - วันที่ 3 มิถุนายน 2565)

### ข้อมูลสนับสนุน

S: - ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการขนลุก เหงื่อออก เวลาเกิดภาวะท้องผูกหรือสายสวนปัสสาวะหักพับในบางครั้งแต่ไม่ทราบว่าเป็นอาการ AD คืออะไร”

- ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการปวดศีรษะ เวลนอนทับแผลนานๆ”

O: - Case Incomplete spastic paraplegia T5

- ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกถ่ายอุจจาระ 4 วันครั้งต้องรับประทานยาระบายและสวนอุจจาระ

- ประเมินความรู้ผู้ป่วยยังไม่ทราบเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดและวิธีป้องกันภาวะ Autonomic dysreflexia

### วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีอันตรายเมื่อเกิดภาวะ Autonomic Dysreflexia

2) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะ Autonomic Dysreflexia ได้ถูกต้อง

### เกณฑ์การประเมิน

1) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Autonomic Dysreflexia

2) ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกอาการและการจัดการเมื่อมีภาวะ Autonomic Dysreflexia ได้อย่างถูกต้อง

### กิจกรรมการพยาบาล

1) ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการเมื่อเกิดภาวะ Autonomic Dysreflexia ควรปฏิบัติดังนี้

- หยุดกิจกรรมที่ทำอยู่ที่จัด position ให้ผู้ป่วยนั่งศีรษะสูง 90 องศาและลดขาทั้ง 2 ข้างลงต่ำ

- ค้นหาสาเหตุและจัดการกับสิ่งเร้าที่กระตุ้นผู้ป่วย

- ประเมินความดันโลหิตอัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจทุก 5 นาที จนกว่าจะปกติ

- เมื่อไม่สามารถจัดการภาวะ Autonomic Dysreflexia ให้รีบรายงานแพทย์ทันทีเพื่อประเมินการรักษาด้วยการใช้ยา

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะ Autonomic Dysreflexia ได้แก่ ปวดศีรษะแบบตุบๆ บริเวณขมับ หายหอย ตามัว ขนลุก หน้าแดง คัดจมูก หน้า/ผิวหนังซีดเย็น เหงื่อออกมากผิดปกติ

3) ให้ความรู้เรื่องสาเหตุกระตุ้นให้เกิดภาวะ Autonomic Dysreflexia เช่น การเกิดท้องผูก มีปัสสาวะคั่งค้าง เล็บขบ แผลกดทับ เสื้อผ้าที่รัดแน่นเกิน

- 4) ให้ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับการสวนปัสสาวะแบบสะอาดด้วยตนเองให้เป็นเวลาเพื่อลดการเกิดปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะและการขับถ่ายอุจจาระทุก 2 วันเพื่อป้องกันการเกิดภาวะท้องผูก
- 5) แนะนำเมื่อกลับไปอยู่บ้านถ้าไม่สามารถแก้ไขภาวะ Autonomic Dysreflexia ให้รีบกลับมาพบแพทย์

#### การประเมินผล

- ผู้ป่วยเกิดภาวะ Autonomic Dysreflexia 1 ครั้ง และสามารถบอกได้ว่าตัวเองเกิดภาวะ Autonomic Dysreflexia พร้อมดูแลตัวเองในการจัดการปัญหาเบื้องต้นได้ถูกต้อง และไม่เกิดอันตรายจากการมีภาวะ Autonomic Dysreflexia

- ผู้ป่วยและญาติสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับบอกอาการและวิธีจัดการภาวะ Autonomic Dysreflexia ได้ถูกต้องหลังได้รับคำแนะนำและความรู้จากพยาบาล

สรุปผล บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัญหาได้รับการแก้ไข

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic bladder dysfunction)

(พบปัญหาในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: - ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่สามารถปัสสาวะเองได้ต้องใส่สายสวนปัสสาวะไว้ตลอดตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาล”

- ผู้ป่วยบอกว่า “อยากสวนปัสสาวะด้วยตนเอง ไม่อยากคาสายสวน”

O: - Case Incomplete spastic paraplegia T5

- แพทย์ให้ Off สายสวนปัสสาวะเพื่อเข้าโปรแกรม CISC เมื่อ UA อยู่ในเกณฑ์ปกติ

- ผู้ป่วยไม่สามารถขับถ่ายปัสสาวะด้วยตนเองได้ต้องทำการ CISC 6 รอบต่อวัน และจำกัดน้ำดื่ม 2,000

มิลลิลิตร/วัน

- แพทย์ให้ยา Diutropan (5 mg) 1 x 2 oral pc

#### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับภาวะผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ (Neurogenic bladder)
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถสวนปัสสาวะได้อย่างถูกต้อง

#### เกณฑ์การประเมิน

- 1) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับภาวะผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ (Neurogenic bladder)
- 2) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการสวนปัสสาวะแบบสะอาดได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอนและตามเวลา
- 3) ผู้ป่วยและญาติสามารถสวนปัสสาวะได้อย่างถูกต้องไม่เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะสวน

#### กิจกรรมการพยาบาล

- 1) อธิบายเกี่ยวกับภาวะ Neurogenic bladder คือภาวะที่มีความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากระบบประสาทเสื่อมหน้าที่หรือถูกทำลาย แบ่งได้ 2 แบบ ใหญ่ๆ คือปัสสาวะไม่ออก (failure to empty) และปัสสาวะเล็ด รัด (failure to store)



2) แนะนำการสวนปัสสาวะเป็นเวลา CISC 6 รอบ/วัน (06.00 น. ,09.00 น. ,13.00 น. ,17.00 น. ,20.00 น. และก่อนนอน) ร่วมกับการควบคุมน้ำดื่มของผู้ป่วยโดยให้ดื่มน้ำวันละ 2,000 มิลลิลิตร/วัน แบ่งดื่มโดยเวลา 08.00 -16.00 น. ดื่มน้ำ 1,000 มิลลิลิตร/เวลา 16.00-24.00 น. ดื่มน้ำ 800 มิลลิลิตร/เวลา 24.00-08.00 น. ดื่มน้ำ 200 มิลลิลิตรตามแผนการรักษาของแพทย์

3) ติดตามนิเทศการทำ CISC ของผู้ป่วยและญาติ

- ทบทวนความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการทำ CISC ที่ถูกต้องและอธิบายผลเสียของการทำผิดขั้นตอน
- กระตุ้นให้ดื่มน้ำให้ได้ปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายผู้ป่วยรายนี้ประมาณ 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน เพื่อลดและป้องกันการเกิดราดของปัสสาวะ
- แนะนำสวนปัสสาวะตามเวลาหรือถ้าปวดปัสสาวะก่อนให้สามารถสวนปัสสาวะก่อนเวลาได้
- ให้ความรู้เรื่องของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะการสังเกตปัสสาวะถ้ามีปัสสาวะสีเข้ม มีตะกอนขุ่น มีกลิ่นฉุนหรือมีปริมาณปัสสาวะออกน้อย
- เน้นย้ำการล้างมือให้ถูกต้องตาม 7 ขั้นตอนด้วยสบู่และน้ำเปล่า

4) แนะนำการงดดื่มเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ได้แก่ น้ำชา กาแฟ น้ำอัดลมที่มีสีดำ เครื่องดื่มบำรุงกำลังต่าง ๆ (ยกเว้นน้ำเกลือแร่) และแอลกอฮอล์ทุกชนิดเนื่องจากมีฤทธิ์ในการขับปัสสาวะ

5) แนะนำข้อควรระวังปริมาณปัสสาวะที่สวนได้ในแต่ละครั้งไม่ควรมากกว่า 500 มิลลิลิตร เนื่องจากจะทำให้มีปัสสาวะเกินความจุของกระเพาะปัสสาวะ (bladder overdistension) ทำให้การฟื้นตัวของกล้ามเนื้อผนังกระเพาะปัสสาวะช้าลง

6) เน้นย้ำให้รับประทานยาตามการรักษาของแพทย์สม่ำเสมอ Diutropan (5 mg) 1 x 2 oral pc พร้อมแนะนำผลข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น มีอาการท้องผูก ปากแห้ง คอแห้ง เป็นต้น

7) ให้ความรู้ในการบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกพร้อมทั้งติดตามการลงบันทึกใน bladder diary

### การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการขั้นตอนการสวนปัสสาวะและภาวะผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะได้อย่างถูกวิธีและตระหนักเห็นความสำคัญของการสวนปัสสาวะตามรอบเวลา และการควบคุมการดื่มน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติสวนปัสสาวะแบบสะอาดด้วยตัวเองได้ไม่เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะสวน ไม่มีปัสสาวะเล็ด ราด ซึม

**สรุปผล** บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัญหาได้รับการแก้ไขแต่ปัญหาการทำงานของกระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติเนื่องจากระบบประสาทยังคงมีอยู่

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 มีภาวะท้องผูกและมีอุจจาระอัดแน่น

(พบปัญหาในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

### ข้อมูลสนับสนุน

S: - ผู้ป่วยบอกว่า “ปกติผมจะถ่ายอุจจาระ 4 วัน/ครั้ง ต้องรับประทานยาระบายมะขามแขกและบางครั้งต้องสวน Unison enema”

- ผู้ป่วยบอกว่า “เวลาถ่ายอุจจาระต้องใช้แรงเบ่ง ลักษณะอุจจาระเป็นก้อนกลมแข็ง”
- ผู้ป่วยบอกว่า “ขณะเจ็บป่วยจะนอนทำเตียงอยู่บนเตียงตลอดเวลา”

O: - ขณะเข้าพักนอนโรงพยาบาลสังเกตบางวันผู้ป่วยดื่มน้ำน้อยวันละประมาณ 1,500 มิลลิลิตร

- ผู้ป่วยต้องรับประทานยา Senokot 2-tab oral hs
- ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระทุก 2-3 วัน ลักษณะอุจจาระ Type1, 2 ปริมาณ ½ ถ้วย
- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย
- Bowel sound 3 - 4 ครั้ง/นาทีก่อน
- คลำพบก้อนคล้ายอุจจาระที่หน้าท้อง

### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะท้องผูก
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องผูกและการทำ Bowel program

### เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ไม่มีอุจจาระอัดแน่นที่ลำไส้ใหญ่
- 2) ลักษณะของอุจจาระ type 3-4
- 3) ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีป้องกันภาวะท้องผูกและการทำ Bowel program ได้ถูกต้อง
- 4) ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ทุก 2 วัน

### กิจกรรมการพยาบาล

- 1) แนะนำให้ความรู้เรื่องท้องผูก ภาวะแทรกซ้อน และวิธีป้องกัน
- 2) ประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยลักษณะ type ปริมาณ ความถี่ของอุจจาระ
- 3) ดูแลให้ Senokot 2-tab oral hs และ Unison enema 1 tube rectal supro prn constipation ตามแผนการรักษาของแพทย์และสอนวิธีการสวน
- 4) สอนทักษะและให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเรื่อง Bowel Program ได้แก่การนวดหน้าท้อง Digital rectal stimulation และ Evacuation พร้อมให้แผ่นพับความรู้เรื่องการนวดกระตุ้นทวารหนักด้วยนิ้วมือพร้อมทั้งเน้นย้ำให้ทำอย่างเป็นประจำและสม่ำเสมอ
- 5) แนะนำอาหารที่มีกากใยสูงปริมาณ 25 กรัม/วัน เช่น มะละกอสุก แอปเปิ้ลเขียว ข้าวกล้อง ถั่ว ธัญพืช เป็นต้น
- 6) กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน (ผู้ป่วยจำกัดน้ำดื่มเนื่องจากเข้า CISC โปรแกรม)
- 7) ดูแลกระตุ้นให้ขยับเคลื่อนไหวร่างกายใน position ต่างๆ และกระตุ้นการ ambulate บ่อยๆ เพื่อกระตุ้นให้ลำไส้ได้เคลื่อนไหว
- 8) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการขับถ่าย
- 9) ฝึกให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา
- 10) ดูแลได้รับยาละลายหรือการสวนอุจจาระเมื่อจำเป็นตามแผนการรักษาของแพทย์
- 11) ติดตาม กำกับ ประเมินการทำ Bowel Program ของผู้ป่วยและญาติจนกว่าจะปฏิบัติได้ถูกต้อง

12) ให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงลักษณะอุจจาระในแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถประเมินลักษณะอุจจาระได้

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระได้ปกติทุก 2 วัน ลักษณะอุจจาระเป็น Type 3-4 ปริมาณ 1- 2 ถ้วย ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติขั้นตอนการนวดหน้าท้องได้ถูกต้อง และบอกวิธีป้องกันการท้องผูกได้

สรุปผล บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัญหาได้รับการแก้ไข

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5** แบบแผนการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่องเนื่องจากขา 2 ข้างอ่อนแรง (พบปัญหาในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: - ผู้ป่วยบอกว่า “ทำความสะอาดหลังขับถ่ายและอาบน้ำบิตาายังต้องช่วยเหลือ ถ้าทำเองจะใช้เวลาานานมาก”

- ผู้ป่วยบอกว่า “เวลาเคลื่อนย้ายตัวจากเตียงไปรถเข็นยังต้องอาศัยบิตาช่วยเหลือตลอด”

O: - Case Incomplete spastic paraplegia T5

- ผู้ป่วยมีขาสองข้างอ่อนแรงร่วมกับมีอาการเกร็ง MAS เท่ากับ 2

- Ambulation with Wheel chair

- Transfer แบบ anterior posterior 1 assist ต้องมีคนคอยช่วยเหลือเล็กน้อย

- ประเมิน SNMRC score = moderate assist

#### วัตถุประสงค์

1) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองระดับ มากกว่า moderate assist

#### เกณฑ์การประเมิน

1) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นจากการติดตามผลการประเมิน SNMRC score  $\geq$  moderate assist

#### กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมิน SNMRC

2) ส่งฝึกทางกายภาพบำบัดตามแผนการรักษา

3) เน้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรในส่วนที่สามารถทำได้

4) เสริมความมั่นใจในการทำกิจวัตรต่างๆ

5) ดูแลติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

6) อธิบายให้ญาติเข้าใจเรื่องลดการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอิสระได้และเพิ่ม ความเป็นคุณค่า ในตัวเองและเกิดความภาคภูมิใจ

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการทำกิจวัตรด้วยตนเองได้เพิ่มขึ้น คะแนน SNMRC score = supervision  
สรุปผล บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัญหาได้รับการแก้ไข

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการออกกำลังกาย

(พบปัญหาในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - วันที่ 20 มิถุนายน 2565)

### ข้อมูลสนับสนุน

S: - ผู้ป่วยบอกว่าอยู่ที่บ้านไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่บิดาเป็นคนทำให้

- ผู้ป่วยบอกว่าไม่แน่ใจทำกายภาพที่ท่ามันมีหลายท่า จำทำไม่ค่อยได้

- ผู้ป่วยบอกว่าแพทย์โรงพยาบาลลำปางให้ไปฟื้นฟูต่อโรงพยาบาลใกล้บ้านและทำกายภาพเองที่บ้าน คิดว่าจะรอมารับฟื้นฟูที่โรงพยาบาลเวชชารักษ์เลย เลยไม่ได้ไปทำที่โรงพยาบาลอำเภอประกอบกับที่บ้านมีบิดาทำให้อยู่ และไม่ค่อยสะดวกเดินทาง

- ผู้ป่วยบอกว่ารอมารับฝึกที่โรงพยาบาลเลยซึ่งบิดาวางแผนจะพามารักษาที่โรงพยาบาลอยู่แล้ว

O: - ผู้ป่วยมี ขา 2 ข้างอ่อนแรง

- ผู้ป่วยไม่ได้ฝึกกายภาพต่อเนื่องที่โรงพยาบาล อาจทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจและไม่ทราบความสำคัญของการฝึกกายภาพและการออกกำลังกายเนื่องจากมีเวลาในการเรียนรู้น้อย

### วัตถุประสงค์:

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสม
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองได้

### เกณฑ์การประเมิน

- 1) ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง
- 2) มีการออกกำลังกาย อย่างน้อย 30- 45 นาที จำนวน 5 วัน / สัปดาห์
- 3) มีการเคลื่อนไหวร่างกายให้มากขึ้นในชีวิตประจำวัน
- 4) ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินความรู้และความสามารถในการออกกำลังกายของผู้ป่วยและญาติ
- 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย ทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็งแรงลดความดันโลหิตสร้างกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและลดภาวะแทรกซ้อนคือข้อยึดติดหากไม่ออกกำลังกายจะทำให้ข้อ ยึดติดและเคลื่อนไหวลำบากยิ่งขึ้น เพื่อชี้ให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย
- 3) ส่งฝึกการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับ T5 กับนักกายภาพบำบัดในช่วงเวลานัดกายภาพ
- 4) ให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายชนิดการออกกำลังกายที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
- 5) สอนและสาธิตท่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับ T5

6) สอนญาติมารวมออกกำลังกายและทำกายภาพในท่าที่เหมาะสมด้วยกันเพื่อช่วยให้การออกกำลังกาย ประสบผลสำเร็จดีขึ้น กล่าวคำชื่นชมและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจ ในตนเองและกระตุ้นการปฏิบัติให้ต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย

#### การประเมินผล

- ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายตามที่นักกายภาพและพยาบาลสอนได้อย่างถูกต้อง
- ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายทุกวันๆละประมาณ 30 นาที
- ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น สามารถตอบคำถามเรื่องท่าและประโยชน์

ของการออกกำลังกายได้ถูกต้อง

- ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้แต่ยังต้องมีคนช่วยระวังความปลอดภัย

สรุปผล บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัญหาได้รับการแก้ไข

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 มีแผลกดทับที่ก้นกบและสะโพกขวาเนื่องจากมีความบวมพองของระบบ ประสาทรับรู้สึก**

(พบปัญหาในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - วันที่ 20 มิถุนายน 2565)

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: - ผู้ป่วยบอก “รู้สึกเล็กน้อยเวลาโดนสัมผัสตั้งแต่บริเวณใต้ลิ้นปี่ลงไป”

- ผู้ป่วยบอก “มีแผลกดทับที่ก้นกบและสะโพกขวา”

- ผู้ป่วยบอก “บริเวณมีแผลกดทับที่ก้นกบและสะโพกขวาไม่รู้สึกเจ็บเลย”

O: - Case Incomplete spastic paraplegia T5

- ขาสองข้างอ่อนแรง Motor power Upper limb แขนสองข้าง grade 5 / Lower limb ขาข้างขวา grade 1 ขาข้างซ้าย grade 3

- Barden scale 16 คะแนน

- มีแผลกดทับที่ก้นกบ ระดับ 2 ขนาด 3 x 4 เซนติเมตร แผลกดทับที่สะโพกขวา ระดับ 2 ขนาด 0.5 x 1 เซนติเมตร

#### วัตถุประสงค์

1) ผู้ป่วยมีแผลกดทับ มีขนาดลดลง ไม่เกิดแผลใหม่

#### เกณฑ์การประเมินผล

1) ผู้ป่วยมีแผลกดทับที่ก้นกบ ระดับ 2 ขนาดน้อยกว่า 3 x 4 เซนติเมตร แผลกดทับที่สะโพกขวา ระดับ 2 ขนาดน้อยกว่า 0.5 x 1 เซนติเมตร

#### กิจกรรมการพยาบาล

1) ตรวจสอบสภาพผิวหนังดูแลผิวหนังให้สะอาดโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก เช่น เขิงกรานก้นกบ กระเบนเหน็บ สะโพกด้านข้างเพราะเป็นบริเวณที่เกิดแผลได้ง่าย

- 2) ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวและประสาทรับความรู้สึกการไหลเวียนของเลือดบริเวณผิวหนัง เพื่อประเมินแนวโน้มของการเกิดแผลกดทับและมีแผลกดทับเกิดขึ้นหรือไม่ประเมินสาเหตุการเกิดแผลกดทับ โดยตรวจดูทุกครั้งที่มีการทำความสะอาดร่างกายหรือเวลาพลิกตะแคงตัวกระตุ้นผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ครั้งอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
- 3) ป้องกันการระคายเคืองและเกิดแผลกดทับจากอุปกรณ์ต่างๆ โดยรักษาความสะอาดของเตียงและที่นอน ปราศจากสิ่งสกปรก
- 4) ดูแลผิวหนังให้สะอาดและแห้งเสมอจัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่อากาศถ่ายเทดีไม่ปล่อยให้ผิวหนังแห้งโดยใช้ครีม หรือโลชั่นทาบริเวณผิวหนังที่แห้งหรือบริเวณที่ถูกกดทับ
- 5) ดูแลทำแผลด้วย Aseptic technique Dressing wound at coccyx and Rt. hip prn ตามแผนการรักษา
- 6) ป้องกันผิวหนังระคายเคืองและเกิดแผลกดทับจากการไหลซึมของปัสสาวะและอุจจาระหลังจากมี อุจจาระ และปัสสาวะไหลซึมให้ทำความสะอาดและเช็ดให้แห้งโดยตรวจสอบทุก 2 ชั่วโมง
- 7) หลีกเลี่ยงการสัมผัสและวางกระเป๋าน้ำร้อนบริเวณขาสองข้าง
- 8) ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันและดูแลผิวหนังอยู่ตลอดเวลา โดยการสอนผู้ป่วยคำหรือใช้กระจกส่องดูความผิดปกติของผิวหนังบริเวณสะโพก

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยมีแผลกดทับที่ก้นกบ และแผลกดทับที่สะโพกขวาหายแล้วผิวหนังชุ่มชื้น สะอาดดี สามารถพลิกตะแคงตัวเองได้ ไม่เกิดแผลใหม่

สรุปผล บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัญหาได้รับการแก้ไข

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 เสี่ยงต่อพลัดตกหกล้มเนื่องจากขา 2 ข้างอ่อนแรง

(พบปัญหาในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

#### ข้อมูลสนับสนุน

- S: - ผู้ป่วยบอกว่า “เมื่อมีการเคลื่อนย้ายตัวจะมีอาการเกร็งของขาสองข้าง”  
 - ผู้ป่วยบอกว่า “ยังเคลื่อนย้ายตัวไม่ถนัด”  
 - ผู้ป่วยถามว่า “เคลื่อนย้ายตัวแบบใดเหมาะกับอาการขา 2 ข้างอ่อนแรง”

O: - Case Incomplete spastic paraplegia T5

- ผู้ป่วยมีขาสองข้างอ่อนแรง ร่วมกับมีอาการเกร็ง MAS เท่ากับ 2
- Ambulation with Wheel chair
- Transfer แบบ anterior posterior 1 assist ต้องมีคนช่วยเล็กน้อย
- Motor power Upper limb แขนสองข้าง grade 5 / Lower limb ขาข้างขวา grade 1 ขาข้างซ้าย grade 3

## วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

## เกณฑ์การประเมิน

- 1) ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มและไม่เกิดพลัดตกหกล้มกับผู้ป่วย

## กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้ SNMRC SCORE
- 2) ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยใช้ motor power เพื่อนำมาวางแผนการบำบัดการรักษาทิศทางการพยาบาล
- 3) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น
- 4) นิเทศผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือขณะผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตัว
- 5) ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
- 6) ดูแลส่งฝีกตามโปรแกรมการฟื้นฟูและมีการติดตามความต่อเนื่องของการฝึกเป็นระยะ
- 7) ติดตามนิเทศการเคลื่อนย้ายตัวของผู้ป่วยตามโปรแกรมการฝึกของนักกายภาพ
- 8) ให้ความช่วยเหลือขณะขึ้น-ลงเตียงและขณะทำกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
- 9) จัดวางสิ่งของให้ผู้ป่วยสามารถหยิบใช้ได้สะดวกเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
- 10) ดูแลพื้นห้องและห้องน้ำให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
- 11) จัดให้มีมือถอคความช่วยเหลือที่เตียงและห้องน้ำเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
- 12) จัดให้แสงสว่างเพียงพอเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
- 13) ปรับเตียงต่ำสุดเพื่อป้องกันการตกเตียง

## การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม สิ่งแวดล้อมปลอดภัย ผู้ป่วยและญาติรับทราบวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ

**สรุปผล** บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัญหาได้รับการแก้ไข แต่ยังคงมีการเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยยังมีเกร็งและขา2ข้างอ่อนแรง

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 9** มีภาวะเกร็งที่ขาสองข้างเนื่องจากมีพยาธิสภาพบาดเจ็บที่ไขสันหลัง

## ข้อมูลสนับสนุน

(พบปัญหาในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

S: - ผู้ป่วยบอกว่า “ช่วงตื่นนอนตอนเช้าจะมีอาการเกร็งที่ขาสองข้างทำให้ขยับเคลื่อนไหวร่างกายลำบากมาก”

- ผู้ป่วยบอกว่า “เวลานอนตอนกลางคืนจะมีอาการเกร็งกระตุกที่ขาสองข้างทำให้สะดุ้งตื่น”

- ผู้ป่วยบอกว่า “เวลามีอาการเกร็งที่ขาสองข้างจะสั้น”

O: - จากการประเมินตรวจร่างกายพบมีขาทั้งสองข้าง MAS เท่ากับ 2

- จากการสังเกตพบขณะผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวขยับตัวขาสองข้างจะมีอาการเกร็งเป็นพักๆ

- แผนการรักษาของแพทย์ให้ Baclofen (10 mg) 1 x 4 oral pc, hs เพื่อลดอาการเกร็ง

### วัตถุประสงค์

1) เพื่อลดอาการเกร็งของขาสองข้างลดลง

### เกณฑ์การประเมินผล

1) อาการเกร็งของขาสองข้าง MAS  $\leq$  2

2) ผู้ป่วยพักผ่อนได้

3) ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการเกร็ง

### กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยประเมิน motor power

2) ให้ความรู้สอนการทำยืดกล้ามเนื้อเพื่อลดภาวะเกร็ง ดังนี้

2.1) ทำการยืดเหยียดกล้ามเนื้ออย่างช้า ๆ ไม่กระชาก

2.2) ไม่ควรทำให้รู้สึกเจ็บหรือรู้สึกตึงที่ส่วนใดส่วนหนึ่งมากเกินไป

2.3) ขณะทำให้รู้สึกผ่อนคลายไม่เกร็งหรือตั้งใจทำมากเกินไป

2.4) หายใจเข้าออกช้า ๆ เป็นจังหวะไม่กลั้นลมหายใจ

2.5) แต่ละท่าในการเหยียดทำประมาณ 10 - 15 ครั้งต่อท่า ยืดค้างไว้ 5 - 10 วินาที

3) แนะนำขั้นตอนการยืดเหยียดกล้ามเนื้อประกอบด้วย ดังนี้

3.1) การยืดกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อสะโพกด้านหน้าให้นอนคว่ำแขนยื่นออกไปด้านหน้าเล็กน้อย ดันแขนยกตัวขึ้นให้สะโพกติดพื้น

3.2) การยืดกล้ามเนื้อสะโพกด้านข้าง นอนเหยียดขาไปกับพื้นดึงขาข้างขวาขึ้นมาให้อยู่ในลักษณะงอเข่า นำขาข้างขวาไขว้ไปทางด้านข้างของขาข้างซ้ายใช้มือข้างซ้ายจับที่ข้อเท้าและใช้มือข้างขวาดันเข้าข้างขวาไปทางซ้าย

3.3) การยืดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง (หากนั่งเหยียดขาทั้งสองข้างไม่ได้) ให้นั่งและนำขาข้างซ้ายมาไขว้บนขาข้างขวาจากนั้นให้เอื้อมมือไล่ไต่ลงไปที่ขาข้างขวา

3.4) การยืดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง (ที่ละข้าง) ใช้มือข้างขวาจับที่ขาข้างขวาเพื่อให้อยู่ในแนวตรง จากนั้นไต่มือข้างซ้ายมาที่หน้าแข้งขวาลงมาถึงข้อเท้า

3.5) การยืดกล้ามเนื้อต้นขาด้านใน (ที่ละข้าง) นั่งเหยียดขาทั้งสองข้างไปด้านหน้าจับขาข้างขวางอเข่า ตั้งเข่าขึ้นมามือซ้ายจับที่ข้อเท้าให้อยู่กับที่มือขวากางขาข้างขวาออก

3.6) การยืดกล้ามเนื้อต้นขาด้านใน (ทั้งสองข้าง) นั่งให้ฝ่าเท้าชนกันผ่อนคลายกล้ามเนื้อและหลัง พร้อมกับก้มตัวมาด้านหน้าทีละน้อย ๆ จนถึงจุดที่ไปไม่ได้

3.7) การยืดกล้ามเนื้อองนั่งเหยียดขาข้างซ้ายนำขาข้างขวามาไขว้บนขาข้างซ้ายมือข้างขวาจับที่ข้อเท้ามือข้างซ้ายจับที่ปลายเท้าจากนั้นให้มือข้างซ้ายดันปลายเท้าเข้ามาหาตัวหรือจะนั่งทำบนรถเข็นก็ได้ ด้วยวิธีเดียวกันระวังพลัดตกหกล้ม

4) ส่งผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดตามแผนการรักษา



5) ดูแลให้รับประทานยา Baclofen (10 mg) 1 x 4 oral pc, hs และแนะนำผลข้างเคียงหลังจากได้รับประทาน เช่น มีอาการง่วงซึม เวียนศีรษะ ท้องผูก ปวดศีรษะ เป็นต้น

#### การประเมินผล

- แพทย์ปรับยา Baclofen (10 mg) 1 x 3 oral pc, 2 tab oral hs
- ผู้ป่วยไม่มีข้อติดและมีอาการเกร็งลดลงขาสองข้าง MAS เท่ากับ 1 สามารถพักผ่อนได้
- ไม่เกิดอุบัติเหตุขณะนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล
- ผู้ป่วยและญาติสามารถทำการบริหารยืดกล้ามเนื้อได้ถูกต้อง

**สรุปผล** บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัญหาได้รับการแก้ไข แต่ยังคงมีการเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยยังมีเกร็งและขา 2 ข้างอ่อนแรง

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 10** เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension) เนื่องจากมีพยาธิสภาพบาดเจ็บที่ระดับไขสันหลัง

(พบปัญหาในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

#### ข้อมูลสนับสนุน

- S: - ผู้ป่วยบอกว่า “เมื่อก่อนเคยมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะตอนเปลี่ยนท่านอนเป็นท่านั่งบ่อยๆ”
- ผู้ป่วยบอกว่า “2 เดือนก่อนมีอาการหน้ามืด ไปหาหมอ หมอให้พัน (Elastic bandage) EB ขณะลงเตียง”
  - ผู้ป่วยบอกว่า “เคยมีความดันต่ำขณะเปลี่ยนท่านอนเป็นท่านั่ง”

O: - Case Incomplete spastic paraplegia T5

- แรกรับวัดความดันโลหิตตอนเปลี่ยนท่า BP 90/50 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ
- แรกรับพัน (Elastic bandage) EB ที่ขา 2 ข้าง

#### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Postural Hypotension
- 2) เมื่อผู้ป่วยมีภาวะ Postural Hypotension สามารถจัดการได้อย่างปลอดภัยได้

#### เกณฑ์การประเมิน

- 1) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Postural Hypotension
- 2) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับ Postural Hypotension และสามารถปฏิบัติจัดการเมื่อเกิดขึ้นได้อย่างปลอดภัย

#### กิจกรรมการพยาบาล

1) ให้ข้อมูลความรู้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงอาการ Postural Hypotension ได้แก่ เวียนศีรษะ หน้ามืด คลื่นไส้ เหงื่อออกมาก หน้าซีด ใจสั่น ซึ่พบเพิ่มมากกว่า 20 ครั้ง/นาที systolic blood pressure ลดลงมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท หรือ diastolic blood pressure ลดลงมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท เมื่อมีการเปลี่ยนท่าทางจากนอนเป็นนั่งมักเกิดภายใน 3 นาที

- 2) หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนท่าทางอย่างทันทีทันใด การนอนนาน การเบ่งเพื่อขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีอุณหภูมิสูง
- 3) หากเกิดอาการให้ค่อยๆ ปรับระดับความสูงของศีรษะลงเป็นในท่านอนราบศีรษะต่ำและยกขาสูงขึ้นทั้งสองข้าง
- 4) ใช้ผ้ายืดพันขาทั้ง 2 ข้างหรือใส่ถุงน่องผ้ายืดก่อนให้ผู้ป่วยลุกนั่งหรือลงจากเตียงหากยังมีอาการอาจพิจารณาใช้ผ้ายืดพันท้อง
- 5) ดื่มน้ำให้เพียงพอควรดื่มปริมาณ 2,000 มิลลิลิตร/วัน

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Postural Hypotension ขณะนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับ Postural Hypotension และสามารถปฏิบัติจัดการเมื่อเกิดขึ้นได้อย่างปลอดภัย

**สรุปผล** บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัญหาได้รับการแก้ไข แต่ยังคงมีการเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่อง

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 11 เสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT) เนื่องจากขา 2 ข้างอ่อนแรง

(พบปัญหาในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: - ผู้ป่วยบอกว่า “ยังไม่เคยมีอาการขาบวม”

- ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่รู้จัก DVT คืออะไร”

S: - ผู้ป่วยถามว่า “โรคแบบนี้มีโอกาสเป็นหรือไม่”

O: - Case Incomplete spastic paraplegia T5

- ขาสองข้างอ่อนแรง Motor power Upper limb แขนสองข้าง grade 5 / Lower limb ขาข้างขวา grade 1 ขาข้างซ้าย grade 3

#### วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ DVT (deep vein thrombosis)

#### เกณฑ์การประเมิน

1) ผู้ป่วยไม่มีอาการขาบวมและไม่มีอาการคั่งของหลอดเลือดส่วนปลาย

2) ซีฟจรหลังเท้าสม่ำเสมอ

3) อุณหภูมิเท้าปกติ ไม่มีปวด บวม แดง ร้อน

#### กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินการเกิด DVT (deep vein thrombosis) เช่น ขาบวมมาก สีผิวที่เปลี่ยนไป

2) แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติทำ Passive Exercise โดยการกระดกข้อเท้าเกร็งกล้ามเนื้อขาบ่อย และทำทุกวันสม่ำเสมอ

3) สอนการบริหารการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพพร้อมกับการบริหารเท้าและข้อเท้า

4) หลีกเลี่ยงการนั่งท่าเดียวนานๆ ควรเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง

- 5) แนะนำให้ใส่เสื้อผ้าสบายๆ ไม่รัดแน่นเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือด
- 6) แนะนำหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เพราะบุหรี่ทำให้เกิดลิ้มเลือดได้ง่าย
- 7) หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง
- 8) แนะนำให้ใส่ถุงเท้ายาวเพื่อช่วยพยุงเส้นเลือด
- 9) แนะนำสังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อนที่ขา

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการขาบวม อุณหภูมิเท้าปกติ ไม่มีปวด บวม แดง ร้อน ซีพจรหลังเท้าสม่ำเสมอ และ ไม่มีอาการคั่งของหลอดเลือดส่วนปลาย

สรุปผล บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัญหาได้รับการแก้ไข แต่ยังคงมีการเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่อง

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 12 ขาดความมั่นใจในการตัดสินใจออกสู่สังคม เนื่องจากสภาพความพิการ

(พบปัญหาในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: - ผู้ป่วยบอกว่ายังไม่รู้จะเอาอย่างไรกับชีวิตต่อไปจะเรียนหรือทำงานดี

- อยู่แต่ในบ้านมากขึ้น ไม่อยากเจอใคร ไม่อยากทักทายใคร
- ผมยังช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ต้องมีคนช่วย คนอยู่ด้วยตลอด

O: ผู้ป่วยแสดงสีหน้าตึงเครียด ตู้ง่วง

#### วัตถุประสงค์

- เพิ่มความมั่นใจในตนเองให้สูงขึ้นและยอมรับตัวเองได้
- ให้รู้จักคุณค่าของตัวเอง
- ลดความวิตกกังวล
- ออกสู่สังคมได้

#### เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น เห็นศักยภาพและคุณค่าของตัวเอง
- ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ คลายความวิตกกังวลและออกสู่สังคมได้

#### กิจกรรมการพยาบาล

- 1) พูดคุยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความคุ้นเคย
- 2) เปิดโอกาสให้พูด ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่ โดยรับฟังอย่างตั้งใจ พร้อมทั้งให้กำลังใจ
  - ให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับสถาบันการศึกษาที่อำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ ชี้แนะแนวทางให้เกิดการคิด ตัดสินใจเลือกเรียนด้วยตนเอง

- ให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับสถานที่ทำงานของคนพิการ ชี้แนะแนวทางให้เกิดการคิด ตัดสินใจเลือกทำงานด้วยตนเอง

- ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ในการช่วยเหลือเตรียมตัวดูแลผู้ป่วย ในขณะที่กลับไปใช้ชีวิตที่บ้านและเตรียมพร้อมส่งผู้ป่วยกลับสู่สังคม

3) กระตุ้นผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในหอผู้ป่วย

4) ให้ความรู้กับญาติในการส่งเสริมและดูแลผู้ป่วย

5) เตรียมความพร้อม และฝึกทักษะการใช้มือ การเคลื่อนย้าย เช่นรถเข็น การปฏิบัติ ADL และการสวนปัสสาวะแบบสะอาดด้วยตนเอง อย่างสม่ำเสมอ

### การประเมินผล

-ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มีระดับความสามารถอยู่ในระดับ (Independent with Supervision)

-ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลงและบอกจุดมุ่งหมายในอนาคตของตัวเองได้ว่าต้องการ เรียนต่อให้จบปริญญาตรี และทำงานต่อเลยและคิดว่าตัวเองมีความมั่นใจในการใช้ชีวิตมากขึ้น

สรุปผล บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัญหาได้รับการแก้ไข

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 13 ความมีคุณค่าในตัวเองลดลงเนื่องจากบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลง**  
(พบปัญหาในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

### ข้อมูลสนับสนุน

S: - ผู้ป่วยบอกว่า “ ก่อนเจ็บป่วยสามารถไปเรียนและเข้าสังคมโดยอิสระ ”

- ผู้ป่วยบอกว่า “ อยากกลับไปเรียนและเข้าสังคมแต่สภาพร่างกายและการเคลื่อนย้ายตัวลำบาก ”

O: - จากการสังเกตพบผู้ป่วยมีสีหน้าแววตาดูซึมเศร้า วิตกกังวล

- จากการสังเกตพบผู้ป่วย ไม่ค่อยทักทายพูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่นๆ อยู่แต่บนเตียง

### วัตถุประสงค์

1) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง

### เกณฑ์การประเมิน

1) สีหน้าผู้ป่วยสดชื่นขึ้นหลังจากได้รับคำแนะนำ และบอกเป้าหมายในชีวิตได้

### กิจกรรมการพยาบาล

1) สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอให้ผู้ป่วยไว้วางใจในการพูดคุยบอกเล่าเรื่องราวและ ความรู้สึก

2) รับฟังความรู้สึกและอธิบายการสร้างคุณค่าของตัวเองโดยเริ่มจากผู้ป่วยสามารถยอมรับ ความพิการได้เพื่อที่จะเริ่มก้าวสู่พื้นที่สาธารณะขยายพื้นที่ออกไปสู่สังคมภายนอกเปิดประสบการณ์แห่งการ ค้นหาตัวตน เรียนรู้ และค้นพบศักยภาพใหม่เพื่อการดำรงชีวิตได้

3) แนะนำให้ผู้ดูแลทราบว่าครอบครัวของผู้ป่วยสามารถเป็นกำลังใจและเป็นแรงบันดาลใจที่ดีที่สุด โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและปรับสภาวะจิตใจให้ยอมรับความพิการและดำรงชีวิตต่อไปได้ตั้งนั้น ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองด้วยการแสดงออกด้วยความเข้าใจและการมอบความรักให้อย่างไม่มีเงื่อนไขนอกจากนี้บทบาทของครอบครัวคือการปลูกฝังความคิดกล่อมเกลาค่านิยมให้ได้รับรู้ถึงคุณค่าของตนเองจากภายในเสมือนเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันภัยในอนาคตเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมในบ้านวิถีชีวิตอิสระกระตุ้นให้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยเฉพาะกิจกรรมที่สนใจ เช่น การทำกับข้าวโดยใช้อุปกรณ์ช่วย การทำน้ำปั่นพร้อมทั้งหั่นผลไม้ด้วยตนเอง ไข่เจียว ไข่ต้ม กวาดบ้าน เป็นต้น

5) สร้าง Empowerment ให้กับผู้ป่วย เช่น ให้กำลังใจ คำชมเชย เป็นระยะๆ

6) ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยแนะนำผู้ดูแลให้พาผู้ป่วยไปพูดคุยกับเพื่อนผู้พิการรายอื่นๆ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์

### การประเมินผล

หลังจากให้ข้อมูลผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และจากการสังเกตผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมส่งเสริมวิถีชีวิตอิสระ พูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่นมากขึ้น และบอกเป้าหมายชีวิตของตัวเองว่าต้องการกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้และกลับมาเรียนพร้อมที่จะหางานทำ

สรุปผล บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัญหาได้รับการแก้ไข แต่ยังคงมีการเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่อง

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 14 วิดกกังวลและเครียดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

(พบปัญหาในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - วันที่ 10 มิถุนายน 2565)

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: - ผู้ป่วยบอกว่า “โรคที่ผมเจ็บป่วยคือโรคอะไร”

O: - จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยมีสีหน้าเครียด กังวล หน้าหน้าวิตกกังวล

- จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยไม่ค่อยสนใจสภาพแวดล้อม

- จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยตกใจง่าย

#### วัตถุประสงค์

1) เพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด

2) เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

#### เกณฑ์การประเมิน

1) สีหน้าไม่เคร่งเครียดหรือกังวล

2) สนใจสภาพแวดล้อม

3) ไม่ตกใจง่าย

#### กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล

- 2) ขออนุญาตผู้ป่วย/ให้เหตุผลก่อนให้การพยาบาล
- 3) ตรวจเยี่ยมให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและประสานกับแพทย์พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับโรคและการรักษาตัดสินใจร่วมกับแพทย์
- 4) ทักทายผู้ป่วยทุกครั้งที่เข้าไปให้การพยาบาล เพื่อประเมินพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
- 5) แนะนำการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำจิตใจให้สงบ อ่านหนังสือ ฟังเพลง ไหว้พระ สวดมนต์ ดูโทรทัศน์ เล่นเกมส์เชิงสร้างสรรค์ ทำอาหาร ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เป็นต้น
- 6) ใช้เทคนิคการพยาบาลช่วยปรับเปลี่ยนความคิด และการรับรู้ที่มีต่อปัญหาให้เป็นเชิงบวก
- 7) ให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยในอดีต
- 8) ประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมิน 2Q, 9Q ,8Q
- 9) แนะนำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกันและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสีย
- 10) กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจ/กิจกรรมต่างๆของผู้ป่วย พร้อมทั้งส่งเสริม ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว
- 11) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน ลดสิ่งรบกวนต่างๆ
- 12) รายงานแพทย์ในกรณีผู้ป่วยวิตกกังวลเพิ่มขึ้นหรือมีความจำเป็นต้องใช้ยาคลายเครียดเพิ่มเติม
- 13) ประเมินพร้อมบันทึกข้อมูลหลังให้การพยาบาลทุกเวร
- 14) ประเมินความวิตกกังวล หลังให้การพยาบาลพร้อมบันทึกทุกเวรพบว่า ดีขึ้น/คงเดิม/ไม่ดีขึ้น เพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่องโดยความนุ่มนวลและเป็นมิตร

#### การประเมินผล

- จากการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ผู้ป่วยมีความรู้สึกเบื่อ ไม่อยากเจอใคร วิตกกังวล จากผลประเมิน แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ไม่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

- ผู้ป่วยสามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายในการช่วยคลายวิตกกังวลและความเครียดได้และ สิ้นหยาอึ้มแยมมากขึ้สนใจสภาพแวดล้อม มีสมาธิมากขึ้น ไม่ตกใจง่ายและไม่ต้องได้รับยาคลายความเครียด สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

**สรุปผล** บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัญหาได้รับการแก้ไข

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 15 ส่งเสริมการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

(พบปัญหาในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: - “บิดาผู้ป่วยเล่าว่า บ้านเป็นบ้านครึ่งไม้ครึ่งปูนยกพื้นสูงชันเดียว บ้านอยู่ติดกับถนน ขนาดของประตูเข้าบ้าน กว้าง 1 เมตร ลักษณะพื้นห้องเป็นกระเบื้อง บ้านมี 2 ห้องนอน 1 ห้องน้ำ 1 ห้องครัว ห้องนอนมีประตูเข้า ห้องนอนเป็นพื้นราบไม่มีธรณีประตู ขนาดของประตูกว้าง 100 เซนติเมตร รถเข็นเข้าได้สะดวก”

S: - “บิดาผู้ป่วยเล่าว่า ลักษณะห้องน้ำเป็นส้วมซึมประตูห้องน้ำกว้างประมาณ 100 เซนติเมตร ไม่มีธรณีประตูรถเข็นเข้าได้ อาบน้ำผู้ป่วยตกอาบได้ ไม่มีอ่างล้างหน้า”

S: - “บิดาผู้ป่วยเล่าว่า ถ้าเป็นไปได้ก็อยากปรับพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้นั่งเล่นตรงหน้าบ้านช่วงตอนกลางวัน”

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1) เพื่อปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมในการดำรงชีวิต

### เกณฑ์การประเมิน

1) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสามารถปรับสภาพบ้านได้เหมาะสม ไม่มีจุดที่เป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย

### กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินสภาพที่อยู่อาศัยทั้งในและนอกบ้าน โดยการสอบถาม และประเมินจากภาพถ่ายเพื่อเป็นแนวทางให้คำแนะนำเพื่อปรับสภาพบ้านให้เหมาะสม

2) แนะนำปรับบริเวณภายในและนอกบ้านควรพื้นผิวเรียบเสมอกัน และปรับพื้นต่างระดับ ควรปรับทางลาดอย่างน้อยในอัตรา 1:12 (ความสูง x 12 = ความยาวของทางลาด) เพื่อให้สามารถใช้รถเข็นได้สะดวกกรณีมีทางต่างระดับสูง แนะนำให้ทำเป็นชานพักเพื่อลดระดับความชันของที่ลาด

3) แนะนำการจัดบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่วางของเกะกะ จัดบ้านให้สะอาด ดูแลทำความสะอาดพื้นให้แห้งอยู่เสมอ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

4) แนะนำการจัดหาอุปกรณ์ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย เช่น โต๊ะที่สามารถสอดรถเข็นเข้าไปได้ และเก้าอี้ที่มีพนักพิงสูง มีที่วางแขน เป็นต้น

5) ประสานศูนย์สาธารณสุขตอปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการให้คำแนะนำในการปรับสภาพบ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ

6) แนะนำปรับห้องน้ำห้องน้ำ โดย

- ประตูบานเลื่อนหรือบานพับ ไม่มีธรณีประตู
- พื้นที่กว้างพอที่รถเข็นเข้าไปและเลี้ยวกลับได้ (มีพื้นที่ที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางกว้างอย่างน้อย 150 เซนติเมตร)
- มีราวจับแบบพับเก็บได้ มีความยาวไม่น้อยกว่า 55 เซนติเมตร ติดตั้งห่างจากขอบของโถส้วม 15-20 เซนติเมตร เพื่อให้เข้า-ออกสะดวก โดยติดตั้งสูง 70 เซนติเมตร
- โถส้วมควรเป็นแบบชักโครกหรือใช้เก้าอี้นั่งถ่าย สูงจากพื้น 45-50 เซนติเมตร ระยะกึ่งกลางของโถส้วมห่างจากผนัง 45-50 เซนติเมตร

- อ่างล้างหน้า อ่างล้างมือ สูง 75-80 เซนติเมตร และมีที่วางด้านล่างให้ผู้ใช้อ่อนเข็นสอดเท้าเข้าไปได้

## การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้และวางแผนจะปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย สามารถอธิบายย้อนกลับได้ถูกต้อง ในขั้นตอนของการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ญาติแจ้งว่ากลับไปบ้านครั้งนี้ อันดับแรกที่ต้องปรับสภาพบ้านคือห้องน้ำเปลี่ยนเป็นชักโครกเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ได้สะดวกขึ้น และปรับพื้นที่หน้าบ้านให้มีพื้นที่สำหรับผู้ป่วยได้นั่งเล่นหรือนอนพักในช่วงกลางวันเผื่อคนผ่านหน้าบ้านหรือญาติพี่น้องบ้านใกล้จะได้มาเยี่ยมและถามไถ่อาการพูดคุยกับผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยได้พบปะผู้คนมากขึ้นเป็นการเริ่มปรับตัวเพื่อเตรียมออกสู่สังคม

**สรุปผล** ยังไม่บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัญหาต้องได้รับการแก้ไขและติดตามต่อเมื่อคนไข้กลับบ้านและติดตามเรื่องลงมือปรับสภาพบ้านและสามารถใช้งานได้จริง

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 16 ผู้ป่วยและญาติขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

(พบปัญหาในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

### ข้อมูลสนับสนุน

- S: - ผู้ป่วยถามว่า “เมื่อกลับบ้านไปต้องดูแลเฝ้าระวังอะไรไหมครับ”
- ผู้ป่วยถามว่า “เมื่อกลับบ้านไปสิ่งที่ต้องทำต่อคืออะไรครับ”
- บิดาผู้ป่วยถามว่า “อาการผิดปกติแบบไหนถึงจะพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล”

O: - แพทย์ plan จำหน่ายวันที่ 26 มิถุนายน 2565

### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลปฏิบัติตัวต่อเมื่อกลับบ้าน
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

### เกณฑ์การประเมิน

- 1) ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังได้รวมถึงวิธีการปฏิบัติตัวต่างๆได้อย่างถูกต้อง

### กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้านรวมทั้งประเมินครอบครัวถึงความพร้อมในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน
- 2) วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
  - สอนทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
  - สอนทักษะการสวนปัสสาวะแบบสะอาดด้วยตัวเอง
  - สอนการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
  - สอนวิธีการเคลื่อนย้ายตัว
- 3) ดูแลให้คำแนะนำวางแผนก่อนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ดังนี้



- Diagnosis ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

- Medicine แนะนำการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องห้ามปรับลดยา และให้เฝ้าระวังผลข้างเคียง สังเกตอาการผิดปกติต่างจากการรับประทานยา

- Environment แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยในด้านแสงสว่างอย่างเพียงพอ พื้นไม้ลื่นไม่มีสิ่งกีดขวางภายในบ้านและมีราวจับ แนะนำการปรับสภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเช่นการปรับห้องน้ำ เปลี่ยนใส่ชกโครก ปรับพื้นที่หน้าบ้านให้เป็นพื้นที่อาศัยของผู้ป่วยในตอนกลางวัน

- Treatment: แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะโดยสังเกตอาการมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะกลืนฉุน มีตะกอน ชิม หากพบให้มาพบแพทย์ก่อนนัดได้ และเน้นย้ำขั้นตอนการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดอย่างถูกวิธี การดูแลทำความสะอาดสายสวน การป้องกันการเกิดภาวะท้องผูกด้วยการรับประทานอาหารและน้ำให้เพียงพอมีการเคลื่อนไหวร่างกายและทำโปรแกรมวดหน้าท้อง การเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Autonomic dysreflexia สังเกตอาการหากมีปวดศีรษะแบบตุบๆ บริเวณขมับ ท้ายทอย ตามัว ขนลุก หน้าแดง คัดจมูก หน้า/ผิวหนังซีด เย็นเหงื่อออกมากผิดปกติ ให้จัดการแก้ไขก่อนเบื้องต้นหากอาการไม่ดีขึ้นหรือเป็นบ่อย มีอาการทุกวันให้กลับมาพบแพทย์ก่อนนัดได้ เป็นต้น

- Health: แนะนำญาติในการส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยและรวมไปถึงแนะนำและให้กำลังใจตัวผู้ป่วยเอง ในการกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ป้องกันข้อยึดติดกระดูกสันหลังอย่างต่อเนื่องในการบริหารร่างกาย ส่งเสริมให้มีการเข้าสู่สังคม การกลับไปเรียนและทำงานในอนาคต รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับสังคมได้

- Out Patient: แนะนำให้มาตรวจติดตามนัดทุกครั้งและหากมีอาการผิดปกติหรือเกิดเหตุฉุกเฉินให้รีบไปโรงพยาบาลแม่ทะเนื่องจากเป็นสถานพยาบาลใกล้บ้าน และเบอร์โทรฉุกเฉิน 1669

- แจ้งผู้ป่วย มีนัดติดตามอาการ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 นัดติดตามโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายในวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 และครั้งที่ 2 มีนัดมาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเวชราชภัฏลำปาง เพื่อติดตามอาการ 1 เดือนหลังจำหน่ายในวันที่ในวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

- Diet: แนะนำการรับประทานอาหารให้เพียงพอมีกากใยสูงรับประทานผัก-ผลไม้ได้ (fiber) 25-30 กรัมต่อวัน และการดื่มน้ำสะอาดวันละ 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน งดเครื่องดื่ม ชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มาจากคาเฟอีน และควบคุมน้ำดื่มตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด

### การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่างๆเมื่อกลับไปบ้านและญาติมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น แจ้งวันนัดติดตามอาการได้ถูกต้อง

**สรุปผล** บรรลุผลตามเป้าหมาย ปัญหาได้รับการแก้ไข

## สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 20 ปี 7 เดือน 29 วัน รูปร่างสมส่วน ผิวขาวเหลือง เชื้อชาติไทย ที่อยู่ปัจจุบัน 45 หมู่ 7 ตำบลแม่ทะ อำเภอมะทะ จังหวัดลำปาง สหิการรักษาท.74 (บัตรทองผู้พิการ)

### อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ให้ประวัติว่า เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564 อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม ไม่สลบ นำส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลลำปาง พบ Burst Fracture T5 with flaccid paraplegia รักษาโดยการผ่าตัด Laminectomy T4-T6, Fracture mid shaft of Left humerus ทำ Open Reduction and Internal Fixation พักรักษาตัว 1 เดือน แพทย์จำหน่ายกลับบ้านมีนัดติดตามอาการ 1 ครั้ง หลังจากนั้นแพทย์ให้กลับบ้าน ให้ทำกายภาพเองที่บ้านและแนะนำให้ไปฟื้นฟูและรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

กระทั่งปัจจุบันได้ขอเข้ารับการฝึกฟื้นฟูที่โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง อาการปัจจุบัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีหอบเหนื่อย พูดคุยโต้ตอบได้ ทำตามคำสั่งได้ ขา 2 ข้างอ่อนแรง ขาข้างขวา grade 1 ขาข้างซ้าย grade 3 ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่บางกิจกรรมต้องมีคนช่วย On foley's Cath with bag ลักษณะปัสสาวะขุ่น มีตะกอน กลิ่นฉุนมีสีขุ่นเล็กน้อย มีแผลกดทับที่ก้นกบ ระดับ 2 ขนาด 3 x 4 เซนติเมตร แผลกดทับที่สะโพกขวา ระดับ 2 ขนาด 0.5 x 1 เซนติเมตร น้ำหนักตัว 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 179 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 18.73 kg/m<sup>2</sup> สัญญาณชีพ แรกรับอุณหภูมิร่างกาย 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/65 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub>Sat 97 % (Room air) แพทย์พิจารณาปรับยาฟื้นฟู

แพทย์วินิจฉัยโรคแรกเป็น: Spastic paraplegia และ ก่อนจำหน่ายแพทย์วินิจฉัยโรคเป็น: Incomplete spastic paraplegia T5 ASIA C

การประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ค่าแรกรับคะแนน SNMRC Functional Assessment = 82 คะแนน ช่วงระดับ Independent with moderate assistance ค่าคะแนน SCIM-Spinal cord independence measure = 28 คะแนน ต้องการผู้ช่วยเหลือปานกลาง เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบผู้ป่วยใน วันที่ 1 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 จำหน่ายในวันที่ 26 เดือนมิถุนายน พ.ศ.2565 รวมการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง จำนวน 26 วัน มีนัดติดตามอาการ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 นัดติดตามโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่าย ในวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 และครั้งที่ 2 มีนัดมาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง เพื่อติดตามอาการ 1 เดือนหลังจำหน่ายในวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

### การวางแผนร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ และญาติในการฟื้นฟูสภาพ

(ผู้ดูแลและผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลักคือบิดา)

### เป้าหมายการฟื้นฟูของผู้ป่วยญาติและผู้ดูแล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น

2. เพื่อให้ผู้ดูแลและญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

### เป้าหมายการฟื้นฟูของทีมสหวิชาชีพ

1. ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน  
- การเคลื่อนย้ายตัว- การใช้รถเข็นด้วยตัวเองได้ด้วยความปลอดภัยและสามารถกลับออกสู่สังคมได้
2. การจัดการปัญหาด้านการขับถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วย
3. การตรวจประเมินและการจัดการปัญหาด้านการขับถ่ายปัสสาวะและการฝึกสวนปัสสาวะแบบสะอาดด้วยตัวเองของผู้ป่วย
4. ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล มีความรู้ ทักษะในการดูแลตนเองจากโรคที่เป็นอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้

### ในระหว่างรับไว้ในการดูแลผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 16 ปัญหา

#### สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

- 1) มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้อง
- 2) มีภาวะระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ (Autonomic Dysreflexia: AD)
- 3) มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic bladder dysfunction)
- 4) มีภาวะท้องผูกและมีอุจจาระอัดแน่น
- 5) แบบแผนการกิจวัตรประจำวันบกพร่องเนื่องจากขา 2 ข้างอ่อนแรง
- 6) พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการออกกำลังกาย
- 7) มีแผลกดทับที่ก้นและสะโพกขวาเนื่องจากมีความบกพร่องของระบบประสาทรับความรู้สึก
- 8) เสี่ยงต่อพลัดตกหกล้มเนื่องจากขา 2 ข้างอ่อนแรง
- 9) มีภาวะเกร็งที่ขาสองข้างเนื่องจากมีพยาธิสภาพบาดเจ็บที่ไขสันหลัง
- 10) เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension) เนื่องจากมีพยาธิสภาพบาดเจ็บที่ระดับไขสันหลัง
- 11) เสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT) เนื่องจากขา 2 ข้างอ่อนแรง
- 12) ขาดความมั่นใจในการตัดสินใจออกสู่สังคม เนื่องจากสภาพความพิการ
- 13) ความมีคุณค่าในตัวเองลดลงเนื่องจากบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลง
- 14) วิดกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่
- 15) ส่งเสริมการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
- 16) ผู้ป่วยและญาติขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ในการเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล แพทย์มีการประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และตรวจผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับไต ค่า BUN 8 mg/dl / Creatinine 0.80 mg/dl ผลปกติดี แต่พบผล ตรวจทางห้องปฏิบัติการบางชนิดผิดปกติ คือ

- CBC: 01/06/2565: WBC Count 12,040 Cell/mm<sup>3</sup>, RBC Count 5.24 X10<sup>6</sup> Cell/ mm<sup>3</sup>, Neutrophil 79 %
- Microscopy (UA): 01/06/2565 Leukocyte 2+, WBC (urine) 3-5 cell/HPF

ซึ่งมีค่าสูงกว่าปกติแสดงว่ามีการติดเชื้อเกิดขึ้นในร่างกาย ผู้ป่วยมีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic bladder dysfunction) ตั้งแต่แรกเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ไขสันหลังและคาสายสวนปัสสาวะไว้ตลอดพบว่าปัสสาวะมีตะกอนขุ่น กลิ่นฉุน ปัสสาวะขิม เล็ดราด และพบมีติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้รับการรักษาโดยการให้ยา Cef-3 (2 gm) vein OD x 3 วันและCiprofloxacin (250mg) 1x2 Oral pc x7 วัน และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาและป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจนหายดี ไม่มีไข้ ไม่มีปัสสาวะขุ่นเป็นตะกอน ไม่มีกลิ่นฉุน และไม่ปัสสาวะขิม เล็ดราด หลังจากไม่พบมีอาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และได้ตรวจผลตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำพบปกติ ดังนี้

#### Urine Analysis (UA) :11/06/2565

- Leukocyte Negative
- Blood (urine) Trace Negative
- WBC (urine) 0-1 cell/HPF

หลังจากพบว่าไม่มีการติดเชื้อในร่างกายแพทย์ได้เริ่มทำหัตถการ การตรวจวัดความดันกระเพาะปัสสาวะ (Cytometry)

#### ผลการตรวจวัดความดันกระเพาะปัสสาวะ (Cytometry): 10/6/2565

- conclusion: Neurogenic detrusor overactivity
- Bladder compliance: low 10 CMH<sub>2</sub>O
- Cytometric Capacity: 250 ml

แพทย์วินิจฉัยเป็น Neurogenic detrusor overactivity คือ ภาวะกระเพาะปัสสาวะมีความไวเกิน หลังแพทย์ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจแล้วเห็นว่าคนไข้สามารถเริ่มฝึกการขับถ่ายได้ แพทย์จึงให้เข้าสู่โปรแกรมการฝึกสวนปัสสาวะแบบสะอาดด้วยตนเอง ผู้ป่วยสามารถสวนปัสสาวะแบบสะอาดด้วยตนเองได้ และพยาบาลเริ่มสอน สาธิต และบอกเทคนิคการสวนปัสสาวะด้วยตัวเองให้ผู้ป่วยและญาติทราบ พร้อมสอนการจดบันทึกตาราง น้ำเข้า-ออกร่างกาย การควบคุมให้ตม้มน้ำตามแผนการรักษา บันทึกความถี่ในการสวนปัสสาวะ ปริมาณปัสสาวะที่สวนได้แต่ละครั้ง รวมถึงปัสสาวะที่ขิมเล็ดราด แนะนำวิธีตม้มน้ำสวนปัสสาวะจำนวนวันที่ครบกำหนดตม้มน้ำสวนโดยให้มีการตม้มน้ำสวนทุก3วัน ตม้มน้ำเดือด 15 นาที โดยกำหนดการสวน 6 รอบต่อวัน ได้แก่ เวลา 06.00น., 09.00น., 13.00น., 17.00น., 20.00น., และ ก่อนนอน ร่วมกับการควบคุมน้ำตม้มน้ำของผู้ป่วยโดยให้ตม้มน้ำวันละ 2,000 มิลลิลิตร/วัน แบ่งตม้มน้ำโดยมีเวลาดังนี้ 08.00 -16.00 น. ตม้มน้ำ 1,000 มิลลิลิตร/เวลา 16.00-24.00 น. ตม้มน้ำ 800 มิลลิลิตร/เวลา 24.00-08.00 น. ตม้มน้ำ 200 มิลลิลิตร

ตามแผนการรักษาของแพทย์ ระหว่างสวนปัสสาวะแบบสะอาดด้วยตนเองผู้ป่วยไม่มีติดเชื่อในระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่มีปัสสาวะขี้มไม่มีเลือดราดและสามารถปฏิบัติด้วยตัวเองได้ และนอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ ที่สำคัญกับผู้ป่วยคือ ภาวะท้องผูกและมีอุจจาระอัดแน่น แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวและเข้าโปรแกรมการนวดหน้าท้องร่วมกับรับประทานอาหารและน้ำให้เพียงพอ รวมถึงเคลื่อนไหวร่างกายให้มากขึ้น หลังเข้าโปรแกรมผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้เป็นปกติทุก 2 วัน Type 3,4 ปริมาณ 1-2 ถ้วย เกิดภาวะ Autonomic Dysreflexia เกิด 1 ครั้งขณะนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตัวเองจัดการอาการเบื้องต้นและแจ้งพยาบาลได้ทันไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีแผลกดทับที่ก้นกบ และแผลกดทับที่สะโพกขวา แผลหายแล้วผิวหนังชุ่มชื้น สะอาด สามารถพลิกตะแคงตัวเองได้ ไม่เกิดแผลใหม่ ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension) และไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT) ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายทำกายบริหารได้เอง และทำกิจกรรมต่างๆในกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้วิธีการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย และสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ดี หลังการฟื้นฟูครั้งนี้ผู้ป่วยต้องการให้ผู้ดูแลเฝ้าระวังความปลอดภัยขณะทำกิจกรรมเท่านั้น ไม่เกิดพลัดตกหกล้มขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ขา 2 ข้าง ยังอ่อนแรงกำลังกล้ามเนื้อขาข้างขวา grade1 ขาข้างซ้าย grade3 มีอาการเกร็งเล็กน้อย ความเกร็งลดลงเหลือระดับ 1 ผู้ป่วยสามารถทนต่อการทำกิจกรรมและมีความต่อเนื่องได้มากขึ้น ไม่เหนื่อยง่าย ด้านความวิตกกังวลลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้น ผู้ป่วยและบิดาวางแผนจะปรับสภาพบ้านเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน วางแผนจะกลับไปเรียนต่อและหางานทำ สามารถปรับตัวยอมรับความพิการของตัวเองได้มากขึ้นกล้าและมีความมั่นใจที่ออกสู่สังคม

ในการเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลรวม 26 วันนั้น การประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น จากแรกรับค่าคะแนน SNMRC Functional Assessment = 82 คะแนน และค่าคะแนน และ SCIM-Spinal cord independence measure= 28 คะแนน ซึ่งก่อนจำหน่ายคะแนนเพิ่มขึ้นทั้ง 2 ค่า คือ ค่าคะแนน SNMRC Functional Assessment =160 คะแนน และคะแนน SCIM-Spinal cord independence measure= 73 คะแนน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยยังมีปัญหาทางการพยาบาลที่ต้องรับการดูแลต่อเนื่องแต่แพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ และปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่องอีก 5 ปัญหา มีดังนี้

- 1) เสี่ยงต่อพลัดตกหกล้มเนื่องจากขา 2 ข้างอ่อนแรง
- 2) มีภาวะเกร็งที่ขา 2 ข้างเนื่องจากมีพยาธิสภาพบาดเจ็บที่ไขสันหลัง
- 3) เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension) เนื่องจากมีพยาธิสภาพบาดเจ็บที่ระดับไขสันหลัง
- 4) เสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT) เนื่องจากขา 2 ข้างอ่อนแรง
- 5) ส่งเสริมการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

ต้องมีการติดตามปัญหาข้างต้นอย่างต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ทีมได้วางแผนการติดตามไว้ 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 การนัดโทรติดตามหลังจำหน่าย และครั้งที่ 2 นัดติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเวชศาสตร์ ลำปาง 1 เดือนหลังจำหน่าย

#### - ยาที่ได้รับจำหน่ายกลับบ้าน

- Baclofen (10) 1x3 oral pc, 2 tab oral hs
- Diutropan (5 mg) 1 x 3 oral pc
- Gabapentin (300 mg) 1 tab oral pm
- Vitamin B12 (100 mg) 1 x 1 oral pc เช้า
- MTV 1 x 1 oral pc เช้า
- Senokot 2-tab oral prn hs
- KY jelly 1 หลอด
- 70% alcohol 1 ขวด

#### ดูแลให้คำแนะนำวางแผนก่อนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ดังนี้

- **Diagnosis:** ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคบาดเจ็บไขสันหลังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้คือ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infections) ภาวะอูจจาระอัดแน่น ภาวะผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic dysreflexia: AD)

- **Medicine:** แนะนำการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องห้ามปรับลดยา และให้เฝ้าระวังผลข้างเคียงสังเกตอาการผิดปกติต่างๆจากการรับประทานยา แนะนำผลข้างเคียงของยาที่ได้รับกลับบ้านว่ามีอะไรบ้าง

- Baclofen: ผลข้างเคียง: อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่พบได้ทั่วไป เช่น ง่วงซึม วิงเวียน รู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดศีรษะนอนไม่หลับ ท้องผูก อาเจียน ปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ เป็นต้น

- Diutropan: ผลข้างเคียง: ปากแห้งคอแห้ง, ท้องผูก, ปัสสาวะลำบาก

- Gabapentin: ผลข้างเคียง: มึน งง ตาพร่า วิดกกังวล ซึมเศร้า

- Vitamin B12: ผลข้างเคียง: มักไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงหรืออาการแพ้ หากใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสม บางรายอาจมีอาการท้องเสียหรือผื่นขึ้นเล็กน้อย

- MTV: ผลข้างเคียง: สามารถก่อให้เกิดอาการข้างเคียงได้เช่นเดียวกับยาต่างๆ อาทิเช่น มีอาการวิงเวียน บวมตามร่างกาย ท้องเสียอ่อนๆ หูดับ

- Senokot: ผลข้างเคียง: การใช้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานและใช้ในขนาดสูงจะทำให้มีอาการปวดท้องหรือถ่ายท้องรุนแรงจนเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ได้โดยเฉพาะโพแทสเซียมเป็นผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงและหัวใจเต้นผิดปกติ

: เน้นย้ำหากมีอาการผิดปกตินอกเหนือจากที่แนะนำหรือไม่แน่ใจในอาการให้มาพบแพทย์ก่อนนัดได้

- **Environment:** แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยในด้านแสงสว่างอย่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่นไม่มีสิ่งกีดขวางภายในบ้านและมีราวจับ แนะนำการปรับสภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเช่นการปรับห้องน้ำเปลี่ยนใส่ชักโครก ปรับพื้นที่หน้าบ้านให้เป็นพื้นที่อาศัยของผู้ป่วยในตอนกลางวัน

- **Treatment:** แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยสังเกตอาการมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะกลิ่นฉุน มีตะกอน ซึม หากพบให้มาพบแพทย์ก่อนนัดได้ และเน้นย้ำขั้นตอนการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดอย่างถูกวิธี การดูแลทำความสะอาดสายสวน การป้องกันการเกิดภาวะท้องผูกด้วยการรับประทานอาหารและนำไปเพียงพอมีการเคลื่อนไหวร่างกายและทำโปรแกรม นวดหน้าท้อง การเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Autonomic dysreflexia สังเกตอาการหากมี ปวดศีรษะแบบตุบๆ บริเวณขมับ ท้ายทอย ตามัว ขนลุก หน้าแดง คัดจมูก หน้า/ผิวหนังซีดเย็น เหงื่อออกมากผิดปกติ ให้จัดการแก้ไขก่อนเบื้องต้นหากอาการไม่ดีขึ้นหรือเป็นบ่อย หรือหากมีอาการทุกวันให้กลับมาพบแพทย์ก่อนนัดได้ เป็นต้น

- **Health:** แนะนำญาติในการส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยและรวมไปถึงแนะนำและให้กำลังใจตัวผู้ป่วยเองในการกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ป้องกันข้อยึดติดกระตุ้นผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในการบริหารร่างกาย ส่งเสริมให้มีการกลับเข้าสู่สังคม การกลับไปเรียนและทำงานในอนาคต รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆกับสังคมได้

- **Out Patient:** แนะนำให้มาตรวจติดตามนัดทุกครั้งและหากมีอาการผิดปกติหรือเกิดเหตุฉุกเฉินให้รีบไปโรงพยาบาลแม่ทะเนื่องจากเป็นสถานพยาบาลใกล้บ้าน และเบอร์โทรฉุกเฉิน 1669

-แจ้งผู้ป่วย มีนัดติดตามอาการ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 นัดติดตามโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่าย ในวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2565และครั้งที่ 2 มีนัดมาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเวชชาครักษ์ ลำปาง เพื่อติดตามอาการ 1 เดือนหลังจำหน่ายในวันที่ในวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

- **Diet:** แนะนำการรับประทานอาหารให้เพียงพอมีกากใยสูงรับประทานผัก-ผลไม้ได้(fiber) 25-30 กรัมต่อวัน และการดื่มน้ำสะอาดวันละ 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน งดเครื่องดื่ม ชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มาจากคาเฟอีน และควบคุมน้ำดื่มตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด

ผลการติดตามโทรเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่าย 1 ครั้ง ในวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยสามารถสวนปัสสาวะแบบสะอาดด้วยตัวเองได้ ADL ทั้งหมดผู้ป่วยทำตัวเอง ไม่มีอาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่มีอาการท้องผูก ถ่ายทุก 2 วัน ยังปฏิบัติตามหน้าท้องเป็นประจำทุกวันไม่มีแผลกดทับมีอาการเกร็งเล็กน้อยไม่มีพลัดตกหกล้ม ไม่มีอาการเวียนศีรษะหรือหน้ามืดขณะเปลี่ยนท่า ไม่มีอาการปวดขา บวมแดง ออกกำลังกายทำกายบริหารเองเป็นประจำทุกวัน ไม่มีภาวะระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ (Autonomic Dysreflexia: AD) การปรับสภาพบ้านได้ดำเนินการปรับสภาพบ้านแล้ว ผู้ป่วยสามารถใช้พื้นที่บ้านหลังปรับสภาพบ้านได้ โดยมีการปรับ 2 ที่คือห้องน้ำเปลี่ยนเป็นชักโครก และปรับพื้นที่หน้าบ้านให้มีพื้นที่สำหรับผู้ป่วยได้นั่งเล่นหรือนอนพักในช่วงกลางวันทำให้ได้มีโอกาสพบประผู้คนและญาติๆมากขึ้น ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี สิ้นสุดสิ้นขั้นและแจ้งว่าหลังติดตามอาการครั้งหน้าเสร็จจะหาที่เรียนอาจเรียน Online น่าจะสะดวกที่สุดสำหรับผู้ป่วย เรื่องการช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ญาติจะคอยดูแลและเฝ้าระวังความปลอดภัย

ห่างๆเท่านั้น ญาติมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายดีและต่อเนื่องไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเพิ่ม

ผลการติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย ครั้งที่2 นัดพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง เพื่อติดตามอาการ1 เดือนหลังจำหน่ายในวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยไม่มีติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่เกิดแผลกดทับ ไม่เกิดภาวะระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ (Autonomic Dysreflexia: AD) ไม่มีอาการท้องผูก ภาวะแทรกซ้อน ออกกำลังกายและทำกิจวัตรประจำวันสามารถปฏิบัติได้เองมีญาติคอยเฝ้าระวังความปลอดภัยอยู่ห่างๆ ไม่มีพลัดตกหกล้ม ไม่พบภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าไม่พบภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกการปรับสภาพได้ปรับแล้วสามารถใช้พื้นที่ ที่ปรับได้และกำลังสมัครเรียนปริญญาตรี คณะบริหาร หลักสูตร online แต่ขอตัดสินใจเลือกอีกครั้งว่าจะเรียนที่ไหน เนื่องจากมีหลายที่ แพทย์มีนัดAdmitอีก 2 เดือน

## 5.2 วิจารณ์และข้อเสนอแนะการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคบาดเจ็บไขสันหลัง

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคบาดเจ็บไขสันหลัง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถช่วยเหลือตนเอง กลับสู่สังคมตามศักยภาพของแต่ละบุคคล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวางแผนการฟื้นฟู บทบาทพยาบาลฟื้นฟูต้องประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุม ความบกพร่องร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมการกลับสู่สังคม และปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟู ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว โดยนำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้องกับเป้าหมายการฟื้นฟูของทีมสหสาขาวิชาชีพและมีการดูแลต่อเนื่อง โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว

2.แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติจากสาเหตุระบบประสาทหรือปัญหากระเพาะปัสสาวะพิการในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

2.1. วิธีการถ่ายปัสสาวะหรือระบายปัสสาวะ วิธีที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยที่มีปัญหากระเพาะปัสสาวะพิการ ได้แก่

2.1.1 การสวนปัสสาวะเป็นระยะ (intermittent catheterization, IC) โดยผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับวิธีสวนปัสสาวะด้วยตนเอง ควรจะสามารถนั่งทรงตัวได้ดี มีกำลังกล้ามเนื้อและแขนเพียงพอ ไม่มีปัญหาด้านการเรียนรู้ และให้ความร่วมมือในการฝึก

หากเริ่มใช้วิธีนี้ในโรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้สอนให้ควรใช้ sterile technique หากผู้ป่วยหรือญาติได้รับการสอนให้ใช้วิธีนี้ที่บ้านสามารถใช้เทคนิคสะอาด (clean intermittent catheterization, CIC)

จำนวนครั้งในการสวนปัสสาวะ ในช่วงแรกมักให้สวนเป็นเวลาทุก 4-6 ชั่วโมง เช่น เวลา 6.00, 10.00, 14.00,18.00, 22.00 น. หรือถี่กว่านี้



ควรควบคุมปริมาณน้ำดื่มประมาณวันละ 1,500-2,000 มิลลิลิตรต่อวัน โดยสามารถปรับปริมาณได้ตามสภาพอากาศและความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ปริมาณปัสสาวะที่สวนในแต่ละครั้งไม่เกิน 500 มิลลิลิตร

2.1.2 การคาสายสวนปัสสาวะผ่านทางท่อปัสสาวะ (Indwelling Urethral Catheterization, ID) วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วย tetraplegia ที่มีข้อจำกัดในการสวนปัสสาวะ และไม่มีผู้ดูแลที่สามารถสวนปัสสาวะเป็นระยะตามเวลาให้ได้ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำกัดน้ำดื่ม หรือผู้ป่วยที่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดในการสวนปัสสาวะเป็นเวลา

(ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ)

- ดื่มน้ำ 2,000 - 3,000 มิลลิลิตรต่อวัน
- ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หักพับงอ หรือดึงรั้งทำให้เกิดแผลบริเวณอวัยวะเพศ
- ควรเปลี่ยนสายด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ sterile technique ตามระยะเวลาที่เหมาะสมในช่วง 2 - 4 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดของสายสวนและสภาพของสายสวน
- ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจประเมินความดันกระเพาะปัสสาวะ หากมีความดันกระเพาะปัสสาวะสูงเกิน 40 เซนติเมตรน้ำ ควรพิจารณาให้ยาลดความดันกระเพาะปัสสาวะกลุ่ม anti-cholinergic เพื่อลดภาวะกระเพาะปัสสาวะไวเกิน ซึ่งอาจนำมาสู่ปัญหากระเพาะปัสสาวะหดค้ำ (contracted bladder) ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ ในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะผ่านทางท่อปัสสาวะ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ การบาดเจ็บต่อท่อปัสสาวะ ท่อปัสสาวะตีบ (urethral fistula) และมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โดยเฉพาะในรายที่คาสายมาเป็นเวลานาน และมีปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น การสูบบุหรี่

2.1.3 การคาสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้อง (Indwelling Suprapubic Catheterization) มักใช้ในผู้ป่วยกลุ่มที่จำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะ แต่มีปัญหาท่อปัสสาวะตีบ อักเสบ หรือฉีกขาด ผู้ป่วยที่เคยคาสายผ่านทางท่อปัสสาวะแต่ประสบปัญหาสายตันบ่อยหรือใส่สายผ่านท่อปัสสาวะยาก วิธีนี้มีข้อดี คือ ไม่เกิดการบาดเจ็บของท่อปัสสาวะ สะดวกสำหรับการมีเพศสัมพันธ์ (โดยเฉพาะในผู้ชาย) และสะดวกสำหรับการทำความสะอาด (โดยเฉพาะในผู้หญิง) ควรดูแลรักษาความสะอาดบริเวณรอบรูเปิดวันละ 2 ครั้ง

ข้อควรปฏิบัติ: เหมือนกรณีคาสายสวนผ่านทางท่อปัสสาวะ

2.1.4 การกระตุ้นรีเฟล็กซ์การขับถ่ายปัสสาวะ (Reflex voiding) สามารถใช้ได้กรณี detrusor overactivity โดยการเคาะบริเวณหัวหน้า หรือ เขี่ยบริเวณโคนขาภายใน กระตุ้นด้วยความถี่ 3 วินาที/ ครั้ง ติดต่อกัน 7-8 ครั้ง หยุดชั่วคราวเมื่อปัสสาวะออกมา ทำซ้ำ 2-3 ครั้งจนไม่มีปัสสาวะออกอีก อย่างไรก็ตามการใช้วิธีนี้ มักไม่สามารถทำให้ปัสสาวะออกได้หมดจนไม่เหลือค้ำเลย จึงยังจำเป็นต้องสวนปัสสาวะเป็นระยะๆตามเวลาร่วมด้วยตามปริมาณปัสสาวะที่เหลือค้ำ ในปัจจุบันไม่แนะนำให้ใช้วิธีนี้เนื่องจากการกระตุ้นอาจมีผลทำให้ความดันในกระเพาะปัสสาวะสูงขึ้นจนเป็นอันตรายต่อไต

2.1.5 การกดหรือเบ่งถ่ายปัสสาวะ (Straining หรือ Valsalva method) สามารถใช้ร่วมกับการสวนปัสสาวะเป็นระยะๆตามเวลา หากได้รับการตรวจประเมินและมั่นใจว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะ

Areflexic/Flaccid bladder ทั้งนี้ หากผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะด้วยวิธีสวนปัสสาวะด้วยเป็นระยะ หรือด้วยการกระตุ้นรีเฟล็กซ์ ควรให้ผู้ป่วยบันทึกปริมาณน้ำดื่ม ปริมาณปัสสาวะแต่ละครั้งในการปัสสาวะ ปริมาณปัสสาวะเหลือค้าง ความถี่และปริมาณปัสสาวะเล็ดราด โดยมักบันทึกตามเวลาในแต่ละวันเพื่อพิจารณาปรับเวลาและปริมาณการดื่มน้ำให้เหมาะสมและสัมพันธ์กับปริมาณปัสสาวะ (Bladder diary)

## 2.2. การใช้ยา

2.2.1 ยาลดความตึงกระเพาะปัสสาวะหรือยาคลายการหดเกร็งของกระเพาะปัสสาวะ (bladder relaxants) ช่วยเพิ่มความจุกระเพาะปัสสาวะและลดการเล็ดราด ใช้ในกรณีที่มีความตึงในกระเพาะปัสสาวะสูง ในกลุ่มผู้ป่วย detrusor overactivity หรือ ในรายที่มีกระเพาะปัสสาวะหดตัวไวเกินไป ได้แก่ ยารับประทานกลุ่ม anti-cholinergic เช่น oxybutynin (5 มิลลิกรัม) 2-3 ครั้ง/วัน, trospium chloride (20 มิลลิกรัม) 2 ครั้ง /วัน, tolterodine (2 มิลลิกรัม) 2 ครั้ง / วัน เป็นต้น มักพบผลข้างเคียง เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูกตาพร่า เป็นต้น ยาฉีดลดการหดเกร็งกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ เช่น botulinum toxin

2.2.2 ยาลดการบีบเกร็งของกล้ามเนื้อหูรูดชั้นใน และบริเวณคอกระเพาะปัสสาวะ ได้แก่ ยาในกลุ่ม alpha-blockers เช่น prazosin doxazosin ซึ่งควรระวังผลข้างเคียง orthostatic hypotension

2.2.3 ยาคลายกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอก ได้แก่ diazepam หรือ baclofen ซึ่งผลการรักษาไม่ดีเท่าการใช้ยาลดเกร็งของกล้ามเนื้อหูรูดชั้นใน กลุ่ม alpha-blockers หรือใช้การฉีดยา botulinum toxin ลดกล้ามเนื้อเกร็งที่หูรูดปัสสาวะ

## 2.3. การผ่าตัด

อาจพิจารณาทำ sphincterotomy ร่วมกับ bladder neck incision ในรายที่มี Detrusor Sphincter Dyssynergia หรือการทำ bladder augmentation cystoplasty ร่วมกับ urinary diversion ในกรณีที่มีกระเพาะปัสสาวะหดเล็ก/หดค้าง (contracted bladder) เพื่อเพิ่มความจุกระเพาะปัสสาวะและลดความตึงในกระเพาะปัสสาวะ

3. การส่งเสริมการจัดการของครอบครัว/ผู้ดูแล ญาติและผู้ป่วยต่อภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder)

ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยการใช้กระบวนการจัดการ 6 ขั้นตอน ได้แก่ ทักษะการตั้งเป้าหมายกับตนเองและการสะท้อนคิด ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการวางแผนและการปฏิบัติประเมินผลการดูแล และการสะท้อนคิดในการจัดการอาการท้องผูก ส่งผลต่อความสำเร็จการจัดการภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder) ที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infections) การทำงานของไตเสื่อม (Deterioration of renal function) นิ่ว (Urinary calculi) ภาวะผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic dysreflexia: AD) และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder cancer) (Fowler, 1999; Fonte, 2008 หรืออาจมีปัญหาควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะเช่น ปัสสาวะเล็ดราด กะปริบกะปรอย ปัสสาวะไม่ออก และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ โดยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเองและทำกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลาง ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือบางกิจกรรม ในระดับ Moderate assistance

แต่หลังจากรับการฟื้นฟูแล้วผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น โดยต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลแค่เพียงเฝ้าระวังและดูแลความปลอดภัยอยู่ห่างๆเท่านั้น ซึ่งอยู่ในระดับ Independent with Supervision ผู้ดูแลหลักเป็นบิดา ให้ความร่วมมือในการฝึกและรับคำแนะนำจากทีมบุคลากรเป็นอย่างดี การส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการให้กับผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถสื่อสารต่อกับญาติคนในครอบครัวคนอื่นๆในการดูแล เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ เนื่องจากบิดาหลังจากกลับบ้านต้องกลับไปทำงานประจำจะมีมารดาของผู้ป่วยช่วยดูแลต่อ อย่างไรก็ตามก็ตีพยาบาลฟื้นฟูสภาพมีบทบาทสำคัญที่จะสนับสนุนการจัดการในผู้ป่วยภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ(Neurogenic Bladder) ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง พยาบาลจำเป็นต้องให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา กำลังใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตั้งแต่ระยะแรกจนถึงระยะจำหน่ายและไปติดตามการรักษาที่บ้าน หลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องเพื่อการกลับเข้าสู่สังคมและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างแท้จริงของผู้ป่วย

### 5.3 ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

1. ผู้ป่วยโรคบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนทางด้านร่างกายหลายด้าน และมีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตแขนและขา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้และกลับคืนสู่สังคมให้เร็วที่สุด พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ และต้องมีความรู้เฉพาะทางด้านฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวหรือผู้ดูแล ให้สามารถค้นหาสภาพปัญหา วางแผน ตัดสินใจเลือกปฏิบัติการดูแล เข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน และคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการดูแล เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล

2. การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nurse) เป็นกลไกที่เหมาะสมในการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง สามารถแก้ไขปัญหามีความยุ่งยากซับซ้อน โดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีความสำคัญในการประสานงานระหว่างสาขาวิชาชีพ และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ความคุ้มค่าสูงสุดในการดูแล เกิดความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัว

### 5.4 ข้อเสนอในการศึกษาครั้งต่อไป

นำกรณีศึกษาในครั้งนี้มาพัฒนาองค์ความรู้เป็นแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคบาดเจ็บไขสันหลังที่มีปัญหากระเพาะปัสสาวะพิการ(Neurogenic Bladder) ส่งผลให้สูญเสียการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ โดยการจัดทำแนวปฏิบัติ การพัฒนารูปแบบ คู่มือปฏิบัติการฝึกขับถ่าย ปัสสาวะในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ การเตรียมความพร้อม ตามรูปแบบคู่มือปฏิบัติการฝึกขับถ่ายปัสสาวะในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder) ทุกรายและได้รับการกำกับติดตามประเมินผลความถูกต้องของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ตั้งแต่เข้าพักนอน

ในโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่ายกลับบ้านไป 1 เดือน โดยการติดตามหลังจำหน่ายจะเป็นการทบทวน การปฏิบัติการฝึกขับถ่ายปัสสาวะและติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ อีกทั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลมีการปฏิบัติขั้นตอนการฝึกขับถ่ายปัสสาวะได้อย่างถูกต้องและมีความต่อเนื่อง

### 5.5 การวิเคราะห์สิ่งที่ได้จากกรณีศึกษา

ทำให้ผู้รับการประเมินได้ประสบการณ์และการเรียนรู้ที่ดี ได้ศึกษาข้อมูลเชิงลึกจากหลายตำรา ทำให้ได้ความรู้หลากหลายด้าน มีสิ่งที่ต้องศึกษาและลงมือปฏิบัติจริงหลายอย่าง ได้ฝึกการคิดที่เป็นระบบและการตัดสินใจเลือกใช้ทฤษฎีที่เหมาะสมกับกรณีศึกษา รวมไปถึงการสืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในงานที่ศึกษา และการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ การค้นหาปัญหาของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลจนลงมือปฏิบัติและ ประเมินผลในCaseกรณีศึกษา การศึกษาที่ผู้รับการประเมินต้องใช้ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ส่วนตัว บางอย่างและอาศัยทีมในการช่วยดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการให้การพยาบาลเฉพาะด้านจนสามารถดูแลและ ศึกษาCaseกรณีศึกษาได้สำเร็จ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำความรู้และผลจากการศึกษามาจัดทำ แนวปฏิบัติ การพัฒนารูปแบบ คู่มือปฏิบัติการฝึกขับถ่าย ปัสสาวะในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีภาวะ กระเพาะปัสสาวะพิการ (Neurogenic Bladder) เพื่อเป็นความรู้และแนวปฏิบัติให้กับผู้ป่วยและญาติ รวมถึง นำไปสร้างคู่มือหรือแนวการปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลังที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะ พิการ (Neurogenic Bladder)ซึ่งเป็นความรู้เฉพาะทางสำหรับพยาบาลต่อไป

## บรรณานุกรม

- กิ่งแก้ว ปาจริย. (2538). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการจากไขสันหลังบาดเจ็บ*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- กิ่งแก้ว ปาจริย. (2543). *ไขสันหลังบาดเจ็บ*. กรุงเทพฯ: ไทศาลศิลป์การพิมพ์.
- กิ่งแก้ว ปาจริย. (2550). *เวชศาสตร์ฟื้นฟู สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- เกศกนก คำเรืองศรี, และอภิชนา โฆวินทะ. (2558). การศึกษาลักษณะอุจจาระของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 25(1), 6-14.
- ดลฤดี ศรีศุภผล, และเสมอเดือน ความวัลย์. (2552). ความชุกของการเกิดอาการปวดจากระบบประสาทในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*. 19 (1): 13-18.
- ดารุณี จงอุดมการณ์. (2558). *การพยาบาลสุขภาพครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ในครอบครัวระยะวิกฤต*. ขอนแก่น: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ฉัญพร มัทวานุกูล. (9 พฤศจิกายน 2566). *สถานการณ์คนพิการ*. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. <https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-base/disabled-person-situation>
- นคัมภรณ์ ชูชาติ, รัตนา วิเชียรศิริ, ปรีดา อารยาวิชานนท์, และณัฐเศรษฐ์ มนินนากร. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากอุบัติเหตุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 25(1): 15-21.
- นลินทิพย์ ตำนานทอง. (2537). *การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง Spinal Cord Injury*. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิรมล จันทร์ธานี. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกไขสันหลังและไขสันหลังในรูปแบบ Home ward: กรณีศึกษา. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 16(2), 92-103.
- ปราณี ทุไพบรา. (2555). *คู่มือยา*. (พิมพ์ครั้งที่8) กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.
- ผกามาศ วัฒนภรรณ. (2545). *ประสิทธิผลของการนัดหน้าห้องร่วมกับการเหน็บสบู่ออกการกระตุ้นการขับถ่ายในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรศิริ พันธสี. (2552). *กระบวนการพยาบาล แบบแผนสุขภาพ การประยุกต์ใช้ทางคลินิก*. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- พัชรี บุตรแสนโคตร. (2564). การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและไขสันหลังระยะฟื้นฟู. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(5) 639-648.
- พัชรินทร์ มาลีหวล. (2551). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามปัจจัยเสี่ยงและการเสริมพลังทักษะการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชรไพลิน พงษ์บริบูรณ์, สยาม ทองประเสริฐ, และอภิชนา โฆวินทะ. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้ที่บาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรัง : การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่คาสายสวนปัสสาวะแลสวนปัสสาวะเป็นระยะๆ. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 21(1) 13-20.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2556). *ชีวิตญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการรามารามาศิ, (น.24-33).

- วรพล อร่ามรัศมีกุล. (2560). เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. *เอกสารประกอบการสอนรายวิชา เวชศาสตร์ฟื้นฟู วฟ 511*, กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- วิจิตร ไพโรจน์. (2557). *การพัฒนาและการประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อฝึกชัษถ่าย ปัสสาวะในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์). PSU Knowledge Bank. <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/9960/1/392811.pdf>
- วิจิตรตรา กุสมภ์. (2554). *กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล การนำไปใช้ทางคลินิก* กรุงเทพฯ: บริการพิมพ์.
- ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555) *แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง*. นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556) *แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง*. นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สถาบันประสาทวิทยา. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด กระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพลส จำกัด
- สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561) *คู่มือการดูแลคนพิการบาดเจ็บไขสันหลัง สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง อัมพาตแขนและขา (เตตราปลีเจีย)*. นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สยาม ทองประเสริฐ และอภิชนา ไชวินทะ. (2549). ผลกระทบจากปัญหาการชัษถ่ายอุจจาระผิดปกติต่อผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 16(2), 75-84.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ. (2552). กระบวนการพยาบาลทฤษฎีการนำไปใช้. ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่น การพิมพ์.
- สุภาพ เหมือนชู, และปณัชญา เชื้อวงศ์. (2560). การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 28(1): 140-148
- อภิชนา ไชวินทะ. (2544). *บาดเจ็บที่ไขสันหลัง* (พิมพ์ครั้งที่3). เชียงใหม่: ส.ทรัพย์การพิมพ์
- อภิชนา ไชวินทะ. (2556). *ตำราบาดเจ็บไขสันหลัง: การฟื้นฟูสภาพอย่างครอบคลุม เล่ม 2*. เชียงใหม่: สุทินการพิมพ์.
- อภิชนา ไชวินทะ. (2555). *ตำราบาดเจ็บไขสันหลัง : การฟื้นฟูสภาพอย่างครอบคลุม เล่ม 1*. เชียงใหม่: สุทินการพิมพ์.
- อรัญ รัตนพล. (2559). *แนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง(spinal cord injury rehabilitation)*. NKP MIS. [https://mis.nkp-hospital.go.th/institute/admInstitute/nFile/sID2016-06-20\\_090929.docx](https://mis.nkp-hospital.go.th/institute/admInstitute/nFile/sID2016-06-20_090929.docx)

## ภาษาอังกฤษ

- Ayas, S., Leblebici, B., Sozay, S, Bayramoglu, M, & Niron, EA (2006). The effect of abdominal massage on bowel function in patients spinal cord injury. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(12), 951-955.  
[https://journals.lww.com/ajpmr/abstract/2006/12000/the\\_effect\\_of\\_abdominal\\_massage\\_on\\_bowel\\_function.4.aspx](https://journals.lww.com/ajpmr/abstract/2006/12000/the_effect_of_abdominal_massage_on_bowel_function.4.aspx)
- Bakas, T. et al. (2014). Evidence for stroke family caregiver and dyad interventions a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and American Stroke Association. *Stroke*, 45(9),2836-2852.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: toward unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Cameron, KJ., Nyulasi, JB., Collier, GR., & Brown, DJ. (1996). Assessment of the effect of increased dietary fiber intake on bowel function in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 34(5), 277-283. <https://www.nature.com/articles/sc199650.pdf>
- Dunn, S., Kowanko, I, Paterson, Jan, Pretty, & Leigh. (2002). Systematic Review of the Effectiveness of Urinary Continence Products. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 29(53), 129-142.
- Fonte,N. (2008). Urological care of the spinal cord-injured patient. *J Wound Ostomy Continence Nurse*, 5(3), 323-331. <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00152192-200805000-00012.pdf>
- Fowler, CJ. (1999). Neurological disorders of micturition and their treatment. *Brain*, 122(7), 1213-1231. <https://doi.org/10.1093/brain/122.7.1213>
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). Family nursing: Research, theory and practice. (5<sup>th</sup> ed.). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Fursawa, K. et al. (2007). Autonomic dysreflexia during a bowel program in patients with cervical spinal cord injury. *Acta Medica Okayama*, 122(7), 221-227.  
<https://doi.org/10.18926/amo/32867>
- Fursawa, K. et al. (2011). Incidence of symptomatic autonomic dysreflexia varies according to the bowel and bladder management techniques in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 46(1), 49-54. <https://doi.org/10.1038/sc.2010.94>
- Getliffe K, Fader M, Allen C, Pinar K, & Moore KN. (2007). Current evidence on intermittent catheterization. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 34(3), 289-96.

- Groah SL, Weitzenkamp MS, Lammertse DP, Whiteneck GG, Lezotte DC, Hammon RF. (2002), Excess risk of bladder cancer in spinal cord injury: evidence for an association between indwelling catheter use and bladder cancer. *Arch Phys Med Rehabil*, 83, 346-51.
- Horton III, JA., Chancellor, MB, & Labatia, I. (2003), Bladder management for the evolving spinal cord injury: options and considerations. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*, 9(1), 36-52. <https://meridian.allenpress.com/tscir/article-pdf/9/1/36/1985080/a40x-yc5w-u4p8-0uue.pdf>
- Huang, YH. et al. (2011). Autonomic Dysreflexia During Urodynamic Examinations in Patients with Suprasacral Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil.*, 92(9), 1450-1454. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.03.024>
- Jongudomkarn, D., & Camfield, L. (2006). Exploring the quality of life of people in North Eastern and Southern Thailand. *Social Indicators Research*, 92(9), 489-529.
- Kaakinen, J.R., Hanson, S.M.H., & Denham, SA. (2010). *Theory, practice & research*. (4<sup>th</sup> ed.). [https://elearning.medistra.ac.id/pluginfile.php/576/mod\\_folder/content/0/ebooksclub.org\\_\\_Family\\_Health\\_Care\\_Nursing\\_\\_Theory\\_\\_Practice\\_\\_amp\\_\\_Research\\_\\_4th\\_Edition.pdf?forcedownload=1](https://elearning.medistra.ac.id/pluginfile.php/576/mod_folder/content/0/ebooksclub.org__Family_Health_Care_Nursing__Theory__Practice__amp__Research__4th_Edition.pdf?forcedownload=1)
- Krassioukov, A., Warburton, DE., Teasell, R., & Eng, JJ. (2009). A systematic review of the management of autonomic dysreflexia after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 90(4), 682-695. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.10.017>
- Korsten MA. et al. (2007). Anorectal stimulation causes increased colonic motor activity in subjects with spinal cord injury. *The Journal of Spinal cord Medicine*, 30(1), 31-35. <https://doi.org/10.1080/10790268.2007.11753911>
- Kovindha A, Chiang WN, Madersbacher H. (2004), Reused silicone catheter for clean intermittent catheterization (CIC): is it safe for spinal cord-injured (SCI) men? *Spinal Cord* 42(11), 638-42. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101646>
- Michielsen, DP. & Wyndaele, JJ. (1999). Management of false passages in patients practicing clean intermittent self catheterization. *Spinal Cord*, 37(3), 201-203. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100789>
- Newman, DK., & Willson, MM. (2011). Review of intermittent catheterization and current best practices. *Urologic Nursing*, 30(1), 12-29. <http://dx.doi.org/10.7257/1053-816X.2012.31.1.12>



- Ohlsson Nevo, E., Andershed, B., Nilsson, U., & Anderzen-Carlsson, A. (2012). Life is back to normal and yet not-partners' and patient's experiences of life of the first year after colorectal cancer surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4),555-563.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03830.x>
- Pan, SL. et al. (2005). Intracerebral Hemorrhage Secondary to Autonomic Dysreflexia in a Young Person with Incomplete C8 Tetraplegia: A Case Report. *Arch Phys Med Rehabil*, 86(3), 591-593.
- Ryan, P., & Sawin, K.J. (2009). The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(4), 217-225. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>
- Stiens, S.A., Bergman, S.B. & Goetz, L.L. (1997). Neurogenic bowel dysfunction after spinal cord injury: Clinical evaluation and rehabilitative management. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(3), 86-102. [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(97\)90416-0](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(97)90416-0)
- Tsai, PY. at al. (2009). Efficacy of Functional Magnetic Stimulation in Neurogenic Bowel Dysfunction after Spinal Cord Injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(1), 41-47.  
<https://doi.org/10.2340/16501977-0280>
- Van den Berg, ME, et al. (2010). Incidence of spinal cord injury worldwide: a systematic review. *Neuroepidemiology*, 34(3), 184-92. <https://doi.org/10.1159/000279335>
- Verpoorten, C., & Buyse, GM. (2008). The neurogenic bladder: medical treatment. *Pediatr Nephrol*, 23(5), 717-725. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00467-007-0691-z#citeas>
- Wright, L.M. & Leahey, M. (2005). The three most common errors in family nursing: how to avoid or sidestep. *Journal of Family Nursing*, 11(2), 90-101.  
<https://doi.org/10.1177/1074840704272569>
- Wyndaele, JJ. (2002). Complications of intermittent catheterization: their prevention and treatment. *Spinal Cord*, 40(10), 536-541. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101348>
- Wyndaele, JJ. (2008). Conservative treatment of patients with neurogenic bladder. *European Urology*. 7, 557-565. <https://doi.org/10.1016/j.eursup.2008.01.020>
- Wyndaele, JJ., De Ridder, D., Everaert, K., Heilporn, A. & Congard-Chassol, B. (2000). Evaluation of the use of Uroath-Gel catheters for intermittent self-catheterization by male

patients using conventional catheters for a long time. *Spinal cord*. 38(2), 97-99.

<https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100958>

Wyndaele, JJ., Kovindha, A., Madersbacher, H., Radziszewski P., Ruffion, A., Schurch, B., et al. (2009). Neurologic urinary and faecal incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence*. 4<sup>th</sup> ed. Paris: Health Publication Ltd. 793-960.

[https://www.ics.org/publications/ici\\_4/files-book/comite-10.pdf](https://www.ics.org/publications/ici_4/files-book/comite-10.pdf)