การดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อน และอัมพาตเต็มตัว ในจังหวัดกาฬสินธุ์

Self care at home of paraplegia and quadriplegia in Kalasin province

พิรุณ คำพรมมา[1] นวลจันทร์ พูลสมบัติ[2] ไพรัตน์ คำพรมมา[3]

Piroon Kumpromma, NaulJun Pulsombut, Pirut Kumpromma

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อน และผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว เมื่อผู้ป่วยและญาติกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ในชุมชน เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน วิถีชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อน 6 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อน 6 คน ผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว 4 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว 4 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลหอผู้ป่วย 4 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน เจ้าหน้าที่ PCU 3 คน

ผลการวิจัยพบว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ส่วนผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เคลื่อนไหวร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้ ทำให้ผู้ป่วยแลผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งสองกลุ่มไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดูแลประจำจะเหลือเพียงหนึ่งคน ส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว และผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนอาชีพจากเดิมมาเป็นประกอบอาชีพที่อยู่ใกล้บ้าน หรืออยู่กับบ้านเช่น รับจ้างเย็บผ้า รับจ้างซักผ้า เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยลำพัง ต้องคอยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกกิจกรรม และตลอดเวลา ส่วนการให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจของญาติ เพื่อน ชุมชน สถานบริการ ในระยะแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือ ให้กำลังใจดี ภายหลังการเจ็บป่วยประมาณสามเดือน ผู้ป่วยได้รับการดูแลและให้กำลังใจลดลง และภายหลังการเจ็บป่วยประมาณเจ็ดเดือนผู้ป่วยจะมีผู้ดูแลเพียงคนเดียว ส่วนใหญ่เป็นสามีภรรยา และบุตร การได้รับกำลังใจน้อยลง ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ในชีวิต รู้สึกเป็นภาระ รู้สึกว่าการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น มีความยากลำบากในการดำรงชีวิต จึงคิดหาช่องทางในการฆ่าตัวตาย ส่วนผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกกิจกรรม เบื่อหน่าย มีปากเสียง ทะเลาะกันกับผู้ป่วย ไม่เข้าใจกัน ไม่ให้กำลังใจผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีฐานะทางการเงินที่ดีจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วยได้ดี

คำสำคัญ : การดูแลตนเองที่บ้าน อัมพาตครึ่งท่อน อัมพาตเต็มตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ [2]หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ [3]นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บของกระดูกสันหลังมีความสำคัญมากเนื่องจาก เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ อัตราการเกิดการบาดเจ็บของไขสันหลังในปัจจุบัน มีประมาณ 15-40 คน ต่อประชากรหนึ่งล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน มีอัตราตายสูงถึงประมาณร้อยละ 50 และที่สำคัญคือ ผู้รอดชีวิตมักไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ เนื่องจากภาวะทุพลภาพ ส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจตามมา (วิมลพร เชาวน์ไวพจน์) จากสถิติของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2528 มีผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง 23 รายต่อประชากร หนึ่งล้านคน พบในเพศชายมากกว่าร้อยละ 80 สาเหตุเกิดจาก การเกิดอุบัติเหตุจราจร การพลัดตกจากที่สูง ของหนักทับ ถูกยิง ถูกแทง การหกล้ม (อภิชนา โฆวินทะ) จากสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์พบว่า มีผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเพิ่มขึ้น ในปี 2550 และ 2551 จำนวน 46 และ 57 ราย ในปี 2551 พบผู้ป่วยพิการถาวร จำนวน 13 ราย ซึ่งผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ปอดอักเสบ ท้องผูก กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง ค่ารักษาพยาบาลสูง เฉลี่ย 47,000 บาทต่อราย ผู้ป่วยและญาติปรับตัวเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงไม่ทัน มีความเจ็บปวด ความเครียด ทุกข์ทรมาน มีปัญหาด้านการเงิน เสียโอกาส เสียเวลา ขาดรายได้

ในการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในปัจจุบัน ยังไม่สามารถที่จะทำให้ผู้ป่วยฟื้นกลับคืนสู่สภาพเดิมเป็นปกติได้ ดังนั้นนักวิทยาศาสตร์จึงมีการศึกษา การตอบสนองของเซลล์ ระบบประสาทต่อการบาดเจ็บ ได้แก่ การตาย การงอกใหม่ (regeneration) การเปลี่ยนรูปเพื่อชดเชยการทำงาน (plasticity) ตลอดจนการตอบสนองของระบบประสาท ต่อการรักษา ด้วยวิธีการต่างๆ ทำให้เราสามารถกำหนดความรุนแรง และ ตำแหน่งของการบาดเจ็บได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ ซึ่งเป็นประโยชน์มากในการศึกษาวิจัย ปัจจุบันเรามีความเข้าใจถึงพยาธิสรีระวิทยาของร่างกายต่อการบาดเจ็บไขสันหลังมากขึ้นและสามารถนำข้อมูล มาศึกษาและพัฒนาวิธีการรักษาผู้ป่วยในอนาคตอันใกล้ ที่นิยมศึกษามี 3 รูปแบบคือ Transection (40 %) Contusion (30 %) และ Compression

(20 %) (พิมลพร เชาวน์ไวพจน์)

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ผ่านมามักจะเน้นที่การรักษาโรค ทำให้ขาดการพิจารณาความเชื่อมโยงระหว่างอาการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ กับสภาวะแวดล้อมและวิถีชีวิตของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม การดูแลรักษาหลายครั้งจึงไม่สอดคล้องและไม่สามารถแก้ไขอาการเจ็บป่วยได้โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต้องการวิธีการดูแลตนเองที่ซับซ้อนเช่น ผู้ป่วยอัมพาตพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลัง เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับไปอยู่ที่บ้าน ต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองในสภาพของผู้พิการ ตามที่แพทย์ พยาบาลสอนและ

แนะนำก่อนออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีข้อจำกัดด้านลักษณะนิสัย ตลอดจนความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมที่บ้านของตน ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้บ้าง ไม่ได้บ้าง หรือปรับเปลี่ยนไปตามที่ผู้ป่วยคิดว่าดีและทำได้ ผลการดูแลรักษาที่เกิดขึ้นจึงมีทั้งที่ได้ผลดี ภาวะแทรกซ้อนลดลง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น

จากสภาวะการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ผู้ศึกษาวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ถึงการดูแลตนเองเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตต่อที่บ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้คำแนะนำในการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งปรับวิธีการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล ให้มีวิธีการปฏิบัติ ที่สอดคล้องกับข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละคนมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับ การเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปรับตัวในการดำเนินชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างและอัมพาตเต็มตัว ในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

สถานที่ศึกษา

การเลือกสถานที่ศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกอำเภอที่มีผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บไขสันหลัง และมีอัมพาตครึ่งท่อนล่าง และอัมพาตเต็มตัว ในจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นอำเภอที่ผู้วิจัยสามารถลงเก็บข้อมูลและชาวนายินดีให้ข้อมูล ซึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์มีทั้งหมด 18 อำเภอ เลือกมา 7 อำเภอ ซึ่งมีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังและมีอัมพาตร่วมด้วย ได้แก่ อำเภอ เมืองกาฬสินธุ์ สหัสขันธ์ ดอนจาน กมลาไสย ร่องคำ สมเด็จ และอำเภอยางตลาด

กลุ่มประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง ผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว และผู้ดูแล ในอำเภอ เมืองกาฬสินธุ์ สหัสขันธ์ ดอนจาน กมลาไสย ร่องคำ สมเด็จ และอำเภอ ยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งใช้วิธีการศึกษาวิจัย 3 วิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต โดยมีการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key information) 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์ มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยซักถาม ผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งท่อนล่าง ผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว และผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตทั้งสองกลุ่ม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่

ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ บอกวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ เพื่อขอคำยินยอมในการให้ข้อมูล และเพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับ ทั้งต่อผู้ให้สัมภาษณ์และชาวนาคนอื่นๆ และเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่เป็นจริง และข้อมูลที่เกิดจากความไว้วางใจ เป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง 6 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง 6 คน ผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว 4 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว 4 คน พยาบาลหอผู้ป่วย 4 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน พยาบาล PCU 3 คน

2.2. กลุ่มผู้ร่วมสนทนา เป็นกลุ่มผู้ที่เคยได้รับการดูแลผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม โดยผ่านการสร้างสัมพันธภาพของผู้นำกลุ่ม มีการแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ในการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ผู้ร่วมสนทนามีความเข้าใจ และสามารถให้ข้อมูลได้ตรงกับวัตถุประสงค์ มีการกระตุ้นให้สมาชิกได้มีการช่วยกันคิดวิเคราะห์สถานการณ์ ซึ่งมีการจัดกลุ่มสนทนาจำนวน 4 ครั้ง มีผู้ร่วมสนทนาครั้งที่ 1 จำนวน 6 คน ครั้งที่ 2 จำนวน 6 คน ครั้งที่ 3 จำนวน 5 คน ครั้งที่ 4 จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้วิจัยทั้งสามคน ซึ่งมีการประชุมกลุ่ม และกำหนดแนวทางการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และยึดจรรยาบรรณของนักวิจัย อย่างเคร่งครัด โดยไม่เปิดเผยข้อมูลให้ชุมชนรู้ในรายบุคคล แต่จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ทั้งในการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม มานำเสนอให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่ม นอกจากนั้นยังใช้แนวทางการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีสาระสำคัญของข้อคำถามหลักๆ ดังนี้ การมีประสบการณ์ในการใช้เครื่องสีข้าว สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ ลักษณะการได้รับบาดเจ็บจากเครื่องรถสีข้าว ลักษณะของบาดแผล สิ่งที่ปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ คำถามเชิงวิเคราะห์ถึงวิธีการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้อย่างไรในครั้งต่อไป เป็นต้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาดำเนินการ

ใช้ระยะเวลาดำเนินการศึกษาวิจัย 1 ปี ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2551-กุมภาพันธ์ 2552 มีขั้นตอนการวิจัยและระยะเวลาดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังและมีอัมพาต ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 3 ปี ย้อนหลัง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2551- เมษายน 2551

2. ศึกษา ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2551- กรกฎาคม 2551

3. สร้างกรอบแนวคิดที่ใช้ศึกษาวิจัย และสร้างคำถามหลัก คำถามย่อย คำถามล้วงลึกขอมูล ที่ใช้ในการสัมภาษณ์

แบบสังเกต การบันทึกข้อมูล โดยการประชุมกับทีมวิจัย เกี่ยวกับการดูแลตยเองที่บ้านของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างและผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว ระหว่างเดือน สิงหาคม – กันยายน 2551

4.ทดลองการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล และนำมาปรับปรุงข้อคำถามที่ไม่ชัดเจน มีความหมายที่หลากหลาย ในเดือน ตุลาคม 2551

5. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต ระหว่างเดือน ตุลาคม 2551- มกราคม 2552

6. วิเคราะห์ข้อมูล ระหว่างเดือน ธันวาคม 2551- กุมภาพันธ์ 2552

7. เขียนรายงานการวิจัย ระหว่างเดือน มีนาคม 2552- มิถุนายน 2552

8. เผยแพร่ผลงาน ระหว่างเดือน มิถุนายน 2552

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทำไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการนำข้อมูลมาจำแนกเป็นหมวดหมู่ และทำการวิเคราะห์ด้วยความมีเหตุมีผล พร้อมกับกำหนดเนื้อหาสำคัญ (Theme) และมีการแลกเปลี่ยนผลการวิเคราะห์กับผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อยืนยันความถูกต้องและชัดเจนของข้อมูล ให้เกิดความน่าเชื่อถือ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และมีการลงรหัสข้อมูล

ผลการศึกษา

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง อัมพาตเต็มตัว เกี่ยวกับ การเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

สถานที่ศึกษา คือ 5 อำเภอในจังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรผู้ให้ข้อมูลหลัก มี 3 กลุ่มใหญ่ ซึ่งยินดีให้ข้อมูล คือ 1. กลุ่มผู้ป่วยอัมพาต ซึ่งมี 2 กลุ่มย่อย คือ 1) ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง จำนวน 6 คน 2) ผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว จำนวน 4 คน กลุ่มที่ 2. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย มี 2 กลุ่มย่อย คือ 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง มีจำนวน 6 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว จำนวน 4 คน 3. กลุ่มผู้ให้บริการ มี 3 กลุ่มย่อย คือ 1) พยาบาล จำนวน 4 คน 2) พยาบาล PCU จำนวน 3 คน 3) นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 31 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) ตามความสามารถในการให้ข้อมูลความทรงจำของผู้ให้ข้อมูล ในการอธิบายเชื่อมโยงเหตุการณ์ ต่างๆในอดีต ตั้งแต่การได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง การที่ต้องมาเป็นผู้พิการถาวร การได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ญาติ องค์กรของรัฐ สถานบริการพยาบาล เจ้าหน้าที่ การให้ความช่วยเหลือ การ

เคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต อาชีพ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้ง ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล นักกายภาพบำบัด โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 วิธี คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept-interview) การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสังเกตระหว่างการสัมภาษณ์ (Observation)

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยให้ผู้ให้ข้อมูล รับทราบผลการวิเคราะห์และสามารถให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จนมีเนื้อหาที่สมบูรณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลได้กระทำไปพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีการลงรหัสข้อมูลเพื่อสะดวกในการวิเคราะห์

ผลการวิจัย ผลการศึกษาวิจัยสรุปได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้ 1) การดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง 2) การดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว 3) การให้การช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อน 4) การให้การช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว 5) การให้การช่วยเหลือทางสังคม องค์กรของรัฐ 6) ระบบการดูแลผู้ป่วยของสถานบริการพยาบาล 7)สภาพจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแล 8)การแสวงหาทางเลือกในการรักษา 9) การปรับวิถีชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง อัมพาตเต็มตั้ง และผู้ดูแล

1.การดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง

1.1.การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างมีความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ในแนวราบ โดยใช้แขนยันพื้น ช่วยเหลือตัวเองในการเคลื่อนย้ายร่างกาย แต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการเคลื่อนไหวในแนวดิ่งได้ ทำให้ต้องการมีคนช่วยเหลือในบางกิจกรรม เช่น การเคลื่อนย้ายตัวเองขึ้นรถเข็น แต่ถ้าผู้ป่วยมีการฝึกฝน และมีความชำนาญมากขึ้นจะสามารถเคลื่อนย้ายตัวเองเพื่อขึ้นรถเข็นได้ การเลี่ยนจากนั่งเป็นท่ายืน เนื่องจากกำลังขาผู้ป่วยไม่มีแรงทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการที่จะเปลี่ยนท่าจากท่านั่งเป็นท่ายืน แต่ถ้ามีการฝึกกำลังแขนให้ดี ผู้ป่วยจะสามารถใช้กำลังแขนช่วยในการเปลี่ยนท่าได้ แต่ถึงอย่างไรผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มได้ง่ายซึ่งอาจจะทำให้เกิดการบาดเจ็บเพิ่มขึ้นได้

1.2.การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองในกิจกรรมการล้างหน้า แปรงฟัน การอาบน้ำ สวมใส่เสื้อผ้า การดูแลความสะอาดร่างกายภายหลังการขับถ่าย การรับประทานอาหาร การประกอบอาหารง่ายๆได้

1.3.การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเกิดแผลกดทับ การเกิดปอดอักเสบ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็งได้ในระดับหนึ่ง ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถ

และการปฏิบัติส่วนบุคคล ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างมีความสามารถที่จะป้องกันการเกิดแผลกดทับแต่ ในระยะแรกของการบาดเจ็บ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าพลิกตัว ทำให้เกิดแผลกดทับระดับ 1 จึงเริ่มเรียนรู้ที่จะมีการพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการติดเชื้อสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ระบบประสาทการควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะจะฟื้นตัวได้ ผู้ป่วยจะใส่สายสวนปัสสาวะประมาณ 1-3 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกระบบการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ แต่ยังพบว่ามีการติดเชื้อสายสวนปัสสาวะหลังจากใส่สายสวนปัสสาวะ 2 เดือน เนื่องจากการปฏิบัติตัว การดื่มน้ำน้อย การรักษาความสะอาดไม่ได้ดีเท่าที่ควร แต่พอหลังจากที่เอาสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยจะมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะราด ใน1-2 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะดีขึ้นตามลำดับ อาการท้องอืดจะมีในช่วยแรกๆของการเจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยได้รับการพยุงลุกนั่งจะไม้ท้องอืด แต่บางกรณีเป็นข้อจำกัดของการรักษา ทำให้ผู้ป่วยท้องอืดได้

2. การดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว

2.1.การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัวไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย แขน ขา การพลิกตัว แม้นแต่การขยับนิ้วเท้า การยกแขน ขา ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยลำพังจึงไม่สามารถทำได้เลย

2.2.การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัวไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย ต้องอาศัยพึ่งพาบุคคลอื่นในทุกกิจกรรม ตั้งแต่การ ล้างหน้า แปรงฟัน การเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลความสะอาดร่างกาย การกินอาหาร การขับถ่าย ดังนั้น ผู้ป่วยจึงรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้กับบุคคลอื่น

2.3.การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย การใช้มือ ใช้แขนได้ จึงไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้เลย ต้องอาศัยผู้ดูแล และบุคคลอื่นเสมอ ในทุกกิจกรรม ผู้ป่วยจึงรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เมื่อระยะเวลานานเข้า ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าอาการป่วยดีขึ้น หรือไม่หาย ผู้ป่วยจึงเริ่มรู้สึกอยากตาย

3.การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง

3.1.การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ มีกำลังใจในระดับหนึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนไหวร่างกายได้บ้าง เช่น การใช้แขนเคลื่อนย้ายตัวเองไปมาได้ ในแนวราบ ส่วนที่ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือ คือ เมื่อผู้ป่วยเคลื่อนย้าย ลงนั่งรถเข็นเนื่องจาก ต้องคอยระวังรถเข็นพลิกคว่ำ ต้องจับไว้ให้ผู้ป่วย การเข้าห้องน้ำที่ต้องเปลี่ยนท่าขึ้นลงในแนวดิ่งต้องคอยให้การช่วยเหลือ

3.2.การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง

สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ ในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การสวมกางเกง การปรุงอาหาร ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยจะมีกำลังใจ เมื่อการพิการอัมพาตครึ่งท่อนล่างเป็นอย่างถาวร ผู้ป่วยมักจะยอมรับสภาพตนเองได้ในที่สุดและปรับเปลี่ยนตนเอง ในการที่จะมีชีวิตที่มีความสุข

3.3.การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลผู้ป่วยจะให้การดูแลผู้ป่วยในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เองโดยลำพัง เช่น การจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ ในการดูแลความสะอาดร่างกาย สายสวนปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

4.การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว

4.1.การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ในการพลิกตะแคงตัว การป้อนอาหาร การดื่มน้ำ การล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลหลังการขับถ่าย เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยต้องให้การช่วยเหลือในทุกกิจกรรมทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้า หมดแรง หมดกำลังใจ เนื่องจากการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้น เมื่อเหนื่อย บวกกับผู้ป่วยเรียกร้องบ่อยๆ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกรำคาญ เริ่มทะเลาะกัน

4.2.การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เมื่อผู้ป่วยเรียกร้องขอความช่วยเหลือในทุกกิจกรรม ผู้ดูแลผู้ป่วย รู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจ ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย แต่ในบางรายผู้ดูแลเข้าใจ เห็นใจในการเจ็บป่วย ก็จะอดทนต่อความยากลำบาก ผู้ป่วยก็จะรู้สึกเห็นใจผู้ดูแล เข้าใจกัน จะไม่ทะเลาะกัน ใช้ความอดทนต่อกันและกัน อดทนต่อความเหน็ดเหนื่อย ความยากลำบาก ผู้ป่วยจะรู้สึกสงสารผู้ดูแล ในสุดท้ายก็จะรู้สึกอยากตายเช่นกัน เนื่องจากทนเห็นผู้ดูแลลำบากไม่ไหว

4.3.การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย แขน ขาได้ ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงขึ้นอยู่กับ ผู้ดูแลผู้ป่วย

5.การให้การช่วยเหลือทางสังคม องค์กรของรัฐ ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแล ให้กำลังใจ จากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนฝูง ชุมชน ดี และเริ่มลดลงภายหลังการเจ็บป่วย สามเดือน และภายหลังการเจ็บป่วยประมาณ เจ็ดเดือน ผู้ป่วยจะมีผู้ดูแลเหลือเพียงคนเดียว ส่วนใหญ่เป็น สามี ภรรยา บิดา มารดา กับบุตร ส่วนคนอื่นในครอบครัวจะไปใช้ชีวิตของตนเอง หรือไปหาเงินมาให้ แต่เงินที่ได้ส่วนใหญ่จะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ค่าอาหาร ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายอื่นๆทั่วไป ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องหาอาชีพเสริม ที่สามารถทำได้ในบ้านที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยไปด้วยได้ ส่วน

หน่วยงานของรัฐ อบต. มีบางรายที่ได้รับการช่วยเหลือเป็นเงิน เดือนละ 300-500 บาท และมีบางรายที่ยังไม่ได้รับการให้การช่วยเหลือ อันเนื่องจาก ไม่ทราบวิธีการเข้ารับการช่วยเหลือจากองค์กรของรัฐ ซึ่ง การที่จะเข้ารับการช่วยเหลือจากองค์กรของรัฐ ผู้ป่วยจะต้องขอใบนับรองแพทย์ผู้พิการ จากแพทย์ผู้รักษา ประกอบกับ บัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน รูปถ่ายผู้ป่วยขนาด 2 นิ้ว 3 แผ่น ไป
ขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ ที่ศาลากลางจังหวัด จึงจะได้รับเงินช่วยเหลือเดือนละ 500 บาท ซึ่งยังไม่พอเพียงกับค่าใช้จ่าย แต่ก็ยังดีกว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือ

6.ระบบการดูแลผู้ป่วยของสถานบริการพยาบาล ในระบบการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง การให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ณ.จุดเกิดเหตุ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากหน่วยกู้ชีพ EMS และมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุด้วยการใช้แผ่นกระดานแข็งรองรับทั้งตัว และยึดลำตัวผู้ป่วยให้นิ่ง และนำส่งที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด เมื่อแพทย์ได้ตรวจร่างกายผู้ป่วยและวินิจฉัยว่ามีการบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยจะได้รับการส่งตัวมาที่โรงพยาบาลจังหวัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง เมื่อถึงโรงพยาบาลจังหวัดผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกายอีกครั้ง การเอกเรย์ ในส่วนที่พบว่ามีปัญหาเพิ่มเติม กรณีที่พบว่ามีการบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยจะได้รับการเคลื่อนย้ายด้วยเปลตัก แพทย์เฉพะทางศัลยกรรมกระดูกและข้อจะเป็นแพทย์เจ้าของไข้ ผู้ป่วยจะได้รับการเอกเรย์เพิ่ม (MRI) หลังจากนั้นแพทย์จะพิจารณาว่าผู้ป่วยควรจะได้รับการรักษาแบบผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด นอกจากนั้น ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรค การปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังสิ้นสุดการรักษา มีบางรายที่มีอาการอัมพาตถาวร บางรายมีอาการอัมพาตชั่วคราว แพทย์จะเป็นผู้ตรวจวินิจฉัยและให้ข้อมูลผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายผู้ป่วย จะเข้าระบบการดูแลต่อเนื่องไปยังชุมชน มีระบบการประสานงานกับเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน อสม. โดยมีการส่งกลับข้อมูลมายังโรงพยาบาลจังหวัดให้ทราบ

7.สภาพจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วยทั้งอัมพาตครึ่งท่อนล่าง และผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว มีความเครียดสูงในระยะแรกของการเจ็บป่วย เนื่องจากการปรับเปลี่ยนสภาพร่างกาย จากเดิมที่เคยมีความสามารถทุกอย่าง กลับต้องกลายมาเป็นผู้พิการ ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ทันต่อเหตุการณ์ ทั้งผู้ป่วยและญาติต่างมีความเครียดสูง มีความวิตกกังวลสูง ทำให้มีความต้องการข้อมูลมากเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย ต้องการการรักษาที่ดีที่สุด ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เป็นปกติเร็วที่สุด แต่เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยในเบื้องต้น ผู้ป่วยและญาติยังไม่ยอมรับ ไม่ยอมท้อถอย จึงมีบ่อยครั้งที่ญาติผู้ป่วยต้องการที่จะไปรับการรักษาที่อื่น ที่มีศักยภาพการรักษาที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในรายที่มีฐานะด้านการเงินดี แต่ในผู้ป่วยที่มีฐานะการเงินที่ไม่ดี

บางรายก็พร้อมที่จะไปรับการรักษาให้ถึงที่สุด ซึ่งในบางครั้ง แพทย์ พยาบาลจะรู้สึกว่าอาจจะสูญเปล่า แต่ก็ไม่สามารถที่จะทำให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับการเจ็บป่วยได้ และเมื่อการรักษาไปถึงที่สุดแล้วผู้ป่วยยังมีอาการอัมพาต ผู้ป่วยและญาติจึงจะค่อยๆ ยอมรับการเจ็บป่วยและอาการอัมพาต และให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นอย่างดี จนกระทั่งผู้ป่วยและญาติดูแล หลายสถานที่ที่คิดว่าจะหาย รักษาแพทย์ทางเลือก อื่นๆ ไม่ดีขึ้น จึงค่อยๆ ยอมรับ ความพิการ และเมื่อผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น และความต้องการการดูแลผู้ป่วยในทุกกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเหน็ดเหนื่อยท้อแท้ สิ้นหวังในที่สุด ในผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว ผู้ป่วยจึงคิดหาหนทางที่จะฆ่าตัวตาย

8.การแสวงหาทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยและญาติในระยะการปฏิเสธการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะพยายามหาวิธีการรักษาแบบต่างๆ โดยการย่าง การใช้น้ำมนต์ การแสวงหาสถานที่มีการโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ ต่างๆ แต่เมื่อเข้ารับการบำบัดแล้ว อาการก็ยังไม่ดีขึ้น ก็จะเปลี่ยนไปที่อื่นเรื่อยๆ จนหมดหนทางจึงกลับมาดูแลตนเองที่บ้าน และมีการยอมรับการเจ็บป่วย

9.การปรับวิถีชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง อัมพาตเต็มตั้ง และผู้ดูแล ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือในทุกกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจากการทำงานนอกบ้าน ต้องหางานที่ทำงานอยู่กับบ้าน เช่น การรับจ้างซักผ้า รีดผ้า เย็บผ้า รับจ้างเย็บหมอน เป็นต้น ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างบางรายที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ดี จะหาอาชีพทำได้ในที่สุด

วิจารณ์ ระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในสถานพยาบาล เมื่อมีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งผู้ที่พบเห็นผู้ป่วยเป็นคนแรกอาจจะเป็นใครไม่รู้ อาจจะมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ประสบเหตุที่แตกต่างกัน การให้การช่วยเหลืออาจแตกต่างกัน ซึ่งในปัจจุบันเมื่อพบผู้ประสบเหตุสามารถโทร 1669 เรียกใช้บริการของรัฐ ซึ่งจะมีหน่วยกู้ชีพทุก อบต. สามารถเรียกใช้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง แต่ก็ยังมีปัญหา บางครั้งบางวัน และบางเวลาที่ไม่สามารถให้บริการได้ตามที่กำหนดไว้ ด้วยเหตุใดๆ

เจ้าหน้าที่จะมีความรู้ความสามารถในการให้การช่วยเหลือฉุกเฉิน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกวิธีโดยใช้กระดาน การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นได้ เจ้าหน้าที่สามารถรับผู้ป่วยส่งมาที่โรงพยาบาลประจำอำเภอในกรณีที่เกิดเหตุที่ต่างอำเภอ ถ้าการบาดเจ็บรุนแรงเกินความสามารถ จึงจะส่งต่อมาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ในการบาดเจ็บไขสันหลังโรงพยาบาลระดับจังหวัดมีความสามารถที่จะให้การดูแลได้ การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ต้องเริ่มจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกวิธี มีการประเมินผู้ป่วยทุกระบบ เพื่อให้การดูแลที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่ามีการบาดเจ็บไขสันหลังผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง

ศัลยกรรมกระดูกและข้อ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล การปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย ได้แก่การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพลิกตะแคงตัว การฝึกการหายใจซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยยังไม่เห็นความสำคัญในระยะแรก ประกอบกับเจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลไม่มากพอ ไม่ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความตระหนักพอที่จะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ หรือการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลน้อย หรือยังไม่พร้อมที่จะรับฟังข้อมูล ยังตกใจ วิตกกังวลสูง ทำให้การรับฟังข้อมูลที่ผ่านเข้ามาแล้วผ่านออกไป หรือไม่เชื่อว่าจะเกิดขึ้นได้ ทำให้ไม่มีการปฏิบัติ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ต่อเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงมีการกระตุ้นซ้ำของเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงมีความตระหนักที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกว่า ในขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การเคลื่อนไหว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การรักษามีสองวิธี คือแบบที่ต้องทำผ่าตัด และไม่ต้องผ่าตัด แพทย์จะพิจารณาเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมตามสภาพการเจ็บป่วย พยาธิสภาพของโรค กรณีที่ทำผ่าตัด ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่วนกรณีที่ไม่ผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ เมื่อรับการรักษาไประยะหนึ่งจนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการคงที่ ผู้ป่วยและญาติพร้อมที่จะกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เจ้าหน้าที่จะมีการเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน การประสานเครือข่ายในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาต่างๆ ซึ่งการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติหรือการแก้ไขปัญหา ในบางปัญหาต้องการการช่วยเหลือจากองค์กรของรัฐอื่นๆอีกมาก เช่น การให้การช่วยเหลือด้านการเงิน การช่วยเหลือในการหาอาชีพที่เหมาะสม การฝึกอาชีพ เพื่อก่อให้เกิดรายได้ การช่วยเหลือด้านอุปกรณ์เสรอมอื่นๆ ที่จำเป็น รวมทั้งเงินสำหรับผู้พิการซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยมากไม่พอที่จะบรรเทาค่าใช้จ่ายที่สำคัญได้

การดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวตนเอง ในระยะสามเดือนแรกของการบาดเจ็บไขสันหลัง หรือระยะแรกของการเปลี่ยนแปลงของชีวิตผู้ป่วยมาเป็นผู้พิการ ผู้ป่วยยังมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะหายเป็นปกติ มีจิตใจเข้มแข็งที่จะต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่างๆ และในขณะเดียวกันผู้ป่วยยังต้องการ การพึ่งพาจากบุคคลอื่นทุกกิจกรรม ตั้งแต่การเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บปวดจากการบาดเจ็บต่างๆ จนกระทั่งหลังจากการเจ็บป่วยในเดือนที่สี่ถึงหก ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกว่าตนเองไม่หาย มีภาวะเครียด ประกอบกับผู้ดูแลน้อยลง เนื่องจากการเจ็บป่วยมีระยะเวลานานทำให้ผู้ดูแลจะเหลือเพียงหนึ่งหรือสองคน ที่คอยดูแลประจำ แต่ก็

มีอาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย ทำให้การดูแลลดลง ผู้ป่วยรู้สึกเกรงใจ เห็นใจผู้ดูแลจึงมีความพยายามที่จะช่วยเหลือตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยเริ่มมีการยอมรับการเจ็บป่วยเป็นอัมพาต เริ่มมีความคิดที่จะเอาชนะหรือช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด มีการเรียนรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองต่างๆ ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนย้ายตนเองนั่งรถเข็น การเข้าห้องน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น ภายหลังการเจ็บป่วยเดือนที่เจ็ดผู้ป่วยมีการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง การเคลื่อนไหวร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างมีความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวเองในแนวราบ การเลื่อนตัวเองนั่งรถเข็ญ การทำกิจวัตรประจำวัน การล้างหน้า แปรงฟัน การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า รวมทั้งการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยพยายามที่จะใช้แขนแทนขา พยายามที่จะพึ่งพาตนเองมากที่สุด เป็นภาระคนอื่นมากที่สุด

การดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว ในระยะแรกของการเจ็บป่วยผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ตั้งแต่การเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทุกกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนได้มากและบ่อย ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความลำบากมากขึ้น เป็นการเรียนรู้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยว่าการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีความสำคัญ เช่น การเกิดแผลกดทับ เมื่อผู้ป่วยมีแผลกดทับ ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องดูแลเรื่องแผลเพิ่มขึ้น เมื่อได้รับการให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงเห็นความสำคัญที่จะป้องกันการเกิดแผลกดทับ และพยายามที่จะไม่ให้เกิดขึ้นอีก การเกิดภาวะติดเชื้อสายสวนปัสสาวะก็เช่นกัน ระยะแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากผู้ป่วยต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกสะดวกสบาย จนกระทั่งผู้ป่วยมีไข้สูงหนาวสั่นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อสายสวนปัสสาวะ ทำให้เป็นภาระเพิ่มขึ้นอีก เมื่อมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงได้เห็นความสำคัญ และดูแลผู้ป่วยมากขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

เมื่อเวลาผ่านไปเข้าเดือนที่สี่ ผู้ป่วยรู้สึกว่าอาการป่วยไม่ดีขึ้น ประกอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยเหลือเพียงหนึ่งหรือสองคนที่จะคอยให้การดูแลประจำ ผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือในทุกกิจกรรมตลอดเวลา ตั้งแต่การเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลผู้ป่วยเริ่มเหนื่อยล้า และท้อแท้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เริ่มท้อแท้ การยอมรับการเป็นอัมพาตยังมีน้อย จึงเริ่มแสวงหาหนทางที่จะรักษาให้หาย หรือดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน จนเวลาผ่านเข้าเดือนที่เจ็ดหรือแปด ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้กับการเจ็บป่วย การที่จะมีชีวิตอยู่ บวกกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ เริ่มมีการ

ทะเลาะกัน เกิดความเครียดทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย บางครั้งทำให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง บางทีคิดเรื่องชู้สาว เพราะผู้ดูแลผู้ป่วยต้องออกไปหางานทำ จนกระทั่งผู้ดูแลผู้ป่วยต้องปรับวิถีชีวิตของตนเองให้สอดคล้องกับ การเจ็บป่วยการต้องการการดูแลของผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนอาชีพมาเป็นอาชีพที่จะต้องทำที่บ้าน เช่น การรับจ้างเย็บผ้า การรับจ้างซักผ้า รีดผ้า ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยและทำงานได้ด้วย ปรับตัวให้เข้ากับชีวิตใหม่ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยบางคนที่มีปัญหาหลายๆอย่างเข้ามาและไม่สามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้ผู้ป่วยคิดที่จะฆ่าตัวตาย แต่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเองต้องพึ่งพาบุคคลอื่น จึงเป็นภาวะคับข้องใจมาก ส่วนในรายที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสามารถจัดการปัญหาอื่นๆได้ สามารถหาผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ มีฐานะการเงินดีจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่า ผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นภาระแต่มีสภาพจิตใจที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีฐานะการเงินที่ไม่ดี

การให้การช่วยเหลือทางสังคม ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างและผู้ป่วยอัมพาตเต็มตัว มีปัญหามากทั้งด้านร่างกาย การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ กิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน แล้วผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับปัญหาด้านการเงิน การหาเลี้ยงชีพ ซึ่งในผู้ป่วยหนึ่งคน ครอบครัวจะสูญเสียรายได้ไปสองหรือสามคน ซึ่งในปัจจุบัน การขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ ผู้ป่วยจะได้รับคนละ 300-500 บาทต่อเดือน ซึ่งถือว่าน้อยมาก ซึ่งค่าใช้จ่ายในปัจจุบันสูงมากขึ้นเรื่อยๆ บางคนได้บางคนไม่ได้รับเงินดังกล่าว เนื่องจากความไม่รู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยว่าทำอย่างไรจึงจะได้เงินชดเชยรายเดือนดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

1.การดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยและผู้ดูแล ยังต้องการการช่วยเหลือ ด้านการเงิน หรือการหาอาชีพ การฝึกอาชีพ ที่สามารถทำที่บ้านได้ วิธีการขึ้นทะเบียนผู้พิการ การเข้ารับเงินค่าใช้จ่ายของผู้พิการยังได้รับข้อมูลน้อย

2.นอกจากนั้นยังต้องการการเยี่ยม หรือช่องทางที่สะดวกในการเข้ารับบริการในสถานบริการ เนื่องจากผู้ป่วยอัมพาตมีความยากลำบากในการเคลื่อนย้าย รวมทั้งการให้คำแนะนำปรึกษา ในแต่ละปัญหาที่ต้องการการแก้ไข การตัดสินใจ เช่น การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่ผิดปกติ

3.การให้การช่วยเหลือจากองค์กรของรัฐอื่นๆ ชุมชน สังคม ที่ต้องการความเข้าใจ เห็นใจ ให้โอกาส ผู้พิการ

เอกสารอ้างอิง

กิ่งเพ็ชร วงส์พิเชษฐ และคณะ รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลัง ระดับคอหักและมีอัมพาตร่วมด้วย ขอนแก่น: คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2538.

กิ่งเพ็ชร วงส์พิเชษฐ และคณะ รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.

กิ่งเพ็ชร วงส์พิเชษฐ และคณะ รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังด้านการปรับตัว . ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548

ชวนพิศ วงศ์สามัญ. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5 . ขอนแก่นการพิมพ์. ขอนแก่น.2547.

ช่อราตรี สิริวัตถานันท์และคณะ. การพยาบาลออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. 2543.

เนตรนภา คู่พันธวี. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บกระดูกสันหลัง.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2541.

นิภา วชิรวัฒน์ และคณะ. การรักษาแผลกดทับของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังด้วยน้ำตาลทรายขาว : รายงานผู้ป่วย. เวชศาสตร์ 47.

พิมลพร เชาว์ไวพจน์. แบบจำลองที่ใช้ในการศึกษาการบาดเจ็บไขสันหลังในสัตว์ทอลอง. สาขากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ (http://www.dehoogstraat.nl/images/foto/ond-ond-dwars.jpg)

วิทวัส เจนบุญไทย. Callective Review Management in spinal cord injury (http://www.md.chula.ac.th/surgury/collective/paf/ 20041014.pdf)

วิไล ชินธเนศ และคณะ. กายวิภาคศาสตร์ของมนุษย์ . คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ. 2539.

สมชัย ปรีชาสุขและคณะ. ออร์โธปิดิกส์ ตำราสำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้านและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป.โฆษิตการพิมพ์. กรุงเทพฯ. พิมพ์ครั้งที่ 5. 2541.

ศักดา ไชกิจภิญโญ ; Orthopedic patient center care . ภาควิชา ออร์โธปิดิกส์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (http://orthoinfo org/)

อัจฉรา สุคนสรรพ์ และคณะ. การจัดการชีวิตประจำวันของคนไทยที่มีอัมพาตท่อนล่าง.

อภิชนา โฆวินทะ. การบาดเจ็บไขสันหลังในโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ : การศึกษาย้อนหลัง 5 ปี . เชียงใหม่เวชสาร 2528.24