

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถ
ในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก
โรงพยาบาลสตูล

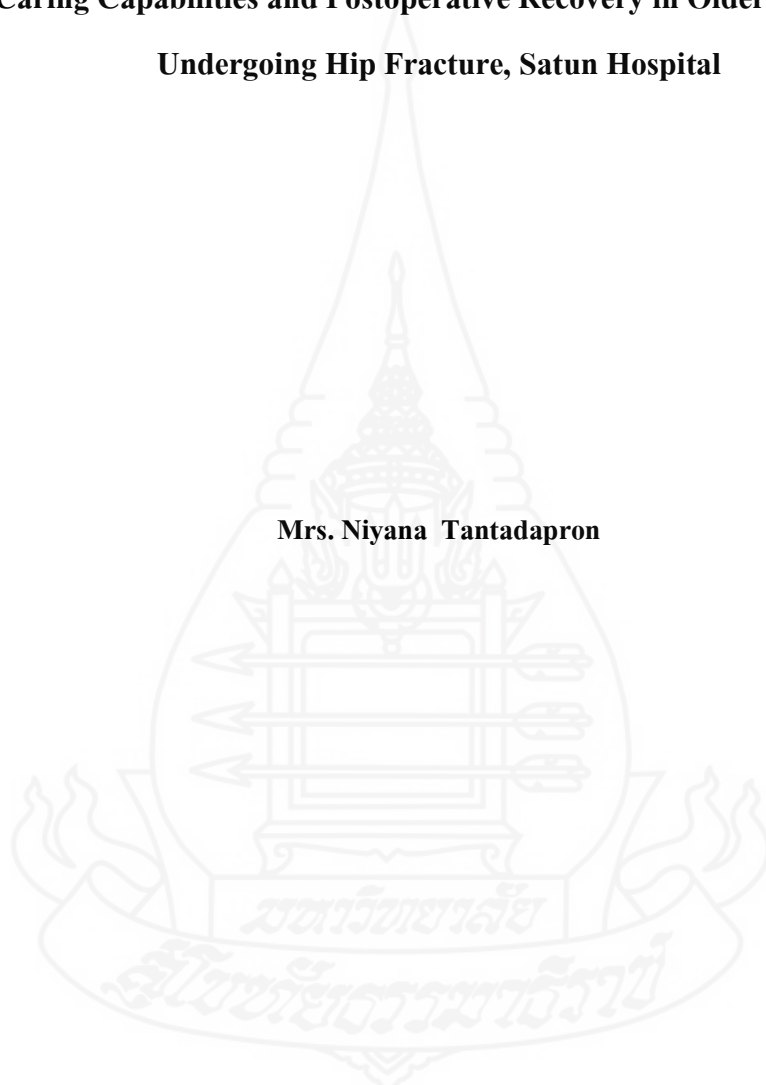
นางนัยนา ัญญาดาพันธ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2561

**THE Effects of Caregivers Empowerment Program on Knowledge,
Caring Capabilities and Postoperative Recovery in Older Patients
Undergoing Hip Fracture, Satun Hospital**

Mrs. Niyana Tantadapron



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2018

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถ
ในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก
โรงพยาบาลสตูล

ชื่อและนามสกุล นางนัยนา ธัญธาดาพันธ์

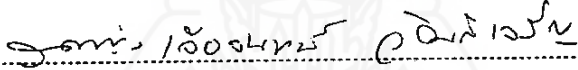
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล

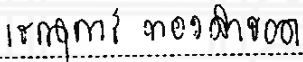
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

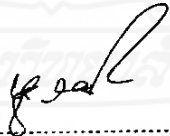
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. อาจารย์ ดร. เรณุการ์ ทองคำรอด
2. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี

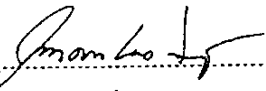
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

 ประธานกรรมการ
(อาจารย์ ร้อยตำรวจโทหญิง ดร.เจื้อจันท์ วัฏทิกะเรีญ)

 กรรมการ
(อาจารย์ ดร.เรณุการ์ ทองคำรอด)

 กรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี)

 ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จินทร์คง)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ ความสามารถในการดูแล และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลสตูล

ผู้วิจัย นางนัยนา ธัญธาดาพันธ์ **รหัสนักศึกษา** 2565100381 **พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)**
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด (2) ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี
ปีการศึกษา 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักต่อความรู้ของผู้ดูแล 2) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และ 3) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก จำนวน 30 คน และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกใน โรงพยาบาลสตูล จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ผู้วิจัยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันเป็นแนวทาง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลมี 3 ส่วน ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (2) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด และ (3) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด และ 2) แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2) ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3) ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < 0.05$) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแล การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

Thesis title: THE Effects of Caregivers Empowerment Program on Knowledge, Caring Capabilities and Postoperative Recovery in Older Patients Undergoing Hip Fracture, Satun Hospital

Researcher: Mrs. Naiyana Thanthadapan; **ID:** 2565100381; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration) **Thesis advisors:** (1) Dr. Renukar Thongkhamrod (2) Dr. Boonthip Siritarangsri, Professor; **Academic year:** 2018

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate 1) the effects of caregivers empowerment program on caregiver's knowledge 2) the effects of caregivers empowerment program on caregiver's caring capabilities and 3) the effects of caregivers empowerment program on postoperative recovery in older patients undergoing hip fracture.

Purposive sampling with inclusion criteria was divided into two groups 1) caregiver 30 Persons and 2) older patients undergoing hip fracture in Satun Hospital 30 persons. The research tool for using in experimental group was the empowerment program developed by researcher based on Gibson's empowerment concept. The research tool for collecting data were the questionnaire for knowledge, caring capabilities and postoperative recovery data form. There was a content validity index between .80-.90. The data were analyzed by descriptive statistics, and inferential statistics, Paired t-test.

The results revealed that 1) caregivers in the experimental group had higher knowledge than the control group 2) caregivers in the experimental group had higher caring capabilities knowledge than the control group and 3) The older patients in the experimental group had postoperative recovery higher than the control group with statistical significant ($p < 0.05$). However, the postoperative ability to perform daily activities were not different between the two groups.

Keywords: Empowerment, Caregiver, postoperative recovery, Older Patients Undergoing Hip Fracture

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้โดยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด และศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ ลิริธรังศรี อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆตลอดจนติดตามการทำ วิทยานิพนธ์นี้ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะที่ดีในการปรับปรุง เครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและ ให้กำลังใจในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ด้วยดีเสมอมา ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยใน ที่อนุญาติและให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความ ร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพหออายุรกรรมหญิงที่ให้ความ ร่วมมือในการดำเนินการวิจัย รวมถึงเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท รุ่นที่ 8 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร รมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจเสมอมา

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัวและกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดการศึกษา

นัยนา ธัญธาตพันธ์

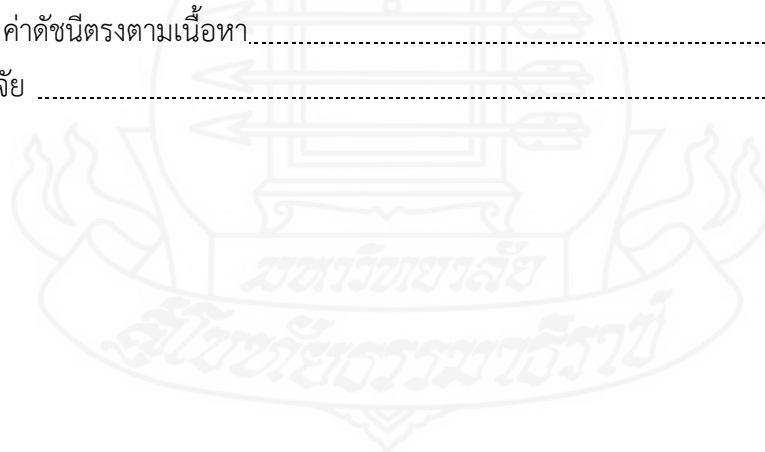
สิงหาคม 2562

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	9
กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ	10
ผู้ดูแลผู้ป่วย (caregivers)	23
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล	25
การเสริมสร้างพลังอำนาจ	28
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	47
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล	48
การวิเคราะห์ข้อมูล	54
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	55

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ส่วนที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	55
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง.....	60
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักในกลุ่มเปรียบเทียบและทดลอง.....	62
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	66
สรุปการวิจัย	66
อภิปรายผล	68
ข้อเสนอแนะ	72
บรรณานุกรม	73
ภาคผนวก	78
ก เอกสารรับรองโครงการวิจัย.....	79
ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ/หนังสือทดลองเครื่องมือ เก็บข้อมูล.....	86
ค เครื่องมือการวิจัย.....	88
ง ค่าดัชนีตรงตามเนื้อหา.....	131
ประวัติผู้วิจัย	133



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้และผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก จำแนกตามกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม.....	55
ตารางที่ 4.2	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก จำแนกตามกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม.....	58
ตารางที่ 4.3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความสามารถและผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลองและหลังทดลอง (n=15)	60
ตารางที่ 4.4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก.....	60
ตารางที่ 4.5	เปรียบเทียบวันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก.....	61
ตารางที่ 4.6	เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....	62
ตารางที่ 4.7	เปรียบเทียบอาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....	63
ตารางที่ 4.8	เปรียบเทียบจำนวนวันนอนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก.....	63
ตารางที่ 4.9	เปรียบเทียบอาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....	65
ตารางที่ 4.10	เปรียบเทียบจำนวนวันนอนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก.....	65



สารบัญภาพ

ภาพที่ 1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	หน้า 5
------------	--------------------------	--------



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระดูกสะโพกหัก เป็นปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก พบได้สูงสุดในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว อาทิ ประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวียและอเมริกาเหนือ ส่วนในทวีปเอเชียพบมากที่สุดที่ฮ่องกง สิงคโปร์ ญี่ปุ่น และไต้หวัน นักวิจัยคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักทั่วโลกในปี พ.ศ. 2568 จะสูงมากถึง 2 ล้าน 6 แสนราย โดยร้อยละ 37 อยู่ในทวีปเอเชีย และในพ.ศ. 2593 หรืออีก 40 ปีข้างหน้า จะเพิ่มเป็น 4 ล้าน 5 แสนราย โดยร้อยละ 45 อยู่ในทวีปเอเชีย (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ประเทศไทย มีรายงานว่าอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุสูงขึ้น โดยพบมากในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีปัญหากระดูกพรุน กระดูกเปราะบาง ร่วมกับสายตาไม่ดีและการทรงตัวลดลง ทำให้เกิดอุบัติเหตุและพลัดตกหกล้มได้ง่าย พบได้มากถึงร้อยละ 59 - 66 โดยในรอบ 10 ปี เพศหญิงป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 153 ส่วนชายป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 136 (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก จึงควรได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว การรักษาที่ได้ผลดี คือ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน (Christmas, 2006) การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการรักษาเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของข้อสะโพกและบรรเทาอาการปวด มีเป้าหมายเพื่อให้ร่างกายสามารถเคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงกับก่อนกระดูกสะโพกหักมากที่สุด แต่ยังพบว่า 1 ใน 3 ของ ผู้สูงอายุภายหลังได้รับการผ่าตัดมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว (Penrod, Litke, Hawkes, Magainer, Doucette & Kaval 2008 ;ธนพร รัตนารธรรมวัฒน์, 2561) ไม่กล้าขยับหรือเคลื่อนไหวตัวลงจากเตียง (Ruiz, 2000) นอนนิ่งกับที่เพราะกลัวแผลแยก (เสาวภา อินผา, 2550) ร้อยละ 30-73 กลัวการหกล้ม ทำให้ไม่ยอมเดินหรือเดินน้อยลง ออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง (Roach, 2001) จนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ธนารวรรณ แสนปัญญา, 2554; วิชรา ภูมิ พระบุ, 2555) พบปัญหาแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การติดเชื้อทางระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ และแผลกดทับได้ และที่พบมากคือ การเลื่อนหลุดของข้อสะโพกซ้ำ (Kenzora et al., 1998) ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) และหลอดเลือดดำชั้นลึกอุดตัน (Deep Vein Thrombosis) (McLaughlin et al., 2006; Morgan et al., 2005) ส่งผลจำนวนวันนอนเกินกว่าเกณฑ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) ที่กำหนดให้ผู้ที่มีการกระดูกสะโพกหักและผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถนอนโรงพยาบาลได้ 5 วัน และ

กำหนดให้ผู้ที่มีการดุกสะโพกหักและได้รับผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถนอนโรงพยาบาลได้ 6 วัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2550) และอาจนำไปสู่การเสียชีวิต และการสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา (Jeremy D., Kristine Swartz & Rajwinder Deu , 2013 อ้างถึงใน อุไรวรรณ พลซา, 2560)

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดดุกสะโพกหักยังต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุที่ดุกสะโพกหักต้องสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือดูแลตนเองได้ลดลง เช่น ความสามารถเกี่ยวกับการรับประทานอาหารด้วยตนเอง การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การสวมใส่เสื้อผ้า และการขึ้นลงบันได และร้อยละ 26-75 ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตรอดแต่ไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันเหมือนเดิมได้เหมือนก่อนที่จะมีภาวะดุกสะโพกหัก โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรก (Bradley & Kozak, 1995) และพบว่าจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่ดุกสะโพกหักต้องกลายมาเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Stone, Wyman, & Salisbury, 1999) ต้องการการดูแลจากครอบครัวมากขึ้น ซึ่งญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่จะคอยช่วยเหลือและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (มานี ทาทรัพย์ และคณะ, 2557)

ดุกสะโพกหักในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสตูล ปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2561 มีจำนวน 49, 53 และ 58 รายต่อปี เข้ารับการผ่าตัด 38, 45 , 49 รายตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการหกล้ม สาเหตุรองจากอุบัติเหตุรถและตกจากที่สูง (ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลสตูล, 2561) ผลลัพธ์จากการเกิดดุกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในปี 2561 พบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ (ร้อยละ 29.78) ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 17.02) ติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 4.25) เส้นเลือดดำอุดตันและเสียชีวิต (ร้อยละ 2.12) ส่วนด้านการฟื้นฟูสภาพ พบว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ขณะจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยบางรายต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันเกือบทุกกิจกรรม ผู้ป่วยที่สามารถเดินได้ด้วยเครื่องช่วยพยุงเดิน (walker) ภายหลังการผ่าตัด 5 วันมีเพียงร้อยละ 57.2 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเกิน 14 วัน ร้อยละ 85.10 ปัญหาที่พบจากประสบการณ์การปฏิบัติงานพบว่าในหน่วยงานยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกันในการให้การพยาบาลผู้ป่วย การให้การพยาบาลจะแตกต่างกันออกไปตามความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน อีกทั้งการสอนของ บุคลากรทีมสุขภาพยังขาดรูปแบบที่ชัดเจน ในการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการช่วยจัดการกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจึงขาดความมั่นใจไม่กล้ามีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสภาพ ไม่มั่นใจว่าจะช่วยเหลือหลังผ่าตัดให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างไรจึงจะถูกต้อง และมีคุณภาพ ไม่ขัดกับแผนการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น (จิริสุดา กาญจนสถิตกุล, 2552) ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลจากผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแลที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลและเป็นที่พักพิงของผู้สูงอายุ จึงต้องรับผลกระทบทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง เหนื่อยล้า หมัดกำลังใจ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า และขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลสูญเสียพลังอำนาจ การสูญเสียพลังอำนาจจะส่งผลให้ผู้ดูแลขาดการรับรู้ บทบาทของตนเอง ขาดความสามารถในการตัดสินใจ รู้สึกโดดเดี่ยว อ่อนเพลีย และไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้ (Ducharme et al., 2001) การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแล จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถต่อสู้กับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ผู้ดูแลเกิดการรับรู้พลังอำนาจสามารถควบคุมเหตุการณ์หรือ สถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ดีขึ้น (Gibson, 1995) โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสานงาน ช่วยเหลือ สนับสนุนพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้จากการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง เพื่อพัฒนาการรับรู้ภาวะการดูแล ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อพัฒนาการตระหนักคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแล และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล หากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากการใช้โปรแกรมดังกล่าว คาดว่าจะส่งผลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

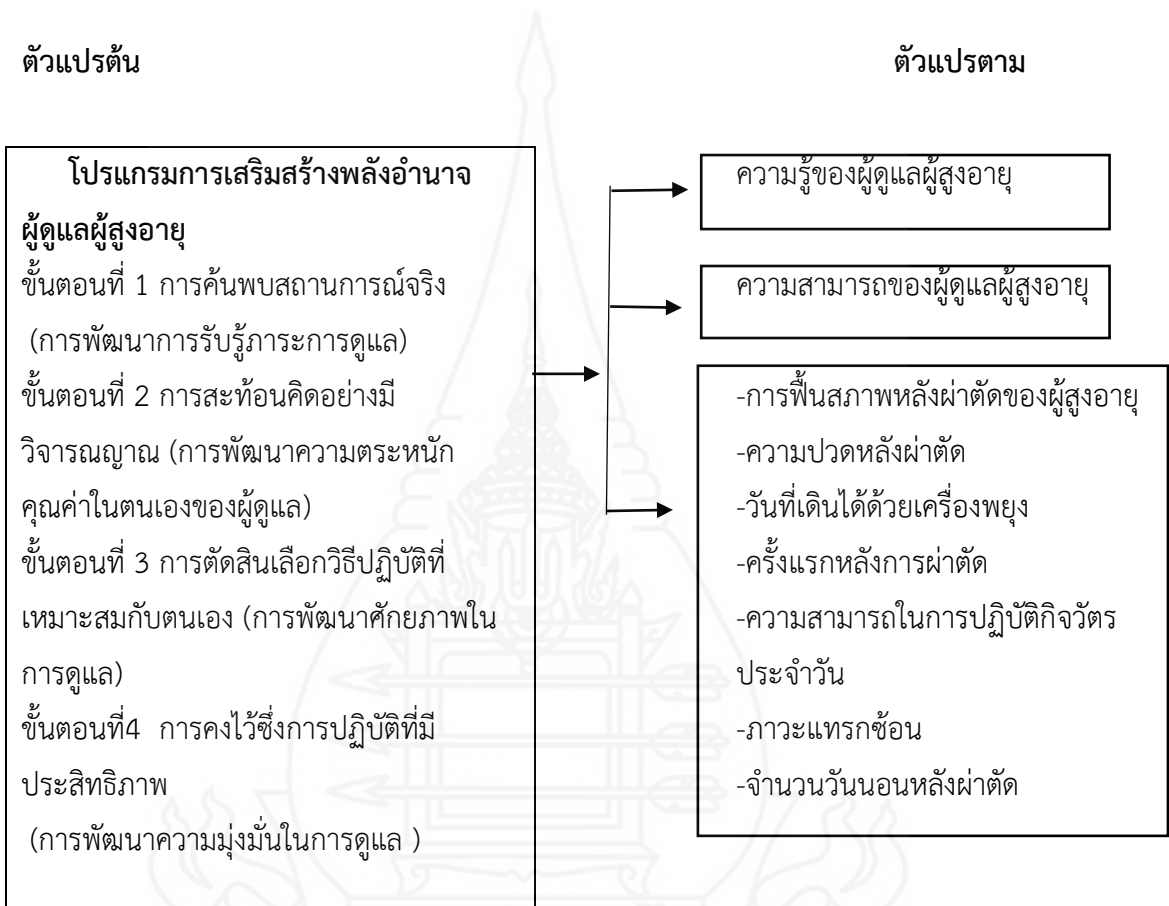
2.1 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

2.2 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก

2.3 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของ Gibson (Gibson, 1995) ซึ่งมี 4 ขั้นตอนเป็นแนวทาง โดยเสนอเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.2. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหักสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.3 ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.3.1 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีอาการปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.3.2 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีระยะวันที่วันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังการผ่าตัด เร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.3.3 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.3.4 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.3.5 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีระยะวันนอนหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

5. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ ความสามารถในการดูแล และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ที่เข้ารับการผ่าตัดในแผนกหอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิงและชาย โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล ในช่วงเวลาเดือนกรกฎาคม 2562 – เดือนพฤศจิกายน 2562

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือสายเลือดกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือญาติ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแลผู้ป่วย

6.2 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับอุบัติเหตุทำให้กระดูกสะโพกหัก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิงและชาย โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล ในช่วงเวลาเดือนกรกฎาคม 2562 – เดือนพฤศจิกายน 2562

6.3 กระดูกสะโพกหัก (hip fracture) หมายถึง การหักของกระดูกต้นขาบริเวณ สะโพก แบ่งตามตำแหน่งที่หักได้ 3 บริเวณ คือ การหักของกระดูกต้นขาส่วนคอหรือกระดูกข้อสะโพก (femoral neck fracture) การหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก (intertrochanteric fracture) และการหักของกระดูกใต้อินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก (sub trochanteric fracture)

6.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การเสริมสร้างความสามารถของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจ มุ่งมั่นในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความเพียรพยายาม มั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองมีอำนาจที่จะทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี

6.5 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ สนับสนุนให้คำปรึกษา ผู้สอน ผู้เอื้ออำนวย ความสะดวก ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการรับรู้ภาวะการดูแล โดยการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธภาพและให้ผู้ดูแลสามารถค้นพบปัญหาตามสถานการณ์จริง มีการสะท้อนคิดพิจารณาไตร่ตรองถึงปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาของตนเอง สามารถประเมินความสามารถ ข้อจำกัด ในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความตระหนักคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล โดยการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลมีการสะท้อนคิดพิจารณาไตร่ตรอง ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก และให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแล โดยการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกได้อย่างเหมาะสมและดีที่สุด กิจกรรมประกอบด้วย การให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก ได้นำเสนอเกี่ยวกับประเด็นที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก และให้ร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อประสบการณ์เหล่านั้น ร่วมเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล โดยการจัดกิจกรรมเพื่อติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรค แนวทางแก้ไข ปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก โดยให้ผู้ดูแลนำเสนอผลจากการเลือกแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเองจากขั้นตอนที่ 3 ที่นำไปปฏิบัติกับผู้ป่วย รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น มีการให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก รวมทั้งให้กำลังใจกับผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก

6.6 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักของผู้ดูแล หมายถึง สารระ ข้อมูลแนวคิด หลักการ ที่ผู้ดูแลเรียนรู้จากประสบการณ์ การศึกษา อบรม การคิดและการฝึกปฏิบัติ จนสามารถสรุปสาระความรู้และนำไปใช้ประโยชน์ได้หรือพัฒนาไปสู่ระดับที่สูงขึ้นของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินความรู้ที่สร้างโดย มานี หาทรัพย์ และคณะ (2557) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ภาวะแทรกซ้อน การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน และการมาตรวจตามนัด มีลักษณะเป็นคำถามให้ตอบ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 44 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0 - 1 คะแนน

6.7 ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการจำ เข้าใจ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหักได้ โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกของมานี หาทรัพย์ และคณะ (2557) ที่ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ 9 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ 2) การดูแลให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 3) การดูแลด้านการขับถ่าย 4) การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล 5) การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรม 6) การเฝ้าระวังอุบัติเหตุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 7) การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน 8) การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ และ 9) การดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา แต่ละด้านประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน รวมทั้งหมด 28 กิจกรรมย่อย แต่ละข้อมีคะแนน 3 ระดับจาก 0 - 2 คะแนน

6.8 การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด หมายถึง กระบวนการใช้พลังงานเพื่อการกลับเข้าสู่สภาวะปกติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมให้สามารถกลับคืนสู่สภาวะการทำหน้าที่ปกติของร่างกาย หรือในระดับเดียวกันก่อนผ่าตัด ทั้งนี้ระยะของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการสิ้นสุดหลังผ่าตัด (24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด) ระยะหลังผ่าตัดช่วงแรก (ช่วงสัปดาห์แรกของการผ่าตัดจนถึงพร้อมกลับบ้าน) และระยะท้ายการผ่าตัด (สัปดาห์แรกถึง 1 เดือนหลังการผ่าตัด)

7.ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 เพื่อนำผลการวิจัยเป็นแนวทางพัฒนาการพยาบาล ตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุฟื้นฟูสภาพเร็ว และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

7.2 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพต่อไป

7.3 เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลในกลุ่มโรคอื่น อาทิ การผ่าตัดกระดูกสันหลัง หรือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับกระบวนการพยาบาลเอื้ออาทร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารตำรา วารสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย โดยครอบคลุมหัวข้อดังนี้

1. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ

- 1.1 ความหมายของกระดูกสะโพก
- 1.2 การรักษากระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ
- 1.3 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก
- 1.4 ผลกระทบที่เกิดจากภาวะกระดูกสะโพกหัก
- 1.5 การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก
- 1.6 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก

- 2.1 ความหมายของผู้ดูแล
- 2.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก

3. ความรู้ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

- 3.1 ความหมายของความรู้ในการดูแลของผู้ดูแล
- 3.2 ความหมายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล
- 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

- 4.1 ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.2 คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล
- 4.4 ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.5 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายกระดูกสะโพก

กระดูกสะโพกหัก (hip fracture) หมายถึงการหักของกระดูกต้นขาบริเวณสะโพก แบ่งตามตำแหน่งที่หักได้ 3 บริเวณ คือ การหักของกระดูกต้นขาส่วนคอหรือกระดูกข้อสะโพก (femoral neck fracture การหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก (intertrochanteric fracture) และการหักของกระดูกใต้อินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก (sub trochanteric fracture) บริเวณที่พบว่าการหักมากที่สุดได้แก่การหักของกระดูกต้นขาส่วนคอ การหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก ซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 90 ของการเกิดกระดูกสะโพกหัก (ภาณุ อดุลรัตน์, 2555)

1.2 การรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ

โดยทั่วไปการรักษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ การรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด และการรักษาแบบผ่าตัด การรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด หรือเรียกว่าวิธินุรักษ์นิยม เป็นการรักษาแบบประคับประคอง (วีณา วงษ์งาม, 2556) มีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 การรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด ทำโดยวิธีการดึงถ่วงน้ำหนัก (Buck's extension skin traction) โดยใช้น้ำหนักประมาณ 2 - 3 กิโลกรัม ดึงนานประมาณ 6 สัปดาห์ (Rosdahl & Kowalski, 2008) จะใช้ทำการรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยอายุมาก มีโรคประจำตัวหลายโรค เมื่อมีการประเมินสภาพร่างกาย ผู้ป่วยแล้วไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ (กฤษฎา สาเขตร์, 2551) การรักษามีจุดมุ่งหมายคือ เพื่อลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน ลดอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และเพื่อคงปริมาณของเลือดที่ไปเลี้ยงหัวกระดูกต้นขา จำกัดการเคลื่อนที่ของบริเวณกระดูกหักทำให้กระดูกติดในตำแหน่งที่ยอมรับ (acceptable position) นอกจากนี้ยังใช้รักษาในผู้ป่วยที่รอทำการผ่าตัด

1.2.2 การรักษาแบบผ่าตัด เป็นการรักษาที่นิยมมากในปัจจุบัน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองได้ พื้นคินสู่สภาพปกติได้เร็ว รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดจากการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน (Lee, Chua & Howe, 2007) การผ่าตัดเพื่อยึดตรึงกระดูกให้เข้าที่ มีหลักการคือ การใช้วัสดุตามกระดูกทำหน้าที่เป็นโครงสร้างให้ความแข็งแรง (mechanical support) ชั่วคราวระหว่างรอการติดของกระดูก ทำให้กระดูกอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม (acceptable alignment) และสามารถเคลื่อนไหวได้โดยเร็ว การยึดตรึงกระดูกหักสามารถเลือกได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและรูปแบบการหักของกระดูก ซึ่งจะพิจารณาเป็นแต่ละกรณีไป โดยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา เพื่อให้ได้ผลดีกับผู้ป่วยแต่ละราย และมีให้อุปกรณ์ที่ใช้ยึดตรึงเกิดการหักหลุด (fatigue failure) ก่อนที่กระดูกจะเชื่อมติดกัน

การผ่าตัดกระดูกสะโพกที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มี 2 ชนิด ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และการผ่าตัดใส่สตั๊ดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน (ชาณยุทธ ศุภชาติวงศ์, 2550)

1. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ใช้ในกรณีที่มีการหักของคอกระดูกต้นขา แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะหัวกระดูกต้นขา (hemiarthroplasty) และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแบบทั้งหมด (total hip arthroplasty) คือส่วนเบ้า ส่วนหัวและส่วนก้านที่จะถูกยึดอยู่ในโพรงกระดูกต้นขา โดยการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะหัวกระดูกต้นขา มีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดคือ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี มีการหักของคอกระดูกต้นขา ชนิดการ์เดน 3 และ 4 (Garden type III & type IV) มีภาวะกระดูกพรุนมากจนไม่สามารถใช้วิธีการยึดกระดูกไว้ภายในให้มีความมั่นคงและแข็งแรงได้ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้ก่อนหรือหลังกระดูกหัก ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน ๆ ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแบบทั้งหมด มีข้อบ่งชี้ คือ มีการหักของหัวกระดูกต้นขาและเบ้า การมีพยาธิสภาพที่ข้อสะโพกอยู่ก่อนแล้ว เช่น ข้อสะโพกอักเสบรูมาตอยด์ มีการเสื่อมของผิวข้อสะโพก มีภาวะหัวกระดูกตายจากขาดเลือดไปเลี้ยง และ การผ่าตัดซ้ำในกรณีที่ทำกรผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะหัวกระดูกต้นขาล้มเหลว

2. การผ่าตัดเพื่อยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน เป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่งที่ยิยม โดยทำการยึดตรึงกระดูกที่หักให้อยู่กับที่ชั่วคราว ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักคือ ให้กระดูกอยู่นิ่งเพื่อให้เกิดการติดตามธรรมชาติ การใช้โลหะเพื่อการยึดตรึงกระดูกอาจเป็นชนิดใส่เข้าโพรงกระดูก (intramedullary nail) หรือเป็นชนิดแผ่นตามกระดูก (plate) เพื่อช่วยผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหว ได้เร็ว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ ปอดบวม ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ภายหลังจากการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกแล้ว จะต้องพยายาม ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยเร็ว เพื่อผลการรักษาที่ดี ในผู้สูงอายุการหักของกระดูกสะโพกที่ใช้ วิธีการรักษาด้วยการยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน คือตำแหน่งการหักของกระดูกที่เกิดขึ้นภายนอกข้อ และเบ้าของข้อสะโพก (extracapsular fracture) ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการศึกษาผู้สูงอายุที่ทำการผ่าตัดทั้ง 2 ชนิด คือ ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและการผ่าตัดเพื่อยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน

1.3 ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกในผู้สูงอายุ มีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันไป ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุในระยะพักฟื้น ทำให้การฟื้นฟูสภาพทำได้ช้ากว่าปกติ หรืออาจรุนแรงจนกระทั่งเกิดความพิการตามมา (วีณา วงษ์งาม, 2556) ทั้งนี้สามารถแบ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในหลังผ่าตัดระยะแรก และภาวะแทรกซ้อนที่พบได้เมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน มีดังต่อไปนี้

1.3.1 ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในหลังผ่าตัดระยะแรก มีดังต่อไปนี้

1) *หลอดเลือดดำอุดตัน (venous thromboembolism)* เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก และการผ่าตัดอื่น ๆ ที่พบได้บ่อย มี 2 ชนิด คือ การเกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis) และหลอดเลือดที่ปอดอุดตัน (pulmonary embolism) อุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันและหลอดเลือดที่ปอดอุดตันในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักสูงถึงร้อยละ 50 และร้อยละ 7.5 ตามลำดับ โดยมีปัจจัยจากอายุที่มากขึ้น การมีโรคร่วม การไม่มีการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (Delia-Valle, et al., 2002) มีรายละเอียดดังนี้

(1) *การเกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน* มักเริ่มเป็นที่หลอดเลือดดำบริเวณน่องก่อน สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งขาข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดและขาข้างที่ผ่าตัด โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับขาข้างที่ผ่าตัดมากกว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพก อาการปวดแผลผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหวขาข้างที่ผ่าตัด นอนเหยียดข้อสะโพกและข้อเข่า พยายามไม่ขยับตัว การนอนเหยียดข้อสะโพกและข้อเข่ามากเกินไป มีโอกาสทำให้เส้นเลือดดำใหญ่บริเวณนั้นถูกยืดออกและแฟบลง แร่กดที่เกิดขึ้น จะทำให้มีการหยุดนิ่งของกระแสเลือด ประกอบกับอาการบวมจากแผลผ่าตัด ทำให้เกิดแรงกดต่อหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดช้าลง มีการคั่งของเลือดเกิดขึ้น ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักภายหลังการผ่าตัด จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงภายในหลอดเลือดไปในทางที่เสื่อมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้นทำให้การแลกเปลี่ยนอาหารและของเสียลดลง ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลงเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของเส้นใยคอลลาเจน เส้นใยอีลาสติน มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว อัตราการเต้นของชีพจรลดลงตามอายุ รูในหลอดเลือดแคบเข้า ปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมให้มีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย

(2) *การเกิดภาวะหลอดเลือดที่ปอดอุดตัน* อาจเนื่องมาจากในขณะที่ผ่าตัดกระดูกซึ่งเป็นกระดูกยาว (long bone) โพรงของกระดูกยาวจะมีไขกระดูกอยู่ภายใน อาจเกิดก้อนเลือด ก้อนไขมันหรืออากาศหลุดเข้าไปในเส้นเลือด ไหลไปตามกระแสเลือด เกิดการอุดตันหลอดเลือดตามอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ สมอง ไต ปอด เยื่อปอด และผิวหนังผู้ป่วยจะมีอาการหายใจเร็วมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที หายใจลำบาก เขียว มีจุดแดง (petechial rash) บริเวณหน้าอก ไหล่ รักแร้ เยื่อปอดอักเสบ มีไข้สูง มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซึม สับสน ชัก และหมดสติ (Della-Valle, Steiger, & Dicesare, 2006) ถือว่าเป็นภาวะที่อันตรายและถ้าให้การประเมินและช่วยเหลือไม่ทันผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้

2) *การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ* มีรายงานการเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบ ทางเดินหายใจในผู้สูงอายุภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกประมาณร้อยละ 5.5 (Bottle, & Aylin, 2006) อาจเนื่องมาจากภายหลังการผ่าตัด ผู้สูงอายุถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การไม่เคลื่อนไหวนาน ๆ จะทำให้การขยายตัวและการเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง ทำให้ปอดขยายตัวได้

ไม่เต็มที่ และจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลง การเปลี่ยนแปลงของกระดูกสันหลังและกระดูกซี่โครงมีแคลเซียมมาเกาะที่กระดูกอ่อน ทำให้ผนังทรวงอกแข็งขึ้น ปริมาตรความจุของปอดลดลงจากการที่กระดูกสันหลังเสื่อมทำให้หลังค่อมลงจากสาเหตุดังกล่าว ทำให้ปอดมีการยืดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจลดลง อากาศและเสมหะคั่งค้างอยู่ในปอดมากขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดปอดอักเสบติดเชื้อได้ (hypostatic pneumonia) ขณะเดียวกันการทำงานของขนกวัดของทางเดินหายใจลดลง รีเฟรกซ์และประสิทธิภาพการไอลดลง ประกอบกับผู้สูงอายุมักมีโรคที่เกิดเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของอายุ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไตวาย และโรคมะเร็ง ซึ่งมีผลทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมากขึ้น (Janssens, & Krause, 2004) นอกจากนี้การนอนนานยังทำให้การทำงานของฝาปิดกล่องเสียงอ่อนแอ ไม่แข็งแรง การหดตัวไม่ดีเท่าที่ควร อาจทำให้เกิดการติดเชื้อจากการสำลักได้ (aspirate pneumonia)

3) การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ มีการศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก พบอุบัติการณ์การติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 52.3 (Nyman, Johansson, Persson, & Gustafsson, 2011) และพบว่า การติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับชนิดของการผ่าตัด โดยผู้ป่วยที่มีกระดูกหักภายในข้อ มีการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะสูงกว่าเป็นสองเท่าของผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกภายนอกข้อ ระยะเวลาในการผ่าตัดที่นาน อายุของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ทำให้เพิ่มอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมากขึ้น และการติดเชื้อพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Kamel, 2005) เนื่องจากเพศหญิงมักมีปัญหาการหย่อนยานของกล้ามเนื้อหูรูดและกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ทำให้เกิดปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ความสามารถในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง และจากการที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวอยู่บนเตียง การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขยับถ่ายอาจไม่สะอาด เนื่องจากในผู้หญิงจะมีท่อปัสสาวะสั้นและอยู่ใกล้กับทวารหนัก อาจทำให้เกิดการติดเชื้อย้อนกลับเข้าท่อปัสสาวะได้ง่าย เชื้อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้ออีโคไล (E. coli) (Davis, 2013) นอกจากนี้การขาดความเป็นส่วนตัวหรือไม่เคยชินกับการนอนถ่ายปัสสาวะจะมีผลต่อการขยับถ่ายปัสสาวะคือ ถ่ายปัสสาวะได้ลำบาก มีการกลั้นปัสสาวะ เกิดการคั่งค้างปัสสาวะ มีการสะสมของเชื้อโรค ทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะได้

4) แผลกดทับ (pressure ulcer) ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับตั้งแต่ร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 66 (Haleem, 2008) บริเวณที่พบได้บ่อย คือ ก้นกบ ด้านข้างของสะโพก สันเท้า ตาตุ่ม โดยมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้แก่ อาการปวดหลังจากการผ่าตัด ทำให้ไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจากมีแผลผ่าตัด ส่งผลให้มีการนอนท่าเดิมนาน ๆ ทำให้ผิวหนังบริเวณที่กดทับกับที่นอน เกิดการขาดเลือดมาเลี้ยง การขาดเลือดไปเลี้ยงประมาณ 2 - 3

ชั่วโมง ผิวหนังบริเวณนั้นจะเริ่มตาย เจ็บ เปลี่ยนเป็นสีแดงหรือม่วง เกิดการตายของเนื้อเยื่อ กลายเป็นแผลกดทับขึ้นมาได้ และจากกระบวนการสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงระบบผิวหนังที่มี ลักษณะบางลง เส้นใยอีลาสตินลดลง ทำให้ผิวหนังขาดความยืดหยุ่น ฉีกขาดได้ง่าย น้ำและไขมันใต้ ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น ประกอบกับการไหลเวียนเลือดที่ผิวหนังลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย นอกจากนี้การเคลื่อนย้าย การเลื่อนไหลจากการนั่งหรือ การนอนตามแรงโน้มถ่วงของโลก แรงเสียดทานกับที่นอน ร่วมกับความเปียกชื้นของเหงื่อ ปัสสาวะ และอุจจาระทำให้ผิวหนังเปื่อย เกิดเป็นแผลถลอกได้ อีกทั้งยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกด ทับ ได้แก่ อายุ โรคเบาหวาน ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ต่ำ ระดับสติปัญญา ความสมบูรณ์ ของร่างกาย และการเคลื่อนไหวบกพร่อง

5) *ภาวะสับสนเฉียบพลัน* เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยภายหลังผ่าตัด กระดูกสะโพก เกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันที่ 7 (Lenze et al., 2007) หลังผ่าตัดโดยมากเกิดขึ้นใน วันที่ 1 หรือ 2 หลังผ่าตัด (Goldenberg et al., 2006) อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังการผ่าตัดกระดูกสะโพก พบได้ตั้งแต้อยู่ละ 5 จนถึงร้อยละ 61 (Edelstein et al., 2004) ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้บกพร่อง ความสามารถช่วยเหลือ ตนเองลดลง และมีโรคประจำตัวหลายโรค (Veronica & Mohammad, 2011) ผลจากภาวะสับสน เฉียบพลันทำให้เพิ่มความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพช้าลง และทำให้การนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (Lenze et al., 2004) สามารถป้องกันได้โดยการสนับสนุนการให้ความรู้ทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล กระตุ้นให้มีการลุกเดินโดยเร็ว มีการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม การดูแลให้ได้รับ ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลความสมดุลการได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรลัย การบำบัดรักษาอาการ ปวด ก็เป็นแนวทางสำหรับป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ (Veronica & Mohammad, 2011)

1.3.2 ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้เมื่อกลับไปพักที่บ้าน ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพและ การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย มีดังต่อไปนี้

1) *การติดเชื้อของแผลผ่าตัด* มีการศึกษาสำรวจการติดเชื้อของแผลผ่าตัดของการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกที่เปลี่ยนทั้งเข่าและหัวกระดูก หรือเปลี่ยนเฉพาะหัวกระดูก การผ่าตัดใส่ วัสดุเพื่อยึดตรึงไว้ภายใน และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า รวมจำนวนการผ่าตัดทั้งหมด 5,405 การผ่าตัด พบอัตราการเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดทั้งหมด ร้อยละ 2.4 โดยส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อ ในระดับตื้น ร้อยละ 77.3 มีการติดเชื้อในระดับลึกร้อยละ 16.4 และมีการติดเชื้อที่อวัยวะภายในร่างกายร้อยละ 6.2 นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น (Morgan et al., 2005) และในการศึกษาของพาร์ทานเนน และคณะ (Partanen, Syrjala, Vahanikkila, & Jalovaara, 2006) เรื่องผลกระทบจากการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในระดับลึกต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย

และอัตราการตายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก จำนวน 2,276 ราย อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป พบว่ามีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในระดับเล็กน้อย 1.3 ทำให้เกิดการบดพร่องในการเดิน ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน และอัตราการตายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.4 แม้ว่ามีอุบัติการณ์การเกิดที่ต่ำ แต่มีความรุนแรง และอาจทำให้เสียชีวิตได้ ในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น เนื่องจากการมีบาดแผลผ่าตัดทำให้มีทางผ่านสำหรับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น และจากการเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการบาดเจ็บของระบบภูมิคุ้มกันต่าง ๆ จึงทำให้เกิดการอักเสบขึ้น แต่ในผู้สูงอายุนั้น ปฏิกิริยาตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันต่อการอักเสบหรือการติดเชื้อจะช้าลงจึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (Degler, 2004)

2) การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก มีโอกาสเกิดในผู้สูงอายุทุกรายที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก อุบัติการณ์การเกิดพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 0.3 ถึงร้อยละ 10 สามารถเกิดได้ตั้งแต่ช่วง 2 วัน ถึง 6 เดือนหลังผ่าตัด (Gebuhr, Stentzer, Thomsen, & Levi, 2000) อัตราการเกิดจะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 28 เมื่อผู้ป่วยเคยมีประวัติการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกมาก่อน (Parvizi, Picinic & Sharkey, 2008) สาเหตุที่ทำให้เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกมีหลายปัจจัย ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขนาดของหัวกระดูกเทียมไม่เหมาะสม การจัดทำ และเทคนิคการผ่าตัด (Veitch & Jones, 2009) โดยที่เทคนิคการผ่าตัดเข้าทางด้านหลังเป็นปัจจัยที่ทำให้มีการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก มากกว่าการผ่าตัดวิธีอื่น ๆ พบได้ร้อยละ 5.8 (Woo & Morrey, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเองยังเป็นสาเหตุให้เกิดข้อสะโพกเคลื่อนหลุดได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้บดพร่อง พบได้ร้อยละ 22 และยังพบได้ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 80 ปี เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีแนวโน้มที่จะเกิดการหกล้ม และการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหลังผ่าตัด (Patel, Potts, & Froimson, 2007)

3) ข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ การจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากอาการปวดหรือเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุพยายามอยู่นิ่งๆ ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย จะทำให้เกิดการตึงตัวของเอ็นยึดข้อ เกิดการตึงรั้งข้อในท่าองหรือเหยียดจนเกิดข้อติดแข็ง หรือเกิดจากการมีแคลเซียมไปเกาะที่กล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อ ทำให้ข้อถูกยึดติดแข็ง ไม่สามารถขยับข้อได้จนสุด พิสัยการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ เมื่อเกิดข้อยึดติด ไม่มีการยืดและหดตัวของมัดกล้ามเนื้อ จะมีกระบวนการเสื่อมสลาย (wasting process) เกิดขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการอ่อนแรงและฝ่อลีบ

4) กระดูกติดผิดรูป (malunion) หมายถึง การติดของกระดูกภายในระยะเวลาการติดปกติ แต่รูปร่างการติดของกระดูกไม่อยู่ในลักษณะที่ถูกต้องตามแนวของกระดูก ทำให้กระดูกเกิดการผิดรูปของอวัยวะ เช่น มีการโก่ง โค้งงอ หรือคดของอวัยวะ ซึ่งอาจมีผลต่อการใช้งานของอวัยวะต่อไปในภายหลัง (บุญสิน บูรณะพานิชย์กิจ, 2547) สาเหตุที่ทำให้กระดูกติดผิดรูปคือ

ไม่สามารถจัดกระดูกให้เข้าที่ได้ตั้งแต่แรก หรือไม่สามารถรักษาแนวกระดูกไว้ได้ในระหว่างที่รอให้มีการสมานกระดูกภายหลังการผ่าตัดและอีกสาเหตุอาจมาจากความเข้าใจไม่ถูกต้อง ซึ่งมีผู้ป่วยบางคนคิดว่าหายแล้ว เพราะไม่มีอาการปวด โดยเฉพาะในระยะ 4 - 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด จึงใช้แรงเต็มที่หรือลงน้ำหนักเต็มที่ ทำให้เหล็กตามกระดูกและกระดูกที่เริ่มติด เคลื่อนออกจากแนวกระดูก ทำให้กระดูกติดผิดปกติ (ธนรัฐ จันทอุปพ, 2546)

5) *กระดูกหักติดช้า (delayed union)* กระดูกหักติดช้าจะพิจารณาจากรยะเวลาที่กระดูกควรจะสมานกัน ภายหลังจากเวลาที่ควรจะเกิดการเชื่อมติดกันแล้ว รวมทั้งตำแหน่งและรูปแบบของกระดูกหัก โดยปกติกระดูกเริ่มติดใช้ระยะเวลา 3-4 สัปดาห์หลังผ่าตัด (ชาญยุทธ ศุภชาติวงศ์, 2550) สาเหตุที่ทำให้กระดูกหักติดช้า คือการใช้แรงดึงหรือแรงถ่วงมากเกินไปจนทำให้เกิดโพรงหรือช่องว่างระหว่างกระดูกที่หักมาก ประกอบกับการสร้างเนื้อกระดูกไม่เพียงพอ การได้รับสารอาหารและแร่ธาตุประเภทแคลเซียม และฟอสฟอรัสไม่เพียงพอในการช่วยเสริมสร้างกระดูกใหม่ การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงบริเวณที่หักไม่เพียงพอ จึงทำให้กระดูกติดช้า (ธนรัฐ จันทอุปพ, 2546)

6) *กระดูกต่อไม่ติด (nonunion)* จะพิจารณาจากการตรวจร่างกายและภาพรังสี โดยดูจากภาวะที่กระดูกไม่สามารถสมานกันได้เลย ทั้งในระยะเวลาที่กำหนดและระยะเวลาที่เกินกำหนด โดยกำหนดให้ไม่เกิน 3 เดือน (บุญสิน บุรณะพานิชย์กิจ, 2547) สาเหตุที่กระดูกต่อไม่ติด คือ ระยะเวลาการจัดให้กระดูกอยู่นิ่งไม่เพียงพอ การขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณปลายกระดูกที่หัก ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะหัวกระดูกต้นขาตายเหตุขาดเลือด (avascular necrosis) เนื่องจากเป็นบริเวณที่หลอดเลือดมาเลี้ยงมาได้ทิศทางเดียว (Bhandari et al, 2003) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดดังกล่าว เป็นความผิดปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยจะส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องโดยผ่านโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

1.4 ผลกระทบที่เกิดจากภาวะกระดูกสะโพกหัก

เมื่อเกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก ย่อมเกิดผลกระทบตามมาทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ผู้ดูแล ต่อภาวะเศรษฐกิจและครอบครัวดังนี้

1.4.1 กระทบต่อตัวผู้ป่วย

1) *อาการปวด (Pain)* ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ต่อผู้ป่วยได้แก่ อาการปวด (Morrison et., 2003 อ้างใน นันทา ขวัญดี, 2553) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด 3 เดือน พบว่า 68 % ของผู้ป่วยยังมีอาการปวดในระดับเล็กน้อย 32 % มีอาการปวดในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง (Aharonoff et al., 2004 อ้างใน นันทา ขวัญดี , 2553)

2) ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological) เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ โดยเฉพาะสภาพจิตใจ ความรู้สึก และความคิด ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้า และส่งผลให้สภาวะการเจ็บป่วยทางกายแย่ลง การฟื้นหายเกิดขึ้นได้ช้า เพราะภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจในการดูแลเอาใจใส่ต่อสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักพบว่าผู้ป่วย 31.3 % เกิดภาวะ depression ภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยในกลุ่มนี้มี impairment cognitive function มากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดภาวะ depression และมีการฟื้นตัวในเรื่องของ ADL และ Walking ability น้อยกว่าผู้ที่ไม่เกิดภาวะ depression (Shyu et, 2005 อ้างในนนทา ขวัญดี, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oh & Feldt ในปี 2000 ที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีความวิตกกังวลต่ำ จะมี Functional recovery หลังผ่าตัดได้ดี

3) ภาวะทุพพลภาพ (disability) ภาวะทุพพลภาพเป็นอีกผลกระทบหนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัด มีผู้ป่วยถึง 40 % ที่ไม่สามารถกลับไปมีระดับของการทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนก่อนเกิดกระดูกสะโพกหัก ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ภายหลังทำผ่าตัด ต้องพึ่งพาคือคนอื่น และ 6 % ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย (Aharonoff et al., 2004 อ้างใน นนนทา ขวัญดี , 2553)

4) อัตราการตาย (mortality) ปัจจุบันพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักขณะอยู่โรงพยาบาลเพิ่มจาก 2 % เป็น 11.7 % (Aharonoff et al., 2004 อ้างในนนทา ขวัญดี ,2553) และอัตราการตายจะเกิดมากในระยะ 3 เดือนหลังเกิดกระดูกสะโพกหัก ซึ่งสามารถพบได้ถึง 65 % และในระยะเวลา 1 ปี พบ 23 % (Alegre – Lopez, Cordero – Guevara,Alonso – Valdivielso,& Fernandez Melon, 2005 อ้างใน นนนทา ขวัญดี , 2553) ในประเทศไทยมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 330 คน ที่จังหวัดเชียงใหม่ พบอัตราการตายขณะอยู่โรงพยาบาลเท่ากับ 2.1 % และมีอัตราการมีชีวิตรอด 91 % , 88 % และ 83 % ในระยะเวลา 3 เดือน, 6 เดือน และ 12 เดือน ตามลำดับ (Chariyalertsak, Suriyawongpisal & Thakinstain,2001 อ้างในนนทา ขวัญดี ,2553) ซึ่งปัจจัยที่ทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้นมีหลายประการ ได้แก่ภาวะโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ก่อนเข้ารับการรักษา อายุ เพศ ของผู้ป่วย ความสามารถในการเดินของผู้ป่วยก่อนเกิดกระดูกสะโพกหัก ประเภทของการผ่าตัด ความชำนาญของแพทย์ผู้ทำผ่าตัด เป็นต้น

1.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล

เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดแล้ว ไม่สามารถกลับไปมีระดับของการทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ทำให้เป็นภาระของครอบครัวและผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่ามีปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดภาระต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุในระยะ 1 สัปดาห์ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ปัญหาในเรื่องของการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และการขาดความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งพบได้ถึง 15.6 % และปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาระต่อผู้ดูแลในระยะเวลา 1 เดือน ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพบได้ถึง 56 % (Lim & Lu, 2007 อ้างในนันทา ขวัญดี, 2553)

1.4.3 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม

ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย เป็นผลให้การฟื้นตัวช้าหลังผ่าตัดซ้ำและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง มีผลให้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนาน มีค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (นันทา ขวัญดี, 2553) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Morrison และคณะในปี 2003 ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักพบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคงมีความปวดในระดับกลางถึงระดับสูง ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีเท่าที่ควรและไม่สามารถทำกายภาพบำบัดได้ ทำให้ต้องพักบนเตียงนานขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ส่งผลให้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย

1.5 การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก

1.5.1 ความหมายของการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด

การฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด (Postoperative recovery) หมายถึง การฟื้นคืนจากภาวะเจ็บป่วยสู่ภาวะปกติของร่างกายหลังการผ่าตัด โดยผ่านกระบวนการซ่อมแซมและกลับเข้าสู่ภาวะปกติของร่างกายทั้งด้านกายภาพ หน้าที่ และด้านจิตใจ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นการฟื้นคืนสู่สภาพหลังการผ่าตัด เป็นสิ่งที่บอกคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับขณะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (อ้างตาม วราภรณ์ ตุ่มทอง)

1.5.2 ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก

ภายหลังจากผู้สูงอายุทำการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักแล้ว ร่างกายจะเข้าสู่ระยะพักฟื้น เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว หากไม่มีข้อห้าม การฟื้นฟูสภาพจะเริ่มโดยเร็วที่สุด เพื่อปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ให้สามารถทำหน้าที่ตามสภาพร่างกายที่ทำได้ สามารถดูแลตนเองได้โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยการฟื้นฟูสภาพร่างกายจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากญาติ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยสูงอายุให้สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) ได้แก่

1) *ระยะหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดทันที (immediate recovery phase)* เป็นระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ระยะนี้จะจัดให้ผู้สูงอายุนอนราบ กระตุ้นให้หายใจเข้าออกลึก ๆ อย่างน้อย 10 - 20 ครั้งทุก 1-2 ชั่วโมง ช่วยพลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง โดยมีหมอนรองรับขาข้างที่ผ่าตัด จัดขาข้างที่ผ่าตัดไม่ให้หมุนเข้าในหรือหมุนออกนอก

2) *ระยะหลังผ่าตัดช่วงแรก (early recovery phase)* เป็นระยะในช่วงสัปดาห์แรกของการผ่าตัดจนถึงพร้อมกลับบ้าน ในวันที่ 1 - 2 หลังผ่าตัด ดูแลให้ผู้สูงอายุออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา โดยกดเข่าลงบนที่นอน และกระดกข้อเท้าขึ้นลง หมุนข้อเท้าเป็นวงกลม ทำข้างละ 5 รอบ วันละ 3 - 4 ครั้ง สามารถไขเตียงให้นั่งได้ประมาณ 30 องศา ในวันที่ 3 - 6 หลังผ่าตัด กระตุ้นให้นั่งบนเตียง ไขเตียงให้นั่งได้ 60 - 90 องศา ขณะนั่งห้ามโน้มตัวมาข้างหน้า สามารถให้ผู้สูงอายุเริ่มหัดยืน และหัดเดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง กระตุ้นให้ออกกำลังข้อสะโพกและข้อเข่าข้างผ่าตัด

3) *ระยะท้าย (late recovery phase)* เป็นช่วงเวลาหลังจากสัปดาห์แรกถึง 1 เดือนหลังการผ่าตัด ซึ่งอยู่ในช่วงที่ผู้สูงอายุเตรียมพร้อมจะกลับบ้านจนกลับไปพักที่ที่บ้าน ระยะนี้ผู้สูงอายุ จะได้รับการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและได้รับคำแนะนำ เพิ่มเติมในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การใช้จ่ายตามแผนการรักษา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายหลังผ่าตัด และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

1.5.3 ปัจจัยที่มีผลต่ออิทธิพลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ

การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุแต่ละคนแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เป็นผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (ราภรณ์ ตุ่มทอง,) ดังนี้

1) *อายุ* เนื่องจากอายุมากขึ้น มีความเสื่อมของสมรรถภาพทางด้านร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ และระบบประสาทสัมผัสต่าง ๆ เสื่อมลง การรับรู้ข้อมูลข้างล่างซึ่งจะส่งผลการตัดสินใจและการพิจารณาถึงสมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และทำให้ปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดลดลง ผู้สูงอายุจะมีความไวต่อความเครียดสูง มีความไวต่อการได้รับยาระงับความรู้สึก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างของร่างกายส่งผลให้เกิดภาวะซ้อนหลังผ่าตัด

2) *เพศ* การฟื้นฟูสภาพในระยะแรกหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมของผู้ป่วยสูงอายุในเพศชายที่มีความแข็งแรงของร่างกาย และมีความสามารถในการใช้กำลังของร่างกาย และมีความสามารถในการใช้กำลังของร่างกายมาใช้ในการฟื้นฟูสภาพในระยะหลังการเจ็บป่วยได้ดีกว่าเพศหญิง

3) *การผ่าตัดใหญ่จะใช้เวลาในการผ่าตัดนาน* ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การผ่าตัดที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในระหว่างการผ่าตัดจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้านระบบหายใจ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

โดยเฉพาะผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีขนาดแผลกว้าง ระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจได้

4) *ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด* ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดเป็นปัญหาที่สำคัญ ปัญหาหนึ่งในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยสูงอายุจะมีความเจ็บปวดมากในระยะ 24-48 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด ความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยสูงอายุหายใจสั้นๆ ไม่กล้าไอเอาเสมหะออก เคลื่อนไหวร่างกายลดลง

5) *ประสบการณ์หลังผ่าตัด* ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการผ่าตัดที่ไม่ดีหรือเคยได้รับทราบประสบการณ์การผ่าตัดที่ไม่ดีจากบุคคลที่ใกล้ชิด อาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความกลัว และมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ที่ดีจะมีการปรับตัวได้ดีกว่า และมีความรู้พื้นฐานเดิม เมื่อได้รับความรู้ใหม่ที่เกี่ยวข้องกันทำให้สามารถเข้าใจได้เร็วขึ้น

6) *ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน* ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงจะมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หลังการผ่าตัดมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำกว่า ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดเร็ว เกณฑ์ในการวัดการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (recovery) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ร่างกายและจิตใจมีการปรับตัวหรือการฟื้นคืนสู่สภาพของบุคคลจากภาวะทุพพลภาพหรือจากความสามารถในการทำหน้าที่ที่จำกัดไม่ว่าอาการนั้นเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวรให้กลับสู่สภาพเดิมหรือทำหน้าที่ได้ดีที่สุดตามสภาพของร่างกายเท่าที่จะเป็นไปได้ สามารถดูแลตนเองได้ และปราศจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

1.5.5 การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก และรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลหลังผ่าตัด คือการดูแลให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวได้โดยเร็วที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็ว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการนอนนาน ๆ ตัวชี้วัดที่สามารถบอกถึงการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก คือ

1) *การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ (Functional Recovery)* สามารถวัดได้จากความสามารถในการเคลื่อนที่ของผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัด ในผู้ป่วยสูงอายุหลังทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก พบว่าขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีผู้ป่วยจำนวน 22 % ที่สามารถเดินได้ต้องอาศัยด้วยอุปกรณ์ในการช่วยเดิน เช่น Wheel Chair และ 73 % สามารถเดินได้ในระยะเวลา 3 เดือนหลังผ่าตัด (Aharonooff et al, 1977 อ้างในนันทา ขวัญดี, 2553) ซึ่งพบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลทำให้การเคลื่อนที่ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างลำบาก เช่น อายุ ภาวะโรคร่วม ภาวะสับสนหลังผ่าตัด ความสามารถเคลื่อนที่ก่อนเกิดกระดูกสะโพกหัก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีตัวชี้วัดความสามารถในการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ที่สำคัญและนิยมใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่แสดงถึงความสำเร็จของการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหัก มีผู้ป่วยจำนวนไม่มากนักที่ภายหลังทำผ่าตัดแล้วสามารถกลับมาทำหน้าที่ที่สำคัญและนิยมใช้

2) *ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Postoperative Complication)* เป็นการวัดการฟื้นหายที่สามารถเกิดได้ทั้งในระยะสั้นๆ พบได้ประมาณ 15.1 % (Richmond et al , 2003) ภาวะแทรกซ้อนในระยะสั้นที่พบได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ หัวใจล้มเหลว การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และภาวะข้อสะโพกเลื่อนหลุด ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในระยะยาวได้แก่ ภาวะหัวใจกระดูกขาดเลือดไปเลี้ยง 25 % (Nikolopoulos et.al. 2003) อาการปวดสะโพกหลังผ่าตัด 32% มีระดับความปวดปานกลางถึงระดับสูงในระยะ 3 เดือนหลังผ่าตัด (Aharonoff et al., 2004)

3) *ความสามารถในการกลับไปอยู่บ้าน (Discharge destination)* ปัจจัยที่มีผลต่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและสามารถกลับไปอยู่บ้าน คือผู้ป่วยมีอายุมากจะมีโอกาสภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้สูงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปอยู่บ้านได้หรือกลับไปได้ช้า พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักและเกิดภาวะแทรกซ้อนร่วมน้อยอย่างน้อย 1 ชนิด และไม่ได้รับการแก้ไขขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้เกิดการจำหน่ายผู้ป่วยไปอยู่ในสถานพยาบาลมากกว่าจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านถึง 2 เท่า (Halm et al., 2003)

4) *อัตราการตาย (Mortality)* พบว่าในระยะ 1 ปีหลังผ่าตัด พบอัตราการตาย 25 % ในระยะ 2 ปี พบอัตราการตาย 16.9 % (Aharonoff et al., 2004) ปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้มีอัตราการตายสูง ได้แก่ อายุที่มากขึ้น ภาวะโรคร่วม ความผิดปกติด้านการรับรู้ของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เป็นต้น

1.6 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึงความสามารถในการทำกิจกรรมพื้นฐาน (Activities of Daily Living: ADLs) ด้วยตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การอาบน้ำ การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การเดิน การใช้ห้องสุขา การขึ้นลงบันได และการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ซึ่งสามารถประเมินได้จากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางการแพทย์เกี่ยวกับเทคนิคของการผ่าตัดและความก้าวหน้าของเทคโนโลยีในการประดิษฐ์วัสดุที่ใช้สำหรับยึดตรึงกระดูกหรือข้อสะโพกเทียม ทำให้ประสบความสำเร็จด้านการผ่าตัดเป็นอย่างดีแต่กลับพบว่าผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังได้รับการผ่าตัดที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้ในระดับเดียวกับก่อนที่จะมีกระดูกสะโพกหักมีจำนวนค่อนข้างน้อย เช่น การศึกษาของแวน บาลเลน และคณะ (van Balen et al., 2001)

ในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก จำนวน 102 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและติดตามผลในอีก 4 เดือนต่อมา พบว่ามีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 17 ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันได้ในระดับเดียวกับก่อนที่จะมีกระดูกสะโพกหัก เนื่องจากผู้สูงอายุภายหลังกระดูกสะโพกหักจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ร่างกายลดลงจากเดิมถึงร้อยละ 15-20 ภายในระยะเวลา 1 ปี (Rosell & Parker, 2003) เช่นเดียวกับ การศึกษาของลิน และชาง (Lin & Chang, 2004) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 103 คน และติดตามประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs) ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในระยะเวลา 3 เดือน และ 1 ปี พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะฟื้นสภาพอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลา 3 เดือน และไม่สามารถฟื้นคืนสภาพได้เท่าระดับเดียวกับก่อนที่จะมีกระดูกสะโพกหักในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งพบว่าความสามารถในการเดิน การขึ้นลงบันได และการดูแลตัวเอง ลดลงร้อยละ 20 , 25 และร้อยละ 15 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนที่จะมีกระดูกสะโพกหัก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภายหลังกระดูกสะโพกหัก มีการฟื้นสภาพได้ช้ากว่าวัยอื่น เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หลายประการ ได้แก่ อายุ (Arizon, Fidelman, Zuta, Peisakh, & Berner, 2005) อาการปวด (Oh & Feldt, 2000) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนกระดูกสะโพกหัก (Haentjens, Autier, Barette, & Boonen, 2005 cited in วีนา วงษ์งาม, 2556)

1.6.1 การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADLs) เป็นการวัดความสามารถทางร่างกาย หรือความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ส่วนใหญ่ใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว ในปัจจุบันนี้มีเครื่องมือวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลายชนิดดังนี้

1) *แคทซ์อินเดกซ์เอดีแอล (Katz Index of ADL)* สร้างโดย แคทซ์ ฟอร์ด และ มอสโควิทซ์ (Katz, Ford & Moskowitz, 1963) พัฒนามาจากการสังเกตการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ประเมินการทำหน้าที่ของร่างกาย 6 ด้าน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตัวเอง การควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ และการรับประทานอาหาร

2) *ฟังก์ชันนอลสเตตัสอินเดกซ์ (Functional Status Index: FIS)* สร้างโดย เจต (Jette, 1980) ใช้ประเมินการทำหน้าที่ของร่างกายทั้งหมด 6 ด้าน ประกอบด้วย การเดินภายในบ้าน การเคลื่อนย้ายตัวเองจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใส่ถุงเท้า การใช้ห้องส้วม การขึ้น ลง บันได และการอาบน้ำ

3) *ฟังก์ชันนอลอินดีเพนเดนเมทเซอร์ (Functional Independence Measure: FIM)* สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1983 โดย The American Congress of Rehabilitation และ The American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation ประกอบด้วย การประเมินด้านการเคลื่อนไหว และด้านสติปัญญา การประเมินด้านการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย การ

ดูแลตัวเองทั่วไป การควบคุม การซ้บถ่าย การเคลื่อนย้ายตัวเองเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนที่ภายในบ้าน เช่น การเดิน การขึ้น ลงบันได ส่วนการประเมินด้าน สติปัญญา ได้แก่ การสื่อสาร และความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคม

4) *ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (The Barthel ADL Index)* สร้างขึ้นโดยมาร์โฮนี และ บาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965) เป็นแบบประเมินที่ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติ ของระบบกระดูกกล้ามเนื้อ และระบบประสาท เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และประเมินความก้าวหน้าในช่วงก่อนรักษา ในการฟื้นฟูสภาพ ในระหว่างที่ทำการฟื้นฟูสภาพ และ ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีความก้าวหน้าสูงสุดในการฟื้นฟูสภาพ เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการที่จะช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย การให้คะแนนในแต่ละหัวข้อในแบบประเมิน ขึ้นอยู่กับความต้องการ การช่วยเหลือด้านร่างกาย ในแบบประเมินบาร์เทลเอดีแอล มีกิจกรรมที่วัดในเครื่องมือทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร 10 คะแนน การเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียง หรือไปรถเข็น 15 คะแนน สุขวิทยาส่วนบุคคล 5 คะแนน การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน 10 คะแนน การอาบน้ำ 5 คะแนน การเดิน 15 คะแนน การขึ้น-ลงบันได 10 คะแนน การแต่งตัว 10 คะแนน การควบคุมการซ้บถ่าย ปัสสาวะ 10 คะแนน ควบคุมการซ้บถ่ายอุจจาระ 10 คะแนน ในแบบวัดนี้มีคะแนนสูงสุด 100 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน (อ้างตามวีณา วงษ์งาม 2556)

2. ผู้ดูแลผู้ป่วย (caregivers)

2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือเรียกสั้น ๆ ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (จิรัฐดา กาญจนสถิตย์กุล, 2552) โดยยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) กล่าวถึงลักษณะสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนี้

2.1.1 ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นญาติ หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับการดูแล ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตรพี่น้อง หรือเพื่อน เป็นต้น

2.1.2 ผู้รับการดูแล ต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลง หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา การคิดและตัดสินใจต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและการบำบัดรักษาที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้น ต้องได้รับการตอบสนองและการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

2.1.3 มุ่งเน้นการดูแล โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2.1.4 สถานการณ์การให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแห่ง

อาศัย

ดังนั้น ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติ หรือเพื่อนที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน และให้การดูแลด้วยความรักและเอื้ออาทร ทั้งนี้ผู้ดูแลอาจเป็น คู่สมรส ลูก หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน

2.2 ประเภทของผู้ดูแล

2.2.1 ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (formal carers/caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นอาชีพจากสถานบริการพยาบาล หรือกลุ่มองค์กรกรรทที่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อนและ ได้รับเงินเป็นการตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (care assistant)

2.2.2 ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal carers/caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยโดยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์แบบไหน 1 ต่อ 1 และที่สำคัญก็คือ ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจที่ให้การดูแลอาจจะมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย

2.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2549) แบ่งผลกระทบของการเป็นผู้ดูแลออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.3.1 ผลกระทบทางด้านจิตใจ (psychological problem) ความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ได้แก่ อารมณ์เศร้า ความรู้สึกผิด โกรธ อับอาย รู้สึกโดดเดี่ยว มีความเครียด อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและกิจวัตรประจำวันของครอบครัว ขาดความเข้าใจและ มั่นใจในการดูแลทำให้ไม่แน่ใจในสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ (ศิริรัตน์ คุ่มสิน, 2546; Subgranon & Lund, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลจะรู้สึกว้าขาดอิสระในการใช้ชีวิตในสังคม การจัดการเวลากับการทำงาน บางครั้งรู้สึกว้าต้องคอยพึ่งพาคนอื่นด้านการเงิน การจำกัดของเวลา เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

2.3.2 ผลกระทบทางด้านร่างกาย (physiological problem) ปัญหาที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อย ๆ ได้แก่ อาการปวดหลังจากการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้อง หรืออาจเป็นอาการที่มาจากภาวะจิตใจที่มีสาเหตุมาจากความเครียด อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง จากการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ และยังทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่าย ส่งผลกระทบต่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ การมีปัญหาลักษณะเพิ่มขึ้น ด้วยการมีภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมี เวลาดูแลสุขภาพลดลง ไม่มีเวลาพบแพทย์ ซึ่งอาจทำให้มีปัญหาลักษณะเพิ่มขึ้น

2.3.3 ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ (socio-economic problem) ผู้ดูแล ต้องมีการปรับลักษณะการทำงานให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย หรือการลาออกจากงาน ซึ่งทำให้ รายได้ลดลง หนี้สินเพิ่มขึ้น มีหลายบทบาท เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวอาจมีการผลกระทบ การดูแลและค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ไม่มีเวลาให้ครอบครัว ถ้าครอบครัวไม่มีเงินออม ไร้ใช้เวลา เจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อรายจ่ายในครอบครัว

3. ความรู้ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

3.1 ความรู้ในการดูแลของผู้ดูแล

3.1.1 ความหมายของความรู้ (Knowledge) มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

อลาวีและไลเดอร์ (Alavi and Leidner ,2001 : 109) กล่าวว่าความรู้ คือสิ่งที่ พิสูจน์ให้เห็นว่าเป็นการเพิ่มขีดความสามารถที่จะนำมาซึ่งประสิทธิภาพที่ดีกว่า

ชาร์ราซและยูโซโร (Sharratt and Usoro,2003:188) กล่าวว่าความรู้ คือ ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องโดยตรงระหว่างความเข้าใจ ตลอดจนการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน,2542) “ความรู้” หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้ง ความสามารถเชิงปฏิบัติและความเข้าใจ หรือสารสนเทศ ที่ได้รับมาจากประสบการณ์สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติต่อองค์วิชา ในแต่ละสาขา

สุวิทย์ ไพทยวัฒน์ (2550, หน้า 74) สรุปความรู้เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ รายละเอียดต่าง ๆ ที่ได้รับจากประสบการณ์ การเรียนรู้ มีความเข้าใจ นำไปใช้ในการปฏิบัติงาน สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์และประเมินผล ซึ่งได้จากการศึกษาค้นคว้า สังเกต และจาก ประสบการณ์ในการทำงาน

อัญชลี ศรีสมุทร (2552, หน้า 9) ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์ สามารถวัดได้ว่ามีหรือไม่

สมถวิล ผลสอาด (2555, หน้า 24) ได้สรุปความหมายความรู้ ว่าความรู้ นั้น เริ่มต้นจากระดับง่าย ๆ ก่อนแล้วเพิ่มความสามารถในการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาเพิ่มขึ้นเป็น ลำดับ โดยแบ่งออกเป็น 5 ชั้น คือ ความรู้ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การวิเคราะห์ การ สังเคราะห์ และการประเมินผล และความรู้ นั้นสามารถวัดได้โดยเครื่องมือที่ใช้ทดสอบความรู้ แบ่งได้ เป็น 2 ประเภท คือ แบบอัตนัย และแบบปรนัย

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความรู้ มีความหมายที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับการเรียนรู้ การเข้าใจ จึงสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ข้อมูลที่ถูกต้องที่บุคคลหนึ่งได้รับมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ สังสมมาจนเกิดเป็นความเข้าใจ และนำไปสู่พื้นฐานของความคิด การวิเคราะห์ ตลอดจนการตัดสินใจเลือกกระทำการใดในการดำรงชีวิต โดยอาศัยการเรียนรู้เป็นส่วนช่วยเพิ่มศักยภาพของบุคคลหนึ่งไปในทิศทางที่ดีขึ้นตาม แต่ละคนมีความรู้ที่แตกต่างกันไปตามสมรรถภาพด้านสมอง และความจำ

3.1.2 ความหมายของความรู้ ในการดูแลของผู้ดูแล หมายถึง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินความรู้ที่สร้างโดย มานี หาทรัพย์ และคณะ (2557) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ภาวะแทรกซ้อน การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน และการมาตรวจตามนัด มีลักษณะเป็นคำถามให้ตอบ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 44 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0 - 1 คะแนน

3.2 ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

การประเมินความสามารถของผู้ดูแล เป็นการวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงเป็นการติดตามความก้าวหน้าและความต่อเนื่องของการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย (เพ็ญนภา จายวรรณ , 2557) มีนักวิจัยได้สร้างเครื่องมือเพื่อวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเดนนิส (The Denyes Self-care Agency) ที่สร้างขึ้น ในปี 1980 (Denyes cited in Denyes, 1982) เพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่น โดย สร้างอยู่บนพื้นฐานทฤษฎีการพยาบาลของโอริเอมเกี่ยวกับความแข็งแกร่งและข้อจำกัดของบุคคลในความสามารถตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง โดยให้เป็นไปตามสมมติฐานเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ ต่อมาเดนนิสและฟิลเดย์ (Denyes & Fildey, 1986) ได้ดัดแปลงเครื่องมือนี้เพื่อใช้วัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (The Denyes & Fildey Dependent Care Agency Instrument) และนำไปใช้กับผู้ปกครองเด็กจำนวน 30 ราย พบว่าใช้ประเมินความสามารถและการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กได้ดี

สำหรับในประเทศไทย มานี หาทรัพย์และคณะ (2557) ปรับปรุงและดัดแปลงเครื่องมือเพื่อใช้วัดความสามารถจากฉบับของ จอม สุวรรณโณ (2540) ที่ใช้สำหรับวัดความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก เป็นแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกะดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด เป็นแบบสังเกต แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ 9 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ 2) การ

ดูแลให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 3) การดูแลด้านการขับถ่าย 4) การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล 5) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม 6) การเฝ้าระวังอุบัติเหตุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 7) การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน 8) การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ และ 9) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา แต่ละด้านประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน รวมทั้งหมด 28 กิจกรรมย่อย แต่ละข้อมีคะแนน 3 ระดับจาก 0 - 2 คะแนน คะแนนความสามารถสูงสุด 56 คะแนน และต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนที่ได้ในแต่ละกิจกรรมของข้อย่อย ในแต่ละด้านจะนำมารวมกัน แล้วแปลความหมายเป็นความสามารถของผู้ดูแล 3 ระดับ

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

ความสามารถในการดูแลผู้ปวยนั้นมีความแตกต่างกันตามลักษณะปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแล (Orem,1995) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่

3.3.1 เพศ เป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัวและสังคม เพศที่แตกต่างกัน อาจมีความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม การรับรู้บทบาทที่ต่างกัน ในผู้ดูแลที่มีความแตกต่างในด้านเพศ น่าจะมีความสามารถในการดูแลที่ต่างกัน (Walker, Pratt & Eddy, 1995)

3.3.2 อายุ ผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 21 - 60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ มีความมั่นคงในด้านหน้าที่การงาน มีความรับผิดชอบสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (Orem,1995)

3.3.3 สถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความสามารถในการดูแลผู้ปวยมากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพสมรสโสด เพราะคู่สมรสมีความใกล้ชิดมากกว่าผู้อื่น มีโอกาสช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ปวยได้ดีกว่า (จอม สุวรรณโณ, 2541)

3.3.4 ระดับการศึกษา ความสามารถในการดูแลผู้ปวยขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการหาความรู้ มีความเข้าใจเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย การศึกษาเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาทักษะและทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ (Orem,1995)

3.3.5 รายได้ของครอบครัว รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานของครอบครัวที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ปวย ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ปวยมากกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้สูง และผู้ดูแลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้การดูแลผู้ปวยบรรลุเป้าหมายได้มาก (Walker, Pratt & Eddy, 1995)

3.3.6 ระยะเวลาการดูแล ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตมีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล การดูแลผู้ปวยเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน อาจมีผลให้ผู้ดูแลเกิดความชำนาญมากขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในการดูแลมากขึ้น แต่บางครั้งการที่ต้องดูแลผู้ปวยเป็นระยะเวลาที่

ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระ เกิดความเครียดและรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย (Haley & Perkins, 2004)

3.3.7 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวเป็นสภาพแวดล้อมที่สำคัญในการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปรับตัวเมื่อมีปัญหาหรือความเครียดเกิดขึ้น (Orem, 1995) สัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะความสัมพันธ์ใกล้ชิดทางสายเลือด จะเพิ่มทักษะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยดี (จอม สุวรรณโณ, 2541)

3.3.8 ความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่ภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพหรือมีความรุนแรงของโรคที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง มีผลต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน

สรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ระยะเวลาการดูแลและความรุนแรงของโรค ผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก เป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก จึงมีความซับซ้อน ยุ่งยาก ผู้ดูแลจึงต้องได้รับการสนับสนุนและพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโดยเริ่มตั้งแต่ผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่งที่บ้าน

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คำว่า “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” (Empowerment) ตามพจนานุกรมของ Merriam Webster (2005) ให้ความหมายไว้ 3 ประการ คือ 1) การให้อำนาจที่เป็นทางการ (to give official authority) หรือที่ถูกต้องตามกฎหมาย (Legal power to) 2) การจัดหาหรือให้โอกาส (to provide with the means or opportunity) และ 3) การส่งเสริมความเป็นตัวเอง (to promote the self-actualization) นอกจากนี้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลายทัศนะ ดังนี้

กรีสเลย์ และคิง (Greasley & King, 2005) กล่าวว่า ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความสัมพันธ์กับ แนวคิดของอำนาจ (Concept of power) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเน้นถึงการควบคุม (Control) การปกครอง (Hierarchy) และการควบคุมอย่างเคร่งครัด (Rigidity) แต่ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในด้านองค์กรและการจัดการ จะหมายถึง การให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและการควบคุมงานได้ด้วยตนเอง การทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ (Tebbitt, 1993) ทั้งส่วนบุคคล

ทีมงาน และองค์กรโดยรวม (Kinlaw, 1995) และมีการจัดเครื่องมือและทรัพยากร เพื่อการพัฒนาการสร้างความรู้สึกและเพิ่มพูนประสิทธิภาพและความสามารถของบุคคล (Hawks, 1992)

คอนเจอร์ และคานูโก (Conger & Kanungo, 1988) เน้นถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ โดยการขจัด ความรู้สึกไร้อำนาจของบุคคล ให้มีความรู้สึกมั่นใจในการทำงาน เช่นเดียวกับ โทมัส และ เวลเฮาส์ (Thomas & Velhouse, 1990)

สปรีตเซอร์ (Spreitzer, 1995) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นการสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจในตนเองว่ามีความสามารถในการทำงานให้สำเร็จได้ หมายความว่า เป็นการพัฒนาความรู้สึกของบุคคลให้มีความเชื่อในเรื่อง ประสิทธิภาพของบุคคล เพื่อทำงานร่วมกันไปสู่เป้าหมายของงาน หรือขององค์กร

กิบสัน (Gibson, 1991) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล โดยผู้บังคับบัญชาถ่ายทอดอำนาจ ให้อิสระในการตัดสินใจ และจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้ผู้ใต้บังคับบัญชา รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการทำงาน และแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้บรรลุผลสำเร็จของตนเองและองค์กร

ส่วนคำว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างให้บุคคลพัฒนาพลังอำนาจ ทำให้มีพลังอำนาจในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิต ความเป็นอยู่ การงาน และความสำเร็จ เป็นกระบวนการที่มีการตัดสินใจร่วมกัน และถ่ายทอดอำนาจให้เกิด ความเสมอภาค ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นได้จากความสามารถของบุคคลในการเรียนรู้จาก ประสบการณ์ หรือจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้รับการส่งเสริมจากผู้อื่น ตลอดจนการเรียนรู้ที่เกิดจากการวิเคราะห์ในสิ่งต่าง ๆ จนเกิดความเข้าใจ สามารถควบคุมจัดการ สถานการณ์ให้ตนเองประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

4.2 คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิบสัน (Gibson, 1991) ได้อธิบายถึงคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ดังนี้

4.2.1 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดในหลายมิติ คือ เป็นได้ทั้งกระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (result) เป็นกระบวนการที่ดำเนินการเป็นขั้นตอน มีการ

ประเมินผลแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน และเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคคล กลุ่มคน หรือองค์กร

4.2.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดเชิงบวก (positive concept) เป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวคิดที่ช่วยพัฒนาศักยภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี

4.2.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่ช่วยเพิ่มควมมีคุณค่าในตนเอง และช่วยเพิ่มศักยภาพ ในการดูแลตนเองของบุคคล และยังเป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคล เกิดพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก

4.2.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงในการแก้ไข ปัญหาหรือ สถานการณ์มากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นความแข็งแกร่งและความสามารถของบุคคลมากกว่า ข้อจำกัด

4.2.5 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการ คือเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (transactional concept)

4.2.6 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีความเป็นหุ้นส่วน บุคคล ต้องมีส่วนร่วมในการกระทำ (participant concept)

4.2.7 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีอิสระในการเลือก สามารถ ยืดหยุ่นหรือปรับเปลี่ยนได้ (dynamic concept) เป็นนามธรรมและอิสระเหมาะกับช่วงเวลาหรือ สถานการณ์ใดก็ได้ (abstract concept) เคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ (human dignity concept) และเป็นประชาธิปไตย สามารถมีสิทธิเลือกปฏิบัติได้ (democracy concept)

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) เป็น กระบวนการที่ช่วยให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้บุคคลรู้สึกว่ ตนเองมีพลังอำนาจสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal process) มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความคิดความรู้สึกเป็นลักษณะที่ทั้งสองฝ่าย ต้องใช้ความพยายามร่วมกันมีการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมที่ เหมาะสมในแต่ละบุคคลและปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับปัญหาและสถานการณ์มี ปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกันเพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้นกับบุคคลเป็นการหาทางออก และแก้ไขปัญหามากกว่าที่ตัวปัญหาเน้นความแข็งแกร่งและความสามารถมากกว่าข้อจำกัดหรือจุด ด้อยของบุคคลโลกที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคลมีทั้งการให้และการรับ อำนาจหรือใช้อำนาจ ร่วมกันรวมถึงถ่ายโอนอำนาจให้เกิดความเสมอภาค มีการแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึก และกระทำ กิจกรรมร่วมกันเพื่อให้เกิดความเจริญและมีพัฒนาการของบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้บุคคล ที่มีความรู้ความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อมเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้ว่ตนเองมี พลังอำนาจสามารถควบคุมความและกำหนดทิศทางในการดำเนินชีวิตได้

นอกจากนี้ กิบสัน (Gibson, 1993) ได้กล่าวว่า การที่จะช่วยเหลือบุคคลในการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ ต้องมีความเชื่อพื้นฐานดังนี้

1 บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพ สุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่บุคคลนั้นจะต้องรับผิดชอบ แม้ว่าแพทย์พยาบาลจะมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลแต่ไม่มีอำนาจผูกขาดต่อสุขภาพเหนือบุคคล นั้นต้องเคารพในสิทธิของบุคคล

2 บุคคลควรได้รับความเคารพนับถือต่อศักยภาพของบุคคลในการที่จะพัฒนาความเจริญงอกงามหรือความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองมีความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องใด ๆ ของตน แม้ว่าบางครั้งอาจต้องอาศัยข้อมูลหรือความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นบ้างก็ตาม

3 บุคคลทางสุขภาพไม่สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคคลเกิดความสามารถได้ ตัวของบุคคลเท่านั้นที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจของตนเอง บุคลากรทางสุขภาพมีหน้าที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคล เกิดการพัฒนาตนเอง ช่วยเหลือให้เกิดการคงทนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและรู้จักใช้ทรัพยากรให้เกิด ประโยชน์สูงสุดเพื่อให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมได้และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

4 บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับการให้ความร่วมมือของชุมชน ต้องมีสำนึกในเรื่องของอิสรภาพและพร้อมที่จะรับการปฏิเสธความช่วยเหลือของบุคคล บุคคลจะตัดสินใจเลือกสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองไม่จำเป็นต้องทำตามคำแนะนำที่บุคลากรแนะนำไว้

5 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต้องมีความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน ไม่ใช่ลักษณะของการมองว่าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไร้ความสามารถ ปฏิสัมพันธ์ทั้งสองฝ่ายควรเป็นแบบเกื้อกูลกันเอื้อผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน

6 ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต้องมีความน่าเชื่อถือไว้วางใจซึ่งกันและกัน

4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล

ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจคือความมุ่งมั่นทุ่มเท (commitment) ความผูกพัน (bound) และความรัก (love) ของบุคคลต่อเรื่องนั้น ๆ โดยมีความคับข้องใจ (frustration) ความขัดแย้งปัญหาหรืออุปสรรคเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการการที่บุคคลมีความรักต่อบุคคลอื่นพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ และเมื่อบุคคลมีกำลังใจจะสามารถกระทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้มาซึ่งที่คาดหวัง ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่

4.3.1 ปัจจัยภายในบุคคล (intrapersonal factors) ประกอบด้วย

1) *ค่านิยม (value)* ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบใน การที่จะดูแลตนเอง

2) *ความเชื่อ (beliefs)* เป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรค การที่ บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลหรือเชื่อว่าการให้การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้การเจ็บป่วย ดีขึ้น ความเชื่อดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง (a hopeful future) และมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในแง่ดี

3) *เป้าหมายในชีวิต (determine)* เกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็ง และแรงจูงใจ (strong and motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค

4) *ประสบการณ์ส่วนบุคคล (experience)* ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับจัดการและควบคุมสถานการณ์ ได้

4.3.2 ปัจจัยภายนอกบุคคล (interpersonal factors) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม (social support) สมาชิกในครอบครัวบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องและบุคลากรทีมสุขภาพที่มีส่วนสนับสนุนให้ความรู้คำแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและแผนการรักษา ตลอดจนการได้รับการส่งต่อในชุมชน หรือการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สิ่งสนับสนุนต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ดียิ่งขึ้น

4.4 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัตร มีความต่อเนื่องไม่หยุดนิ่ง อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันโดยมีกระบวนการของการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

จากการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1995) พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นขั้นตอนที่พยายามให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเองประกอบไปด้วยการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ

1.1 การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหา ที่ต้องเผชิญ จะเกิดความรู้สึกสับสนไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิดกกังวล กระวนกระวายกลัว โกรธ ทำให้บุคคลไม่สามารถยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพความเป็นจริงได้ ความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญความไม่เข้าใจสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ในระยะนี้ บุคคลจะเกิดความคับข้องใจคิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้แต่หากบุคคลเปลี่ยนวิธีคิดและมีความหวังจะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจพยายามค้นหาปัญหาสาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริงสามารถหาแนวทางแก้ไขได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

1.2 การตอบสนองด้านสติปัญญาการรับรู้ (cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสีย ความสามารถความมั่นใจก็จะมีแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบ ๆ ตัวโดยการหาข้อมูลความรู้ ซักถามจากผู้มีความรู้หรือมีประสบการณ์คล้ายคลึงกันเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและใช้ข้อมูลจากการแสวงหามาใช้ในการประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติ

1.3 การตอบสนองด้านพฤติกรรม (behavioral response) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนจะเกิดการมองปัญหาในแง่ดีและพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของตนเองใช้ประสบการณ์การ แก้ปัญหาที่ผ่านมา มาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ปัจจุบัน พยายามทำทุกวิถีทางเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหานั้น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) เป็นขั้นตอนการทบทวน เหตุการณ์หรือสถานการณ์อย่างรอบครอบ เพื่อตัดสินใจและเลือกวิธีการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม เมื่อบุคคลค้นพบปัญหาตามสถานการณ์จริง จะเกิดความคับข้องใจในการดูแลควบคุมมากับ ความผิดหวังจะส่งผลให้บุคคลมีการพัฒนาตนเอง ช่วยให้กลับมามองปัญหาประเมินคิดพินิจพิเคราะห์ ถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทบทวนเหตุการณ์สถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ทำให้เกิด ความเข้าใจอย่างชัดเจนเกิดการพัฒนาคำรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (a sense of personal control) เกิดความคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการไร้ความสามารถของตนเองบุคคลจะ พยายามหาทางเลือกในการปฏิบัติช่วยให้บุคคลเกิดการพัฒนาขึ้นและมีความตระหนักถึงความ เข้มแข็งความสามารถของตนเองเกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ และการตัดสินใจนำไปสู่การเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking charge) ในขั้นตอนที่ผ่านมาบุคคลจะมีความตระหนักในความเข้มแข็งเชื่อมั่นในความรู้ของตนเองการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เกิดการยอมรับตนเอง (self-determination) โดยการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมจะมีเงื่อนไขดังนี้คือ

- 1) เป็นวิธีแก้ปัญหให้กับตนเอง
- 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ
- 3) ได้รับการเอาใจใส่ และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง
- 4) ผ่านการปรึกษาและยอมรับจากทีมสุขภาพ
- 5) เป็นวิธีที่ยอมรับได้และเปิดกว้างให้บุคคลอื่นนำไปปฏิบัติได้ โดยในขั้นตอนนี้

บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตัวเองคือ การปกป้อง (advocate for) โดยคิดว่าทำให้การดูแลเป็นการปกป้องตนเอง เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง สิ่งที่คิดว่ากระทำแล้วดีกับตนเองบุคคลก็จะ

กระทำการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (learning to ropes) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาพร้อมกับทีม สุขภาพและจากการใช้ ประสบการณ์เดิม การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล (driving negotiation in the hospital setting) โดยคิดว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษา และสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม (establishing partnership) การต้องการมีส่วนร่วมในการรักษาและการตัดสินใจในการรักษา จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยและมีประโยชน์จากทีม สุขภาพ และจากการแสวงหาข้อมูลด้วยตนเอง จะช่วยให้บุคคลมีการตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่คงประสิทธิภาพ (holding on) จากการที่บุคคลตระหนัก ในความเข้มแข็งและความสามารถของตนเองมีพลังอำนาจและพยายามคงอยู่ด้วยตนเองแม้ว่าสถานการณ์ต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปซึ่งในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือก แล้วพยาบาล กับบุคคลจะร่วมมือแก้ไขปัญหามีกลยุทธอื่น ๆ ในการแก้ปัญหาด้วยตัวเองเมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือความสำเร็จบุคคลจะรู้สึกว่ามีความมั่นใจมีพลัง มีความสามารถมีอำนาจในการควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อตนเองได้และคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การแก้ปัญหาสำหรับใช้ครั้งต่อไปเมื่อพบปัญหาสามารถย้อนกลับไปในวงจรของกระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจได้อีกอย่างเป็นพลวัตร

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนตามแนวคิดของกิบสัน (1995) เป็น กระบวนการระหว่างบุคคลซึ่งในแต่ละขั้นตอนในการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกันและ สามารถเกิดสลับไปมาได้ในแต่ละขั้นตอน การที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้จะต้องใช้ ความคิดอย่างเป็นระบบใช้ความพยายามความเชื่อมั่นพลังใจ พลังความคิดเมื่อบุคคลสามารถผ่าน กระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะเกิดผลต่อบุคคลใน คุณลักษณะที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการสามารถแก้ไข ปัญหาได้ด้วยตนเอง แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้สามารถทำได้ทั้งเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

4.5 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) การรับรู้พลังอำนาจ (sense of power) เป็นผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลรายงานว่าตนเองมีความสามารถในการ จัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง โดยมีการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่

1. การรู้สึกถึงความสามารถในการจัดการในสถานการณ์ตนเอง (a sense of mastery of their situation) คือการที่บุคคลมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเองใน การเผชิญปัญหา การแก้ปัญหา ตลอดจนสามารถดำเนินการได้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมายแม้จะมี อุปสรรคที่เกิดขึ้น โดย อาศัยสถานการณ์ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ร่วมกับการนำความรู้และ ประสบการณ์เดิมที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

2. ความพึงพอใจในตนเอง (personal satisfaction) คือการที่บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ยินดีในผลงานที่เกิดขึ้น มีความมั่นใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติงานต่อไป ส่งผลให้บุคคลประสบผลสำเร็จบรรลุตามเป้าหมาย

3. การพัฒนาตนเอง (self-development) คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ลักษณะส่วนบุคคลในด้านต่าง ๆ ไปสู่สิ่งที่ดี เหมาะสมและถูกต้องยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรู้สึกมั่นใจ ในความสามารถของตนเองมากขึ้น

4. การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต (purpose and meaning in life) คือ ความรู้สึกของ บุคคลที่เกิดขึ้นในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับและการนับถือตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง เชื่อมั่นใน ตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมองเห็นถึงความสำคัญของตนเองต่องานที่รับผิดชอบและต่อผู้อื่น การเสริมสร้างพลังอำนาจยังเกิดผลต่อบุคคล ทำให้บุคคลมีศักยภาพทางด้านความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า (better health)

กิบสัน (Gibson, 1995) เชื่อว่าหากบุคคลมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองทั้ง 4 ด้าน ในระดับสูงก็จะสามารถให้การดูแลบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามผลลัพธ์เชิงลบของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พบจากรายงานการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1995) มีเพียงส่วนน้อยที่รายงานว่ามีเมื่อมีการพัฒนาตนเองแล้วจะถูกปฏิเสธหรือไม่ได้การยอมรับ (rejection) มีภาระรับผิดชอบมากเกินไป (responsibility overload) และได้รับการสนับสนุนน้อยจากบุคลากรที่มสุขภาพ (less support)

กล่าวโดยสรุป ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจส่วนใหญ่เป็นผลลัพธ์ทางบวก ที่ทำให้บุคคลสามารถควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่มีอิทธิพลเหนือตนเองได้ มีศักยภาพและความสามารถดูแลตนเอง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพจากแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลให้บุคคลมีการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ เกิดความตระหนักรู้ปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา สามารถแก้ปัญหาได้จากการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และเลือกแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการปรับเปลี่ยนและแก้ปัญหา ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ ควบคุมชีวิตตนเองได้ มีทัศนคติในทางที่ดี

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิรัฐดา กาญจนสถิตย์กุล (2552) ได้ศึกษาปัญหาที่พบในบริบทของหน่วยงานหอผู้ป่วยรวมเมตตา 3 โรงพยาบาลอุดรธานี เน้นถึงการให้ญาติมีส่วนร่วมเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ผู้สูงอายุและญาติ ปฐมนิเทศเกี่ยวกับสถานที่ บุคลากร นโยบายของหอผู้ป่วย ประเมินความพร้อมของญาติเพื่อตัดสินใจดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งจะต้องเริ่มตั้งแต่วันแรกที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) การให้ความรู้ต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุและญาติ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ จะเป็นความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลที่จำเป็นกับผู้สูงอายุ ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ การฟื้นฟูสภาพ การดำเนินของโรครวมถึงวิธีการรักษา ระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาล เป็นต้น 3) การกำหนดการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การสอนและสาธิตทักษะต่าง ๆ ในการฟื้นฟูสภาพ ระยะเวลาญาติจะได้รับการสอนและสาธิตทักษะต่าง ๆ จากเทพหรือวิดิทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ พยาบาลจะคอยชี้แนะ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ พร้อมทั้งให้กำลังใจญาติ ซึ่งทักษะของการฟื้นฟูสภาพนั้น จะเป็นการเพิ่มระดับความสามารถและความมั่นใจในการดูแลของญาติทั้งระยะที่อยู่โรงพยาบาลและ เมื่อกลับบ้าน 4) การติดตามตรวจสอบและประเมินความสามารถของการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุของญาติ การติดตามตรวจสอบและประเมินความสามารถการฟื้นฟูสภาพ จะมีการติดตามโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ทำการประเมินอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มฟื้นฟูสภาพจนกระทั่งจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล

ชุตติกาญจน์ เสงี่ยม (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 40 คน โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจประกอบด้วย 1) การพัฒนาการรับรู้การดูแล 2) การเพิ่มการตระหนักคุณค่าในตัวเองของผู้ดูแล 3) การพัฒนาศักยภาพในการดูแล และ 4) การพัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล ใช้เวลา 1 สัปดาห์ เครื่องมือเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของความคิดเห็นเท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิลคอกซ์ (Wilcoxon Rank Sum Test)

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อน

เข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) การใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจช่วยเพิ่มขีดความสามารถ และความมุ่งมั่นของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ให้สามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ธนพร รัตนธรรมวัฒน์ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมหรือการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลตำรวจ โดยการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 44 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน โดยจัดให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุ เพศ โรคประจำตัว และชนิดของการผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan and Sawin เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบที่ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=2.394, p=.021$)

นันทา ขวัญดี ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 86 ราย จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2552 ถึงเดือนมกราคม 2553 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความปวด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 88.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดร้อยละ 17.4 ปวดในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 40 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.6 ซึมเศร้าในระดับปานกลาง และร้อยละ 27.9 ซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 51.97 ($SD = 13.64$) คะแนนเฉลี่ยการทำกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 15.73 ($SD = 3.48$) ร้อยละ 87.2 ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยในระยะเวลา 1 เดือนหลังผ่าตัด ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ ($r = -.35, p < 0.01$)

ความสัมพันธ์เชิงบวกกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ ($r = .25$, $p < 0.05$) อย่างไรก็ตามพบว่าความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ ($r = -.16$, $p > .05$)

เพ็ญนภา จายวรรณ์ ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 ราย เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2557 กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง 26 รายแรกได้รับการดูแลตามปกติ หลังจากนั้นจึงตามด้วยกลุ่มทดลองที่เหลืออีก 26 ราย ผู้วิจัยส่งเสริมพลังอำนาจในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ และสถิติทดสอบทีแบบอิสระ ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งในวันจำหน่าย และ 1 เดือนหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล 2) ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแลที่เข้าร่วม กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในวันจำหน่าย และ 1 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ไม่พบความแตกต่างของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจระหว่างวันจำหน่าย และ 1 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

พรรณงาม พิมพ์ชู ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก หอผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่ได้รับการดูแลตามปกติระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 จำนวน 15 คน และผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูก สะโพกที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2557 จำนวน 13 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ที่พัฒนาโดย ธนวรรณ แสนปัญญา พ.ศ. 2552 ดำเนินการศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลของสมาคมพยาบาลอาหารไอ ปี ค.ศ. 2002 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือ มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข แบบบันทึกจำนวนครั้งของยาระงับปวด แบบบันทึกระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ หลังผ่าตัดกระดูกสะโพก และแบบบันทึกระดับความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติไคสแควร์และสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ที่มีระดับความรุนแรง

ของอาการปวดหลังผ่าตัดระดับมากน้อยกว่าจำนวนผู้สูงอายุ หลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่ได้รับการดูแลตามปกติและมีระดับความพึงพอใจระดับมากต่อการจัดการอาการปวดมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จำนวนครั้งของการได้รับยาระงับปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนความพึงพอใจโดยรวมของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 75.86

มานี หาทรัพย์ มงคลชัย หาทรัพย์ ทศนีย์ นะแส (2557) ศึกษาาระดับความรู้และความสามารถของผู้ดูแลหลัก ในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ใช้กรอบแนวคิด เรื่องความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และแนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายและหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 59 ราย ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดก่อนจำหน่าย มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นอย่างมาก ระดับความรู้ของผู้ดูแลหลักในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็น แก่ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 75) ปานกลาง (ร้อยละ 25) และจากการสังเกตระดับความสามารถในการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.63) สูง (ร้อยละ 28.81) และต่ำ (ร้อยละ 13.56) ตามลำดับ

เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมวิธีเนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทั้ง 4 ขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีกว่าโดยมีอาการปวดน้อยกว่า ระยะทางการเดินหลังผ่าตัดมากกว่าอาการเหน็ดการงอข้อเข่ามากกว่า ระยะวันนอนหลังผ่าตัดน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วารารณีย์ ตุ่มทอง ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนของ Bandura self – efficacy Theory (1977) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลองครั้งเดียว โดยการจับคู่อายุ เพศ และระดับการศึกษา โรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 30 คน ที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในแผนกผู้สูงอายุศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชและโรงพยาบาลพระ

มงกุฎเกล้ากรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน เครื่องมือที่ใช้วิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบสอบถามความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนก่อนผ่าตัดมีความเชื่อมั่น .90 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมคือ แบบวัดการคืนฟื้นสภาพหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มีค่าความเชื่อมั่นแบบสังเกต .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t test ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยคะแนนการฟื้นสภาพหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนเฉลี่ยการฟื้นสภาพหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสูงในด้านความแข็งแรง ความทนทานของกล้ามเนื้อและความสามารถในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) คะแนนเฉลี่ยการฟื้นสภาพหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสูงในด้านพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วีณา วงษ์งาม ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีอายุตั้งแต่ 60-79 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 28 ราย ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น กลุ่มที่ได้รับแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้นภายหลังได้รับแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยทำให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้นมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น จึงควรส่งเสริมให้มีการนำการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้เป็นกลวิธีหนึ่งในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้นมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นต่อไป

สุมาลี ชัดอุโมงค์ (2551) ทำการศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามัญ และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์พิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ เดือนมีนาคม ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2551 จำนวน 30 ราย

แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดใน กลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยของอาการปวด แผลผ่าตัด และคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกทุกข์ทรมาน ปริมาณการใช้ยาแก้ปวด และจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 คะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล และจำนวนภาวะแทรกซ้อนในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

สุขฤทัย วิโรจน์ยุดิ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นกรอบในการกำหนดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อ ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักของผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มา รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ณ. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วม โปรแกรม กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังใน ผลดี และพฤติกรรมการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมากกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแล ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองได้รับแรงสนับสนุนเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการ นอนรักษาตัวเฉลี่ยลดลง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.88 วัน และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษา ลดลงและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 10,530.94 บาท ดังนั้น สถานพยาบาลควรส่งเสริมและกระตุ้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้ ออกกำลังกาย และมีความรู้ผู้ดูแลคอยให้กำลังใจ ดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เร็ว ขึ้น และดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดความสูญเสียของครอบครัว และประเทศชาติ

อรุวรรณ วัฒนกุล ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟู สภาพร่างกายหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โดยเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่เข้าร่วม และไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมหากล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม กระดูกและข้อ ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 64 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 2) เครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินกำลังกล้ามเนื้อต้นขา แบบประเมินวัดองศาการเคลื่อนไหว ของข้อสะโพก แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินระดับสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพ และแบบประเมินความถี่ในการบริหารกล้ามเนื้อขา ตรวจสอบความตรงเชิงหน้าหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยง โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค วิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรม การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก 2

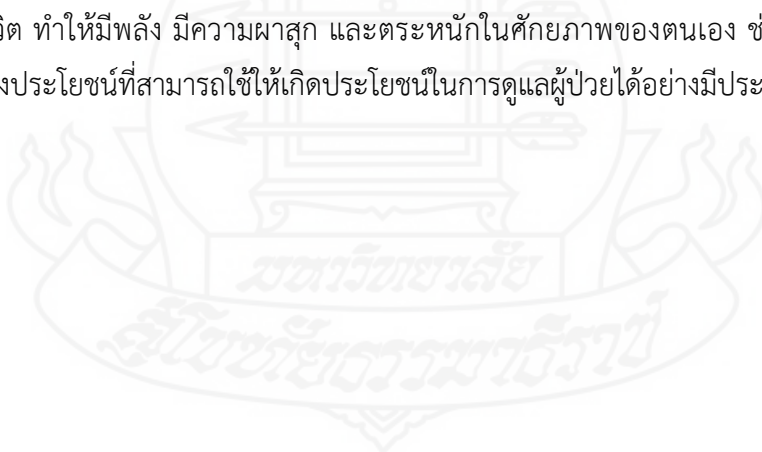
ประการ คือ 1.ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและมีจำนวนวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัดเร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.65, 5.22, p < .05$) แต่ผลประเมินกำลังกล้ามเนื้อและองศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก ระหว่างสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีคะแนนระดับสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งมีความถี่ในการบริหารกล้ามเนื้อขาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.90, 5.64, 6.42, p < .05$ ตามลำดับ)

อัญญาณี สาสวน (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2556 ถึงตุลาคม 2557 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test, Independent t-test และ F-test (One Way ANOVA) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (อาการปวด การเหยียดการงอข้อเข่า ระยะทางการเดิน ระยะเวลานอนพัก) ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

L in PC, Lu CM. Hip Fracture: Family caregivers burden and related factor for older people in Taiwan การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะที่ผู้ดูแลได้รับระหว่างการเปลี่ยนจากโรงพยาบาลเป็นบ้าน ด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น การดูแลที่บ้านทำให้ได้รับการยอมรับมากขึ้นเรื่อย ๆ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีสะโพกหักในไต้หวันจะต้องออกจากโรงพยาบาลในระยะแรก ดังนั้นงานการดูแลก็ตกอยู่กับครอบครัว วิธีการ: สัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 98 คนที่มีอาการกระดูกสะโพกหักและผู้ดูแลของพวกเขา กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกจากศูนย์การแพทย์สามแห่งในไทเป และเก็บรวบรวมแบบสอบถามในหนึ่งสัปดาห์และหนึ่งเดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผล: (1) ผู้ดูแลในครอบครัวมักเป็นผู้หญิง (63.3%) โดยคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลักในกรณี

ส่วนใหญ่ (30.6%) ประมาณหนึ่งในสามของผู้ดูแลสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ นอกเหนือจาก ความรับผิดชอบของพวกเขาในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและ 77.6% แบ่งปันงานดูแลกับผู้อื่น (2) ผู้ดูแลประสพภาวะปานกลาง ผู้ดูแลประมาณ 91.8% รายงานว่า 'ฉันรู้สึกเศร้าที่สุดสภาพของผู้สูงอายุ แย่ลง', 84.9% รายงานว่า 'ฉันต้องจับตาผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง' และ 56.7% รายงานว่า 'การดูแล ผู้ป่วยที่บ้านทำให้ฉันรู้สึกหมดแรง' (3) ภาวะผู้ดูแลและระดับการทำงานของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ เชิงลบ โดยสรุปแล้ว สิ่งที่ค้นพบเหล่านี้ควรเป็นประโยชน์ในการกำหนดการวางแผนจำหน่ายตาม หลักฐานและบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน การวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมและพัฒนาระบบสนับสนุน ทางสังคมสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อลดภาระของผู้ดูแลเป็นสิ่งจำเป็น

จากผลการศึกษาที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ภาระบวกรพยาบาล การวางแผนจำหน่าย การ เตรียมตัว ก่อนกลับบ้าน การสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล การสนับสนุนและให้ความรู้ การพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน การให้ญาติหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการ เสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้ เป็นวิธีที่นำมาพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแล โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาในทุก ๆ ด้าน สามารถคิดวิเคราะห์ สถานการณ์ และตัดสินใจหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนา ความสามารถโดยมีบุคคลากรที่สุขภาพคอยสนับสนุนช่วยเหลือ การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ ผู้ดูแลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย และสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและ คุณภาพชีวิต ทำให้มีพลัง มีความผาสุก และตระหนักในศักยภาพของตนเอง ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถ เข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม วก่อน และหลังการทดลอง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสตูล
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสตูล

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดในช่วงเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 – พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 จำนวน 30 ราย แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มทดลอง 15 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมโดยใช้แผนการพยาบาลตามปกติก่อน จนครบ 15 ราย แล้วจึงดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย กลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก

มีคุณสมบัติดังนี้

1) อายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไปทั้งหญิงและชาย

2) เป็นบุคคลที่รับผิดชอบในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยตรงและมีเวลา

โรงพยาบาลและที่บ้าน

3) มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือทางสายเลือดกับผู้ป่วย โดยเป็น บิดา มารดา

สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือญาติที่อยู่ในครอบครัว โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือค่าจ้างในการดูแลผู้ป่วย

4) สามารถโทรศัพท์เยี่ยมติดตามที่บ้านได้

5) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกในโรงพยาบาลสตูล มีคุณสมบัติดังนี้

1) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง

- 2) สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
- 3) ต้องมีญาติผู้ดูแล
- 4) ไม่มีการบาดเจ็บรุนแรงของอวัยวะในระบบอื่นของร่างกาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

2.1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1.1 แบบประเมินความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก มี 3 ส่วน ได้แก่

- 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล
- 2) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงและดัดแปลงจากฉบับของมานี หาทรัพย์ และคณะ (2014) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ภาวะแทรกซ้อน การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน และการมาตรวจตามนัด มีลักษณะเป็นคำถามให้ตอบ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 44 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0 - 1 คะแนน และกำหนดเกณฑ์การแปลระดับความรู้ 0 - 44 คะแนน

3) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด เป็นแบบสังเกต ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงและดัดแปลงจากฉบับของมานี หาทรัพย์ และคณะ (2014) เพื่อประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด สะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งหมด 9 ด้าน ได้แก่ การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ การดูแลให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การดูแลด้านการขับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล การส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม การเฝ้าระวังอุบัติเหตุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา แต่ละด้านประกอบด้วยกิจกรรมการดูแล ผู้ป่วยที่แตกต่างกันรวมทั้ง 28 กิจกรรมย่อย แต่ละข้อมีคะแนน 3 ระดับ จาก 0-2 คะแนน คะแนนความสามารถมากที่สุด 56 คะแนน และน้อยสุด 0 คะแนน

1.2 แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมี 6 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัด แบบบันทึกจำนวนวันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังผ่าตัด ความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 9 กิจกรรม (การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลช่วง 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด ซึ่งผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกยังไม่สามารถทำกิจกรรมขึ้น – ลงบันไดได้ ผู้วิจัยจึงตัดข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมการขึ้นบันได) โดยใช้แบบฟอร์มบันทึกที่มีใช้อยู่แล้วโดยแพทย์ฟื้นฟูโรงพยาบาลสตูล ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

2.2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และเลือกใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันเป็นแนวทาง และผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ สนับสนุนให้คำปรึกษา ผู้สอน ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก สื่ออุปกรณ์ประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.2.1 วิถีทัศน์ เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องกระดูกสะโพกหัก ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตนในระยะหลังผ่าตัด โดยให้ผู้ดูแลค้นพบสภาพการณ์จริงของโรค และสามารถรับรู้ได้จากการดูวิถีทัศน์ตั้งแต่วันรับใหม่

2.2.2 แผ่นภาพพลิก ประกอบกิจกรรมสะท้อนคิด 13 คำถาม - 13 คำตอบ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักโดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเลือกวิธีปฏิบัติให้เหมาะสมต่อตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติในการจัดการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยตั้งแต่หลังผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่าย

2.2.3 คู่มือส่งเสริมความรู้ ความสามารถการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก (สำหรับผู้ดูแล) โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการกับความเจ็บป่วย ส่งเสริมพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดกระดูกสะโพก การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่วันรับใหม่ ก่อนและหลังผ่าตัด ก่อนจำหน่ายและวันจำหน่าย โดยให้ผู้ดูแลเห็นคุณค่าในตนเอง เสริมสร้างความมั่นใจมีความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ได้แก่การลดอาการปวด การบริหารกล้ามเนื้อขา และข้อสะโพก การเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน การดูแลแผลผ่าตัด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการผ่าตัดกระดูกสะโพก โดยการประเมินและคงไว้ก่อนจำหน่าย

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

3.1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

3.1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก ประกอบด้วย วิดีทัศน์ความรู้เกี่ยวกับกระดูกสะโพกหัก ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ภาพพลิกกิจกรรมสะท้อนคิด 12 คำถาม - 12 คำตอบ คู่มือส่งเสริมความรู้ความสามารถการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก เพื่อพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้และการจัดลำดับเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลสตูล 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลสตูล 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 1 ท่าน นักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลสตูล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านผู้สูงอายุครอบครัว 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข และนำผลมาพิจารณาแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงให้สมบูรณ์ขึ้น จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหาก่อนนำไปใช้จริง

3.1.2 แบบประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ประกอบด้วย นายแพทย์ศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลสตูล 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลสตูล 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 1 ท่าน นักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลสตูล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านผู้สูงอายุครอบครัว 1 ท่าน และนำไปตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้ค่าเท่ากับ .98

3.2 การตรวจสอบความเที่ยง

3.2.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลสตูลจำนวน 5 ราย และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

3.2.2 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล

สตูลจำนวน 2 ราย และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสตูล ภายหลังจากได้รับการรับรอง จริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยเชิญกลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และความปลอดภัยในการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ได้รับ รวมทั้งในระหว่างการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวจาก การวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อสิทธิประโยชน์ที่ควรจะได้รับและการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจะมอบคู่มือส่งเสริมความรู้ ความสามารถการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก

5. การรวบรวมข้อมูล

สำหรับผู้ดูแล กับกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับที่กลุ่มทดลองได้รับ

การรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

5.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสตูล เพื่อรับรองโครงการวิจัย

5.2 หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิงและชาย เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และขออนุญาตรวบรวมข้อมูล

5.3 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิงและชาย แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

5.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อน เป็นรายบุคคล จำนวน 15 ราย เมื่อรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการ รวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล จำนวน 15 ราย โดยทำการรวบรวมข้อมูล ดังนี้
กลุ่มควบคุมจำนวน 15 ราย

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการรวบรวมข้อมูล รวมระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (วันรับใหม่)

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาของการวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
2. ทำการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และ ให้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลตอบแบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก
3. นัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อพบกันครั้งที่ 2 คือ วันก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากโรงพยาบาล

กิจกรรมครั้งที่ 2 (วันจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากโรงพยาบาล)

1. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยให้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลตอบแบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก พร้อมทั้งแจกคู่มือ ส่งเสริมความรู้ ความสามารถการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกสำหรับผู้ดูแล
2. นัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 3 ทางโทรศัพท์หรือ Application line ห่างจากวันที่ผู้ป่วยสูงอายุออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ เพื่อติดต่อสอบถามอาการ และสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

กลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย

ผู้วิจัยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นรายบุคคล จำนวน 15 ราย มีกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ใช้เวลา 2 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 1 ชม. ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (การพัฒนาการรับรู้ภาวะการดูแล)

กิจกรรมครั้งที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในวันรับใหม่ ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถค้นพบปัญหาตามสถานการณ์จริง มีการสะท้อนคิดพิจารณา

ไตร่ตรอง ถึงปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาของตนเอง สามารถประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ตลอดจนข้อจำกัดและสาเหตุของการบกพร่องในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาของการวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

2. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสนทนาด้วยภาษาที่เหมาะสมหรือภาษาท้องถิ่น สร้างบรรยากาศสบายไม่ตึงเครียด เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย

3. สร้างความคุ้นเคยให้เกิดความเชื่อถือนและไว้วางใจ โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ประสพการณ์ ในการทำงาน กำลังศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก มีข้อมูลและวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่จะนำมาถ่ายทอดให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

4. ทำการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

5. กิจกรรมการค้นหาปัญหาตามสภาพการจริง เพื่อให้สามารถสะท้อนสถานการณ์และปัญหาร่วมกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โดยแผนภาพลิกกิจกรรมสะท้อนคิด 13 คำถาม – 13 คำตอบ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบและสะท้อนคิดได้ถึงสถานการณ์และปัญหาที่ตนเองพบ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาตามสภาพการจริง ประเมินสภาพปัญหาและผลกระทบของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดทักษะหรือมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้านใด

6. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดูวีดิทัศน์ เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ผู้วิจัยเขียนบันทึกเกี่ยวกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแล และอ่านทบทวนให้กลุ่มตัวอย่างทราบอีกครั้ง

7. ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อพบกันครั้งที่ 2 ในวันถัดไป

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (การพัฒนาความตระหนักคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล)

กิจกรรมครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในวันที่สองของการ Admit ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการสะท้อนคิดพิจารณาไตร่ตรองปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และต้องการแก้ไข้ปัญหา โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างและทบทวนเนื้อหาจากการทำกิจกรรมครั้งที่ 1 โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กล่าวทบทวนประเด็นปัญหา และสถานการณ์ที่พบจริงจากการทำกิจกรรมครั้งที่ 1

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้นำเสนอเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการดูแลพร้อมกับบันทึกข้อมูลไว้

3. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันทบทวนและสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นจริงและต้องการแก้ไข โดยไตร่ตรอง สะท้อนคิดถึงปัญหา ปัจจัยที่มีอยู่ที่ส่งเสริมต่อการแก้ปัญหา ปัจจัยที่ยังขาด รวมถึงสภาพแวดล้อม และเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการแก้ปัญหาได้สำเร็จ

4. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันวางแนวทางการแก้ไข้ปัญหาโดยดูจากปัญหา สาเหตุของปัญหาที่ละปัญหา เรียงตามลำดับความสำคัญของปัญหา และหาแนวทางแก้ไข้ที่ละปัญหา ผู้วิจัยให้ข้อมูลสนับสนุนที่เป็นประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม ในการแก้ไข้ปัญหา เช่น แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย บุคคลที่มีส่วนรับผิดชอบ แหล่งสนับสนุนทางการเงิน แหล่งความรู้ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการหาแนวทางแก้ไข้ปัญหานี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเอง

5. ผู้วิจัยประเมินทักษะกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติในการดูแล โดยเปรียบเทียบกับข้อเท็จจริงในการปฏิบัติกับมาตรฐานการดูแลตามคู่มือ พร้อมแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้ศึกษาประกอบการดูแล

6. ร่วมเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยการให้ข้อมูลและสาธิตโดยผู้วิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติ ทั้งนี้มีการพิจารณาตามความเหมาะสมและสามารถปรับเปลี่ยนและยืดหยุ่นได้

7. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปบทเรียนที่ได้จากการทำกิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยเขียนบันทึกสรุปบทเรียน และอ่านทบทวนให้กลุ่มตัวอย่างทราบอีกครั้ง

8. ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพบกันครั้งที่ 3 ในวันผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (การพัฒนาศักยภาพในการดูแล)

กิจกรรมครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมในวันผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมและความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติในการแก้ไข้ปัญหาเหมาะสมกับตนเอง โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างและการทบทวนสถานการณ์และการดูแลที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โดยใช้คำถามสะท้อนคิดเพื่อช่วยกระตุ้นเพื่อสรุปบทเรียนและข้อสรุป จากการทำกิจกรรมในครั้งที่ 1 และ 2

2. ผู้วิจัยประเมินทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคที่พบจากการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย พร้อมเขียนบันทึกรายปัญหา

3. การตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โดยกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ เลือกการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

4. ผู้วิจัยติดตามให้ข้อมูลสนับสนุน ส่งเสริมความรู้ ฝึกทักษะและสาธิตการปฏิบัติกิจกรรม ในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการฟื้นฟูสภาพ และด้านจิตใจ ซึ่งกิจกรรมจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์และปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

5. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างพบสถานการณ์ใหม่ ผู้วิจัยกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างให้เริ่มกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อร่วมกันอภิปรายปัญหาค้นหาสาเหตุของปัญหาผู้วิจัยให้ข้อมูลและวิธีการแก้ไขปัญหาเพิ่มเติมตามสภาพปัญหา และแนะนำแหล่งประโยชน์ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองในการแก้ปัญหา

6. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปบทเรียนที่ได้จากการทำกิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยเขียนบันทึกรูปบทเรียน และอ่านทบทวนให้กลุ่มตัวอย่างทราบอีกครั้ง

7. ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อพบกันครั้งที่ 4 ในวันก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (การพัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล) กิจกรรมครั้งที่ 4 ดำเนินกิจกรรมในวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วย ศัลยกรรม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการแก้ไขปัญหา เสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ และสนับสนุนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีประสิทธิภาพ โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง และการทบทวนสถานการณ์และการดูแลที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยร่วมกันสรุปบทเรียนและข้อสรุปจากการทำกิจกรรมในครั้งที่ 1, 2 และ 3

2. ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมทุกกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยใช้คำถามสะท้อนคิดเพื่อช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงรายละเอียดการปฏิบัติในแต่ละประเด็นปัญหา ดังนี้

2.1 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ดี ผู้วิจัยเสริมแรงบวกโดยกล่าวชมเชย และ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่กระทำได้และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

2.2 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ไม่สามารถตัดสินใจกำหนดวิธีการในการแก้ปัญหาได้ ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามสภาพปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาใหม่ และเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง

3. ผู้วิจัยกล่าวชมเชยกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งใจและมีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ด้วยดี พร้อมทั้งให้กำลังใจและสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างคงไว้ซึ่งปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ที่มีประสิทธิภาพต่อไปอย่างต่อเนื่อง

4. ผู้วิจัยประเมินผลการดำเนินการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

5. ผู้วิจัยแจ้งการนัดหมายติดตามหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นการติดตามทาง Line Application และโทรศัพท์ โดยมีการติดตามในวันที่ 7 หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

กิจกรรมครั้งที่ 5 กิจกรรมการติดตามหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นการติดตามทาง Line Application และโทรศัพท์ โดยมีการติดตามในวันที่ 7 หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 15-30 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง และสอบถามอาการต่างๆ ไปของผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยสอบถามถึงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง และติดตามประเมินผลการแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามถึงข้อสงสัยต่างๆ และตอบข้อสงสัยของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยกล่าวชมเชยและให้กำลังใจเสริมแรงบวกเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถแก้ปัญหา และ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ

4. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ไม่สามารถตัดสินใจกำหนดวิธีการในการแก้ปัญหาได้ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามสภาพปัญหาและร่วมกันค้นหาสาเหตุและแนวทางในการแก้ไขปัญหาใหม่และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเองตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

5. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปบทเรียนที่ได้จากการทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยบันทึกสรุปบทเรียน และอ่านบททวนให้กลุ่มตัวอย่างทราบอีกครั้ง

6. ผู้วิจัยแจ้งกับกลุ่มตัวอย่างว่าทีมเยี่ยมบ้าน (HHC) จะมาเยี่ยมที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการติดตามของทีมสุขภาพในระยะยาว

7. ผู้วิจัยกล่าวถึงการสิ้นสุดกิจกรรมการดำเนินการวิจัย และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

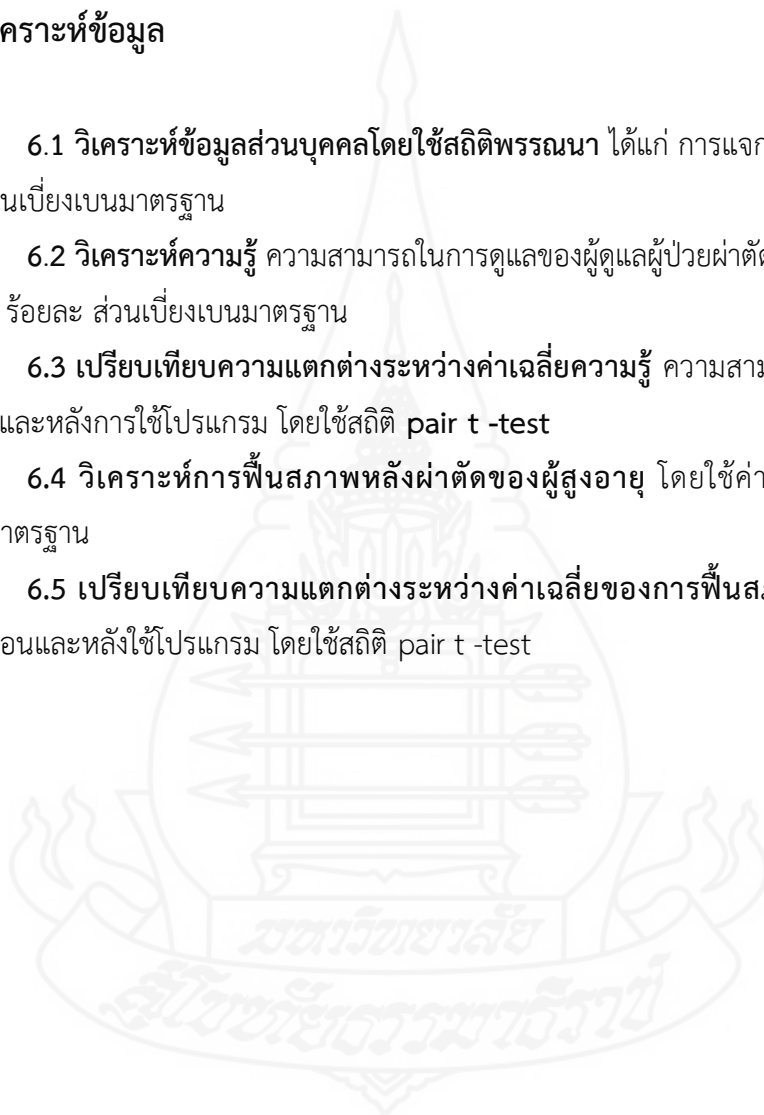
6.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 วิเคราะห์ความรู้ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความรู้ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติ *pair t -test*

6.4 วิเคราะห์การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติ *pair t -test*



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ ความสามารถในการดูแล และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2562 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความสามารถผู้ดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความปวดหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

3.2 เปรียบเทียบวันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก

3.3 เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3.4 เปรียบเทียบอาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3.5 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและชาย โรงพยาบาลสตูล จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 15 ราย ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม รายละเอียดดังตารางที่ 4.1 และ 4.2

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	4	26.66	5	33.34
หญิง	11	73.34	10	66.66
อายุ				
21 - 30 ปี	2	13.3	1	6.7
31 - 40 ปี	2	13.3	4	26.66
41 - 50 ปี	3	20	3	20
51 - 60 ปี	5	33.4	4	26.66
60 ปีขึ้นไป	3	20	3	20
สถานภาพสมรส				
โสด	2	13.3	2	13.3
คู่	11	73.3	10	66.7
หม้าย	1	6.7	2	13.3
หย่า/แยก	1	6.7	1	6.7
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	2	13.33	1	6.66
มัธยมศึกษา	6	40	7	46.66
อนุปริญญา	4	26.66	4	26.66
ปริญญาตรี	3	20	3	20
อาชีพ				
นักเรียน/นักศึกษา	1	6.66	-	-
เกษตรกร	4	26.66	5	33.34
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	20	2	13.66
รับจ้าง	7	46.66	8	53.33

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน				
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	1	6.66	-	-
5,000 – 10,000 บาท/เดือน	6	40	5	33.34
มากกว่า 10,000 – 15,000 บาท/เดือน	4	26.66	5	33.34
มากกว่า 15,000 – 20,000 บาท/เดือน	4	26.66	5	33.34
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว				
เพียงพอ	7	46.6	8	53.5
ไม่เพียงพอ	8	53.5	7	46.6
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย				
สามี	-	-	1	6.7
ภรรยา	2	13.3	2	13.3
บุตร	11	73.3	10	66.7
พี่/น้อง	1	6.7	2	13.3
อื่นๆ	1	6.7	-	-
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย				
ไม่เคย	10	66.66	9	60
เคย	5	33.34	6	40
แหล่งช่วยเหลือสนับสนุน				
ไม่มี	-	-	-	-
	รวม 15	100	15	100

จากตารางที่ 4.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความคล้ายคลึงกันคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.34 และร้อยละ 66.66 อายุระหว่าง 51 - 60 ปี กลุ่มควบคุมร้อยละ 33.33 และกลุ่มทดลองร้อยละ 26.66 สถานภาพคู่ร้อยละ 73.3 และร้อยละ 66.7 จบการศึกษาในระดับมัธยมร้อยละ 40 และร้อยละ 46.66 มีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.66

และร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40 และร้อยละ 33.34 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 66.66 และร้อยละ 60 และมีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทุกคน

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก
จำแนกตามกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	6	40	4	26.77
หญิง	9	60	11	73.33
อายุ				
60 - 70 ปี	4	26.77	6	40
71 - 80 ปี	7	46.66	5	33.33
81 - 90 ปี	4	26.77	4	26.77
ศาสนา				
พุทธ	8	53.44	9	60
อิสลาม	7	46.66	6	40
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	7	46.77	5	33.34
ประถมศึกษา	4	26.77	5	33.34
มัธยมศึกษา	2	13.66	1	6.6
อนุปริญญา	1	6.6	2	13.66
ปริญญาตรี	1	6.6	2	13.66
อาชีพ				
ไม่มี	9	60	8	53.33
มี	6	40	7	46.77

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
คู่	4	26.55	6	40
หม้าย	9	60	8	53.33
หย่า/แยก	2	13.55	1	6.7
จำนวนบุตร				
1 – 3 คน	3	20	6	40
4 – 6 คน	6	40	8	53.33
7 คนขึ้นไป	6	40	1	6.7
โรคประจำตัว				
ไม่มี	6	40	7	46.7
มี	9	60	8	53.3
บทบาทในครอบครัว				
หัวหน้าครอบครัว	6	40	7	46.7
สมาชิกในครอบครัว	9	60	8	53.3
สาเหตุการบาดเจ็บ				
หกล้ม	11	73.33	12	80
อุบัติเหตุจากรถ	3	20	2	13.66
ตกจากที่สูง	1	6.7	1	6.7
ประสบการณ์ผ่าตัด				
ไม่มี	12	80	11	73.33
มี	3	20	4	26.77

จากตารางที่ 4.2 จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 73.33 และกลุ่มทดลองร้อยละ 60 อายุ 71 – 80 ปี ร้อยละ 46.66 และร้อยละ 33.33 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 53.44 และร้อยละ 60 ไม่ได้รับการศึกษาและไม่มีอาชีพ เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.66 และร้อยละ 33.34 มีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 90 และร้อยละ 53.55 จำนวนบุตรมากกว่า 4-6 คน ร้อยละ 40 และร้อยละ 53.33 มีโรคประจำตัวร้อยละ 60 และร้อยละ 53.33 มี

บพบาทเป็นสมาชิกครอบครัวร้อยละ 60 และร้อยละ 53.33 สาเหตุการบาดเจ็บเกิดจากการหกล้ม ร้อยละ 73.33 และร้อยละ 80 ไม่มีประสบการณ์ผ่าตัดร้อยละ 60 และร้อยละ 53.33

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความสามารถผู้ดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดในกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=30)

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด

ระดับความรู้	กลุ่มควบคุม (n=15)		วันรับใหม่		กลุ่มทดลอง(n=15)	
	วันจำหน่าย (จำนวน)	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	วันจำหน่าย (จำนวน)	ร้อยละ
สูง (35-44 คะแนน)	6	40	6	40	15	100
ปานกลาง (26-34 คะแนน)	9	60	9	60	0	0
น้อย (0-25 คะแนน)	0	0	0	0	0	0

จากตารางที่ 4.3 จะเห็นได้ว่า ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบระดับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัด

ระดับความสามารถ	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง(n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (44-56 คะแนน)	1	6.6	13	86.7
ปานกลาง (34-43 คะแนน)	7	46.7	2	13.3
น้อย (0-33 คะแนน)	7	46.7	0	0

จากตารางที่ 4.4 จะเห็นได้ว่า ระดับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความสามารถเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.7 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางและระดับน้อย ร้อยละ 46.7

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (n=15)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ความรู้ (โดยรวม)	32.93	2.93	40.33	1.58	9.38	<.001
ความสามารถ (โดยรวม)	34.20	2.95	49.87	3.33	13.61	<.001
1. การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ	6.26	.88	8.53	.91		
2. การดูแลให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	3.00	.75	5.33	.72		
3. การดูแลด้านการขับถ่าย	2.26	.45	4.00	.00		
4. การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล	3.26	.88	5.66	.61		
5. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม	2.33	.72	3.20	.67		
6. การเฝ้าระวังอุบัติเหตุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	7.60	1.40	12.40	1.35		
7. การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน	3.13	.51	3.80	.56		
8. ด้านการช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์	4.33	.97	4.93	.79		
9. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา	2.00	.00	2.00	.00		

จากตารางที่ 4.5 จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุฯ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

($p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 32.87 และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย 40.33

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 34.20 และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 49.87 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของความสามารถในการดูแลของกลุ่มทดลองพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดตามลำดับ ได้แก่ ด้านการเฝ้าระวังอุบัติเหตุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($X = 12.40$, $S.D = 1.35$) รองลงมาคือด้านการดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ($X = 8.53$, $S.D = .91$) และด้านการดูแลให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ($X = 5.66$, $S.D = .61$)

จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความปวดหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

ระดับคะแนนความปวดหลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	P
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
หลังผ่าตัดวันที่ 1	6.73	1.09	5.00	65	-5.24	0.00
หลังผ่าตัดวันที่ 2	5.06	59	3.66	723	-5.79	0.00
หลังผ่าตัดวันที่ 3	4.33	72	2.60	50	-7.59	0.00
วันจำหน่าย	2.53	51	2.00	.00	-4.00	0.01

จากตารางที่ 4.6 จะเห็นได้ว่า ค่าเฉลี่ยของอาการปวด (0-10) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองวันที่ 1 หลังผ่าตัด กลุ่มควบคุมมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 6.73 คะแนน และกลุ่มทดลอง 5 คะแนนวันที่ 2 หลังผ่าตัด กลุ่มควบคุมมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 5.06 คะแนน และ กลุ่มทดลอง 3.66 คะแนน วันที่ 3 หลังผ่าตัดกลุ่มควบคุมมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 4.33 และ กลุ่มทดลอง 2.60 คะแนน ตามลำดับซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีอาการปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบวันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก

วันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หลังผ่าตัดวันที่ 4	3	20	5	33.4
หลังผ่าตัดวันที่ 5	7	46.6	8	53.3
หลังผ่าตัดวันที่ 6	5	33.4	2	13.3

จากตารางที่ 4.7 จะเห็นได้ว่าวันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังการผ่าตัดของทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่หลังผ่าตัดวันที่ 5 ในกลุ่มควบคุมร้อยละ 46.6 และกลุ่มทดลองร้อยละ 53.3 และกลุ่มควบคุมสามารถเดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังผ่าตัดในวันที่ 4 ได้ร้อยละ 33.4 ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 20

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	P
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
Feeding (การให้อาหาร)	1.26	.45	2.13	0.00	6.20	.00
Transfer (ลุกนั่งจากที่นอนหรือเก้าอี้)	1.26	.45	2.13	.51	4.86	.00

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	P
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
Grooming (การล้างหน้า)	1.00	.00	1.13	.51	1.00	.326
Toilet Use (การใช้ห้องน้ำ)	1.33	.48	1.80	.41	2.82	.009
Bathing (การอาบน้ำ)	1.00	.00	1.00	0.00		
Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน)	20.00	.53	24.00	.50	2.10	.045
Dressing (การสวมเสื้อผ้า)	1.40	.50	1.73	.45	1.89	.069
Bowels (การกลั้นอุจจาระ)	1.86	.35	1.93	.25	5.92	.559
Bladder (การกลั้นปัสสาวะ)	1.86	.35	1.93	.25	5.92	.559

จากตารางที่ 4.8 จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความสามารถแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม 4 ด้าน คือ ด้านการให้อาหาร ($\bar{x} = 1.26, 2.13$) ด้านการลุกนั่งจากที่นอนหรือเก้าอี้ ($\bar{x} = 1.26, 2.13$) ด้านการใช้ห้องน้ำ ($\bar{x} = 1.33, 1.80$) ด้านการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน ($\bar{x} = 20.00, 24.00$) ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความสามารถไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม 4 ด้าน คือ ด้านการล้างหน้า ($\bar{x} = 1.00, 1.73$) ด้านการสวมเสื้อผ้า ($\bar{x} = 1.40, 1.73$) การกลั้นอุจจาระ ($\bar{x} = 1.86, 1.93$) การกลั้นปัสสาวะ ($\bar{x} = 1.86, 1.93$) สรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยความสามารถไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบอาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับ การ ผ่าตัดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

อาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง(n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	10	66.7	14	93.3
มีภาวะแทรกซ้อน	5	33.3	1	6.7
-การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	1	6.6	-	-
-การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	1	6.6	-	-
-แผลกดทับ	2	13.6	-	-
-การยึดติดของข้อ	1	6.6	1	6.7

จากตารางที่ 4.9 จะเห็นได้ว่ากลุ่มควบคุม ภาวะแทรกซ้อน 5 ราย (33.3 %) คือ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และการยึดติดของข้อ ส่วนกลุ่มทดลอง มีภาวะแทรกซ้อน 1 ราย (6.7 %) ได้แก่ การยึดติดของข้อ

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

จำนวนวันนอน	กลุ่มควบคุม (n=15)			กลุ่มทดลอง (n=15)		
	จำนวน	ร้อยละ	\bar{x}	จำนวน	ร้อยละ	\bar{x}
3-4 วัน	2	3.33	3.5	4	26.66	3.0
5-7 วัน	10	66.66	6.5	11	73.33	5.45
8-10 วัน	3	20	8.6	0	0	0

จากตารางที่ 4.10 จะเห็นได้ว่าวันนอนหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุม ในวันที่ 3- 4 มีจำนวน 2 ราย ค่าเฉลี่ยอยู่ในวันที่ 3.5 ร้อยละ 3.33 และกลุ่มทดลองมีจำนวน 4 ราย ค่าเฉลี่ยอยู่ในวันที่ 3 ร้อยละ 26.66 ในวันที่ 5-7 มีจำนวน 10 ราย ค่าเฉลี่ยอยู่ในวันที่ 6.5 ร้อยละ 66.66 และกลุ่มทดลองมีจำนวน 11 ราย ค่าเฉลี่ยอยู่ในวันที่ 5.81 ร้อยละ 73.33 ในวันที่ 8-10 พบได้แต่กลุ่มควบคุม เฉลี่ยวันที่ 8.6 หลังผ่าตัด จำนวน 3 คน ร้อยละ 20 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ความสามารถของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

1.2.1 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าการรักษาในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิงและชายโรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดเก็บกลุ่มเปรียบเทียบก่อน 15 ราย หลังจากนั้นเก็บกลุ่มทดลอง 15 ราย ได้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก จำนวน 30 ราย และผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหัก จำนวน 30 ราย ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล 2) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงและดัดแปลงจากฉบับของมานี หาทรัพย์ และคณะ (2014) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ภาวะแทรกซ้อน การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน และการมาตรวจตามนัด มีลักษณะเป็นคำถามให้ตอบ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 44 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0 - 1 คะแนน 3) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด เป็นแบบสังเกต ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงและดัดแปลงจากฉบับของมานี หาทรัพย์ และคณะ (2014) 4) แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวน

วรรณกรรม ได้แก่ แบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัด แบบบันทึกจำนวนวันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังผ่าตัด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 9 กิจกรรม ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันนอนหลังผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหา แล้วนำข้อบกพร่องที่ได้มาปรับปรุงก่อนใช้จริง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ . 538 นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .93

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้าง ขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง โดยกิจกรรม 4 ครั้งแรกดำเนินกิจกรรมในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ เป็นการดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมง กิจกรรมครั้งที่ 5 เป็นการโทรศัพท์และใช้ Application Line Grop Fx Hip ติดตามที่บ้าน ภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 7 วัน โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ สนับสนุนให้คำปรึกษา ผู้สอน ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก สื่ออุปกรณ์ประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ 1) วิดิทัศน์ความรู้เกี่ยวกับกระดูกสะโพกหัก โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องกระดูกสะโพกหัก ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตนในระยะหลังผ่าตัด โดยให้ผู้ดูแลค้นพบสภาพการณ์จริงของโรคและสามารถรับรู้ได้จากการดูวิดิทัศน์ตั้งแต่วันรับใหม่ 2) แผ่นภาพพลิก กิจกรรมสะท้อนคิด 12 คำถาม - 12 คำตอบ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักโดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเลือกวิธีปฏิบัติให้เหมาะสมต่อตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติในการจัดการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยตั้งแต่หลังผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่าย 3) คู่มือส่งเสริมความรู้ความสามารถการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก (สำหรับผู้ดูแล) โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

1.2.3 การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคลในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โดยมีการประเมินความรู้ในการดูแลก่อนเข้าโครงการและวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินการฟื้นฟูสภาพก่อนและหลังเข้าโครงการทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ ทดสอบค่าเฉลี่ย คำนวณความสามารถของผู้ดูแลในระยะก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองทดลอง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคำนวณความสามารถของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองแต่ละระยะโดยใช้สถิติทดสอบทีที่เป็นอิสระต่อกัน

1.3 ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า

1.3.2 ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในวันจำหน่าย

1.3.3 ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่เข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในวันจำหน่ายสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

1.3.4 ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่เข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการฟื้นฟูสภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมการฟื้นฟูสภาพ

2. อภิปรายผล

โดยแยกอภิปรายผลตาม สมมติฐาน ดังนี้

1.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และ

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ย 40.33 และ 32.93 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถ มีค่าเฉลี่ย 49.87 และ 34.20

1.5 ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย 40.33 และ 32.87 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถหลังได้รับการเสริมพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ย 49.87 แสดงว่า ก่อนการทดลองคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่าง หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วย ที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ทั้งนี้อธิบายสมมติฐานข้อ 2.1 และ 2.2 ได้ว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เน้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ การมีแผ่นภาพพลิกคำถามสะท้อนคิด 12 คำถาม – 12 คำตอบ คู่มือดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักสำหรับผู้ดูแล เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์จริงของตนตรงตามสภาพความเป็นจริงซึ่งคุณค่าของสื่อ ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้นจากการเห็นภาพจริง ประกอบการอธิบายและใช้เวลาอันน้อยลง ช่วยให้ผู้ดูแลมีความสนใจในการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เกิดความมั่นใจและจดจำได้นาน ช่วยส่งเสริมการคิดและการแก้ปัญหาในการเรียนรู้และมีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหาด้วยการสะท้อนความคิดถึงสาเหตุของปัญหา ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้และไตร่ตรองเพื่อแสวงหาวิธีการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แต่จากการศึกษาใช้ระยะเวลาติดตามผลในช่วงสั้นๆ ซึ่งผู้ดูแลยังสามารถจดจำและมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวได้ก่อนการจำหน่าย ดังนั้นควรมีการประเมินและติดตามผลในระยะยาว เพื่อเป็นการติดตามและประเมินผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลที่ได้รับ การผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมานี หาทรัพย์ มงคลชัย หาทรัพย์ ทศนีย์ นะแส (2557) ที่ทำการศึกษาระดับความรู้และความสามารถของผู้ดูแลหลัก ในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ใช้กรอบแนวคิด เรื่องความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และแนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายและหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 59 ราย ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดก่อน

จำหน่าย มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นอย่างมาก ระดับความรู้ของผู้ดูแลหลักในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 75) ปานกลาง (ร้อยละ 25) และจากการสังเกตระดับความสามารถในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.63) ระดับสูง (ร้อยละ 28.81) และระดับต่ำ (ร้อยละ 13.56)

จากผลการศึกษาที่กล่าวมา สรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย การเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน การสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล การสนับสนุนและให้ความรู้ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน การให้ญาติหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้ เป็นวิธีที่นำมาพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแล โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาในทุกๆ ด้าน สามารถคิดวิเคราะห์สถานการณ์ และตัดสินใจหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถโดยมีบุคคลากรที่มสุขภาพคอยสนับสนุนช่วยเหลือ การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย และสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ทำให้มีพลัง มีความผาสุก และตระหนักในศักยภาพของตนเอง ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

1.5 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีอาการปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของอาการปวด (0-10) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบวันที่ 1 หลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 6.73 และ 5.00 วันที่ 2 หลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 5.06 และ 3.66 วันที่ 3 หลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 4.33 และ 2.60 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีอาการปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมวิธีเนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทั้ง 4 ขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีกว่าโดยมีอาการปวด ในวันที่ 3 หลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยมีค่าเฉลี่ยของลำดับที่ของอาการปวดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.83 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 24.17 ($p = 0.001$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.4 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีระยะเวลาที่ลุกเดินได้เร็วหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่าวันที่ลุกเดินได้เร็วในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีวันนอนเฉลี่ยอยู่ที่ **4.40** และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม มีวันที่ลุกเดินได้เร็วเฉลี่ยวันที่ **6.53** ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ (2553) ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมวิธีเนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทั้ง 4 ขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีกว่า โดยมีระยะเวลาที่ลุกเดินได้เร็วหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.5 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกด้าน โดยด้านที่ทำได้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้าน Feeding (การให้อาหาร) ด้าน Transfer (การลุกนั่งจากที่นอนหรือเก้าอี้) ส่วนด้านที่ทำได้มากกว่าในลำดับรองลงมา ได้แก่ ด้าน Toilet Use (การใช้ห้องน้ำ) ด้าน Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน) ด้าน Grooming (การล้างหน้า) ด้าน Dressing (การสวมเสื้อผ้า) ด้าน Bowels (การกลั้นอุจจาระ) ด้าน Bladder (การกลั้นปัสสาวะ) และด้าน Bathing (การอาบน้ำ) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ มีประเสริฐ (2550) โดยทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักก่อนและหลังผ่าตัดผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ก่อนและหลังการผ่าตัดแบบ Cohort Study ที่โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2549 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 36 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างชัดเจนโดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่า $p < .001$ ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมดีขึ้นตามมา $p = .031$ และ $p = .016$ ตามลำดับ และพบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดได้แก่บุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันหลังผ่าตัด

2.6 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่าพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีภาวะแทรกซ้อน 1 ราย (6.7 %) ได้แก่ การยึดติดของข้อ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีภาวะแทรกซ้อน 5 ราย (33.3 %) คือ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และการยึดติดของข้อ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถลุกหรือเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัดเร็ว จะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

2.7 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีระยะวันนอนหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของระยะวันนอนหลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม วันนอนหลังผ่าตัดในวันที่ 3-4 มีค่าเฉลี่ย 3.33 และ 26.66 ในวันหลังผ่าตัดวันที่ 5-7 มีค่าเฉลี่ย 66.6 และ 73.33 ในวันหลังผ่าตัดวันที่ 8-10พบได้แต่กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 20 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียมวิธีเนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีระยะวันนอนหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมีค่าเฉลี่ยของลำดับที่ (Mean rank) ของระยะวันนอนหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่า 14.56 และ 15.22 ($p = 0.024$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของสุมาลี ชัดอุโมงค์ (2551) ทำการศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามัญ และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์พิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ เดือนมีนาคม ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2551 จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ตั้งแต่หอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและให้เกิดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

3.1.2 ด้านการศึกษาพยาบาล ควรนำเสนอผลงานการวิจัยแก่พยาบาล เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยน ความรู้ระหว่างกันและเป็นการนำความรู้ทางการวิจัยนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรทำการศึกษาในระยะยาว เพื่อติดตามประเมินผลดูความยั่งยืนของการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

3.2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลควรมีการติดตามวัดผลลัพธ์ในระหว่างการทำนิจกิจกรรมในแต่ละ ขั้นตอน เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนขึ้น



บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

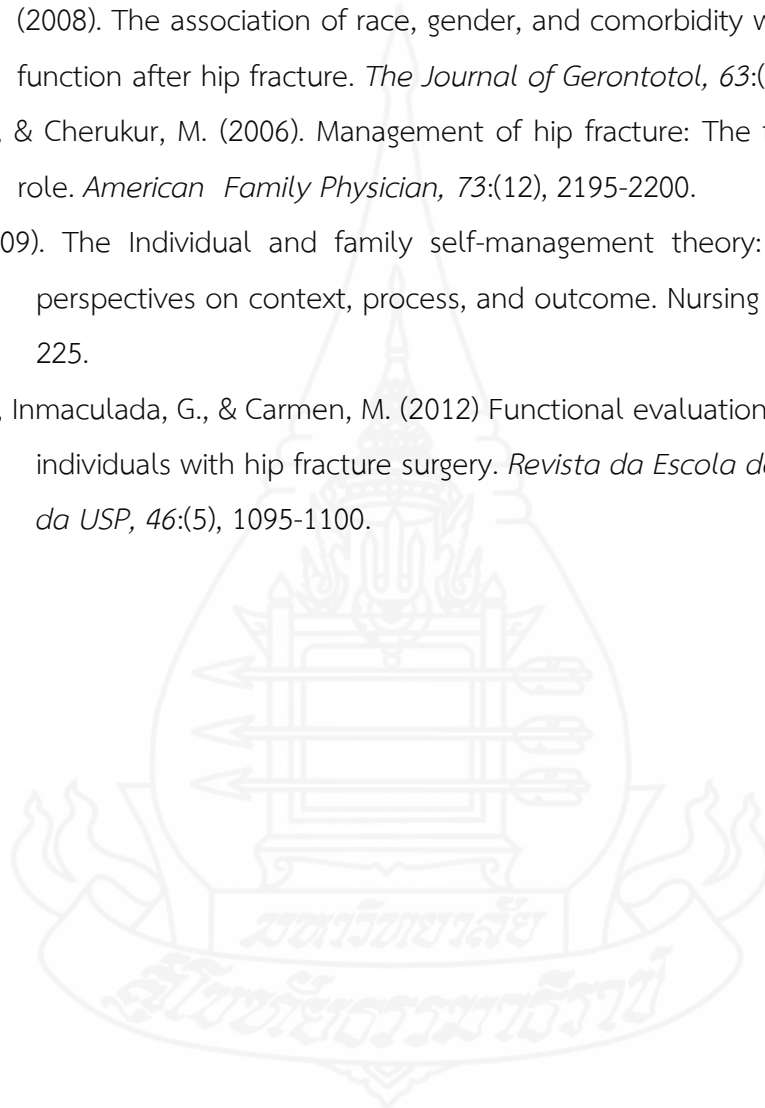
บรรณานุกรม

- คุณัสปรกรณ์ มัคคป์ผลานนท์,พรชัย จุลเมตต์ และวารีย์ กังใจ.(2555).ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การปฏิบัติตนต่อความรู้และพฤติกรรม การปฏิบัติตน ของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม.วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชน แห่งประเทศไทย (สสอท.).18(1):129-144.
- จิรัฐดา กาญจนสถิตย์กุล. (2552). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์), มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น
- จूरักรณั์ เจริญพงศ์. (2550). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ธนาวรรณ แสนปัญญา. (2554). ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทาง คลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลัง ผ่าตัดกระดูกสะโพก. วารสารโรงพยาบาลแพร่, 19, 18-27.
- ธนพร รัตนารธรรมวัฒน์ ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก วารสารพยาบาลตำรวจ ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2561 หน้า 288-297
- ทัศนีย์ มีประเสริฐ. (2550). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักก่อนและหลังผ่าตัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์), มหาวิทยาลัยมหิดล.กรุงเทพฯ
- ปาริชาติ พรสวัสดิ์ชัย (2554). การศึกษาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกระดูกสะโพกภายหลังได้รับการรักษาต่อความรู้ความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต , มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- ปองหทัย พุ่มระย้า วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์ ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 ,มิถุนายน 2559
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). การบันทึกกระบวนการพยาบาลผู้สูงอายุจากแนวคิดสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- เพ็ญญา จายวรรณ (2557) ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่

- เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และบังอร ชาตริยานุโยค. (2555). ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการ
พยาบาลคลินิกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม: การศึกษา
เปรียบเทียบย้อนหลัง. *รามาริบัติพยาบาลสาร*. 17(1) .19-35.
- นันทา ขวัญดี (2553) ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทาง
สังคมกับการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำ
ผ่าตัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).
วิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ
- มานี ทาทรัพย์, มงคลชัย ทาทรัพย์, และทัศนีย์ นะแส (2557) ความรู้ความสามารถของผู้ดูแล
หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลา
นครินทร์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)
มหาวิทยาลัยสงขลา, สงขลา
- เสาวภา อินผา. (2550). โปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
โรงพยาบาลศิริราช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ
- สุฤทัย วิโรจน์ยุดิ ประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักของผู้ป่วย
สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า *วารสาร*
พยาบาลทหารบก ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (พ.ค. - ส.ค.) 2557
- สุมาลี ชัดอุโมงค์ (2551). ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟู
สภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก.(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สมศรี พิริยาสัยสันติ และเพ็ญจันทร์ วันแสน. (2554). ผลการใช้แผนการดูแลในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อ
สะโพกเทียมโรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์*
บุรีรัมย์. 26, (2):.215-227.
- วราภรณ์ ตุ่มทอง. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นใน สมรรถนะแห่งตนเองต่อการ
ฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
กรุงเทพฯ.
- วิภาพร ลีเลิศมงคลกุล และคณะ. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ความเจ็บปวดและ
การสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะฟื้นฟูในตัว ในผู้ป่วย
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 31,(2):26-37.

- วีณา วงษ์งาม, กนกพร สุคำวัง, และ ภาวดี นานาศิลป์. (2557). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น. *พยาบาลสาร*, 41(2):72-82.
- วัชรรา ภูมิพระบุ. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ. *วารสารโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์, มหาสารคาม*, 19(1): 66-75.
- วรรณิ สัตยวิวัฒน์ และคณะ. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- อัญญาณี สาสนวน ธนิตา ผาติเสนะ (2553) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย หลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
- Eun-Shim Nahm (2010), Barbara Resnick. Exploration of Informal Caregiving Following Hip Fracture. *Geriatr Nurs*. 2010 Jul-Aug;31:(4);10.10162 j.gerinurse.2010.01.003
- Lin PC, Lu CM. Hip Fracture: Family caregivers burden and related factor for older people in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2005;14:719-726. [pub Med].
- Abbas, K., Murtaza, G., Umer, M., Rashid, H., & Qadir, I. (2012). Complications of total hip replacement. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 22(9), 575-578.
- Arizon, Z., Fidelman, Z., Zuta, A., Peisakh, A., & Berner, Y. (2005). Functional recovery after fracture in old-old elderly patients. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 40, 327-336.
- Bertram, M., Norman, R., Kemp, L., & Vos, T. (2011). Review of the long-term disability association with hip fracture. *Injury Prevention*, 17, 365-370.
- Christmas, M. (2006). Medical care of the hip fracture patient. *Clinical Geriatrics*, 14(4), 40-45.
- Cree, M., Carriere, K. M., Soskolne, C. L., & Suarez- Almazor, M. (2001). Functional dependence after hip fracture. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 80:(10), 736-743.
- Grondin, F., Bourgault, P., & Bolduc, N. (2012). Intervention focused on the patient and family for better postoperative pain relief. *Pain Management Nursing*, 15:(1), 76-86.

- Hershkovitz, A., Kalandariov, Z., Hermush, V., Weiss, R., & Brill, S.(2007). Factors affecting short-term rehabilitation outcomes of disabled elderly patients with proximal hip fracture. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 88*:(7), 916-921.
- Penrod, J. D., Litke, A., Hawkes, W. G., Magaziner, J., Doucette, J. T., & Koval, K. J. (2008). The association of race, gender, and comorbidity with mortality and function after hip fracture. *The Journal of Gerontotol, 63*:(8), 867-872.
- Rao, S.S., & Cherukur, M. (2006). Management of hip fracture: The family physician's role. *American Family Physician, 73*:(12), 2195-2200.
- J. K. (2009). The Individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcome. *Nursing Outlook, 57*, 217-225.
- Silvia, M., Inmaculada, G., & Carmen, M. (2012) Functional evaluation in elderly individuals with hip fracture surgery. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46*:(5), 1095-1100.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เอกสารรับรองโครงการวิจัย



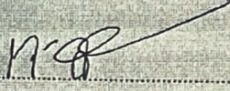
ใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลสุทนต์

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสุทนต์ และเอกสารประกอบการพิจารณาการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่างได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสุทนต์ และมีความเห็นว่าการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยนี้ได้ ภายใต้ข้อกำหนดและขอบเขตของโรงพยาบาลสุทนต์

เลขที่อนุมัติ..... ET0005/62..... ตามเอกสารพิจารณา ดังต่อไปนี้

๑. โครงร่างวิจัย เลขที่ ET0005/62.....
๒. ใบยินยอมอาสาสมัครการวิจัย เลขที่ CS0005/62.....

ลงนาม..... .....

(นายแพทย์เจษฎาพันธุ์ สุวินโรจน์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสุทนต์

๑๒ / ก.ย. / ๖๒

หมายเลขรับรอง..... ET0005/62.....

วันที่ให้การรับรอง..... ๑๒ ก.ย. ๖๒.....

วันหมดอายุการรับรอง..... ๑๒ ก.ย. ๖๓.....

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเอกสารคำชี้แจงแก่อาสาสมัคร/ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ)

ข้าพเจ้า นางนัยนา ธัญธาดาพันธ์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ (การบริหารการพยาบาล) กำลังทำโครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ ความสามารถในการดูแล และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูลวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ ความสามารถในการดูแล และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก การศึกษานี้ต้องการอาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และมารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและชาย โรงพยาบาลสตูล จำนวน 15 ราย

ผู้วิจัยขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และมีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และประโยชน์ที่ท่านจะได้รับคือ ท่านจะได้รับความรู้และแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและดูแลต่อเมื่อที่บ้านได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุต่อไป

หากท่านได้รับทราบแนวทางในการวิจัยและตกลงที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ ท่านลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นท่านจะได้รับการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่านเองและผู้สูงอายุ และตอบแบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ครั้งที่ 1 จากนั้นท่านและผู้สูงอายุจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมสุขภาพ ในระหว่างที่ผู้สูงอายุอยู่ในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล 1 วัน ท่านจะได้ตอบแบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 และจะได้รับคู่มือการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก สำหรับผู้ดูแลใช้อ่านประกอบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขณะอยู่ที่บ้าน

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความตัดสินใจของท่าน หากว่าท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จะไม่มีการสูญเสียประโยชน์ใด ๆ ที่ควรได้รับ และเมื่อท่านสมัครเข้าร่วมโครงการแล้วก็มีสิทธิในการถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลต่อการรักษา ตามมาตรฐานซึ่งท่านพึงจะได้รับ ข้อมูลของท่านในการศึกษาครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีมีการเปิดเผยชื่อ สกุล และการนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ จะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น และสิทธิประโยชน์อื่นอันจะเกิดจากผลการวิจัยให้เป็นไปตามระเบียบ ข้อบังคับของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษานี้ ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้คือนางนัยนา ัญธาตาพันธ์ ได้ที่โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล รหัสไปรษณีย์ 91000 หมายเลขโทรศัพท์ 081-6986225 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด หมายเลขโทรศัพท์ 0816944050 ในกรณีที่ท่านต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของอาสาสมัคร ท่านสามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสตูล โทร 074 - 723500 (เวลาราชการ)

ลงนาม..... (ผู้วิจัย)

(นางนัยนา ัญธาตาพันธ์)

วันที่.....เดือน.....ปี.....

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
เอกสารคำชี้แจงแก่อาสาสมัคร/ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ)

ข้าพเจ้า นางนัยนา ธัญธาดาพันธ์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ (การบริหารการพยาบาล) กำลังทำโครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ ความสามารถในการดูแล และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูลวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ ความสามารถในการดูแล และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก การศึกษานี้ต้องการอาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และมารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและชาย โรงพยาบาลสตูล จำนวน 15 ราย

ผู้วิจัยขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และมีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับการตอบ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของตัวท่านเองและของผู้ป่วยสูงอายุ แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และท่านจะได้รับการ เสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้วิจัย เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดย 1 สัปดาห์แรกในขณะที่ผู้สูงอายุ รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล จะมีกิจกรรม ทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง และท่านจะได้รับการตอบแบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัย จะมีการติดตามการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของท่านที่บ้านทางโทรศัพท์หรือ Application Line ในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ เวลา 15-30 นาที และในสัปดาห์ที่ 2 ท่านจะได้รับการเยี่ยมบ้านทางทีมสุขภาพของโรงพยาบาลสตูล ในการดำเนินโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจจะเสียเวลาและจะต้องจ่ายค่าอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนที่ท่านต้องจ่าย แม้จะไม่ เข้าร่วมโครงการวิจัย เช่น สบู่ แปรง ยาสีฟัน แปรงสีฟัน ผ้าเช็ดตัว เป็นต้น และท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ หากท่านได้รับทราบแนวทางในการวิจัยและตกลงที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอท่านลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน หากว่าท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จะไม่มีการสูญเสียประโยชน์ใด ๆ ที่ควรได้รับ และเมื่อท่านสมัครเข้าร่วมโครงการแล้วก็มีสิทธิในการถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลต่อการรักษาตามมาตรฐานซึ่งท่านพึงจะได้รับ ข้อมูลของท่านในการศึกษาครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ สกุล และการนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ จะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น และสิทธิประโยชน์อื่นอันจะเกิดจากผลการวิจัยให้เป็นไปตามระเบียบ ข้อบังคับของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษานี้ ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้คือ นางนัยนา ัญญาตาพันธ์ ได้ที่โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล รหัสไปรษณีย์ 91000 หมายเลขโทรศัพท์ 081-6986225 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดร. เรณุการ์ ทองคำรอด หมายเลขโทรศัพท์ 0816944050 ในกรณีที่ท่านต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของอาสาสมัคร ท่านสามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสตูล โทร 074 - 723500 (เวลาราชการ)

ลงนาม..... (ผู้วิจัย)

(นางนัยนา ัญญาตาพันธ์)

วันที่.....เดือน.....ปี.....

แบบยินยอมอาสาสมัคร

ข้าพเจ้า (นาง / นางสาว / นาย)นามสกุลอายุปี บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบลอำเภอ จังหวัด

ได้อ่านแบบคำชี้แจงอาสาสมัครเกี่ยวกับการเข้าร่วมการเป็นผู้ตอบแบบสอบถามในโครงการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล” ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์โดยตรงที่อาสาสมัครจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ขั้นตอนการปฏิบัติตัว ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และ ไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ

ลงชื่ออาสาสมัคร

(.....)

วันที่ เดือนพ.ศ.

ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

สังกัด

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์พุทธพงศ์ โฆษิตนุกุล | นายแพทย์ศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสตูล |
| 2. แพทย์หญิง ชลมา มาลินี | แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลสตูล |
| 3. นางมานี ทาทรัพย์ | พยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วย
ศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ |
| 4. นางสาวอลิษา ปาลาสัน | นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสตูล |
| 5. นางฐานุตรา บัวอ่อน | พยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสตูล
พยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วย
ศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ |
| 6. นางสาวอลิษา ปาลาสัน | นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสตูล |
| 7. นางฐานุตรา บัวอ่อน | พยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสตูล
พยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วย
ศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ |

ภาคผนวก ค
เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก มี 3 ส่วน ได้แก่

- 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล
- 2) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล
- 3) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล

1.2 แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก มี 6 ส่วน ได้แก่

- 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
- 2) แบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัด
- 3) แบบบันทึกจำนวนวันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังผ่าตัด
- 4) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 9 กิจกรรม
- 5) แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน
- 6) แบบบันทึกจำนวนวันนอน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล

- 2.1 วิดีทัศน์ เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก
- 2.2 แผ่นภาพพลิก ประกอบกิจกรรมสะท้อนคิด 13 คำถาม - 13 คำตอบ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก
- 2.3 คู่มือส่งเสริมความรู้ ความสามารถการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก (สำหรับผู้ดูแล)

ผู้สูงอายุรายที่..... () กลุ่มทดลอง () กลุ่มควบคุม
การผ่าตัด.....วัน/เดือน/พ.ศ.

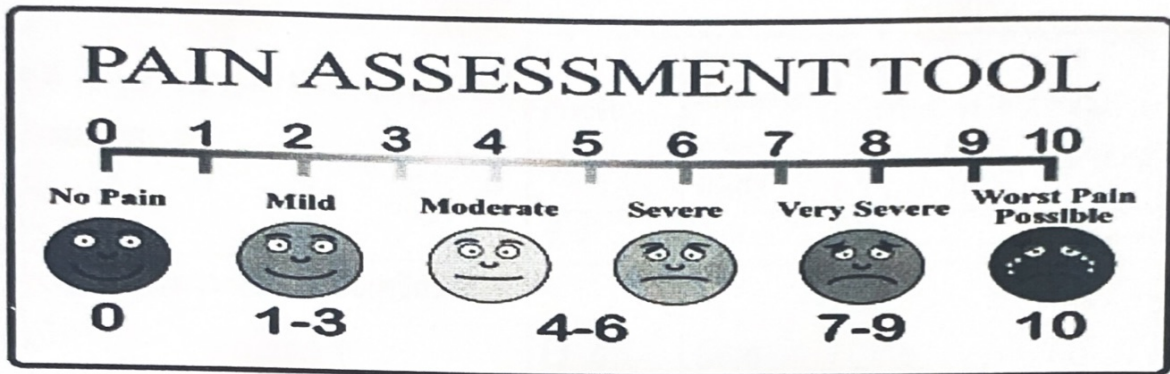
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ () หญิง () ชาย
2. อายุ
() 60 – 70 ปี () 71 – 80 ปี () 81 – 90 ปี () > 91 ปี
3. ศาสนา
() พุทธ () อิสลาม () คริสต์ () อื่นๆ
4. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา () อนุปริญญา
() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
() ไม่มี () มี ระบุ
6. สถานภาพ
() โสด () คู่ () หม้าย () หย่า/แยก
7. จำนวนบุตร
() ไม่มี () 1 – 3 คน () 4 – 6 คน () 7 คนขึ้นไป
8. โรคประจำตัว
() ไม่มี () มี ระบุ
9. บทบาทในครอบครัว
() หัวหน้าครอบครัว () สมาชิกในครอบครัว
10. สาเหตุการบาดเจ็บ
() หกล้ม () ตกจากที่สูง () อุบัติเหตุจากรถ () อื่นๆ ระบุ.....
11. ประสบการณ์ผ่าตัด
() ไม่มี () มี ระบุ

แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

1 แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัด



หลังผ่าตัด	คะแนนความปวด				
	0 คะแนน	1-3 คะแนน	4-6 คะแนน	7-9 คะแนน	10 คะแนน
วันที่ 1					
วันที่ 2					
วันที่ 3					
วันจำหน่าย					

2. จำนวนวันที่ลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด

- () วันที่ 4
- () วันที่ 5
- () วันที่ 6
- () วันจำหน่าย

3.แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินบาร์เธลอินเด็กซ์

โรงพยาบาลสตูล	ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... HN.....AN.....			
ดัชนีบาร์เธล อินเด็กซ์ (Barthel Index Thai version) กิจกรรม/คะแนน	คะแนน			
	1 (แรกรับ)	2 (ไม่น้อยกว่า 2 วันหลัง ฟื้นฟู)	3 (ไม่น้อยกว่า 2วันหลังฟื้นฟู)	4 (ไม่น้อยกว่า 2 วันหลังฟื้นฟู)
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
1. Feeding(การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) 0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนป้อนให้ 1 = ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตักเป็นชิ้นเล็ก ๆ ว่างล่วงหน้า 2 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
2. Transfer(ลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้) 0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้สองคนช่วยกันยกขึ้น 1 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ 2 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนดูแลความปลอดภัย 3 = ทำเองได้	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา) 0 = ต้องการความช่วยเหลือ 1 = ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
4. Toilet Use 0 = ช่วยตัวเองไม่ได้ 1 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

2 = ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระแล้วใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย				
5. Bathing(การอาบน้ำ)				
0 = ต้องมีคนช่วยเหลือหรือทำให้	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
1 = อาบน้ำได้เอง	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
6. Mobility(การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน)				
0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
1 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนเข็นให้)และเข้ามุมห้องหรือประตูได้	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่นพยุง หรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
7 Dressing(การสวมเสื้อผ้า)				
0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือได้น้อย	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
1 = ช่วยตัวเองได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมได้)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
ดัชนีบาร์เทล อินเด็กซ์ (Barthel Index Thai version) กิจกรรม/คะแนน				
8. Bowels (การกลั่นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)				
0 = กลั่นไม่ได้หรือต้องใช้สวนอุจจาระอยู่เสมอ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
1 = กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 = กลั่นได้เป็นปกติ	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
9. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)				
0 = กลั่นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
1 = กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นมากกว่า วันละ 1 ครั้ง)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2 = กลั่นได้เป็นปกติ	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
รวมคะแนน				

4. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล
- () ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
 - () มี
 - () ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด
 - () ภาวะหลอดเลือดดำลึกช่วงขาอุดตัน
 - () การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ
 - () การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
 - () การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
 - () แผลกดทับ
 - () การยึดติดของข้อ
 - () ข้อสะโพกเทียมหลุด
5. จำนวนวันนอน.....วัน

ผู้ดูแลรายที่.....() กลุ่มทดลอง () กลุ่มควบคุม
วัน/เดือน/พ.ศ.

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง [] หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. อายุ

() ≤ 20 ปี () 21-30 ปี () 31-40 ปี () 41-50 ปี
() 51-60 ปี () 60 ปีขึ้นไป

3. สถานภาพสมรส

() โสด () คู่ () หม้าย () หย่า/ แยก

4. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา () อนุปริญญา
() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () นักเรียน/นักศึกษา () เกษตรกร
() ราชการ/รัฐวิสาหกิจ () รับจ้าง () อื่น ๆ ระบุ.....

6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

() ไม่มีรายได้ () น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน
() 5,000-10,000 บาท/เดือน () 10,000-15,000 บาท/เดือน
() มากกว่า 15,000-20,000 บาท/เดือน () มากกว่า 20,000 บาท/เดือน

7. ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว

() เพียงพอกับการใช้จ่าย () ไม่เพียงพอกับการใช้จ่าย

8. โรคประจำตัว

() ไม่มี () มี ระบุ.....

9. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

() บิดา () มารดา () สามี () ภรรยา
() บุตร () พี่/น้อง () อื่นๆ ระบุ.....

10. ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก

() ไม่เคย () เคย ระบุ.....

11. แหล่งช่วยเหลือสนับสนุน

() ไม่มี () มี ระบุ.....

แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้ของท่าน ในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ตรงกับกรรับรู้ของท่าน และใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้ของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ มีลักษณะเป็นคำถามให้ตอบ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 44 ข้อ

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุหลักของกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ		
2	อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยควรเป็นอาหารมันๆเช่น อาหารทอดเพื่อเพิ่มน้ำหนักตัวให้ผู้ป่วย		
3	ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารในกลุ่มเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย เช่นปลา นม ไข่ เป็นต้น ผักและผลไม้ทุกวัน		
4	อาหารที่ส่งเสริมการติดของกระดูกคือ อาหารจำพวกโปรตีน วิตามินซี แคลเซียม ซึ่งมีในนม ปลาเล็กปลาน้อย ผักใบเขียว งาดำ เป็นต้น		
5	การป้องกันการสำลักทำได้โดยจัดทำให้ผู้ป่วยนั่ง สะโพกงอไม่เกิน 90 องศาหรือนอนศีรษะสูงทุกครั้งเวลารับประทานอาหาร		
6	การสำลักอาหาร /น้ำ การนอนนานๆ หรือการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยเป็นสาเหตุการเกิดปอดอักเสบ		
7	ผู้ป่วยควรได้รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ หากผู้ป่วยเบื่ออาหารควรดูแลให้รับประทานครั้งละน้อยๆแต่เพิ่มจำนวนมื้อโดยให้รับประทานอาหารบ่อยขึ้นและตัดเป็นชิ้นเล็กๆ เพื่อเคี้ยวได้สะดวก		
8	ผู้ป่วยควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว(1-2 ลิตร)		
9	ผู้ป่วยควรดื่มน้ำมากๆเพราะน้ำช่วยละลายเสมหะ ทำให้ขากเสมหะออกได้ง่าย		
10	การหายใจที่ปกติต้องไม่มีเสียงครีคราดของเสมหะ จังหวะการหายใจสม่ำเสมอ		
11	การกระตุ้น/ช่วยให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ลูกนั่งข้างเตียง หรือทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองมากที่สุดและเร็วที่สุดจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นหายเร็ว		
12	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ เช้า-เย็น และทุกครั้งหลังการขับถ่ายแก่ผู้ป่วย เป็นการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ		

13	ผู้ป่วยไม่ควรรับประทานอาหารและน้ำมาก เพราะทำให้ถ่ายอุจจาระปัสสาวะบ่อย อาจทำให้ประอบเป็นแผลผ่าตัดและติดเชื้อแผลผ่าตัดได้		
14	การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การรับประทานอาหารเช้าที่ไม่มีกาก และการดื่มน้ำน้อยเป็นสาเหตุของท้องผูก		
15	การใช้กระเป๋าน้ำแข็งวางและการกดเบาๆบริเวณท้องน้อยของผู้ป่วยทุก 2-3 ชม เป็นการฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากถ่ายปัสสาวะและลดการคั่งของปัสสาวะได้		
16	ผู้ป่วยควรทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำสะอาดและสบู่อ่อนๆอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง		
17	การทำความสะอาดช่องปากไม่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุกระดูกระโปกหักที่ไม่มีฟัน		
18	ควรดูแล/กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้าและเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้ทุกครั้งเมื่อสกปรกหรือเปียกชื้น		
19	หากแผลผ่าตัดยังไม่ได้ตัดไหมไม่ควรให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำเพราะอาจทำให้แผลผ่าตัดติดเชื้อได้		
20	การดูแล/ช่วยผู้ป่วยให้เคลื่อนไหวร่างกาย ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเร็ว จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนเช่น แผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบเล็ก ท้องอืด ท้องผูก		
21	ผู้ป่วยไม่ควรบริหารกล้ามเนื้อและข้อของขาข้างที่ผ่าตัดเนื่องจากกระดูกยังไม่ติดและอาจทำให้ข้อสะโพกหลุด /หักซ้ำหรือแผลปริได้		
22	การใช้ถุงเย็นประคบบริเวณขาข้างที่ผ่าตัดให้ผู้ป่วยจะช่วยลดอาการปวดและการอักเสบ		
23	การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและ ข้อ ของแขน 2 ข้างและขาข้างปกติทุกวันเป็นสิ่งจำเป็น		
24	ผู้ป่วยไม่ควรนั่งยองๆ หรือไขว่ห้างหรืองอข้อสะโพกเกิน 90 องศา		
25	เก้าอี้ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยควรมีพนักพิง มีที่พักแขนเพื่อสะดวกในการลุกยืนหรือเปลี่ยนอิริยาบถ		
26	การจัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอ พื้นไม่ลื่น ไม่มีของเกะกะตามพื้น ห้องส้วมแบบนั่ง ห้องน้ำมีราวเกาะ และการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นสิ่งจำเป็น		
27	การเดินด้วยเครื่องพยุงเดิน ควรดูแลให้ผู้ป่วยยกเครื่องพยุงเดินไปข้างหน้าก้าวขาข้างที่ผ่าตัดไปก่อน แล้วตามด้วยขาข้างที่ดีเสมอ		

28	หากอาการปวดทุเลาลงผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องพยุงเดิน		
29	ท่านอนที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยคือ ขาข้างที่ผ่าตัดวางสูงบนหมอน ขาวางในแนวตรงหรือหุบเขาด้านใน ไม่ควรนอนกางขา		
30	ควรดูแลให้ผู้ป่วยบริหารปอด โดยการสูดหายใจเข้าทางจมูกลึกๆและปล่อยลมหายใจออกทางปาก (ทำปากจู่ขณะหายใจออก) / ดูดซูดบริหารปอด (triflo) ทุกวัน วันละ 10-15 นาที		
31	ผู้ป่วยควรทำความสะอาดและตัดเล็บให้สั้นเพื่อป้องกันการแกะเกาแผลผ่าตัด		
32	การให้ผู้ป่วยออกกำลังกายทั้ง 2 ข้างโดยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา กดเข่าลงกับที่นอนและกระดกข้อเท้าขึ้นลงบ่อย ๆ ทุก 1-2 ชมสามารถป้องกันหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันได้		
33	สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับเกิดจากอาการปวดเท่านั้น หากแก้ปัญหาเรื่องปวดผู้ป่วยก็หลับได้		
34	ผู้ป่วยควรได้รับการพักผ่อนนอนหลับวันละ 8-10 ชม		
35	ควรหลีกเลี่ยงการจ้ดชา กาแฟ ให้ผู้ป่วยดื่ม		
36	การบอกกล่าวคนใกล้ชิดและชักชวนมาเยี่ยมผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยต้องการจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น		
37	ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจทางศาสนาได้หากต้องการ แต่ควรหลีกเลี่ยงท่านั่งพับเพียบเนื่องจากทำดังกล่าวอาจทำให้ข้อสะโพกหลุด หรือกระดูกหักซ้ำได้		
38	แผลผ่าตัดมีหนอง บวม แดงหรือขาข้างที่ผ่าตัดผิดรูป เป็นอาการผิดปกติต้องรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์		
39	หากผู้ป่วยต้องทำฟัน ควรแจ้งให้ทันตแพทย์ทราบทุกครั้งว่าเคยได้รับการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม		
40	แผลผ่าตัดดี ผู้ป่วยไม่บ่นปวดไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามนัด		
41	หากแผลยังไม่ตัดไหมผู้ป่วยควรได้รับการทำแผลวันละ 1 ครั้งหรือทุกครั้งที่แผลสกปรก/เปียกชื้น		
42	หลังผ่าตัด 6 เดือนถึง 1ปี สามารถให้ผู้ป่วยเล่นกีฬา หรือทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ		
43	โดยทั่วไปผู้ป่วยสามารถรับประทานยาแก้ปวดได้ทุก 4-6 ชม		
44	อาการข้างเคียงของยาแก้ปวดคือ คลื่นไส้/อาเจียน/ปวดท้อง/มีผื่นตามตัว และหากผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว ท่านจะให้หยุดรับประทานยาและปรึกษาแพทย์ / พยาบาลทันที		

แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการรับรู้ความสามารถของท่าน ในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก ประกอบด้วยด้วยความสามารถที่จำเป็นทั้งสิ้น 28 กิจกรรมขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ และใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความสามารถของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวและกรณตอบทุกข้อโดยการเลือกตอบให้พิจารณาดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง / ปฏิบัติไม่ได้
 1 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องบางส่วน
 2 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน

การดูแลผู้ป่วยรายกิจกรรม	ความสามารถของผู้ดูแลหลัก (คะแนน)		
	2	1	0
1. การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ			
1.1 การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร			
1.2 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ			
1.3 การป้องกันการสำลัก			
1.4 การแก้ไขปัญหาการรับประทานอาหาร			
1.5 การดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ			
2. การดูแลให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ			
2.1 การขจัดเสมหะหรือน้ำลายในปากในคอ			
2.2 การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจผิดปกติ			
2.3 การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ			
3. การดูแลด้านการขับถ่าย			
3.1 การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ			
3.2 การฝึกการขับถ่าย			
4. การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล			
4.1 การดูแลความสะอาดร่างกาย			
4.2 การทำความสะอาดปากและฟัน			
4.3 การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน			
5. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม			
5.1 การช่วยเหลือ/ส่งเสริม/กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย			

5.2 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง			
6. การเฝ้าระวังอุบัติเหตุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน			
6.1 การกระตุ้นให้สนใจขาข้างที่ได้รับการผ่าตัด			
6.2 การกระตุ้นให้สนใจแขน ขาข้างที่ปกติ			
6.3 การป้องกันอุบัติเหตุ/พลัดตกหกล้ม/ข้อสะโพกหลุด/ กระดูกหักซ้ำ			
6.4 การป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน			
6.5 การป้องกันแผลกดทับ			
6.6 การป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ			
6.7 การป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด			
7. การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน			
7.1 การดูแลให้ผู้ปวยนอนหลับ/การจัดช่วงเวลาอนพักผ่อน			
7.2 การดูแลให้ผู้ปวยพักผ่อนหย่อนใจ			
8. ด้านการช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ปวยมีปฏิสัมพันธ์			
8.1 การจัดให้ผู้ปวยอยู่คนเดียวเป็นครั้งคราว			
8.2 การช่วยให้ผู้ปวยติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น			
8.3 การสื่อสารกับผู้ปวย			
9. การดูแลให้ผู้ปวยได้รับประทานยาและเฝ้าระวังอาการ ข้างเคียงจากยา			

ผู้บันทึก..... วันที่

แบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหักของผู้ดูแล (สำหรับผู้วิจัย)

ความสามารถของผู้ดูแล	เกณฑ์การประเมินผลสำหรับผู้สังเกต	ทำ	ไม่ทำ
1. การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ 1.1 การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร	1. จัดทำนั่ง ลำตัวตรง หรือนอนหัวสูง สะโพกงอไม่เกิน 90 องศา 2. เตรียมอาหารให้อยู่ใกล้มือผู้ป่วย		
1.2 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอ	1. ป้อนอาหาร/กระตุ้นให้ผู้ป่วยตักอาหาร ป้อนอาหารเอง 2. ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการรับประทานอาหาร 3. ไม่เร่งผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร 4. ดูแลให้รับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ได้หมดหรือเกือบหมด		
1.3 การป้องกันการสำลักอาหาร	1. ตักอาหารคำเล็กๆ 2. ให้ผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนอาหารช้าๆ 3. หลังรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือนอนศีรษะสูง 30 องศา ประมาณ 30-40 นาที		
1.4 การแก้ไขปัญหาการรับประทานอาหาร	1. ขณะให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารหากผู้ป่วยไอหรือสำลักให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานอาหารทันที / หยุดป้อน		
1.5 การดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ	1. หลังรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตาม 1 แก้ว (150-200 cc) 2. ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาด/น้ำผลไม้ / เครื่องดื่มบำรุงกำลังระหว่าง มือ 100-150 cc (ในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานงดน้ำผลไม้ / เครื่องดื่มบำรุงกำลังที่มีรสหวาน / จำกัดน้ำตามแผนการรักษา)		
2. การดูแลให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ			

2.1 การขจัดเสมหะ / น้ำลายในปากในคอ / การกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ และขากเสมหะออกมาเอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ผู้ป่วยสุดหายใจเข้าลึกๆกลั้นหายใจแล้วไอและขากเอาเสมหะออก 2. ผู้ดูแลใช้กระดาษชำระรองรับและเช็ด หรือให้ผู้ป่วยขากลงที่ภาชนะรองรับ 		
2.2 การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจผิดปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ/เคาะปอด 2. จัดท่าศีรษะสูงให้อยู่ในลักษณะปอดขยาย ข้อสะโพกงอไม่เกิน 90 องศา 3. อาการไม่ดีขึ้นเช่น เหนื่อย หอบ หายใจลำบากรีบบอกพยาบาล 		
2.3 การป้องกันการติดเชื้อระบบหายใจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว 2. ให้ผู้ป่วยบริหารปอดโดยการทำ deep breathing exercise/ดูด Triflo 3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอุ่น/หรือน้ำสะอาด 		
3. การดูแลด้านการขับถ่าย 3.1 การดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำความสะอาดหลังการขับถ่ายทุกครั้ง 2. ช่วยสอดdingหมอนอน กระบอกปัสสาวะให้ผู้ป่วย/รองผ้าอ้อม/ใส่ถุงปัสสาวะได้ถูกต้อง 		
3.2 การฝึกการขับถ่าย	<ol style="list-style-type: none"> 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะทุก 2-3 ชม 2. ฝึกถ่ายในท่าปกติโดยให้นั่งกระโถน/เดินด้วยเครื่องพยุงเดินไปถ่ายที่ห้องน้ำ 3. ให้กำลังใจตลอดเวลาขณะขับถ่าย 		
4. การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล 4.1 การดูแลความสะอาดร่างกาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. อาบน้ำหรือเช็ดตัวรวมทั้งเช็ดบริเวณก้นและอวัยวะสืบพันธุ์ได้สะอาด 2. ใช้สบู่และน้ำสะอาด 		
4.2 ดูแลความสะอาดปากฟัน	<ol style="list-style-type: none"> 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแปรงฟัน/บ้วนปาก (กรณีใส่ฟันปลอม) 2. แปรงฟันเช้าและก่อนนอนหรือหลังรับประทานอาหาร/ล้างฟันปลอมและแช่ฟัน 		

	<p>ปลอมในภาชนะที่ใส่น้ำทุกครั้งทีถอดฟันปลอม</p>		
<p>4.3 การเปลี่ยนเสื้อผ้า และผ้าปูที่นอน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้งหลังอาบน้ำ / เช็ดตัว / เมื่อเปื้อนหรือสกปรก 2. เปลี่ยนผ้าปูและบอกรพยาบาลทุกครั้งเมื่อเปื้อนอุจจาระหรือปัสสาวะ / คราบเลือดหรือคราบสกปรกอื่น ๆ 3. ผ้าปูที่นอนเรียงตั้งไม่มีรอยยับและสิ่งแปลกปลอม 		
<p>5. การส่งเสริมให้ผู้ป่วย ทำกิจกรรม</p> <p>5.1 การช่วยเหลือ/ ส่งเสริมหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายวันละ 2 - 3 ครั้ง 2. ช่วย / คอยดูแลให้ผู้ป่วยได้เกร็งกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ ของขาที่ได้รับบาดเจ็บด้วยท่าที่ถูกต้อง แต่ละท่าให้ทำซ้ำอย่างน้อย 10 ครั้ง <ul style="list-style-type: none"> - ท่านอนหงาย ขาอยู่ในท่าเหยียดตรง พร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา ยกขาให้สันเท้าสูงจากที่นอนประมาณ 6 นิ้ว ค้างไว้ โดยนับ 1-5 ซ้ำๆ แล้ววางลง - ท่านอนหงาย กดเข่าลงกับที่นอนแล้วลากสันเท้าออกไปทางด้านข้างให้ขากางออก แล้วลากขาเข้ามาในท่าหุบขา 		
	<ul style="list-style-type: none"> - ท่านั่งหรือท่านอน ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา โดยกดเข่าลงบนที่นอนและกระดกข้อเท้าขึ้นค้างไว้ นับ 1-5 ซ้ำๆ แล้วกระดกข้อเท้าลง และหมุนข้อเท้าเป็นวงกลม - ทำยืน ให้ผู้ป่วยยืนเกาะเครื่องพยุงเดิน ลำตัวตั้งตรง เหยียดขาออกไปทาง ด้านข้าง ด้านหน้า ด้านหลัง <ol style="list-style-type: none"> 3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกล้ามเนื้อและบริหารข้อต่าง ๆ ของแขน ขาข้างที่ปกติ ตามแนวการเคลื่อนไหว 		
<p>5.2 ส่งเสริม/กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. กระตุ้น / ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำด้วยตนเอง 2. กระตุ้น / ให้ผู้ป่วยทำความสะอาด ปาก ฟัน เล็บ ผม 3. ช่วย / กระตุ้นให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าด้วยตนเอง <ul style="list-style-type: none"> - การใส่กางเกง ดูแล/กระตุ้นให้ผู้ป่วยนั่งใส่กางเกง (ควรนั่งบนเก้าอี้) กรณีใส่ กางเกงสำหรับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ให้ใส่ขาข้างที่ดีก่อน / ใส่กางเกงขายาว ใส่ขาข้างที่ผ่าตัดก่อน 		

	<ul style="list-style-type: none"> - การถอดกางเกงขายาวช่วยถอด / กระตุ้นให้ผู้ป่วยถอดจากขาข้างที่ดีก่อน / กางเกงสำหรับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ให้ถอดขาข้างที่ผ่าตัดก่อน - ขณะใส่หรือถอดกางเกงดูแลไม่ให้ผู้ป่วยก้มหรือโน้มตัวไปข้างหน้า 4. ฝึกและคอยช่วยเหลือผู้ป่วยในการนั่ง ยืน และเดิน/ การใช้รถเข็นและเครื่องช่วยพยุงเดิน (walker) 5. กระตุ้นให้ขยับถ่ายและทำความสะอาดด้วยตนเองบนเตียง / ข้างเตียง / ในห้องน้ำ 		
<p>6. การเฝ้าระวังอุบัติเหตุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน</p> <p>6.1 การกระตุ้นให้สนใจขาข้างที่ได้รับการผ่าตัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ยกขาข้างที่ได้รับการผ่าตัดถูกวิธีโดยใช้มือข้างหนึ่งรองรับใต้น่อง มืออีกข้าง รองรับใต้ต้นขา 2. เข้าหาผู้ป่วยทางด้านขาข้างที่ได้รับการผ่าตัด 		
6.2 การกระตุ้นให้สนใจแขนขาข้างที่ปกติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่ปกติ <ul style="list-style-type: none"> - ใช้มือ แขน 2 ข้าง โหนบาร์หรือจับหัวเตียงเพื่อยกตัว โหนตัว / ใช้ขาข้างปกติชันขากับที่นอนยกกันขึ้นให้ลอยจากที่นอนเป็นช่วง ๆ 		
6.3 การป้องกันการพลัดตกหกล้ม/ หักข้อ/ ข้อสะโพกหลุด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ป้องกันการตกเตียงโดยใช้ไม้กั้นเตียง 2. ดูแลท่าทาง/ จัดท่าที่ถูกต้อง <p>ท่านอน ขาข้างผ่าตัดตั้งตรงไม่บิดออกนอก ไม่หมุนเข้าในนอนกางขา 15 - 30 องศา</p> 		
	<p>ท่านั่ง ดูแลไม่ให้ผู้ปวยนั่งไขว่ห้าง / นั่งยอง ๆ / งอข้อสะโพกเกิน 90 องศา / โน้มตัวไปข้างหน้าเพื่อหยิบของ (กรณีผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม)</p> <p>ท่าพลิกตะแคงตัว พลิกตะแคงตัวโดยให้ขาข้างที่ผ่าตัดอยู่ด้านบนระหว่าง</p> <p>พลิกตัวขาข้างผ่าตัดอยู่ในท่ากางออกเหมือนนอนตะแคงมีหมอนรองระหว่างขาเสมอ (กรณีผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม)</p> <p>ท่าลงจากเตียง เขยิบลงจากเตียงไปด้านเดียวกันกับขาข้างที่ผ่าตัด</p>		

	<p>ทำยีน/การเดินทาง</p> <p>- ใช้อุปกรณ์พยุงเดิน (walker) ทุกครั้ง ขณะเดินดูแลให้ผู้ป่วยยกอุปกรณ์ช่วยเดินไปด้านหน้าไม่ให้ไกลหรือใกล้เกินไป ก้าวขาข้างที่ผ่าตัดไปก่อนแล้วตามด้วยขาข้างที่ดี</p>		
	<p>- มีเข็มขัดหรือ ผ้าคาดเอวไว้เพื่อควบคุมการเคลื่อนไหวขณะเดิน</p> <p>การช่วยผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ ให้ผู้ป่วยจับเก้าอี้ บอก / ดูแลให้ผู้ป่วยหย่อนตัวลงนั่งบนเก้าอี้อย่างช้าๆ (โดยผู้ดูแลจับเข็มขัดหรือผ้าคาดเอวผู้ป่วย) ให้ข้อเข่าอยู่ต่ำกว่าข้อสะโพกระวังไม่ให้ข้อสะโพกงอเกิน 90 องศา</p> <p>การช่วยผู้ป่วยขึ้นเตียง ให้ผู้ป่วยเลื่อนตัวมาที่ขอบเก้าอี้ วางเครื่องพยุงเดินด้านหน้า ให้ผู้ป่วยจับขอบเก้าอี้ / จับเครื่องพยุงเดินดันตัวลุกขึ้นเพื่อช่วยพยุงกลับมาที่ขอบเตียงแล้วให้ผู้ปวยนั่งที่ขอบเตียง ผู้ดูแลช่วยพยุงขาข้างที่ผ่าตัดให้อยู่ในลักษณะกางออกแล้วจึงให้ผู้ปวยขยับตัวเข้าไปในเตียง</p>		
6.4 การป้องกันหลอดเลือดดำอุดตัน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลท่านอนให้ขากางออก 2. ข้อสะโพกและข้อเข่าไม่อยู่ในท่าเหยียดเกินไป/มีผ้ารองบริเวณขา 		
6.5 การป้องกันแผลกดทับ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้หมอนหรือผ้านุ่มๆรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ 2. ช่วยกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวหรือพลิกตัวอย่างน้อยทุก 2 ชม 3. ไม่ดึงลากหรือกระชากผู้ป่วยหรือผ้าปูที่นอนขณะผู้ป่วยอยู่บนเตียง 4. สังเกตผิวหนังที่ถูกกดและบริเวณใกล้เคียงเมื่อเปลี่ยนท่านอน 		
6.6 การป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฝึกกระตุ้นให้ผู้ปวยออกกำลังกล้ามเนื้อ ไหล่ แขน ขา ข้างที่ปกติ 2. ฝึกกระตุ้นให้ผู้ปวยออกกำลังกายข้อเข่าและข้อเท้า ข้อสะโพกข้างที่ปกติ 3. ฝึกกระตุ้นให้ผู้ปวยออกกำลังกล้ามเนื้อขา ข้อเข่า ข้อเท้า ข้อสะโพก(เท่าที่แพทย์อนุญาต) ข้างที่ได้รับการผ่าตัด 4. ดูแลและสนับสนุนให้ผู้ปวยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ใช้เวลา 10-15 นาที 		

6.7 การป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแล / ให้ผู้ป่วยตัดเล็บให้สั้น 2. ดูแล/ห้ามไม่ให้ผู้ป่วยแกะเกาแผลผ่าตัด 3. แผลเปียกน้ำ / มีสิ่งคัดหลั่งซึม/เปรอะเปื้อนบอกพยาบาลเพื่อทำแผล 4. ช่วยดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย/เสื้อผ้าที่สวมใส่/ผ้าปูที่นอนของผู้ป่วย 		
7.การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน 7.1 การดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับ/การจัดช่วงเวลาพักผ่อน	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดที่นอนและสิ่งแวดล้อมให้สะอาด 2. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยสุขสบาย 3. ค้นหาและขจัดสาเหตุที่ผู้ป่วยนอนไม่หลับ 		
7.2 การดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนหย่อนใจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ชอบหรือที่เคยทำประจำ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความเครียด 		
8.ด้านการช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ 8.1 การจัดให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวเป็นครั้งคราว	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ลำพังเมื่อต้องการ 2. เผื่อสังเกตผู้ป่วยเป็นระยะๆและให้ความช่วยเหลือทันทีเมื่อผู้ป่วยร้องขอ 		
8.2 การช่วยให้ผู้ป่วยติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น	<ol style="list-style-type: none"> 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับเพื่อนหรือบุคคลที่ต้องการ 2. แนะนำผู้ป่วยเมื่อมีผู้มาเยี่ยม/เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้บอกความต้องการของตนเอง 4. นำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในหอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลตามความต้องการ 		
8.3 การสื่อสารกับผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> 1. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยคำพูดสั้นๆ และเข้าใจง่าย น้ำเสียงดังชัดเจน ผู้ป่วยได้ยิน 2. ไม่แสดงท่าทีรำคาญหรือเบื่อหน่าย 		
9.การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา 2. สังเกตอาการปวดและบอกพยาบาลได้เมื่อผู้ป่วยปวดและต้องการยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 3. สังเกตและบอกอาการผิดปกติได้ เช่น มีผื่น ปวดท้อง คลื่นไส้ ฯลฯ 		

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล

โดย

นางนัยนา รัญธาดาทันน์

นักศึกษาลัทธิศูตฺรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาพยาบาลศาสตร์

เป็นส่วนหนึ่งของการทำงานวิทยานิพนธ์เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
ของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี การวินิจฉัย..... การผ่าตัด..... วันที่รับ..... วันที่จำหน่าย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	สื่ออุปกรณ์	วันที่ดำเนินการ					
		Admission	Pre-op day	Op-day	Post-op day 1-2	Post-op day 3-5	Post-op day 6 Discharge criteria
<p>กิจกรรมครั้งที่ 1</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และพัฒนาการรับรู้การดูแลตามสถานการณ์จริง</p> <p>พยาบาลแนะนำตัวเอง กล่าวทักทายอย่างเป็นกันเอง สนทนาด้วยภาษาที่เหมาะสมกับผู้ดูแล (อาจใช้ภาษาท้องถิ่นหรือภาษามลายู) การซักถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความรู้สึก ค้นพบปัญหาตามสถานการณ์จริง มีการสะท้อนคิดพิจารณาไตร่ตรองถึงปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาของตนเอง สามารถประเมินความรู้ ความสามารถ ข้อจำกัด ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการใช้สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับกระดูกสะโพกหัก และค้นพบสภาพการณ์จริงที่ต้องได้รับการรักษาโดยได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก โดยใช้เวลา 1 ชม.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> สร้างสัมพันธภาพ <input type="checkbox"/> กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความรู้สึก <input type="checkbox"/> Inform consent <input type="checkbox"/> On Skin Traction <input type="checkbox"/> ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแรกเริ่ม (บาร์เชลอินเท็กซ์) <input type="checkbox"/> ประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดูแล (แบบประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก) <input type="checkbox"/> สื่อวีดิทัศน์การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด (ถ้า Admit ในยามวิกาล ให้ดูในวันถัดไป) 					

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกโรงพยาบาลสตูล

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี การวินิจฉัย.....การผ่าตัด.....วันที่รับ.....วันที่จำหน่าย

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	สื่ออุปกรณ์	วันที่ดำเนินการ					Continuing Care
		Admission	Pre-op day	Op-day	Post-op day 1-2	Post-op day 3-5	
<p>กิจกรรมครั้งที่ 2</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง ในประเด็นต่างๆดังนี้</p> <p>1.ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกมีอะไรบ้าง</p> <p>2.การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก มีความสำคัญอย่างไร</p> <p>โดยเปิดโอกาสให้ซักถามและให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก โดยเข้าเยี่ยมผู้ดูแลและผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกในวันเตรียมผ่าตัด</p>	<p>วิทัศน์</p>		<p><input type="checkbox"/> สื่อวีดิทัศน์การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด</p> <p><input type="checkbox"/> กิจกรรมสะท้อนความคิด กับ 13 คำถาม - 13 คำตอบ</p> <p><input type="checkbox"/> การบริหารปอดด้วยชุดบริหารปอด (Tri-Frow meter) และการฝึกหายใจ (Breathing Exercise)</p>				

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกโรงพยาบาลสตูล

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี การวินิจฉัย..... การผ่าตัด..... วันที่รับ..... วันที่จำหน่าย

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	สื่ออุปกรณ์	วันที่ดำเนินการ					
		Admission	Pre-op day	Op-day	Post-op day 1-2	Post-op day 3-5	Post-op day 6 Discharge criteria
<p>กิจกรรมครั้งที่ 3 ขั้นตอนที่ 3 คือการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแล โดยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติ เพื่อให้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกได้อย่างเหมาะสม และดีที่สุด กิจกรรมประกอบด้วย การให้ผู้ดูแลได้เสนอประเด็นที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก และให้ร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อประสบการณ์เหล่านั้น ร่วมเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกทุก</p>			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ให้ผู้ดูแลเสนอประเด็นที่เกิดจากการดูแล <input type="checkbox"/> สะท้อนความคิดเห็นและประสบการณ์ <input type="checkbox"/> ร่วมเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเพื่อการดูแล <input type="checkbox"/> ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bed Side PT <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลนำเสนอผลจากการเลือกแนวทางการดูแล <input type="checkbox"/> พยาบาลประเมินประเด็นปัญหาและอุปสรรค <input type="checkbox"/> พยาบาลให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก่ผู้ดูแล <input type="checkbox"/> ให้กำลังใจผู้ดูแล 			

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูก โศภ โรงพยาบาลสตูล

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี การวินิจฉัย..... การผ่าตัด..... วันที่รับ..... วันที่จำหน่าย.....

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	ชื่อ อุปกรณ์	วันที่ดำเนินการ					
		Admission	Pre-op day	Op-day	Post-op day 1-2	Post-op day 3-5	Post-op day 6 Discharge criteria
<p>โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล ได้ตัดสินใจเลือกการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก โดยใช้ระยะเวลา 1 ชม. ตัวอย่างคำถาม</p> <p>“วิธีการใดที่น่าจะมีความจำเป็นอันดับต้นๆ สำหรับผู้ดูแล ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ?”</p> <p>“วิธีการใดที่น่าจะมีความเป็นไปได้มากที่สุดที่จะช่วยในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ?”</p> <p>“เราควรลงมือทำเรื่องใดบ้าง เพื่อช่วยให้เราสามารถดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน?”</p> <p>“เราควรทำอะไร...”</p>							

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกโรงพยาบาลสตูล

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี การวินิจฉัย..... การผ่าตัด..... วันที่รับ..... วันที่จำหน่าย.....

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	สื่ออุปกรณ์	Admission	Pre-op day	Op-day	Post-op day 1-2	Post-op day 3-5	Post-op day 6 Discharge criteria	Continuing Care
<p>กิจกรรมครั้งที่ 4</p> <p>ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแลโดยวัตถุประสงค์ เพื่อปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นฟูแนวทางการประเมินปัญหาของผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลนำเสนอผลจากการเลือกแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเองจากกิจกรรมครั้งที่ 3 ที่นำไปปฏิบัติกับผู้ป่วย รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น มีการให้ข้อเสนอแนะแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ผ่าตัดกระดูกสะโพก รวมทั้งให้กำลังใจกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก</p> <p>ขั้นตอนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเป็นขั้นตอน</p>						<input type="checkbox"/> PT OD <input type="checkbox"/> ให้มีสื่อส่งเสริมความรู้ความสามารถการดูแลผู้สูงอายุ ผ่าตัดกระดูกสะโพก <input type="checkbox"/> ประเมินความสามารถของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่รพ. <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน <input type="checkbox"/> ผู้ดูแล/ผู้ป่วย พร้อมที่จะรับการจำหน่ายกลับบ้าน	<input type="checkbox"/> ประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (แบบประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดูแล) <input type="checkbox"/> ประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดผู้สูงอายุ (แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด) <input type="checkbox"/> Home Program	<input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุได้รับการติดตามเยี่ยมทาง Application Line (เข้ากลุ่ม Line Hip Fracture) <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุได้รับการติดตามเยี่ยมจากทีมเยี่ยมบ้าน (หลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์)

คำบรรยายวิทัศน์ของผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

คำบรรยาย	ภาพ
<p>กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ</p> <p>สวัสดิ์ละ คิมซื่อ นัยนา รัชธาตาพันธ์ เป็นพยาบาลในกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสตูล วันนี้จะมาแนะนำท่านผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก ในการดูแลหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ทางโรงพยาบาลสตูล มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ซึ่งการผ่าตัดเราจะมีทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพ เภสัชกรและโภชนาการร่วมกันดูแล แต่ก่อนอื่นเราต้องมารู้จักภาวะกระดูกสะโพกหักกันก่อนค่ะ ภาวะกระดูกสะโพกหัก หมายถึง การหักของกระดูกต้นขาบริเวณสะโพก สาเหตุ ส่วนมากเกิดจากการพลัดตกหกล้ม กันกระแทก พื้น มีอาการปวดบริเวณขาหนีบและสะโพก เคลื่อนไหวสะโพก ไม่ได้ เดินไม่ได้ ขาข้างที่หักสั้นกว่าปกติ ขาบีบออกด้านข้าง ขากางออก ปลายเท้าหมุนออก อาจมีรอยจำเลือดบริเวณต้นขาหรือสะโพกข้างที่หัก การรักษามี 2 วิธี คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การผ่าตัด แพทย์มักนิยมเลือกวิธีการผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องนอนติดเตียงนานๆ เพราะการผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยสามารถขยับตัวได้เร็วที่สุด ถ้ากระดูกสะโพกหักบริเวณส่วนคอของกระดูกต้นขา แพทย์จะรักษา โดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม แต่ถ้าหักบริเวณฐานคอกระดูกแพทย์จะผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกไว้ภายใน การผ่าตัดทั้งสองชนิด ใช้เวลาในการรักษาประมาณ 5 – 7 วัน 2. การไม่ผ่าตัด ทำในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการผ่าตัดสูง อาจใช้การรักษาโดยการดึงถ่วงน้ำหนักหรือแพทย์ให้นั่งรถเข็นได้เลยและให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ (ในกรณีที่หักตรงข้อสะโพก) 	<p>รูปภาพโรงพยาบาลสตูลและพยาบาล</p> <p>รูปภาพกระดูกสะโพกหัก</p> <p>รูปภาพข้อสะโพกเทียมและการใส่วัสดุยึดตรึงกระดูก</p>

คำบรรยาย	ภาพ
<p>การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด</p> <p>1. X-ray ปอด ตรวจปัสสาวะ ถ้ามีโรคหรืออาการผิดปกติจะมีการปรึกษาแพทย์ต่างแผนกเพื่อควบคุมอาการและดูแลรักษาร่วมกัน หากมีโรคประจำตัว ผู้ที่รับประทานยาการแข็งตัวของเลือด เช่น แอสไพริน วาฟาริน หรือต้านการอักเสบ ต้องแจ้งแพทย์และพยาบาลทราบและต้องหยุดยาเหล่านี้ 7-10 วันก่อนผ่าตัด</p> <p>2. การบริหารร่างกาย ขณะที่ได้รับการรักษาโดยการดึงดั่งน้ำหนัก ซึ่งผู้ป่วยต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวอยู่บนเตียง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาได้ เช่น ปอดบวม การอักเสบติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ นิ้ว กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง เส้นเลือดดำอุดตัน เป็นต้น การบริหารร่างกายจึงมีความสำคัญ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว</p> <p>2.1 บริหารปอด เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี ป้องกันปอดแฟบและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฝึกหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ปฏิบัติได้โดย ปิดปาก สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึกๆช้าๆ จนเต็มที กลั้นไว้สักครู่ ค่อยๆผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ (ทำปากจู๋) ทำบ่อยๆ ประมาณ 8 – 10 ครั้ง ทุกๆ 2 ชั่วโมง - ฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ ปฏิบัติได้โดย สูดลมหายใจเข้าให้เต็มที่กลั้นหายใจและไอออกมาแรงๆ <p>2.2 การบริหารกล้ามเนื้อขาข้างที่ถูกดึงดั่งน้ำหนัก เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา โดยกดเข่าแนบพื้น นับ 1 – 5 ช้าๆ แล้วค่อยๆคลายออก ทำวันละ 2 – 3 รอบ รอบละ 20 ครั้ง - การบริหารข้อเท้าและนิ้วเท้า เพื่อป้องกันข้อติดแข็ง การขูดต้นของหลอดเลือดและช่วยลดอาการรวม โดย กระดกข้อเท้าและนิ้วเท้าขึ้น – ลง ปิดข้อเท้าเข้าออกจากลำตัว หมุนข้อเท้าเป็นวงกลม ทำวันละ 2 – 3 รอบ รอบละ 20 ครั้ง หรือปลุกปลายเท้าด้วยฝ่า เหลือปลายเชือกพอดึงได้สะดวก จากนั้นให้ดึงจนเชือกตึง เพื่อให้ปลายเท้าจอบจน 	<p>รูปภาพการบริหารปอด</p> <p>รูปภาพการบริหารต่างๆ</p>

คำบรรยาย	ภาพ
<p>หลังทำหยาแล้วจึงผ่อนเชือกให้ปล่อยให้ปลายทำหยาตกลงจนถึงหลังเท้า เบนออกจากขา ทำครั้งละ 5 – 10 นาที และทำทุก 1 – 2 ชั่วโมง</p> <p>2.3 บริหารกล้ามเนื้อแขน ขา ข้างที่ดี เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขา เตรียมตัวเพื่อใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริหารกล้ามเนื้อขา ข้อเท้าและนิ้วเท้า โดยปฏิบัติเช่นเดียวกับขาข้างที่ถ่วงดึงน้ำหนัก - ยกขาให้สูงที่สุด ค้างไว้ นับ 1- 5 แล้ววางลง ทำวันละ 2 – 3 รอบ รอบละ 10 – 20 ครั้ง - เขยียดขาวันละ 5 รอบ รอบละ 10 – 20 ครั้ง - ยกน้ำหนักหรือถุงทรายหนัก 2 ก.ก วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 50 - 10 ครั้ง <p>2.4 โหนบาร์คว่ำขึ้นให้สะโพกลอยขึ้นจากพื้นเตียง ทำทุกๆ 1 – 2 ชั่วโมง</p> <p>เย็นก่อนผ่าตัด</p> <p>แพทย์ผ่าตัดและแพทย์ดมยาระงับความรู้สึกจะอธิบายให้ทราบถึงการผ่าตัด วิธีให้ระงับความรู้สึก ซึ่งมี 2 วิธี คือการดมยาระงับความรู้สึก หรือการให้ยาทางไขสันหลัง และก่อนส่งตัวไปห้องผ่าตัดจะได้รับการฉีดยาหรือยารับประทาน เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย ซึ่งอาจจะทำให้ง่วงซึม เพราะฉะนั้นต้องนอนพักอยู่บนเตียงและไม่ลุกจากเตียงเด็ดขาดเพราะอาจเกิดอุบัติเหตุทุกล้มได้ โดยทั่วไปจะใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 2 - 4 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับสภาพโรคแต่ละคน</p>	

คำบรรยาย	ภาพ
<p>คืนก่อนผ่าตัด</p> <p>ดูแลความสะอาดทั่วไป ต้องสระผม ตัดเล็บ ฟอกผิวหนังที่จะทำผ่าตัด งดน้ำและอาหารทุกชนิดหลังเที่ยงคืน และควรรนอนพักผ่อนให้เพียงพอโดยลดความวิตกกังวลต่างๆ โดยทำให้สบาย และถ้านอนไม่หลับควรปรึกษาแพทย์</p> <p>สภาพร่างกายหลังผ่าตัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.แผลบริเวณที่ผ่าตัดจะมีท่อสายยางต่อลงขูดสูญญากาศ เพื่อเป็นการระบายเลือดออกจากแผล แพทย์จะเอาออกหลังผ่าตัดประมาณวันที่ 3 หรือเมื่อไม่มีเลือดออกเพิ่ม 2.สายปัสสาวะให้เลือดเพื่อทดแทนสารน้ำหรือเลือดที่เสียไปในการผ่าตัด ซึ่งจะงดให้น้ำเกลือเมื่อรับประทานอาหารได้ และให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 3.สายสวนบัสสาวะเพื่อตรวจสอสมดุลปริมาณน้ำเข้าออก โดยทั่วไปจะเอาออก 24 ชั่วโมงหรือพ้นภาวะวิกฤต 4.บางรายอาจใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนัก หรือวางขาในบล็อกฟองน้ำ เพื่อให้ขาอยู่ในท่าที่ถูกต้อง ไม่เกิดขาผิดรูป เกิดข้อสะโพกหลุดได้ <p>การปฏิบัติตนในระยะหลังผ่าตัด</p> <p>วันแรกหลังผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ท่านอน จะนอนราบกางขาข้างที่ทำผ่าตัดให้อยู่ในท่าสะโพกกางออก - ฝึกการบริหารการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ ตามที่ฝึกไว้ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด - ฝึกการบริหารข้อเท้า การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ตามที่ฝึกไว้ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด 	<p>ภาพผู้ป่วยผ่าตัดนอนอยู่บนเตียง โดยมีสายเลือดออกจากแผล</p>

คำบรรยาย	ภาพ
<p>- มีการพลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้หมอนรองขาข้างที่ทำผ้าตัดเพื่อให้ง่ายออกตลอดเวลา</p> <p>- ผิกรการโหนบาร์โดยใช้มือสองข้างจับบาร์และตั้งขาข้างที่ไม่ได้ทำผ้าตัดพร้อมทั้งยกก้นลอยและขาข้างที่ทำผ้าตัดต้องกางตลอดเวลา</p> <p>วันที่ 2-3 หลังผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผิกรการบริหารข้อเท้า การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และการบริหารกล้ามเนื้อสะโพกด้านหลัง ตามที่ฝึกไว้ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด - ผิกรการบริหารการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ ตามที่ฝึกไว้ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด - เริ่มให้หัวเตียงสูงตามแผนการรักษา <p>วันที่ 4-7 หลังผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - เริ่มหัดยืนเดินตามแผนการรักษา โดยการลงจากเตียงให้เคลื่อนตัวมาอย่างช้าๆ เพื่อให้กล้ามเนื้อขาข้างที่ฝึกหัดโดยที่ขาข้างที่ทำผ้าตัดอยู่ในท่าที่ทางขาตลอดเวลาใช้ข้อศอกและมียืนที่นอนและลุกขึ้นนั่งพร้อมกับหมุนตัวห้อยขาจากเตียง - เมื่อนั่งห้อยขาข้างเดียวได้มั่นคงและไม่เวียนศีรษะก็สามารถขึ้นข้างเดียว โดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดินและก้าวเดินโดยใช้ขาข้างที่ทำผ้าตัดก้าวนำก่อนพร้อมเครื่องช่วยพยุงเดิน <p>หลังจากฝึกเดินหรือเริ่มเดินได้ด้วย อุปกรณ์ช่วยเดินแล้ว อาจทำให้รู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและระบบทรวงอก ทานควรรวดกล้ามเนื้อด้วยครีมขนาดลดปวดใช้ผ่านๆองใต้ขาผู้สูงอายุจะทำให้รู้สึกสุขสบายขึ้น</p> <p>การผ่าตัดกระดูกสะโพก หลังผ่าตัดผู้สูงอายุจะฟื้นฟูสภาพได้ดีหรือไม่ขึ้น นอกจากขึ้นอยู่กับการรักษาของแพทย์ การทำกายภาพบำบัด และการดูแลเป็นอย่างดีจากพยาบาลแล้ว ทางโรงพยาบาลถือว่าญาติผู้ดูแลเป็นบุคคล</p>	<p>รูปภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่ออยู่บ้าน</p>

คำบรรยาย	ภาพ
<p>สำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุพ้นจากความเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น โรงพยาบาลจึงสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่ในระยะแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดดีขึ้น ผู้ดูแลจึงสามารถมีส่วนร่วมในการดูแล และตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลให้รับประทานอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร โดยจัดที่นั่ง ลำตัวตรง หรือนอนหัวสูง สะโพกสูงไม่เกิน 90 องศา และเตรียมอาหารให้อยู่ใกล้มือผู้ป่วย 1.2 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอ โดยป้อนอาหารหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่อกาหร ป้อนอาหารเอง ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการรับประทานอาหาร ไม่เร่งผู้ช่วยขณะรับประทานอาหาร และดูแลให้รับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ ได้หมดหรือเกือบหมด 1.3 การป้องกันการสำลักอาหาร โดยดื่อกาหรคำเล็กๆ ให้ผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนอาหารช้าๆ และหลังรับประทานอาหารให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือนอนศีรษะสูง 30 องศา ประมาณ 30-40 นาที 1.4 การแก้ไขปัญหาการรับประทานอาหาร ขณะให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารผู้ป่วยไอหรือสำลักให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานอาหารทันทีหรือหยุดป้อน 1.5 การดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ หลังรับประทานอาหาร ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตาม 1 แก้ว (150-200 cc) ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาด / น้ำผลไม้ / เครื่องดื่มบำรุงกำลังระหว่างมือ 100-150 cc (ในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน งดน้ำผลไม้ / เครื่องดื่มบำรุงกำลังที่มีรสหวาน / จำกัดน้ำตาลตามแผนการรักษา) 	

คำบรรยาย	ภาพ
<p>2. การดูแลให้มีการระบายนภาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ</p> <p>2.1 การการจัดเสมหะ / นำลายในปากในคอ / การกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอและขากเสมหะออกมาเอง โดยให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าลึกๆ กลับหายใจแล้วไอและขากเสมหะออก และผู้ดูแลใช้กระดาษชำระรองรับและเช็ด หรือให้ผู้ป่วยขากกลางที่ภาชนะรองรับ</p> <p>2.2 การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจผิดปกติ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ / เคาะปอด จัดทำศีรษะสูงให้อยู่ในลักษณะปอดขยาย ข้อสะโพกองไม่เกิน 90 องศา ถ้าอาการไม่ดีขึ้นเช่น เหนื่อย หอบ หายใจลำบากรีบบอกพยาบาล</p> <p>2.3 การป้องกันการติดเชื้อระบบหายใจ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว ให้ผู้ป่วยบริหารปอด โดยการทำ dequid Tiffno กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอุ่น / หรือน้ำสะอาด</p> <p>3. การดูแลด้านการจับถ่าย</p> <p>3.1 การดูแลการจับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ทำความสะอาดหลังการจับถ่ายทุกครั้ง และช่วยสอดคั้งหมอนนอน กระบอกปัสสาวะให้ผู้ป่วย / รองผ้าอ้อม / ใส่ถุงปัสสาวะได้ถูกต้อง</p> <p>3.2 การฝึกการจับถ่าย กระตุ้นให้ผู้ป่วยจับถ่ายปัสสาวะทุก 2-3 ชม. ฝึกถ่ายในท่าปกติ โดยให้นั่งกระโถน / เคนด้วยเครื่องพยุงเดินไปถ่ายที่ห้องน้ำ ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาขณะจับถ่าย</p> <p>4. การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล</p> <p>4.1 การดูแลความสะอาดร่างกาย อาบน้ำหรือเช็ดตัวรวมทั้งเช็ดบริเวณก้นและอวัยวะสืบพันธุ์ได้สะอาด ด้วยสบู่และน้ำสะอาด</p> <p>4.2 ดูแลความสะอาดปากฟัน กระตุ้นให้ผู้ป่วยแปรงฟัน / บ้วนปาก (กรณีใส่ฟันปลอม) แปรงฟันเช้าและก่อนนอนหรือหลังรับประทานอาหาร / ล้างฟันปลอมและแช่ฟันปลอมในภาชนะที่ใส่น้ำทุกครั้งที่เกิดฟันปลอม</p>	

คำบรรยาย	ภาพ
<p>4.3 การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน เปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้งหลังอาบน้ำ / เช็ดตัว / เมื่อป้อนหรือสกรก เปลี่ยนผ้าปูและบอกลบทุกครั้งที่เมื่อป้อนอุจจาระ หรือปัสสาวะ / คราบเลือดหรือคราบสกปรกอื่น ๆ ผ้าปูที่นอนเรียบตึง ไม่มีรอยยับและสิ่งแปลกปลอม</p> <p>5. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม</p> <p>5.1 การช่วยเหลือ / ส่งเสริมหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายวันละ 2 - 3 ครั้ง ช่วย / คอยดูแลให้ผู้ป่วย ได้แกว่งกลัมนิ้วและข้อต่อต่างๆของขาที่ได้รับบาดเจ็บด้วยท่าที่ถูกต้อง โดยผู้ดูแลช่วยเหลือ</p> <p>ท่าที่ 1 ท่างอ –เหยียดข้อสะโพกและเข่า ผู้ดูแล ใช้นิ้วจับขาข้างที่ผ่าตัด โดยจับใต้เข่าและสันเท้าของผู้ป่วย งอเข่าและสะโพกพร้อมดันเข่าลำตัวจากนั้นเหยียดขากลับสู่ท่าเดิม ทำสลับกัน ซ้ำอย่างน้อยข้างละ 10 ครั้ง</p> <p>ท่าที่ 2 ท่ากางขา – หุบขา ใช้นิ้วจับขาข้างที่ผ่าตัด โดยจับใต้เข่าและข้อเท้าของผู้ป่วย จากนั้นกางขาออก ด้านข้างของลำตัวและหุบเข่ามาชิดขาอีกด้านหนึ่ง โดยทำสลับกันทำซ้ำอย่างน้อยข้างละ 10 ครั้ง</p> <p>ท่าที่ 3 ทำยืดกล้ามเนื้อหลังต้นขา ใช้นิ้วจับขาข้างที่ผ่าตัด โดยจับด้านหน้าเข่าและข้อเท้าของผู้ป่วย จากนั้นยกขาขึ้นตรงๆประมาณ 70 องศา ยกค้างไว้ 1-10 แล้ววางกลับที่เดิม ทำซ้ำอย่างน้อยข้างละ 10 ครั้ง</p> <p>ท่าที่ 4 ทำยืดกล้ามเนื้อน่อง ผู้ดูแลจับที่สันเท้าของขาข้างที่ผ่าตัด ท้องแขนของผู้ดูแลแนบกับฝ่าเท้า ส่วนอีกมือจับที่ข้อเท้า ออกแรงมือที่จับสันเท้าให้ข้อเท้ากระดกขึ้นยึดค้างไว้แล้วนับ 1-10 แล้วทำซ้ำใหม่ 10 ครั้ง</p> <p>ท่าที่ 5 ทำกระดกข้อเท้าขึ้นลง และเหยียดนิ้วเท้า ผู้ดูแล ใช้นิ้วจับข้อเท้าข้างที่ผ่าตัดของผู้ป่วย จับเท้าผู้ป่วยกระดกขึ้นลงสลับกันทำซ้ำอย่างน้อย 10 ครั้ง ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง ให้ผู้ดูแลคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ ดังนี้</p>	<p>รูปภาพเกี่ยวกับการบริหารร่างกายโดยผู้ดูแลช่วยเหลือ</p>

คำบรรยาย	ภาพ
<p>- ทาบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า : นอนหงายราบ ขาเหยียดตรง กระดกข้อเท้าขึ้น ใ้ปลายนิ้วชี้ไปที่เพดาน กดเข่าลงให้แนบกับพื้นอน ทำค้างไว้ประมาณ 10 – 15 วินาที แล้วจึงคลายลงช้า ๆ พักเข่า นับเป็น 1 ครั้ง (ให้ผู้ป่วยนับ 1 – 10 หรือ 1 – 15 ช้าๆ) ทำซ้ำประมาณ 10 ครั้ง ทำสลับกันซ้ายขวา โดยฝึกทำขาข้างที่ผิดปกติก่อน แล้วสลับมาทำขาข้างที่ปกติเจ็บภายหลัง</p> <p>: นอนราบเหยียดขาตรง แล้วยกขาข้างที่ไม่บาดเจ็บขึ้นสูงจากพื้นอนประมาณ 3 – 4 นิ้ว เกร็งค้างไว้ประมาณ 10 วินาที แล้วปล่อยขาลงช้าๆ ทำประมาณ 10 ครั้ง ทำขาข้างที่ผิดปกติก่อนแล้วสลับมาทำขาข้างที่ปกติเจ็บภายหลัง</p> <p>- ทาบริหารข้อเท้า โดยนอนราบขาเหยียดตรง กระดกข้อเท้าขึ้นลง ขณะกระดกข้อเท้าขึ้นหรือลงให้ทำค้างไว้ 10 วินาที แล้วหมุนข้อเท้า ทำสลับกันระหว่างขาข้างซ้ายกับขาขวา</p> <p>นอกจากนี้ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อข้อมือและแขนด้วย เนื่องจากต้องใช้กำลังแขนช่วยในการเดินด้วยเครื่องพยุง โดยอาจใช้การยกคัมเบลหรือถุงทรายช่วย</p> <p>5.2 ส่งเสริม / กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยกระตุ้น / ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและนำด้วยตนเอง กระตุ้น / ให้ผู้ป่วยทำความสะอาด ปาก ฟัน เล็บ ผม ช่วย / กระตุ้นให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าด้วยตนเอง</p> <p>การใส่กางเกง ดูด / กระตุ้นให้ผู้ป่วยนั่งใส่กางเกง (ควรนั่งบนเก้าอี้) กรณีใส่กางเกงสำหรับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ให้ใส่ขาข้างที่ติดก่อน / ใส่กางเกงขาขวา ใส่ขาข้างที่ผ่าตัดก่อน</p> <p>การถอดกางเกงขาขวา ช่วยถอด/กระตุ้นให้ผู้ป่วย ถอดจากขาข้างที่ติดก่อน/กางเกงสำหรับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ให้ถอดขาข้างที่ผ่าตัดก่อน</p>	

คำบรรยาย	ภาพ
<p>ขณะใส่หรือถอดกางเกง ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยก้มหรือโน้มตัวไปข้างหน้า ฝึกและคอยช่วยเหลือผู้ป่วยในการนั่งขึ้น และเดิน / การใช้รถเข็นและเครื่องช่วยพยุงเดิน (walker) กระตุ้นให้ขยับถ่ายและทำความสะอาดด้วยตนเอง บนเตียง / ข้างเตียง / ในห้องน้ำ</p> <p>6. การเฝ้าระวังอุบัติเหตุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน</p> <p>6.1 การกระตุ้นให้สนใจขาข้างที่ได้รับบาดเจ็บ โดยยกขาข้างที่ได้รับบาดเจ็บมาตัดถูกริวิธีโดยใช้มือข้างหนึ่งรองรับได้น่อง มีอีกข้างรองรับได้ต้นขา เข้าหาผู้ป่วยทางด้านขาข้างที่ได้รับบาดเจ็บ</p> <p>6.2 การกระตุ้นให้สนใจแขนขาข้างที่ปกติ กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แขนขาข้างที่ปกติ ใช้มือ แขน 2 ข้าง โหนบาร์ หรือจับหัวเตียงเพื่อยกตัว โหนตัว / ใช้ขาข้างปกติชันขาที่นอนยกกันขึ้นให้ลอยจากที่นอนเป็นช่วง ๆ (ในขณะที่ขาข้างที่ผ่าตัดเหยียดตรง)</p> <p>6.3 การป้องกันการลัดตกหกล้ม / หักข้อ / ข้อสะโพกหลุด ป้องกันการตกเตียง โดยใช้ไม้กันเตียง ดูแล ทำทาง / จัดท่าที่ถูกต้อง</p> <p>ทำนอน ขาข้างผ่าตัดตั้งตรง ไม่มีดอกนอก ไม่หมุนเข้าใน นอนกางขา 15 - 30 องศา</p> <p>ทำนั่ง ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยนั่งไขว่ห้าง / นั่งยอง ๆ / งอข้อสะโพกเกิน 90 องศา / โน้มตัวไปข้างหน้าเพื่อหยิบของ (กรณีผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม)</p> <p>ทำพลิกตะแคงตัว พลิกตะแคงตัวโดยให้ขาข้างที่ผ่าตัดอยู่ด้านบนระหว่างพลิกตัวขาข้างผ่าตัดอยู่ในท่ากางออกเมื่อนอนตะแคงมีหมอนรองระหว่างขาเสมอ (กรณีผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม)</p> <p>ทำลงจากเตียง เขยิบลงจากเตียง ไปด้านเดียวกับขาข้างที่ผ่าตัด</p>	

คำบรรยาย	ภาพ
<p>ทำยืน/การเดิน ใช้อุปกรณ์พยุงเดิน (walker) ทุกครั้ง ขณะเดินดูแลให้ผู้ป่วยยกอุปกรณ์ช่วยเดินไปด้านหน้าไม่ให้ไกลหรือใกล้เกินไป ก้าวขาข้างที่ผ่าตัดไปก่อนแล้วตามด้วยขาข้างที่ดี มีเข็มขัดหรือ ผ้าคาดเอวไว้เพื่อควบคุมการเคลื่อนไหวขณะเดิน</p> <p>การช่วยผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ โดยให้ผู้ป่วยจับเก้าอี้ บอก / ดูแลให้ผู้ป่วยหย่อนตัวลงนั่งบนเก้าอี้อย่างช้า ๆ (โดยผู้ดูแลจับเข็มขัดหรือผ้าคาดเอวผู้ป่วย) ให้ข้อเข่าอยู่ต่ำกว่าข้อสะโพกระวังไม่ให้ข้อสะโพกงอเกิน 90 องศา</p> <p>การช่วยผู้ป่วยขึ้นเตียง ให้ผู้ป่วยเลื่อนตัวมาที่ขอบเก้าอี้ วางเครื่องพยุงเดินด้านหน้า ให้ผู้ป่วยจับขอบเก้าอี้ / จับเครื่องพยุงเดิน ต้นตัวลุกขึ้นเพื่อช่วยพยุงกลับมามีที่ขอบเตียงแล้วให้ผู้ป่วยนั่งที่ขอบเตียง ผู้ดูแลช่วย พยุงขาข้างที่ผ่าตัดให้อยู่ในลักษณะกางออกแล้วจึงให้ผู้ป่วยขยับตัวเข้าไปในเตียง</p> <p>6.4 การป้องกันหลอดเลือดดำอุดตัน โดยดูแลทำนอนให้ขากางออก ข้อสะโพกและข้อเข่าไม่อยู่ในท่าเหยียดเกินไป / มีฝารองบริเวณขา</p> <p>6.5 การป้องกันแผลกดทับ โดยใช้หมอนหรือฟ้านุ่มบริเวณมุมกระดูกต่าง ๆ ช่วยกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวหรือพลิกตัวอย่างน้อยทุก 2 ชม. ไม่ดึงลากหรือกระชากผู้ป่วยหรือฟ้ายูทึนอนขณะผู้ป่วยอยู่บนเตียง สังเกตผิวหนังที่ถูกกดและบริเวณใกล้เตียงเมื่อเปลี่ยนท่านอน</p> <p>6.6 การป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ โดยฝึกกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกล้ามเนื้อ ไหล่ แขน ขา ข้างที่ปกติฝึกกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายข้อเข่าและข้อเท้า ข้อสะโพกข้างที่ปกติฝึกกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกล้ามเนื้อขา ข้อเท้า ข้อสะโพก ข้างที่ได้รับบาดเจ็บผ่าตัด ดูแลและสนับสนุนให้ผู้ป่วย ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ใช้เวลา 10-15 นาที</p>	

คำบรรยาย	ภาพ
<p>6.7 การป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด โดยดูแล / ให้ผู้ป่วยตัดเล็บให้สั้น ดูแล / ห้ามไม่ให้ผู้ป่วยแกะเกาแผลผ่าตัด แผลเปื่อยก้น / มีสิ่งคัดหลั่งซึม / ประอบเป็นบอภพยาบาลเพื่อทำแผล และช่วยดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย / เสื้อผ้าที่สวมใส่ / ผ้าปูที่นอนของผู้ป่วย</p> <p>7. การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน</p> <p>7.1 การดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับ / การจัดช่วงเวลาพักผ่อน จัดที่นอนและสิ่งแวดล้อมให้สะอาด จัดท่านอนให้ผู้ป่วยสบาย ค้นหาและจัดสาเหตุที่ผู้ป่วยนอนไม่หลับ</p> <p>7.2 การดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนหย่อนใจ โดยจัดให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ชอบหรือที่เคยทำประจำ ดูแลให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความเครียด</p> <p>8. ด้านการช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์</p> <p>8.1 การจัดให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวเป็นครั้งคราว จัดให้ผู้ป่วยอยู่ลำพังเมื่อต้องการ เฝ้าสังเกตผู้ป่วยเป็นระยะๆ และให้ความช่วยเหลือทันทีเมื่อผู้ป่วยร้องขอ</p> <p>8.2 การช่วยให้ผู้ป่วยติดต่อกับบุคคลอื่น เช่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับเพื่อนหรือบุคคลที่ต้องการแนะนำผู้ป่วยเมื่อมีผู้มาเยี่ยม / เจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้บอกความต้องการของตนเอง และนำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในหอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลตามความต้องการ</p> <p>8.3 การสื่อสารกับผู้ป่วย เช่น พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยคำพูดสั้นๆ และเข้าใจง่าย นำเสียงดังชัดเจน ผู้ป่วยได้ยิน และไม่แสดงท่าทีรำคาญหรือเบื่อหน่าย</p>	

คำบรรยาย	ภาพ
<p>9. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา เช่น ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา สังเกตอาการปวดและบวมของขาได้ เมื่อผู้ป่วยปวดและต้องการยาแก้ปวดตามแผนการรักษา สังเกตและบอกอาการผิดปกติได้ เช่น มีผื่น ปวดท้อง คลื่นไส้</p> <p>ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิธีที่ค้นหานี้จะมีประโยชน์ต่อผู้ที่ได้รับการผ่าตัดและญาติผู้ดูแล เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เพื่อการฟื้นฟูสภาพ และเพื่อส่งเสริมความรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ญาติที่จะ</p> <p>- ทำบริหารกล้ามเนื้อต้นขาต้านหน้า : นอนหงายราบ ขาเหยียดตรง กระดกข้อเท้าขึ้น ให้ปลายนิ้วชี้ไปที่เพดาน กดเข่าลงให้แนบกับที่นอน ทำค้างไว้ประมาณ 10 – 15 วินาที แล้วจึงคลายลงช้า ๆ พักเข่า นับเป็น 1 ครั้ง (ให้ผู้ป่วยนับ 1 – 10 หรือ 1 – 15 ซ้ำๆ) ทำซ้ำประมาณ 10 ครั้ง ทำสลับกันซ้ายขวา โดยฝึกทำขาข้างที่ผิดปกติก่อน แล้วสลับมาทำขาข้างที่ปกติเจ็บภายหลัง</p> <p>: นอนราบเหยียดขาตรง แล้วยกขาข้างที่ไม่บาดเจ็บขึ้นสูงจากที่นอนประมาณ 3 – 4 นิ้ว เกร็งค้างไว้ประมาณ 10 วินาที แล้วปล่อยขาลงช้าๆ ทำประมาณ 10 ครั้ง ทำขาข้างที่ผิดปกติก่อนแล้วสลับมาทำขาข้างที่ปกติเจ็บภายหลัง</p> <p>- ทำบริหารข้อเท้า โดยนอนราบขาเหยียดตรง กระดกข้อเท้าขึ้นลง ขณะกระดกข้อเท้าขึ้นหรือลงให้ทำค้างไว้ 10 วินาที แล้วหมุนข้อเท้า ทำสลับกันระหว่างขาข้างซ้ายกับขาขวา</p> <p>นอกจากนี้ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อข้อมือและแขนด้วย เนื่องจากต้องใช้กำลังแขนช่วยในการเดินด้วยเครื่องพยุง โดยอาจใช้การก้มบดหรืออุ้งทรงช่วย</p> <p>5.2 ส่งเสริม / กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยกระตุ้น / ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและนำด้วยตนเอง กระตุ้น / ให้ผู้ป่วยทำความสะอาด ปาก ฟัน เล็บ ผม ช่วย / กระตุ้นให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าด้วยตนเอง</p>	

คำบรรยาย	ภาพ
<p>การใส่กางเกง ดูแล / กระตุ้นให้ผู้ป่วยนั่งใส่กางเกง (ควรนั่งบนเก้าอี้) กรณีใส่กางเกงสำหรับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ให้ใส่ขาข้างที่ติดก่อน / ใส่กางเกงขายาว ใส่ขาข้างที่ผ่าตัดก่อน</p> <p>การถอดกางเกงขายาว ช่วยถอด/กระตุ้นให้ผู้ป่วย ถอดจากขาข้างที่ติดก่อน/กางเกงสำหรับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ให้ถอดขาข้างที่ผ่าตัดก่อน</p>	

คู่มือ
ส่งเสริมความรู้ความสามารถการดูแลสุขภาพ
ผู้ตัดกระดูกสะโพกหัก



นางนันทนา อธิษฐานพันธ์

เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานเพื่อ
เรื่องของการบริการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อ
ความรู้ความสามารถในการดูแลและให้การปรึกษาผู้ตัดกระดูกสะโพก
ของผู้สูงอายุที่ได้รับบริการผ่าตัดกระดูกสะโพก

เรื่อง	หน้า
❖ ความหมายของกระดูกสะโพกหัก	1
❖ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด	2
❖ การปฏิบัติตนในระยะเวลาหลังผ่าตัด	6
❖ การทำกิจวัตรประจำวัน	18
❖ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	31



ผ่านภาพพดิก กิจกรรมสะท้อนคิด
13 คำถาม – 13 คำตอบ
สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก
“เราควรลงมือทำเรื่องใดบ้าง เพื่อช่วยให้เราสามารถดูแลผู้ป่วย
สูงอายุที่บ้าน?”
“เราควรทำอะไร...”



นางนัยนา ธีธาดาพันธ์ นศ.ปริญญาโท มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ภาคผนวก ง
ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) = $\frac{\text{จำนวนข้อที่เห็นตรงกัน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาคำนวณได้จากค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังต่อไปนี้

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 และคนที่ 2 = $52/53 = .98$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 และคนที่ 3 = $53/53 = 1$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 และคนที่ 4 = $51/53 = .96$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 และคนที่ 5 = $52/53 = 1$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 และคนที่ 3 = $52/53 = .98$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 และคนที่ 4 = $51/53 = .96$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 และคนที่ 5 = $51/53 = .96$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 และคนที่ 4 = $53/53 = 1$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 และคนที่ 5 = $52/53 = .98$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 4 และคนที่ 5 = $53/53 = 1$

รวมค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ = 9.82

จำนวนคู่ของผู้ทรงคุณวุฒิ 10 คู่ ดังนั้นค่าค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = $9.82/10 = .98$

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – ชื่อสกุล	นางนัยนา ธัญธาดาพันธ์
วัน เดือน ปีเกิด	6 ตุลาคม 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดสตูล
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	472 หมู่ที่ 2 ตำบลเขาคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล รหัสไปรษณีย์ 91000
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หน่วยงานศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสตูล ต.พิมาน อ. เมือง จังหวัดสตูล รหัสไปรษณีย์ 91000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2541	หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา จังหวัดยะลา
พ.ศ. 2549	หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จ.นนทบุรี
พ.ศ. 2553	หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษา โรคเบื้องต้น) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา จังหวัด สงขลา

