

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถ
ในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก



พันตำรวจโทหญิงธนพร รัตนธรรมวัฒน์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF THE INDIVIDUAL AND FAMILY SELF-MANAGEMENT PROMOTING
PROGRAM ON FUNCTIONAL CAPACITY AMONG OLDER PERSONS
WITH HIP FRACTURE

Police Lieutenant Colonel Thanaporn Rattanathummawat



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและ
ครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย
ของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก
โดย พันตำรวจโทหญิงชนพร รัตนธรรมวัฒน์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์)

ธนพร รัตนธรรมวัฒน์ : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก (THE EFFECT OF THE INDIVIDUAL AND FAMILY SELF-MANAGEMENT PROMOTING PROGRAM ON FUNCTIONAL CAPACITY AMONG OLDER PERSONS WITH HIP FRACTURE) อ.ที่ปริกษานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์, 109 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมหรือการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตำรวจ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 44 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน โดยจัดให้ทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุ เพศ โรคประจำตัว และชนิดของการผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan & Sawin เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=2.394, p = .021$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5677177136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: THE INDIVIDUAL AND FAMILY SELF-MANAGEMENT / FUNCTIONAL CAPACITY / OLDER PERSONS / HIP FRACTURE

THANAPORN RATTANATHUMMAWAT: THE EFFECT OF THE INDIVIDUAL AND FAMILY SELF-MANAGEMENT PROMOTING PROGRAM ON FUNCTIONAL CAPACITY AMONG OLDER PERSONS WITH HIP FRACTURE. ADVISOR: ASST. PROF. TASSANA CHOOWATTANAPAKORN, Ph.D., 109 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to test the effect of the individual and family self-management promoting program on functional capacity among older persons with hip fracture. Purposive sampling was used to recruit 44 older persons with hip fracture admitted at orthopedic ward, Police General Hospital. They were equally assigned into an experimental group and a control group matched by age, sex and type of operation. The instruments were the individual and family self-management promoting program based on Ryan & Sawin theory. The functional capacity measured by six-minute walk test (6MWT). The data were analyzed by mean, percentage, standard deviation, and t-test.

The result showed that the mean score of functional capacity of older persons with hip fracture after receiving the individual and family self-management promoting program was significantly higher than the control group at $p < 0.05$. ($t = 2.394$, $p = .021$)

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาสละเวลา ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ เล่มนี้ รวมทั้งความเมตตา ปราณี เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึก ซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ตลอดเวลาที่ผ่านมาเป็นอย่างดียิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขข้อบกพร่องวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตร์ตันกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้สละเวลาตรวจสอบเครื่องมือที่ได้ใช้การวิจัย และให้ข้อเสนอแนะใน การแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้การ สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ ผู้บังคับการ แพทย์ศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์ หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลสายออร์โธปิดิกส์ หัวหน้า พยาบาลหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ พยาบาล รวมทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลทุกท่านที่ให้ความ อนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น อย่างดี และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็น อย่างดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์และ/หรือปัญหาการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
1. กระจกสะท้อนให้กับผู้สูงอายุ	10
1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ.....	10
1.2 ความหมายของกระจกสะท้อน.....	10
1.3 อาการของกระจกสะท้อน.....	10
1.4 สาเหตุของการเกิดกระจกสะท้อนในผู้สูงอายุ.....	11
1.5 การรักษาภาวะกระจกสะท้อนในผู้สูงอายุ	11
1.6 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระจกสะท้อน	15
2. การพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุกระจกสะท้อน.....	17
2.1 การดูแลผู้สูงอายุกระจกสะท้อนระยะก่อนผ่าตัด	17

2.2 การดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด	18
3. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	21
3.1 ความหมายของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	21
3.2 ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด	22
3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย.....	23
3.4 การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	24
4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองโดยบุคคลและครอบครัว.....	26
4.1 ความหมายของการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว.....	26
4.2 แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว.....	26
5. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก.....	28
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30
6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว.....	30
6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	31
กรอบแนวคิดการวิจัย	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
การดำเนินการทดลอง	45
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	54
สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	55
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	59
สรุปผลการวิจัย.....	63
อภิปรายผลการวิจัย.....	63
ข้อเสนอแนะ	67
รายการอ้างอิง	68
ภาคผนวก.....	80
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	81
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	83
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	86
ภาคผนวก ง เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	88
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	93
ภาคผนวก ฉ ภาพแสดงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการดำเนินกิจกรรม.....	107
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	109

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงการจับคู่ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามอายุ เพศ โรคประจำตัว และชนิดของการผ่าตัด.....	36
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ	38
ตารางที่ 3 ข้อมูลผู้สูงอายุรายบุคคลหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ...	57
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด.....	58

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระดูกสะโพกหักเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักทั่วโลก 2.5 ล้านคนในปี ค.ศ. 2025 และเพิ่มขึ้นเป็น 4.5 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในทวีปเอเชียถึงร้อยละ 50 (Jonell, & Kanis, 2005) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการหกล้ม เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของระบบต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกที่บางลงและมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง ทำให้โครงสร้างของร่างกายไม่แข็งแรง มีความเสี่ยงต่อการหกล้มและกระดูกหักได้ง่าย ในรายที่กระดูกสะโพกหัก ทำให้เกิดความเจ็บปวด ทรงตัวไม่ได้ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลาอาจเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตในที่สุด (Rao & Cherukuri, 2006) ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีอัตราการตายสูงเป็น 10 เท่าของผู้สูงอายุทั่วไป (สุชีลา จันทร์วิทยานุชิต, 2554) ดังนั้น ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจึงควรได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว การรักษาที่ได้ผลดี คือ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน (Christmas, 2006)

การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการรักษาเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของข้อสะโพก และบรรเทาอาการปวด มีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายสามารถเคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงกับก่อนกระดูกสะโพกหักมากที่สุด อย่างไรก็ตามยังพบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการผ่าตัดมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว (Penrod, Litke, Hawkes, Magainer, Doucette & Kaval 2008) อีกทั้งไม่กล้าเคลื่อนไหวตัวลงจากเตียง (Ruiz, 2000) นอนนิ่งกับที่เพราะกลัวแผลแยก (เสาวภา อินผา, 2550) ร้อยละ 30-73 กลัวการหกล้ม ทำให้ไม่ยอมเดินหรือเดินน้อยลง (เปรมกมล ขวนขวาย, 2550) ออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง (Roach, 2001) จนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ธนาวรรณ แสนปัญญา, 2554; วัชรา ภูมิพระบุ, 2555) จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น การยึดติดของข้อสะโพก การเดินผิดปกติ การเกิดแผลกดทับ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ปอดบวม ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อสะโพกเทียมหลุด เป็นต้น (วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์, 2547; Abbas, Murtaza, Umer. Rashid & Qadir, 2012) ในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมประจำวันถูกจำกัด ร้อยละ 29-50 ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนก่อนกระดูกสะโพกหัก (Bertram, Norman, Kemp & Vos, 2011) เช่น การขึ้นหรือลงบันได การยืนเป็นระยะเวลานาน การเดินเข้าหรือออกจากห้อง

ต่างๆ ภายในบ้านหรือการเดินทางในระยะทางยาว 2 ช่วงตึก (วิภาพร สีเลิศมงคลกุล, 2556) ซึ่งความสามารถในการเดินนี้ บ่งบอกถึงระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจกรรมประจำวัน รวมทั้งความสามารถในการกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้เหมือนก่อนกระดูกสะโพกหัก (Silvia, Inmaculada & Carman, 2012)

ปัญหาดังกล่าวข้างต้นเกิดจากผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักมีปัญหาในการจัดการตนเองหลังผ่าตัด เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่มีแนวโน้มของการเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นหลายโรค (Cree, Carriere, Soskolene & Suarez 2001) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของระบบต่างๆ ของร่างกายตามวัย เช่น ปัญหาการได้ยิน การมองเห็นลดลง หรือมีอาการสับสนหลังผ่าตัด (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2548) ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักกลัวว่าตนจะไม่สามารถเรียนรู้การจัดการตนเองหลังผ่าตัดตามที่เจ้าหน้าที่สอนได้ ขาดความมั่นใจในการฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการฝึกยืนหรือฝึกเดินหลังผ่าตัด จำเป็นต้องให้บุคคลในครอบครัวคอยดูแลอยู่ใกล้ๆ ตลอดทุกครั้งที่ (เสาวภา อินผา, 2550) นอกจากนี้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ค่อนข้างสั้น ทำให้มีเวลาเรียนรู้ในการจัดการตนเองในการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้านน้อย การมีนักกายภาพบำบัดและพยาบาลประจำการที่ไม่เพียงพอ ทำให้มีข้อจำกัดของการสอนผู้สูงอายุให้มีทักษะที่ดีในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายหลังผ่าตัด อีกทั้งการสอนของบุคลากรทีมสุขภาพยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยจัดการกับการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวจึงขาดความมั่นใจไม่กล้ามีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่มั่นใจว่าจะช่วยเหลือการจัดการตนเองหลังผ่าตัดให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างไรจึงจะถูกต้อง และมีคุณภาพ ไม่ขัดกับแผนการรักษา (Grondin, Bourgault & Bolduc, 2012) ทำให้ศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุด้อยลง การฟื้นฟูของการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจึงน้อยและใช้เวลานานกว่าวัยอื่น (Arizon, Fidelman, Zuta, Peisakh & Berner, 2005)

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดมีความซับซ้อน มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ บุคคลในครอบครัวจึงมีส่วนสนับสนุนและช่วยให้การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุเป็นไปได้เร็วและได้ผลดี เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความสามารถในการจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ลดลง การมีบุคคลในครอบครัวที่มีความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุอยู่ใกล้ๆ และคอยให้การช่วยเหลือในการจัดการตนเองหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคง อบอุ่น ปลอดภัย มีกำลังใจในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายหลังผ่าตัด ช่วยให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายกลับสู่สภาวะปกติได้เร็วขึ้นจนสามารถกลับมาทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตได้เหมือนเดิมหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ (จิรัฐดา กาญจนสถิตกุล, 2552) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง จะมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น (Munir, Khan, Yarker, Haslam, Long, Baibs & Kalasky, 2009) พึงพาตนเองได้มากขึ้น ทำให้รู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง (อินทกานต์ กุลไวย, 2553) จากการทบทวน

วรรณกรรม พบว่า การช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น (จิริสุตา กาญจนสถิตกุล, 2552) การส่งเสริมการจัดการตนเองด้านความรู้และทักษะแก่ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการกระตุ้นเตือน จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่เข้มแข็งและรับผิดชอบในการฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้ดีขึ้น (วิภาพร ลีเลิศมงคลกุลและคณะ, 2556)

การส่งเสริมการจัดการตนเองด้านความรู้และทักษะแก่ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายหลังผ่าตัด ตามแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self management Theory) ของ Ryan & Sawin (2009) ที่มีจุดเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันจัดการตนเอง โดยมองว่าผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหน่วยเดียวกัน มีอิทธิพลต่อกันในการเกื้อหนุนกันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยมีความคาดหวังและเป้าหมายในการปฏิบัติ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการจัดการตนเองได้อย่างเต็มที่ ผ่านกระบวนการฝึกทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ โดยการให้กำลังใจ การได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งจากครอบครัว รวมทั้งการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การศึกษาของ McCorkle, Ercolano, Lazenby, Schujman, Schilling, Larig & Wagner (2011) พบว่า รูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวในการร่วมกันดูแลตนเองตามวิธีที่พวกเขาต้องการสามารถเพิ่มขีดความสามารถในการอยู่ร่วมกับโรคมะเร็งของผู้ป่วยได้ Jerofke (2013) ศึกษาการรับรู้พฤติกรรมพยาบาลกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งและโรคหัวใจภายหลังได้รับการผ่าตัดโดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวเป็นกรอบแนวคิด พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยกับการเสริมแรงจากพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักและครอบครัวร่วมกันจัดการตนเองหลังผ่าตัดในทุกขั้นตอนเป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวตามแนวคิด ของ Ryan & Sawin (2009) มาใช้ โดยการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดที่ถูกต้องและเหมาะสม ฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้สามารถฟื้นฟูความสามารถในการ

ทำหน้าที่ของร่างกายได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เพื่อให้มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ส่งผลกระทบยาวต่อการดำเนินชีวิตของทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว

คำถามการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยบุคคลและครอบครัวสามารถเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักได้หรือไม่ และอย่างไร

วัตถุประสงค์และ/หรือปัญหาการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ภายหลังได้รับการผ่าตัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ภายหลังได้รับการผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self management Theory) ของ Ryan & Sawin (2009) ที่อธิบายว่าบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมต้องเกิดจากตัวบุคคลและครอบครัวร่วมกันรับผิดชอบ แนวคิดนี้ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก คือ

ก. ด้านบริบท (context) หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติของบุคคลและครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเอง ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น

ข. ด้านกระบวนการ (process) หมายถึง องค์ประกอบหลายอย่างที่ใช้ในขั้นตอนการปรับเปลี่ยนการจัดการตนเอง ได้แก่ ความรู้และความเชื่อ ทักษะความสามารถในการกำกับตนเอง และสิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคม

ค. ด้านผลลัพธ์ (outcome) หมายถึง ผลที่เกิดจากการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ด้านกระบวนการเป็นตัวกำหนดกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ความรู้และความเชื่อ ผู้วิจัยให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหักและการจัดการตนเองภายหลังการผ่าตัดโดยการสอนผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (power point) ร่วมกับการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถทำได้และทำได้ถูกต้อง นำไปสู่การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม

2. ทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง เป็นกระบวนการที่ใช้ในการจัดกิจกรรมให้เกิดพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดที่เหมาะสม ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

1) การตั้งเป้าหมาย ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักและครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองร่วมกับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อให้มีจุดหมายปลายทางที่จะร่วมกันก้าวข้ามไป เช่น การบริหารกล้ามเนื้อขาและสะโพกอย่างต่อเนื่อง การฝึกเดินอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

2) การติดตามตนเองและการสะท้อนคิด ผู้วิจัยสอนให้ผู้สูงอายุและครอบครัวรู้จักการสังเกตอาการและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยร่วมติดตามทางโทรศัพท์ในการสอบถามอาการและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

3) การตัดสินใจ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัยและร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการตนเองให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวแต่ละราย

4) การวางแผนและลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัย ผู้สูงอายุและ ครอบครัว ร่วมกันวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหลังการผ่าตัดกระดูกสะโพก โดยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ร่วมกันฝึกทักษะในการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด

5) การประเมินตนเอง ผู้วิจัยติดตามสอบถามอาการและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ประเมินตนเองถึงการจัดการตนเองเป็นระยะๆ

6) การจัดการกับผลการตอบสนอง จากผลการสอน การประเมินตนเอง ผู้วิจัยชี้แนะแนวทางการจัดการกับสิ่งที่เกิดตามมากับผู้สูงอายุ เช่น การจัดการกับอาการปวด เป็นไข้ ความลำบากในการลุกยืน นั่ง และเดิน เป็นต้น

3. การอำนวยความสะดวกทางสังคม ผู้วิจัยสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว โดยให้คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก เพื่อใช้ในการทบทวนความรู้และทักษะการจัดการตนเองที่บ้าน รวมทั้งให้หมายเลขโทรศัพท์ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ หน่วยเยี่ยมบ้าน ที่จะช่วยเหลืออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในกรณีที่มีความต้องการการช่วยเหลือหรือขอคำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาและข้อสงสัย

จากกระบวนการในด้านต่างๆ ตามขั้นตอนในการส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว ตามโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวดังกล่าว จะทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีเป้าหมายที่ชัดเจน มีการติดตามตนเองอยู่ตลอดเวลา โดยมีผู้วิจัยคอยดูแลช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น สามารถทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Enright, 2003; Kennedy et al, 2006) ฟังพาดตนเองได้มากขึ้น ไม่เป็นภาระต่อครอบครัว จากแนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลองครั้งเดียว (Posttest-only design with nonequivalent group) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกสะโพกหัก และต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมหรือผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีภาวะกระดูกสะโพกหัก ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมหรือผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตำรวจ และมีผู้ดูแลหลักที่เป็นบุคคลในครอบครัว จำนวน 44 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โดยประเมินได้จาก Six- minute walk test

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย หมายถึง ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายในการทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องมากที่สุดเท่าที่ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดจะสามารถทำได้ ซึ่งต้องอาศัยการทำงานของอวัยวะหลายๆระบบร่วมกัน โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและการไหลเวียน ระบบหายใจ และระบบประสาทรับรู้สีกได้ติดต่อกันเป็นเวลานาน (American college of Sport Medicine: 2010) ประเมินโดยการวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายจากการเดินของผู้สูงอายุบนพื้นราบได้ระยะทางมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในเวลา 6 นาที (six minute walk test [6MWT]) และวัดระยะทางเป็นเมตร

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan & Sawin (2008) มาสร้างเป็นโปรแกรมที่เน้นการจัดการตนเองร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักและครอบครัวในทุกขั้นตอน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1. ความรู้และความเชื่อ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหัก การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านตัวแบบที่เป็นผู้สูงอายุหลังผ่าตัดสะโพกที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง มีความคาดหวังต่อผลลัพธ์จากการปฏิบัติ เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ และสอดคล้องกับเป้าหมายของผู้สูงอายุนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติ 2. การกำกับตนเอง ผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้วิจัยร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด มีการติดตามตนเองและการสะท้อนคิดจากการปฏิบัติ โดยการสอบถามความต่อเนื่องของการปฏิบัติ ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติ การตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยวิธีที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล เพื่อให้การปฏิบัติมีความต่อเนื่อง มีการประเมินตนเองโดยการบันทึกการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดว่าทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ การจัดการกับการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้สูงอายุขณะปฏิบัติ โดยให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อเสริมแรงทางบวกในการให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ 3. การอำนวยความสะดวกทางสังคม โดยครอบครัวเป็นผู้กระตุ้นและให้กำลังใจผู้สูงอายุในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีกำลังใจและมั่นใจในการฝึกทักษะต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารโดยให้คู่มือการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองแก่ผู้สูงอายุขณะอยู่บ้านได้

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติทางการพยาบาลต่อผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยพยาบาลประจำการเป็นรายบุคคลตามมาตรฐานการพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรค และคำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารร่างกาย การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด ข้อควรระวัง และการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ที่สามารถใช้ในการฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก
2. ได้แนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด
3. เป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก รวมทั้งการประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 ความหมาย ชนิดของกระดูกสะโพกหัก
 - 1.3 อาการของกระดูกสะโพกหัก
 - 1.4 สาเหตุของการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ
 - 1.5 การรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ
 - 1.6 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก
2. การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก
3. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย
 - 3.1 ความหมายของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย
 - 3.2 ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก
 - 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย
 - 3.4 การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย
4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองโดยบุคคลและครอบครัว
 - 4.1 ความหมายของการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว
 - 4.2 แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว
5. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย
 - 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

1. กระดูกสะโพกหักกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

มีการให้คำจำกัดความ “ผู้สูงอายุ” ไว้หลายอย่าง ดังนี้

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2556)

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยกำหนดเป็นจำนวนปี สามารถแบ่งวัยสูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ วัยสูงอายุตอนต้น (Young – old) อายุ 60-69 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium – old) อายุ 70-79 ปี และวัยสูงอายุมาก (Old – old) อายุ 80 ปีหรือมากกว่า (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

ผู้วิจัยให้ความหมายของผู้สูงอายุ ว่าเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แบ่งออกเป็น 3 ช่วงวัย ดังนี้ วัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยสูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยสูงอายุมาก (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ตามการให้ความหมายของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

1.2 ความหมายของกระดูกสะโพกหัก

กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) หมายถึง การหักของกระดูกต้นขา(proximal femoral fracture) บริเวณสะโพกซึ่งประกอบด้วยส่วนของหัวกระดูกและเบ้าของข้อสะโพก โดยทั่วไปจำแนกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1.2.1 การหักของกระดูกที่เกิดขึ้นภายในข้อและเบ้าของข้อสะโพก (intracapsula fracture) หรือการหักของกระดูกคอของกระดูกต้นขา สามารถแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ การหักบริเวณแนวใต้หัวกระดูกต้นขา (subcapsular fractures) และการหักของกระดูกผ่านบริเวณแนวของคอของกระดูกต้นขา (transcervical fractures) และการหักบริเวณแนวใต้กระดูกต้นขา (basal neck fracture) (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2009)

1.2.2 การหักของกระดูกที่เกิดขึ้นภายนอกข้อและเบ้าของข้อสะโพก (extracapsular) บริเวณระหว่างปุ่มกระดูก greater trochanter และปุ่มกระดูก lesser trochanter จากคอกระดูกต้นขาประมาณ 5 เซนติเมตร เรียกการหักชนิดนี้ว่า การหักของกระดูก intertrochanteric รวมถึงการหักบริเวณใต้กระดูกต้นขา ระหว่างปุ่มกระดูกโคนขา (Kaval & Zuckerman, 1992)

1.3 อาการของกระดูกสะโพกหัก

อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ คือ อาการปวดบริเวณขาหนีบและสะโพก ซึ่งอาการปวดจะมากหรือน้อยขึ้นกับการเคลื่อนของกระดูก ผู้ป่วยจะขยับหรือเดินลงน้ำหนักขาข้างนั้นไม่ได้ ขาข้างที่หักมีการสั้นลงกว่าขาข้างที่ปกติและอยู่ในท่าที่บิดออก ปลายเท้าหมุนออกนอกมากกว่าปกติ มีอาการบวมบริเวณข้อสะโพก ใช้มือทุบส้นเท้าจะเจ็บบริเวณสะโพก เคลื่อนไหวสะโพกไม่ได้ การหัก

ของกระดูกที่อยู่ภายนอกเยื่อหุ้มข้อจะเห็นเป็นรอยจ้ำเลือด (ecchymosis) ที่บริเวณต้นขาหรือขาหนีบ (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551)

1.4 สาเหตุของการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ

สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักมากที่สุดเกิดจากการหกล้ม ร่วมกับมีภาวะกระดูกพรุน อีกทั้งความสามารถในการทรงตัวที่ลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้สูง

ปัจจัยที่ทำให้หกล้มกระดูกสะโพกหัก

1.4.1 ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน ได้แก่ แสงสว่างที่ไม่เพียงพอ พื้นลื่นขรุขระหรือมีสิ่งกีดขวาง ผนังหรือที่ยึดเกาะไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอ (Formiga, Navarro, Duaso, Chivite, Ruiz, Perez, 2008) เมื่อเกิดการหกล้มมีความแรงที่กระทำต่อสะโพกทำให้กระดูกสะโพกหัก (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551)

1.4.2 ปัจจัยภายใน ได้แก่ ระบบต่างๆภายในร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงตามวัยที่สูงขึ้น เช่น ความสามารถในการได้ยินหรือมองเห็นลดลง การตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้าลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง มีภาวะสมองเสื่อม มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวานซึ่งหากเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอาจทำให้เวียนศีรษะหรือความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะหน้ามืดได้ เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (Aharonoff, Immerman & Zuckerman, 2004) ซึ่งการมีโรคที่มากขึ้นย่อมมีการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นด้วย จำนวนยาที่เพิ่มขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดผลข้างจากยาได้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะยาที่มีผลต่อระบบประสาท เช่น ยาลดน้ำมูก ยานอนหลับ ยาจิตเวช ทำให้มีอาการง่วงซึม การรับรู้ลดลง การควบคุมการทรงตัวลดลง หรือยาลดความดันโลหิต กลุ่มยาขับปัสสาวะ ทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อยหรือปัสสาวะรดได้ขณะเดินเข้าห้องจึงอาจทำให้ลื่นล้มได้

1.5 การรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ

ภาวะกระดูกสะโพกหัก เป็นภาวะที่ควรได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยในระยะแรก จำเป็นต้องใส่ skin traction เพื่อลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้กระดูกที่หักอยู่นิ่ง จึงทำให้เคลื่อนไหวย่างกายได้น้อย อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น แผลกดทับ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ หรือปอดติดเชื้อ เป็นต้น หากเกิดการติดเชื้อรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ การรักษากระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ พิจารณาจากตำแหน่งการหักของกระดูก และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 วิธี

1.5.1 การรักษาแบบไม่ผ่าตัด โดยการใช้เครื่องดึงถ่วงกระดูกชนิดติดผิวหนัง (skin traction) เป็นเวลาประมาณ 6 สัปดาห์มักทำในกรณีกับผู้สูงอายุไม่ยินยอมผ่าตัด หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพไม่พร้อมสำหรับการผ่าตัด เช่น ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น

1.5.2 การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นการรักษาที่นิยมทำมากที่สุด (Christmas, 2006) การผ่าตัดควรทำให้เร็วที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงภายหลังการเกิดกระดูกสะโพกหัก (Miller, Thompson, Hart, 2012) การชะลอการผ่าตัดจะส่งผลให้เกิดการตายของกระดูกที่หักเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น อีกทั้งการรักษาด้วยการผ่าตัดทำให้ผู้สูงอายุมีการฟื้นตัวได้เร็วกว่าการรักษาแบบไม่ผ่าตัดและสามารถฟื้นฟูสภาพได้ใกล้เคียงกับก่อนกระดูกสะโพกหักได้มากกว่าแบบไม่ผ่าตัด (พจน์ วรรณปิยะรัตน์, 2551)

การผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกมี 2 วิธี คือ การจัดกระดูกเข้าที่และยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ และการใส่ข้อสะโพกเทียม โดยพิจารณาจากตำแหน่งของกระดูกที่หัก ลักษณะการหัก และการเคลื่อนที่ของปลายกระดูกที่หัก (Miller, Thompson, Hart, 2012)

การผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม คือ การเปลี่ยนส่วนของกระดูกสะโพกที่ตายหรือเสื่อมออกแล้วแทนที่ด้วยข้อเทียม 3 ส่วน คือ ส่วนหัวของกระดูกต้นขาที่มีลักษณะคล้ายลูกบอล ส่วนเบ้าและส่วนก้านที่จะถูกยึดอยู่ในโพรงกระดูกต้นขา มีทั้งแบบส่วนนอกทำจากโลหะและส่วนในทำจากพลาสติก หรือทำจากพลาสติกทั้งสองส่วน และส่วนหัวของกระดูกสะโพกที่มีลักษณะคล้ายลูกบอลทำจากโลหะ ทำในกรณีที่มีการหักของคอกระดูกต้นขาที่มีภาวะกระดูกพรุนมากจนไม่สามารถใช้วิธีการรักษาด้วยวิธียึดตรึงกระดูกด้วยโลหะได้ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม แบ่งออกเป็น 2 ชนิด (Waddell, 2008) ได้แก่

1) ชนิดที่ใช้แทนเฉพาะหัวกระดูกต้นขา (hemiarthroplasty) ใช้ในกรณีที่มีการหักของกระดูกที่มีการเคลื่อนของกระดูก ชนิดการเดิน 3 และ 4 มีเบ้าของกระดูกสะโพก (acetabulum) ดี สามารถรองรับหัวกระดูกเทียมได้

2) ชนิดที่ใช้แทนทั้งหัวกระดูกต้นขาและเบ้าของกระดูกสะโพก (total hip arthroplasty) ใช้ในกรณีที่ข้อสะโพกมีพยาธิสภาพอยู่ก่อน เช่น ข้อสะโพกอักเสบเรื้อรังมาตอยด์ มีการทำลายผิวข้อของเบ้ากระดูกสะโพก หรือในกรณีที่ผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ด้วยโลหะ (internal fixation) หรือ การผ่าตัดที่ใช้แทนเฉพาะหัวกระดูกต้นขา (hemiarthroplasty) ลัมเพลว (Leighton, Schmidt, Collier, & Trask, 2007)

วิธีการเปิดแผลผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม

1) การเปิดแผลเข้าทางด้าน anterior โดยผ่าตัดแยกส่วนของกล้ามเนื้อ gluteus ออกจากผิวหนังด้านหน้าของ greater trochanter หลังผ่าตัดต้องเย็บกล้ามเนื้อที่แยกออกกลับมาใหม่ หรือยึดกระดูกที่ตัดออกกลับคืนด้วยสกรูหรือลวดยึดกระดูก วิธีนี้ทำให้กล้ามเนื้อกลุ่มกางขา (abductor) อ่อนแรงและต้องไม่ให้สะโพกหมุนออกด้านนอก (external rotator) ระมัดระวังข้อสะโพก (flexion) อย่างน้อย 6 สัปดาห์ เพื่อป้องกันข้อสะโพกเทียมหลุด (Pratt & Gray, 2007)

2) การเปิดแผลเข้าทางด้าน anterolateral เป็นวิธีที่นิยมทำกัน สามารถเปิดให้เห็นหัวกระดูกสะโพกได้ดี ทำได้โดยให้ผู้ป่วยนอนหงาย ตะแคงเอาด้านที่จะทำผ่าตัดขึ้นเล็กน้อย โดยใช้หมอนทรายหรือผ้าหนุน ลงมีดผ่าตัดได้ต่อ anterosuperior iliac spine ลงมา 1 -2 นิ้ว แล้วโค้งงอขาไปที่ greater trochanter แล้วโค้งขึ้นไปทางด้านข้างของโคนขายาวประมาณ 3-4 นิ้ว

3) การเปิดแผลผ่าตัดเข้าทางด้าน Lateral (trantrochanteric) โดยให้ผู้ป่วยนอนตะแคงเอาสะโพกด้านที่จะทำผ่าตัดขึ้น เปิดแผลทางด้านข้างของสะโพก แผลผ่าตัดเป็นแนวยาว ตั้งแต่จุดที่ต่ำกว่า iliac crest ลงมา 1-2 นิ้ว ผ่านไปบน greater trochanter ลงไปข้างล่างตามแนวลำกระดูกต้นขาอีกประมาณ 4-5 นิ้ว วิธีนี้นิยมกันทำเพราะไม่มีการรบกวนเส้นประสาทและเส้นเลือดของสะโพก และยึดกล้ามเนื้อไม่ถูกทำอันตรายจากการดึงรั้งมากเกินไป

4) การเปิดแผลเข้าทางด้านหลัง (posterior approach) โดยผ่าตัดแยกกล้ามเนื้อ gluteus maximus และจำเป็นต้องตัดจุดเกาะสวนปลาย (insertion) ของกล้ามเนื้อ short external rotation การผ่าตัดวิธีนี้พบอุบัติการณ์การหลุดของข้อสะโพกหลังผ่าตัดสูงกว่าการผ่าตัดเข้าทางด้านหน้า (Enocson, Tidermark, Tornkvist, & Lapidus, 2008) ควรระวังการงอข้อสะโพกมากเกินไป 90 องศาการหมุนข้อสะโพกเข้าด้านใน หรือการหุบขาข้ามผ่านแนวกลางลำตัว เพื่อป้องกันการหลุดของข้อสะโพก อย่างน้อย 6 สัปดาห์ (Pratt & Gray, 2002)

5) การเปิดแผลเข้าทางด้าน posterolateral เป็นวิธีที่นิยมทำอีกวิธีหนึ่ง สะดวกในการใส่หัวกระดูกเทียม รวมทั้งใช้แรงดึงกล้ามเนื้อ gluteus น้อย และสามารถเข้าถึงส่วนบนของกระดูกต้นขาได้ง่ายโดยไม่เสียเลือดในการทำผ่าตัดมาก วิธีการทำโดยให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหรือคว่ำเล็กน้อย เปิดแผลผ่าตัดที่ด้านหลังของสะโพกจาก posterior superior iliac spine ตรงมายัง greater trochanter แล้วลงไปตามด้านข้างของลำกระดูกต้นขา ยาวประมาณ 4-5 นิ้ว

ชนิดของการยึดตรึง (วรรรณี สัตยวิวัฒน์, 2551)

1) การยึดตรึงโดยการใช้ methyl methacrylate หรือซีเมนต์เป็นตัวยึด ใช้ในกรณีที่สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับความแข็งแรงของกระดูก เช่น มีภาวะกระดูกพรุน เพื่อเสริมความมั่นคงของข้อเทียมในกระดูก cancellous วิธีนี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลงน้ำหนักบนขาข้างที่ผ่าตัดได้เร็ว

2) การยึดตรึงทางชีวภาพ (biological fixation of cementless) ความแข็งแรงจะได้มาจากการงอกของกระดูกเข้าในส่วนข้อสะโพกเทียมซึ่งต้องรอการเกิดการยึดติดกันของข้อเทียมกับกระดูกประมาณ 5-6 สัปดาห์ การลงน้ำหนักบนขาข้างที่ผ่าตัดจึงทำได้ช้ากว่าวิธีแรก (Miller, Thompson, Hart, 2012)

การผ่าตัดเพื่อการยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ เป็นการจัดเรียงกระดูกให้เข้าที่ แล้วยึดตรึงกระดูกที่หักให้อยู่กับที่ชั่วคราว เพื่อให้กระดูกติดเองตามธรรมชาติ (บุญสิน บุรณพานิชยกิจ, 2547) การยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะด้วยวิธีใด ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของกระดูกที่หัก ความคงที่ของกระดูกที่หัก และความเปราะบางของกระดูกที่หัก ในผู้สูงอายุการรักษาด้วยการยึดตรึงกระดูกภายใน มีอยู่ 2 ตำแหน่ง คือ การยึดตรึงการหักของปุ่มกระดูกโคนขา (trochanteric fracture) และการหักบริเวณใต้ปุ่มกระดูกโคนขา (subtrochanteric fracture) (มรรยาท ณ นคร, 2547)

1) การยึดตรึงกระดูกหักบริเวณใต้ปุ่มกระดูกโคนขา (subtrochanteric fracture) หรือระหว่างปุ่มกระดูกโคนขา (intertrochanteric fracture) ของกระดูกต้นขา แบ่งออกเป็น 6 วิธี ดังนี้ (บุญสิน บุรณพานิชยกิจ, 2547)

1.1) การยึดตรึงกระดูกที่หักด้วยสกรูและแผ่นตามกระดูก (dynamic hip screw) โดยกระดูกชิ้นต้นที่หักถูกยึดตรึงด้วยสกรู ซึ่งลำของสกรูสอดอยู่ในท่อที่มีขนาดพอเหมาะให้มีการเลื่อนตามแนวท่อได้ โดยไม่เกิดการบิดหมุน และท่อดังกล่าวมีส่วนต่อเนื่องกับแผ่นตามกระดูกที่ใช้สำหรับยึดตรึงกระดูกต้นขา ซึ่งเป็นชิ้นหักปลาย ความมั่นคงของรอยหักภายหลังการยึดตรึงเกิดจากรอยหักสับอัดเข้าหากันด้วยสกรูภายในท่อ หรือน้ำหนักที่ผ่านข้อสะโพก

1.2) การยึดตรึงกระดูกด้วยแผ่นตามกระดูก (angle blade plate) รอยกระดูกที่หักได้รับการยึดตรึง โดยกระดูกชิ้นหักต้นได้รับการยึดตรึงจากส่วนของเบลด (blade) ที่ฝังยึดเข้าไปในกระดูก ส่วนชิ้นหักปลายได้รับการยึดตรึงด้วยส่วนที่เป็นแผ่นตามโดยใช้สกรูยึด

1.3) การยึดตรึงกระดูกส่วนที่หักจากแกนตามกระดูก (ender nail) โดยการใส่แกนตามจากบริเวณส่วนปลายของกระดูกต้นขา ยอนขึ้นไปบริเวณส่วนต้นของกระดูกต้นขา (proximal femur) ซึ่งตัวของแกนตามจะโค้งขึ้นไปตามโพรงกระดูกต้นขา (femoral canal) ปัจจุบันไม่นิยมใช้ เนื่องจากแกนตามชนิดนี้ยึดตรึงได้ไม่มั่นคง

1.4) การยึดตรึงกระดูกที่หักด้วยสกรูและแกนตาม (gamma nail) โดยสกรูไปยึดกับส่วนหัวของกระดูกต้นขา เพื่อยึดชิ้นหักส่วนต้น ส่วนสกรูทำให้เกิดการแนบชิดบริเวณรอยหักเมื่อมีการลงน้ำหนัก ส่วนแกนตามทำหน้าที่ยึดตรึงชิ้นหักส่วนปลาย พร้อมสกรูล็อคกระชับแน่นภายในโพรงกระดูก เพื่อเพิ่มความแข็งแรง

1.5) การยึดตรึงภายในโดยสกรูที่มีขนาดยาว (intramedullary hip screw: IMHS) มีลักษณะและหลักการคล้ายกับแกนตามแกมมาสำหรับยึดตรึงรอยหักที่มีรอยแตกล้าไปที่การหักใต้ปุ่มกระดูกโคนขา และลำกระดูก

1.6) การยึดตรึงกระดูกหักด้วยแกนตามกระดูก (Proximal Femoral Nail Antirotation: PFNA) ประกอบด้วย blade และ nail โดยส่วนปลายแกนตามมีลักษณะเรียวยุ่มระหว่างส่วนต้นและส่วนปลายกางออกประมาณ 6 องศา มีร่องส่วนปลายตัวแกนที่ช่วยเพิ่มความ

ยึดหยุ่นได้มากขึ้น ช่วยลดแรงต้านขณะตอก ทำให้ตอกเข้ากระดูกได้ง่าย และการผ่าตัดนี้ไม่ต้องเอา
 โพรงกระดูกออก จึงสามารถเลือกทิศทางในการวาง screw ได้ และมีความเหมาะสมกับผู้ที่มีการกระดูก
 พรุนหรือกระดูกบาง

2) การยึดตรึงกระดูกหักบริเวณใต้ปุ่มกระดูกโคนขา (subtrochanteric fracture)
 การหักของกระดูกที่ตำแหน่งใต้ปุ่มกระดูกโคนขา หมายถึง การหักของกระดูกตั้งแต่ส่วนที่ต่ำจาก
 ขอบล่างของปุ่มกระดูกโคนขาเล็ก (lesser trochanter) ประมาณ 5 เซนติเมตร (Altizer, 2005)
 มักเป็นการหักรูปเกลียวจากแรงบิด การรักษากระดูกหักบริเวณนี้จะหายช้าและติดผิดรูปได้บ่อย
 เนื่องจากกระดูกบริเวณนี้เป็นกระดูกที่มีความหนา และต้องรับแรงกระแทกที่สูงมาก เครื่องยึดตรึง
 กระดูกที่ใช้ ได้แก่ dynamic hip screw หรือ angle blade plate ร่วมกับการปลูกกระดูก
 (bone graft) แต่ถ้ามีการแตกหลายชิ้น เครื่องยึดตรึงกระดูก คือ interlocking nail หรือ
 reconstruction nail

1.6 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก

1.6.1 การติดเชื้อของแผลผ่าตัดสามารถเกิดขึ้นได้ ตั้งแต่ระยะหลังผ่าตัดถึงหลัง
 ผ่าตัดผ่านไปเป็นปี จากการศึกษาของ Ridgeway, Wilson, Charlet, Katafos, Pearson, & Coello
 (2005) พบว่า สามารถพบการติดเชื้อของแผลผ่าตัดได้ ร้อยละ 7.2 ส่วนใหญ่พบการติดเชื้อในระดับ
 ตื้น โดยมีอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Morgan, 2005)

1.6.2 การเคลื่อนหลุดของข้อเทียม เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยภายหลังการ
 ผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม พบได้ร้อยละ 3.9 (Patel & Bozic, 2009) มักเกิดภายใน 6 สัปดาห์หลัง
 ผ่าตัด (เสาวภา อินผา, 2550)

1.6.3 การหลวมของข้อเทียม ส่วนมากเกิดกับข้อเทียมที่ใส่ซีเมนต์ เนื่องจากการใส่
 ซีเมนต์เข้าไปในโพรงกระดูกที่เตรียมไว้ไม่ทั่วถึง เมื่อใส่ข้อเทียมลงไปจึงติดแน่นไม่ดี ทำให้ไม่มีความ
 มั่นคง เกิดการหลวมได้ง่าย หรือมีการโค้งงอของข้อเทียมมากเกินไป ทำให้การรับน้ำหนักไม่ดี หรือ
 อาจเกิดจากแรงเสียดสีแรงบิดหมุนที่มากผิดปกติ (เสาวภา อินผา, 2550) ของเบ้ากับหัวกระดูกเทียม
 ทำให้ซีเมนต์ยึดกระดูกหลวมหรือแรงเสียดสีระหว่างคอของหัวกระดูกต้นขาเทียมกับขอบของเบ้า
 เทียมที่เกิดซ้ำๆกันจะทำให้ข้อและซีเมนต์หลวม (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551)

1.6.4 การสึกหรอของผิวข้อเทียม อาจเกิดจากการเสียดสีกันระหว่างหัวกระดูก
 เทียมกับเบ้า (เสาวภา อินผา, 2550)

1.6.5 การหักของซีเมนต์รอบแกนกระดูกหรือแกนโลหะ มักเกิดภายใน 6 เดือนหลัง
 ผ่าตัด ทำให้ข้อสะโพกไม่มั่นคงและอาจมีการติดเชื้อร่วมด้วย เกิดจากการใส่ซีเมนต์น้อย ทำให้
 กระจายไปไม่ทั่วถึง (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551)

1.6.6 การเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน (venous thromboembolism) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก อุบัติการณ์เกิดพบร้อยละ 40 – 70 ในวันที่ 5–7 หลังผ่าตัด (พิชญ์ประอร ยังเจริญ และสุภาพ อารีเอื้อ, 2550) อาจแสดงอาการได้ทั้งหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis) เกิดขึ้นได้ทั้งขาข้างที่ได้รับการผ่าตัด และขาที่ไม่ได้รับการผ่าตัด ส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับขาข้างที่ได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 70.2 หรือหลอดเลือดที่ปอดอุดตัน (pulmonary embolism) พบร้อยละ 2.5 (Piovella, Wang, Lu, Lee, K., Lee, L. H., Lee et al, 2005) และร้อยละ 13 ของผู้ป่วยที่เกิดหลอดเลือดดำอุดตัน ตายเนื่องจากภาวะหลอดเลือดที่ปอดอุดตันภายหลังการผ่าตัดสะโพก (Gallus, 1999) ซึ่งเป็นสาเหตุการตายหลังผ่าตัดมากที่สุด (สิริสุตา ชาวคำเขต, 2541)

1.6.7 ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดในช่องท้อง เช่น ลำไส้หยุดทำงาน (paralytic ileus) อาจเกิดจากความร้อนของซีเมนต์ที่ใส่เพื่อยึดกระดูกเทียมขณะที่แข็งตัว (พลวรรธน์ วิฑูรชิต, 2547; วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551) หรืออาจเกิดจากการทำงานมากผิดปกติของระบบประสาท sympathetic และ/หรือ ระบบประสาท parasympathetic ไม่ทำงาน (Petrisor et al, 2001)

1.6.8 อันตรายที่เกิดกับเส้นประสาท ได้แก่ เส้นประสาท femur, peroneal และ sciatic อาจเกิดขณะทำผ่าตัดหรือถูกกดจากการทำ traction หรือวางขาบน adduction splint นาน ทำให้เส้นประสาทที่พาดผ่านน่องขา (peroneal) ถูกกด (Pareles et al, 1996) และอาจมาจากความร้อนของซีเมนต์ขณะแข็งตัว ซึ่งมักส่งผลต่อเส้นประสาท sciatic อาจทำให้เกิดอาการอัมพาตกับเส้นประสาทเหล่านั้นได้

1.6.9 เกิดการติดเชื้ของระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย พบได้ร้อยละ 28 – 52 ผู้สูงอายุ เนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการนอนนาน กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่ได้มีการเคลื่อนไหว จึงส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนกำลังและสูญเสียหน้าที่ไป (ชญญา นิमितวงศ์ศิริ, 2554)

1.6.10 การเกิดแผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักและเป็นอุบัติการณ์สูงที่สุดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Baumgarten et al., 2009) อุบัติการณ์การเกิดตั้งแต่ร้อยละ 8.8 ถึง ร้อยละ 55 (Lindholm et al, 2008) เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดข้อสะโพก ผู้ป่วยจะนอนในท่าเดียว ไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจากมีแผลผ่าตัด จึงทำให้ผิวหนังบริเวณก้นหรือหลังถูกกดเป็นเวลานาน นอกจากนี้การเลื่อนไถลของลำตัวผู้ป่วยจากการเคลื่อนย้าย หรือจากการจัดท่านอน ทำให้เนื้อเยื่อเกิดการเสียดสี ถูกกดมากกว่าปกติ ส่งผลให้เนื้อเยื่อฉีกขาด และเกิดแผลกดทับขึ้น

2. การพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

การผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก มักเกิดปัญหาหลังผ่าตัดตามมาเนื่องจากสมรรถภาพร่างกายและอวัยวะต่างๆ มีการเสื่อมลงตามวัย ร่วมกับการมีโรคเรื้อรัง เช่น ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุในขณะที่เจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ หลังผ่าตัด ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจากก่อนเกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก หรือความสามารถในการจัดการตนเองได้ไม่ดีพอ ดังนั้นการพยาบาลจึงต้องครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อช่วยให้เกิดการฟื้นตัวของการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก

2.1 การดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักระยะก่อนผ่าตัด

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลควรได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ ดังนี้

2.1.1 การประเมินทางด้านร่างกาย

2.1.1.1 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Activity daily living) เพื่อดูความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ในกรณีที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวมาก แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหลังผ่าตัดสูง โดยเฉพาะ 1 ปีแรกหลังผ่าตัด (พัฒน์ วรรณปิยะรัตน์, 2551)

2.1.1.2 การประเมินความสามารถในการทำงานของสมอง (cognitive function) โดยเฉพาะการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน (delirium) เพราะมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Infante-Castro, Rojano-Mejia, Ayala-Vazquez, & Aguilar-Esparza, 2013) และแสดงถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงภายหลังการผ่าตัด (Postler, Neidel, Gunther, & Kirschne, 2011)

2.1.1.3 การประเมินภาวะโภชนาการ โดยเฉพาะภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการดีจะมีพยากรณ์โรคหลังผ่าตัดดี (Michalka, Khan, Scaddan, Haebich, Chirodian & Wimhurst, 2012)

2.1.2 การประเมินทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ทราบว่าภายหลังการผ่าตัดตนจะมีสภาพร่างกายเป็นอย่างไร ระยะเวลาอนโรงพยาบาลนานเท่าไร กลัวความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด ผลของการได้รับยาระงับความรู้สึก การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเองและครอบครัว การต้องพึ่งพาผู้อื่น ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ กลัวการพลัดพรากและความตาย ปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Voshaar, Banerjee, Horan, Balwin, Pendleton & Protor, 2007) จึงควรมีการอธิบายเกี่ยวกับสภาพของผู้สูงอายุระยะหลังผ่าตัด การ

จัดการความปวดหลังผ่าตัด การออกกำลังกายบนเตียงหลังผ่าตัดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

2.1.3 การประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน ผู้ป่วยระยะผ่าตัดมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายและมีความเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำสูง (Bradley, Dominique, Nalin, Ross , Terrence, Terence, et al, 2009) จึงควรซักถามถึงสภาพที่บ้านและการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุหลังจำหน่าย เช่น การปรับระดับการนั่งขับถ่ายภายหลังผ่าตัดโดยการเปลี่ยนส้วมซึมเป็นส้วมแบบนั่ง หรือจัดหาเก้าอี้สุขภัณฑ์วางครอบบนโถส้วมซึม หียงน้ำควมมีราวจับเพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม การปรับสภาพทางเดินในบ้านให้โล่ง ไม่ให้มีสิ่งกีดขวางที่ผู้สูงอายุอาจสะดุดลื่นล้มได้

2.2 การดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด

ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดสะโพก ต้องใช้เวลาในการรักษาและระยะเวลาอนโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น จึงต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ตามขั้นตอนดังนี้ (American Academy of Orthopaedics Surgeons, 2011)

2.2.1 วันแรกหลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วยบริหารปอดโดยการหายใจเข้าออกลึก ๆ อย่างน้อย 10 -20 ครั้ง ทุก 1-2 ชั่วโมงขณะที่รู้สึกตัว พลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่า ทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันแผลกดทับ บริหารกล้ามเนื้อข้อเท้าทั้ง 2 ข้างด้วยการกระดกข้อเท้าขึ้น-ลงและหมุนข้อเท้าเป็นวงกลม ทำข้างละ 5-10 นาที วันละ 3-4 ครั้ง

2.2.2 วันที่ 2 หลังผ่าตัด กระตุ้นให้นั่งโดยไขหัวเตียงสูง 30-40 องศาและให้ฝึกช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจกรรมและการบริหารร่างกายโดยเร็ว (Early ambulation) โดยให้บริหารกล้ามเนื้อขาโดยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา กดเข่าลงบนที่นอน ออกกำลังกล้ามเนื้อก้นและสะโพกโดยการขมิบก้น

2.2.3 วันที่ 3 - 4 หลังผ่าตัด กระตุ้นให้ผู้สูงอายุนั่งห้อยขาข้างเตียง ขณะนั่งห้ามโน้มตัวไปข้างหน้าและงอสะโพกเข้าหาลำตัวเกิน 90 องศา ให้เริ่มหัดยืนโดยเลื่อนตัวมาริมเตียง พยุงขาข้างที่ผ่าตัดให้กางออกและลงน้ำหนักบางส่วน (Partial weight bearing) หรือตามแผนการรักษา เมื่อทรงตัวได้ดี จึงเริ่มสอนเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) ไม่ควรให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่าที่ข้อสะโพกงอมากกว่า 70 องศา และไม่หุบขาเข้าหากันเกินแนวกลางลำตัว ออกกำลังข้อสะโพกและข้อเข่าข้างที่ผ่าตัดโดยยืนเกาะเครื่องช่วยเดินให้ลำตัวตั้งตรงและให้ผู้ป่วยเหยียดขาไปด้านหน้า ด้านข้างและด้านหลัง

2.2.4 วันที่ 5 -7 หลังผ่าตัด ให้ผู้สูงอายุบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพิ่มขึ้น และเพิ่มระยะทางในการเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่างถูกวิธี

2.2.5 หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ดูแลให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยท่าทางที่เหมาะสม การออกกำลังกายและการเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ฝึกเดินเข้าห้องน้ำ แนะนำการปฏิบัติตัวและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนกลับบ้าน ดังนี้

2.2.6 การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551) ได้แก่

2.2.6.1 ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนครบตามแพทย์กำหนด สังเกตอาการแพ้ยา ถ้าพบอาการให้หยุดยา และไปพบแพทย์ทันทีพร้อมนำซองยาไปด้วย

2.2.6.2 ถ้าได้รับอุบัติเหตุโดยตรงที่ข้อสะโพก มีไข้ หรือมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับข้อสะโพกข้างที่ผ่าตัด เช่น เคลื่อนไหวได้น้อยลง ปวดเสียวเวลาเดิน แผลมีเลือด น้ำเหลือง หนองซึม ควรรีบมาพบแพทย์ แม้ยังไม่ถึงเวลานัดก็ตาม

2.2.6.3 การป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย เช่น ฟันผุ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ เนื่องจากเชื้อแบคทีเรียอาจแพร่กระจายไปที่ข้อสะโพกเทียมได้

2.2.6.4 สอนและสาธิตท่าทางที่เหมาะสมในการทำกิจกรรมต่างๆ (เสาวภา อินผา, 2550) ได้แก่

1) ขณะนั่ง นอนหรือยืน หลีกเลี่ยงการไขว้ขา การนั่งไขว่ห้าง และพยายามให้ขาอยู่ในท่าตรงปกติไม่หมุนเข้าหรือออก

2) หลีกเลี่ยงการอยู่ในท่าที่ข้อสะโพกงอมากกว่า 90 องศา เช่น การนั่งยองๆ การนั่งคุกเข่า การนั่งพับเพียบ การนั่งเก้าอี้เตี้ย การโน้มตัวไปข้างหน้า ไม่ควรนั่งนานเกิน 30 นาที เนื่องจากจะทำให้ข้อสะโพกเทียมหลุดได้

3) การเลือกนั่งเก้าอี้สูง มีพนักพิงและมีที่พยักแขนเพื่อสะดวกในการลุกขึ้นหรือเปลี่ยนอิริยาบถ

4) การสวมใส่กางเกงหรือกระโปรงควรทำในท่านั่ง เพราะอาจล้มได้

5) หลีกเลี่ยงการเดินทางที่ต้องนั่งรถติดต่อกันนานเกิน 1 ชั่วโมง

6) ถ้าจำเป็นต้องเก็บของที่พื้นให้เหยียดขาข้างทำผ่าตัดไปด้านหลังก่อนแล้วย่อขาข้างดีลงและก้มลงเก็บของ

7) การผูกเชือกรองเท้า สวมถุงเท้า สวมกางเกง ควรมีผู้ช่วยทำหรือมีเครื่องมือช่วย เช่น ซ้อนดักกรองเท้าชนิดด้ามยาว เป็นต้น

2.2.6.5 การทำกิจวัตรประจำวัน (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551) ได้แก่

1) การนั่งเก้าอี้ ขณะนั่งควรวางเท้าพอดีกับพื้น เขาไม่สูงกว่าสะโพก นั่งแยกขาออกเล็กน้อย ไม่ควรนั่งเก้าอี้โยก หรือเก้าอี้ที่มีระดับต่ำกว่าข้อสะโพก

2) การนอน ควรนั่งที่ขอบเตียงก่อน แล้วค่อยเอนตัวลงนอน โดยใช้ข้อศอกยันพื้นเตียง แล้วขยับหมอนตัวซ้ายๆ โดยใช้มืออีกข้างช่วยยกขาขึ้นเตียง ให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดกางออก ถ้านอนตะแคง ควรนอนทับขาข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดโดยมีหมอนรองระหว่างขาทั้ง 2 ข้างเพื่อให้ขาข้างที่ผ่าตัดอยู่ในท่ากางออก

3) การเดิน ควรใช้เครื่องพยุงเดิน (walker) หรือไม้ค้ำยัน (crutch) โดยให้ยืนตรงทรงตัวให้มั่นคง แล้วใช้มือจับเครื่องช่วยพยุงเดินยกไปข้างหน้า ก้าวขาข้างผ่าตัดไปก่อน แล้วตามด้วยขาดี เมื่อทรงตัวดีแล้วจึงก้าวต่อไป การใช้เครื่องพยุงเดินประมาณ 6 สัปดาห์หรือจนกว่าสามารถเดินได้ดี และเลิกใช้เมื่อแพทย์เห็นสมควร

4) การเดินขึ้น-ลง บันได สามารถทำได้ปลายสัปดาห์ที่ 2 หลังจากฝึกการเดินบนพื้นราบได้ดีแล้ว โดยการขึ้นบันไดให้ใช้ขาข้างดีขึ้นตามด้วยไม้เท้า แล้วก้าวขาข้างผ่าตัดตามไปยืนบนบันไดขั้นเดียวกัน การลงบันไดให้ใช้ขาข้างที่ผ่าตัดลงก่อนตามด้วยขาข้างดี การขึ้น-ลงบันไดควรใช้ไม้ค้ำยันและการลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดเพียงบางส่วนเท่าที่รู้สึกเจ็บ

5) การเข้าห้องส้วม ให้หันหลังเข้าหาโถส้วม เมื่อขาชิดกับโถส้วม ใช้มือจับราวเหยียดขาข้างผ่าตัดไปข้างหน้า แล้วค่อยๆ หย่อนตัวลงนั่งบนชักโครก

6) การขึ้นรถยนต์ให้หันหลังเข้าหาเบาะที่นั่ง เหยียดขาข้างที่ทำผ่าตัดไปข้างหน้าเล็กน้อย แล้วใช้มือจับพนักเบาะรถ ค่อยๆ หมุนตัวลงนั่ง ถ้าที่นั่งเตี้ยควรหาเบาะรองให้สูงขึ้น การขับรถหลังผ่าตัด 4-6 สัปดาห์ ต้องได้รับการเห็นชอบจากแพทย์ผู้ทำการรักษาก่อนและไม่ควรขับรถขณะที่กินยาแก้ปวดบางชนิด

2.2.7 การเล่นเกม ไม่ควรเล่นเกมประเภทที่จะไปเพิ่มแรงกระทำต่อข้อสะโพก เช่น วิ่ง เทนนิส เพราะจะทำให้อายุการใช้งานของข้อสะโพกเทียมลดลง

2.2.8 การมาตรวจตามนัด ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดส่วนใหญ่จะออกจากโรงพยาบาลหลังผ่าตัดประมาณ 2 สัปดาห์ขึ้นอยู่กับสภาพฟื้นฟูสุขภาพและความพร้อมของผู้สูงอายุ แพทย์จะนัดมาตรวจเป็นระยะๆ คือ 2 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน และต่อเนื่องไปจนกว่ากระดูกจะติดประมาณ 1-2 ปี เพื่อค้นหาความบกพร่องของร่างกายและการทำงานของข้อเทียมที่อาจเกิดขึ้นได้ การเล่นเกม สามารถเล่นเกมเบา ๆ เช่น กอล์ฟ เดินออกกำลังกาย หลังผ่าตัด 6 เดือนถึง 1 ปี

3. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional capacity) เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน (Functional ability) เช่น การเดิน การเคลื่อนไหวร่างกาย ได้อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการทำงานของอวัยวะหลาย ระบบร่วมกัน ได้แก่ ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (American college of Sport Medicine: 2010)

3.1 ความหมายของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

ที่ผ่านมามีผู้ให้ความหมายของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายไว้ ดังนี้

Allvin, Berg, Idvall, & Nilson (2007) ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ช่วยให้การทำงานของร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ สามารถควบคุมความเจ็บปวดหรืออาการอ่อนล้า และสงวนพลังงานของร่างกายไว้

Arena, Myer, Williams, Gulati, Kligfield, & Balady (2007) ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เป็นการปฏิบัติที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อในการทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

Gillson, Luciana, & Luana (2010) ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถของบุคคลในการดำรงชีวิตและการปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกายและจิตใจที่จำเป็น เพื่อคงไว้ซึ่งกิจกรรมพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการทำกิจกรรมประจำวัน

Bennell et al (2011) ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถในการเคลื่อนไหวและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งสามารถประเมินได้จากการสังเกตการทำกิจกรรมของบุคคล โดยการจับเวลา การนับ การวัดระยะทาง

วิวัฒน์ เอกบูรณวัฒน์ (2554) ให้ความหมายว่า เป็นระดับความสามารถสูงสุดที่ร่างกายของผู้ป่วยสามารถทำได้

เบญญาภา พรหมพุก และ วันชัย มั่งดูย (2556) ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความคิด และจิตวิญญาณ ที่สามารถประเมินได้จากความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อน ความสามารถในการทำกิจกรรมทางปัญญา และความสามารถในบทบาททางสังคม

มนทกานต์ ยอดราช (2556) ให้ความหมายว่า เป็นประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุแต่ละคนที่สามารถทำได้ ตามความสามารถในการทำงาน การดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุขณะนั้นด้วย ซึ่งต้องอาศัยการทำงานของอวัยวะหลายระบบร่วมกัน โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบประสาทรับความรู้สึก และระบบกล้ามเนื้อได้ติดต่อกันเป็นเวลานาน

จากความหมายดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวในการทำกิจกรรมต่างๆได้อย่างต่อเนื่องมากที่สุดที่สามารถทำได้

3.2 ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด

กระดูกสะโพกหักเป็นการหักของกระดูกต้นขาบริเวณสะโพก ผู้ป่วยเกิดอาการปวดบริเวณขาหนีบและสะโพก การขยับหรือเดินลงน้ำหนักทำไม่ได้ ขาข้างที่หักสั้นลงกว่าขาข้างที่ปกติ (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551) การผ่าตัดเป็นการรักษาที่ช่วยลดความรุนแรงและอาการปวดจากพยาธิสภาพของโรคคงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวและความมั่นคงของข้อสะโพก ช่วยให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาข้างที่ทำผ่าตัด มีอาการปวดและเกิดการจำกัดการเคลื่อนไหวและการจำกัดท่าในการเคลื่อนไหว จึงจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายเร็วที่สุดหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ลดปัญหาทางด้านจิตใจและภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Radosavljevic, 2013) หากผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายและลุกจากเตียงได้ช้า อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การยึดติดของข้อสะโพก การเดินผิดปกติ การเกิดแผลกดทับ ลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ปอดบวม ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Abbas, Navarro, Duaso, Chivite, Ruiz, Perez, Murtaza, Umer, Qadir, Rashid, 2012) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของสภาพร่างกายตามวัย ร่วมกับการมีภาวะโรคร่วม ทำให้การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นไปได้ช้า มีผลต่ออวัยวะต่างๆของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงในระยะ 2 เดือนหลังผ่าตัด เช่น การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดลดลง การเสื่อมลงของมวลกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวของผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่ำกว่าก่อนเข้ารับการรักษา ไม่สามารถกลับไปปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ดังเดิม (Gans, Peterson, Russo & Guccione, 2007) ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Lin & Chang, 2004) เกิดปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน (ชนาวรรณ แสนปัญญา, 2554; วัชรภา ภูมิพระบุ, 2555) ในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมประจำวันถูกจำกัด ร้อยละ 29-50 ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนก่อนกระดูกสะโพกหัก (Bertram, Norman, Kemp & Vos, 2011) เช่น การขึ้นหรือลงบันได การยืนเป็นระยะเวลานาน การเดินเข้าหรือออกจากห้องต่างๆ ภายในบ้านหรือการเดินทางในระยะทางยาว 2 ช่วงตึก (วิภาพร ลีเลิศมงคลกุล, 2556)

ปัญหาดังกล่าวเกิดจากการออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง กลัวแผลแยกจึงนอนนิ่งๆ (เสาวภา อินผา, 2550) กลัวการหกล้ม จึงไม่ยอมเดินหรือเดินน้อยลง (เปรมกมล ขวนชวาย, 2550) ทำให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายช้าลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายต่ำกว่าปกติ มี

ความลำบากในการเดิน จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยในการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นความสามารถในการเดินที่ลดลงยังมีอิทธิพลต่อจิตใจ ทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง เกิดการแยกตัวออกจากสังคม และเพิ่มโอกาสในการหกล้มได้อีกในอนาคต (Silvia, Inmaculada & Carmen, 2012) ซึ่งความสามารถในการเดินมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจกรรมประจำวัน รวมทั้งความสามารถในการกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้เหมือนก่อนกระดูกสะโพกหัก (Silvia, Inmaculada & Carman, 2012)

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

3.3.1 อายุ อายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุที่ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การปรับสภาพร่างกายคืนสู่สมดุลช้ากว่าผู้ที่ยoung (Dekker, Dijk, & Veenhof, 2009)

3.3.2 โรคร่วม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแนวโน้มของการเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นหลายโรคกระทบต่อบุคคลทั้งด้านกายภาพ สรีระและการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายด้านต่างๆ จึงลดลง ซึ่งส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการฟื้นฟูหายจากโรคด้วย (Aharonoff, Immerman & Zuckerman, 2004)

3.3.3 ความวิตกกังวล ทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าเคลื่อนไหวตัวลงจากเตียง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (Penrod et al, 2008) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง (Ganz, Peterson, Russo, & Guccione, 2007) การฟื้นฟูสภาพในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจึงน้อยกว่าวัยอื่น และใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพนานกว่า (Arizon, Fidelman, Zuta, Peisakh & Berner, 2005)

3.3.4 ดัชนีมวลกาย ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวมากต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการเคลื่อนไหวร่างกาย และมีการฟื้นตัวในการทำหน้าที่ของร่างกายได้ช้าในเรื่องของความเร็วในการเดิน จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยพยุงเดินในระหว่างการฟื้นตัวหลังผ่าตัดนานกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติ (Lubbeke, Stern, Gara, Zurcher & Hoffmeyer 2007) และในรายที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ต้องอาศัยเวลาในการติดของข้อสะโพกใหม่ น้ำหนักตัวมากจึงส่งผลกระทบต่อการทำงานและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Michalka, Khan, Scadda, Haebich, Chirodian & Wimhurl, 2012) โดยผลกระทบแสดงออกที่การเคลื่อนไหว การเดิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำได้ไม่ดี (Olofsson, Stenvall, Lundstro, Svensson & Gustafson, 2007)

3.3.5 การสนับสนุนทางสังคม การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น (จิรัฐตา กาญจนสถิตกุล, 2552) การสนับสนุนจากครอบครัวในการกระตุ้นเตือน จะช่วยให้

ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่เข้มแข็งและรับผิดชอบในการฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น (วิภาพร ลิเลศมงคลกุลและคณะ, 2556)

3.3.6 ความปวด ผู้ป่วยที่มีระดับความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง มีความลำบากในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมประจำวัน เสี่ยงต่อเกิดภาวะพึงพาภายหลังกระดูกสะโพกหักสูง อาการปวดมีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (Arinzon, Gepstein, Shabat & Berner, 2007)

3.4 การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นการประเมินสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี 6 ด้าน ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อร่างกายส่วนล่าง (Lower body strength) ความอดทนหรือสมรรถภาพด้านแอโรบิก (Aerobic endurance) ความอ่อนตัวของร่างกายส่วนบน (Upper body flexibility) ความอ่อนตัวของร่างกายส่วนล่าง (Lower body flexibility) และความว่องไวและการทรงตัวของร่างกาย (Agility/dynamic balance) (Rikli & Jones, 2002) ประกอบด้วย

3.4.1 Thirty second chair stand โดยให้ผู้ป่วยลุกยืนจากเก้าอี้ภายใน 30 วินาที เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่าง ซึ่งจำเป็นต่อการทำกิจกรรมการเดินขึ้นบันได เดิน และลุกออกจากเก้าอี้ ออกจากเรือหรือรถ รวมถึงความเสี่ยงจากการหกล้มประเมินจากการนับจำนวนครั้งในการลุกนั่งจากเก้าอี้ภายใน 30 วินาที (Alexis, Chad, David & John, 2011)

3.4.2 Arm curl test ให้ผู้ป่วยงอแขนพับศอก เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบน ซึ่งจำเป็นต่อการทำงานบ้าน และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการยก แบกหรือถือหิ้วของ ประเมินจากจำนวนครั้งของการยกน้ำหนักด้วยดัมเบล โดยงอแขนพับศอกอย่างสมบูรณ์ ภายใน 30 วินาที

3.4.3 Chair sit and reach test ให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ขึ้นแขนแตะปลายเท้า เพื่อประเมินความอ่อนตัวของร่างกายส่วนล่าง ซึ่งแสดงถึงแบบแผนการเดินที่ปกติและการเคลื่อนไหวต่างๆ เช่น การลุกเข้าออกจากห้องน้ำ การขึ้นลงรถ ประเมินจากการวัดระยะห่างจากปลายนิ้วมือถึงปลายนิ้วเท้า ถ้าระยะห่างจากปลายนิ้วมือไม่ถึงปลายนิ้วเท้า ค่าที่ได้จะเป็นลบ ถ้าปลายนิ้วมือยื่นเลยปลายนิ้วเท้า ค่าที่ได้จะเป็นบวก ถ้าปลายนิ้วมือเสมอปลายนิ้วเท้าค่าที่ได้จะเป็นศูนย์

3.4.4 Back scratch test ให้ผู้ป่วยเอื้อมแขนแตะมือด้านหลัง เพื่อประเมินความอ่อนตัวของร่างกายส่วนบน ซึ่งสำคัญต่อการทำหน้าที่เคลื่อนไหวและการป้องกันอุบัติเหตุ ประเมินจากการวัดระยะทางระหว่างปลายนิ้วกลางที่ห่างหรือซ้อนทับมืออีก โดยวัดในแนวตรง ถ้าปลายนิ้วกลางไม่สัมผัสกันค่าที่วัดได้จะเป็นลบ ถ้าปลายนิ้วกลางซ้อนกันพอดี ค่าที่วัดได้จะเป็นศูนย์ และปลายนิ้วกลางซ้อนทับกัน ค่าที่วัดได้จะเป็นบวก

3.4.5 Timed Up and Go test (TUG) เป็นแบบทดสอบที่พัฒนาขึ้นโดย Podsiadlo และ Richardson ในปี ค.ศ. 1991 เพื่อประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัวโดยเป็นการทำงานร่วมกันของระบบประสาทรับรู้สัมผัส ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ทดสอบโดยการเริ่มจับเวลาตั้งแต่เริ่มลุกยืนจากเก้าอี้ และเดินไปด้านหน้าระยะทาง 3 เมตร ด้วยความเร็วที่เร็วที่สุดและปลอดภัย แล้วหมุนตัวอ้อมมกรวยและเดินกลับไปนั่งอีกครั้ง โดยค่าปกติของผู้สูงอายุควรน้อยกว่า 10 วินาที ในผู้สูงอายุที่ใช้เวลาเดินมากกว่า 29 วินาที ถือว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม (Kamary, Alice & Mark, 2013)

3.4.6 การประเมินความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (six-minute walk test: 6MWT) เพื่อการประเมินความอดทน เป็นคุณสมบัติที่สำคัญต่อการเดิน การขึ้นบันได การออกจับจ่ายซื้อของ เป็นการวัดระยะทางเดินบนพื้นราบที่ผู้ถูกทดสอบสามารถเดินได้ในอัตราเร็วที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ในเวลา 6 นาที วิธีการคือ ให้ผู้ถูกทดสอบเดินบนทางราบ โดยกำหนดเวลาในการเดิน 6 นาที ผู้ถูกทดสอบสามารถเดินช้าลงหรือหยุด ได้ในทุกช่วงของเวลา ขึ้นอยู่กับความอ่อนล้าของผู้ถูกทดสอบ (American College of Sports Medicine, 2006) ซึ่งในขณะที่เดินเป็นการทำงานร่วมกันของร่างกายทุกระบบ สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้ดี

3.4.7 Two Minute step test เป็นการเดินย่ำเท้า 2 นาที เพื่อประเมินความอดทนในการเดินในพื้นที่ที่จำกัด ประเมินจากการนับจำนวนครั้งที่ยกเข่าขึ้นลงอย่างสมบูรณ์ภายใน 2 นาที

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมินความสามารถในการเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที (6MWT) ในสัปดาห์ที่ 6 เนื่องจากการฟื้นตัวในการเดินหลังกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความทนของกล้ามเนื้อในการเดินได้ไกลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันนอกบ้านได้ (Heiberg, 2013) โดยเฉลี่ย 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่เดินได้ก่อนกระดูกสะโพกหักจะสามารถเดินได้ดี (Taylor, Barelli & Harding, 2010) อีกทั้งมีความปลอดภัย ไม่ทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยมาก ซึ่งหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์เป็นระยะที่ปลอดภัยต่อการประเมินผลทางด้านร่างกาย (American college of sports medicine, 2010) สามารถทดสอบได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย และไม่ต้องอาศัยเครื่องมือที่มีราคาแพง หรือผู้เชี่ยวชาญ

4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองโดยบุคคลและครอบครัว

4.1 ความหมายของการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

Ryan and Sawin (2009) ได้ให้ความหมายของการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวว่าเป็นพฤติกรรมจัดการกับโรคและการรักษาสุขภาพ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพ และการหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง โดยมีการร่วมกันตัดสินใจ และร่วมกันรับผิดชอบ เพื่อให้สามารถควบคุมภาวะสุขภาพได้ดี ผ่านการทำกิจกรรมและการฝึกทักษะ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไป

4.2 แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวใช้ความรู้และความเชื่อ ทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเอง และการช่วยเหลือจากสังคมให้บรรลุผลทางด้านสุขภาพ การจัดการตนเองใช้ในบริบทของความเสี่ยงและการป้องกันปัจจัยที่เฉพาะเจาะจงกับสภาพของบุคคล สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ตัวบุคคลและครอบครัว นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว ผลระยะสั้น คือพฤติกรรมจัดการตนเอง และค่าใช้จ่ายในการใช้บริการทางด้านสุขภาพ ผลระยะยาว คือ ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ การจัดการตนเองตามแนวคิดของ Ryan & Sawin (2009) ประกอบด้วย 3 มิติ คือ

4.2.1 มิติด้านบริบท (context) ได้แก่ ปัจจัยทางด้านกายภาพ สังคม สิ่งแวดล้อมและลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัว ความซับซ้อนของการรักษา และการดำเนินของโรค ความเสี่ยงและการป้องกันปัจจัยเสี่ยง การรักษาหรือการป้องกันผลกระทบจากปัจจัยดังกล่าว มีดังนี้

4.2.1.1 ปัจจัยที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ โครงสร้างทางสรีรวิทยา ความซับซ้อนของโรคและการรักษา การดำเนินของโรค เป็นต้น

4.2.1.2 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การส่งต่อไปยังหน่วยงานหรือทีมสุขภาพ เพื่อนบ้าน วัฒนธรรมและพื้นฐานทางสังคม เป็นต้น

4.2.1.3 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ได้แก่ บุคลิกลักษณะของบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สภาวะทางจิตใจ หรือระดับการศึกษา เป็นต้น

4.2.2 มิติด้านกระบวนการ (process) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Change) ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-regulation) ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยเชื่อว่า ถ้าบุคคลได้รับข้อมูลและมีความเชื่อในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้บุคคลมีการพัฒนาความสามารถของการกำกับตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ โดยขั้นตอนต่างๆ ในกระบวนการ ประกอบด้วย

4.2.2.1 ความรู้และความเชื่อ โดยเชื่อว่า ความรู้และความเชื่อส่งผลต่อสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ในการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังกับผลลัพธ์ (Outcome expectancy) ที่สอดคล้องกับเป้าหมาย (Goal congruence) ที่ต้องการ เช่น การมีภาวะสุขภาพดี ควบคุมอาการของโรคได้ เป็นต้น ซึ่งความคาดหวังในสมรรถนะของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นที่จะเริ่มปฏิบัติหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4.2.2.2 ทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง เป็นกระบวนการที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายและตัววัดความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรม การติดตามตนเองอย่างต่อเนื่อง การสะท้อนคิดและเรียนรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้น การตัดสินใจที่เหมาะสม มีการวางแผนที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมและการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ การประเมินตนเอง และการจัดการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

4.2.2.3 สิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งมีอิทธิพลทำให้บุคคลได้รับการดูแลเอาใจใส่ คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ช่วยให้เกิดกำลังใจและมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ บุคคลและครอบครัวกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพต้องประสานการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องจึงจะส่งผลให้บุคคลสามารถมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ต่อเนื่อง สามารถควบคุมอาการของโรคได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4.2.3 มิติด้านผลลัพธ์ (outcome) เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรมจัดการตนเอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

4.2.3.1 ผลระยะสั้น เป็นการวัดผลของพฤติกรรมจัดการตนเอง ที่เป็นพฤติกรรมเฉพาะเจาะจงตามเงื่อนไขของการปฏิบัติ ได้แก่ ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

4.2.3.2 ผลระยะยาว เป็นการวัดผลต่อเนื่องจากผลลัพธ์ระยะสั้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะยาวจากการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยวัดผลในเรื่องของภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต รวมทั้งผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในระยะยาว

5. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังการผ่าตัด สภาพร่างกายยังไม่สามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ในระดับเดียวกับก่อนเกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น (เสาวภา อินฬา, 2550) การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่จะได้ผลดีจึงต้องอาศัยสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้คอยดูแล ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดได้จัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดให้ถูกต้อง (Munir et al, 2009) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan & Sawin (2009) ในมิติด้านกระบวนการมาประยุกต์ในการจัดโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ความรู้และความเชื่อ ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหัก สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา ปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการพูดชักจูงให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยนำเสนอตัวแบบผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน power point ผู้วิจัยสาธิตการบริหารร่างกายก่อนและหลังผ่าตัด ข้อควรระวังและข้อห้ามในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ลองปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความเข้าใจที่ถูกต้องในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด เกิดความมั่นใจในการจัดการตนเองมากขึ้น นำไปสู่พฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม

ด้านที่ 2 การกำกับตนเอง เป็นกระบวนการที่ใช้ในการจัดกิจกรรมให้เกิดพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดที่เหมาะสม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมาย ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายหลังผ่าตัดที่เหมาะสม ได้แก่ การบริหารร่างกายอย่างต่อเนื่อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฝึกเดินอย่างสม่ำเสมอ โดยให้ครอบครัวเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้เป็นไปตามเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 2 การติดตามตนเองและการสะท้อนคิด ผู้วิจัยสอนให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ประเมินปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถจัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ตามเป้าหมาย รวมทั้งการจัดการกับปัญหาของผู้สูงอายุและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวร่วมกันตัดสินใจหาแนวทางแก้ปัญหา นำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้วิจัย เพื่อปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุแต่ละราย นำไปสู่การทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนและการลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวร่วมกันวางแผนการฝึกทักษะต่างๆ อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อขา การเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสม ทั้งการนั่ง ยืนและเดิน โดยมีครอบครัวเป็นผู้กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติ ให้กำลังใจและให้คำแนะนำในการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือและมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินตนเอง ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวประเมินตนเองว่าสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายหรือไม่ มีปัญหาอะไรบ้างขณะปฏิบัติ โดยดูจากสมุดบันทึกการจัดการตนเองประจำวันประจำสัปดาห์ที่บุคคลในครอบครัวเป็นผู้บันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุทุกวัน

ขั้นตอนที่ 6 การจัดการกับผลการตอบสนอง ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน สอบถามความต่อเนื่องในการปฏิบัติ ให้ผู้สูงอายุเล่าเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และความก้าวหน้าของผลการฟื้นฟูสภาพ กระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยในการสนับสนุนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกระตือรือร้น หากผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ ผู้วิจัยจะช่วยวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางการแก้ไขและให้กำลังใจ และหากผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ ผู้วิจัยจะกล่าวชื่นชม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการจัดการตนเองต่อไป

ด้านที่ 3 การอำนวยความสะดวกทางสังคม เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มคน ที่เป็นเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด โดยให้การสนับสนุนทางสังคม 2 ด้าน ได้แก่

3.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ โดยครอบครัวเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติและให้กำลังใจผู้ป่วยขณะปฏิบัติฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ผู้วิจัยมีการติดตามสอบถามอาการและความก้าวหน้าของการปฏิบัติ แสดงถึงความใส่ใจห่วงใยผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า เกิดความผูกพัน มีกำลังใจและความมั่นใจในการฝึกทักษะต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง เป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยไปสู่เป้าหมายที่ต้องการส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น

3.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว โดยให้คู่มือสำหรับผู้สูงอายุกระตือรือร้น เพื่อที่ได้รับความสะดวกในการทบทวนความรู้และทักษะการจัดการตนเอง รวมทั้งให้หมายเลขโทรศัพท์ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ ส่งต่อหน่วยเยี่ยมบ้านที่จะช่วยเหลืออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในกรณีที่มีความต้องการความช่วยเหลือหรือขอคำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาและข้อสงสัย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

อรรวรรณ วัฒนกุล (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก จำนวน 64 คน ในวันก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เป็นเวลา 5 วัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า จำนวนวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัดเร็วกว่า มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่า และมีความถี่ต่อการบริหารกล้ามเนื้อขาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิรัฐดา กาญจนสถิตย์กุล (2552) ได้พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ทดลองใช้กับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก จำนวน 10 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจมาก การได้รับการดูแลจากญาติในการฟื้นฟูสภาพ การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการฟื้นฟูสภาพ การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและแก้ปัญหาาร่วมกับทีมการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับอาการ วิธีการรักษารวมถึงภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวระยะก่อนและหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น มีความมั่นใจ ไม่โดดเดี่ยว

วราภรณ์ ตุ่มทอง (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 30 คน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนมีการฟื้นฟูสภาพด้านความทนทาน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม จำนวน 40 คน ในเวลา 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุกฤทัย วิโรจน์ยุดิ (2557) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นกรอบในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักของผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 50 คน ในเวลา 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังใน

ผลดีและพฤติกรรมการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมากกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Backer & Moon (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกและข้อเข่าเทียม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกและข้อเข่าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Stevens et al (2003) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพกโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเจ็บปวด โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลดูวิดีโอก่อนกลับบ้าน จัดหมายกระตุ้นเตือน และโทรศัพท์สอบถามข้อสงสัยและปัญหารายบุคคล ผลการวิจัยพบว่า หลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ และ 6 เดือน กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพและฟื้นฟูสภาพได้เร็ว รวมทั้งความสามารถในการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

วิภาพร ลิเลิศมมงคล (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ความเจ็บปวด และการสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะฟื้นฟูตัว ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 88 คน ผลการวิจัยพบว่า ดัชนีมวลกายและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการขึ้น-ลงบันไดและการยืนนาน 1 ชั่วโมง การสนับสนุนด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการขึ้น-ลงบันได การสนับสนุนด้านทรัพยากรและการช่วยเหลือมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเคลื่อนตัวเข้า-ออกรถยนต์

สุวิมล แคล้วคล่อง (2557) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการกำมือ และความวิตกกังวลกับการฟื้นฟูตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ภายหลังการผ่าตัด จำนวน 97 คน ผลการวิจัยพบว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการกำมือมีความสัมพันธ์เชิงบวกและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการฟื้นฟูตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

Heikkinen & Jalovaara (2005) ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยภายหลังกระดูกสะโพกหัก 4-12 เดือน ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 196 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในช่วง 4-12 เดือนหลังกระดูกสะโพกหัก มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในเดือนที่ 4 ต่ำกว่าผู้ที่รอดชีวิตภายหลังกระดูกสะโพกหัก 1 ปี โดยพบว่ามีความสามารถในการเดิน

และการทำกิจวัตรประจำวันในส่วนของ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การทำอาหารและการเดินทางได้ดีขึ้น และมีอาการปวดลดลง

Infante-castro et al (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวด้านร่างกายในผู้สูงอายุ กระดูกสะโพกหัก จำนวน 98 คน ผลการวิจัยพบว่า อายุ การรับรู้ สภาวะอารมณ์ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนกระดูกสะโพกหัก และการมีส่วนร่วมของครอบครัว สามารถทำนายการฟื้นตัวทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดได้รับความรู้ เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ทักษะและการสนับสนุนทางสังคม โดยเน้นความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและเหมาะสม สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ช่วยให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดรวดเร็วขึ้น ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นด้วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการและส่งเสริมพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคล และครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยอาศัยแนวคิดของ Ryan & Sawin (2008) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1. ความรู้และความเชื่อ ประกอบด้วย 1.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) 1.2 การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) 1.3 การรับรู้ความสอดคล้องกับเป้าหมาย (goal congruence) 2. การกำกับตนเอง ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1.1 การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 1.2 การควบคุมกำกับตนเองและการสะท้อนคิด (Self-monitoring and reflective thinking) 1.3 การตัดสินใจ (decision-making) 1.4 การวางแผนและการลงมือปฏิบัติ (planning and action) 1.5 การประเมินตนเอง (self evaluation) 1.6 การจัดการกับการตอบสนอง (management of responses) และ 3. การอำนวยความสะดวกทางสังคม (social facilitation) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดที่เหมาะสมส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยบุคคลและครอบครัว (Ryan & Sawin, 2008) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

1. ความรู้และความเชื่อ

ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหัก การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดผ่าน ตัวแบบผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด การได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ สอดคล้องกับเป้าหมายของตนเอง

2. การกำกับตนเอง

2.1 ตั้งเป้าหมาย ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดที่เหมาะสม

2.2 การควบคุมกำกับตนเองและการสะท้อนคิด สังเกตและบันทึกพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดทบทวนการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น สอบถามปัญหาจากการปฏิบัติ

2.3 การตัดสินใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับเมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติ

2.4 การวางแผนและการลงมือปฏิบัติ ในการฝึกทักษะต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การบริหารการหายใจ การบริหารกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสม ทั้งการนั่ง ยืนและเดิน

2.5 การประเมินตนเอง ฝึกทักษะการประเมินตนเองโดยการบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเอง

2.6 การจัดการกับการตอบสนอง สอบถามความต่อเนื่องในการปฏิบัติ โดยการติดตามทางโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 3, 5 เยี่ยมที่ห้องตรวจวันนัดในสัปดาห์ที่ 4,6

3. สิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคม ครอบครัวกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจ ผู้สูงอายุในการปฏิบัติฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ผู้วิจัยให้คู่มือในการจัดการตนเอง

ความ
สามารถใน
การทำ
หน้าที่ของ
ร่างกาย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ดำเนินการวิจัยโดยสร้างโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ศึกษาแบบสองกลุ่ม เปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายวัดผลหลังการทดลอง ซึ่งมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

(X) O₁ กลุ่มทดลอง
- O₂ กลุ่มควบคุม

O₁ คือ การวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

O₂ คือ การวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

X คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตำรวจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะกระดูกสะโพกหักและได้รับการผ่าตัด เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตำรวจ 44 คน มีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ดังนี้

1. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีคะแนนจากการประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai2002) ดังนี้

- 1.1 ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนนมากกว่า 14 คะแนน
- 1.2 ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา มีคะแนนมากกว่า 17 คะแนน
- 1.3 ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีคะแนนมากกว่า 22 คะแนน

2. ไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารและด้านสายตา

3. ไม่มีข้อจำกัดในการเดินภายหลังผ่าตัด
4. มีผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ดังนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
3. เป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง
4. เป็นผู้ดูแลหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ มีเวลาดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และขณะกลับไปอยู่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง สามารถมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมโปรแกรมได้
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ อยู่ในโครงการไม่ครบตามกำหนด มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น ติดเชื้อที่แผล ผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน เป็นต้น

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยการเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Statistical Power Table) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 80% กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางที่ 0.5 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 22 ราย (Burn & Grove, 2005) รวมทั้งหมด 44 ราย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยในออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากทะเบียนรายชื่อและแฟ้มประวัติการรักษา
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย ลักษณะการวิจัย การจัดกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย และหมายกำหนดการแก่กลุ่มตัวอย่าง
3. เพื่อป้องกันปัจจัยแทรกซ้อนจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อนจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง จัดให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 22 คน เข้าเป็นกลุ่มทดลองและดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) จนครบ 22 คู่ โดยให้มีความคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ในด้านต่อไปนี กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละคู่อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศ โรคประจำตัว และชนิดของการผ่าตัด

จากการศึกษานี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดได้จำนวน 44 คน เป็นเพศหญิง 19 คนและเพศชาย 3 คน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 86.4 และ 13.6 ตามลำดับ จับคู่กลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี พบว่าค่าเฉลี่ยอายุกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเท่ากับ 71.36 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยที่สุดมีอายุ 60 ปีและอายุมากที่สุดมีอายุ 84 ปี ชนิดของการผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มเท่ากัน คือ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมากที่สุด จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.73 รองลงมาคือ การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.27 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการจับคู่ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามอายุ เพศ โรคประจำตัว และชนิดของการผ่าตัด

คู่ที่	อายุ		เพศ		โรคประจำตัว		ชนิดของการผ่าตัด	
	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม
	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง
1	84	88	ญ	ญ	1-2 โรค	1-2 โรค	BHA	BHA
2	80	81	ญ	ญ	ไม่มี	ไม่มี	BHA	BHA
3	77	78	ญ	ญ	3 โรคขึ้น ไป	3 โรค ขึ้นไป	BHA	BHA
4	60	60	ญ	ญ	1-2 โรค	1-2 โรค	BHA	BHA
5	69	68	ญ	ญ	1-2 โรค	1-2 โรค	BHA	BHA
6	84	80	ญ	ญ	-	-	BHA	BHA
7	74	70	ญ	ญ	1-2 โรค	1-2 โรค	BHA	BHA
8	79	79	ญ	ญ	1-2 โรค	1-2 โรค	BHA	BHA
9	60	60	ช	ช	1-2 โรค	1-2 โรค	THA	THA
10	74	78	ญ	ญ	-	-	PFNA	PFNA
11	65	60	ญ	ญ	3 โรคขึ้น ไป	3 โรค ขึ้นไป	THA	THA

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงการจับคู่ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามอายุ เพศ โรคประจำตัว และชนิดของการผ่าตัด

คู่ที่	อายุ		เพศ		โรคประจำตัว		ชนิดของการผ่าตัด	
	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม
	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง
12	72	69	ญ	ญ	1-2 โรค	1-2 โรค	Nail	Nail
13	73	70	ญ	ญ	1-2 โรค	1-2 โรค	BHA	BHA
14	80	81	ญ	ญ	3 โรคขึ้น ไป	3 โรค ขึ้นไป	BHA	BHA
15	60	60	ช	ช	ไม่มี	ไม่มี	THA	THA
16	80	83	ญ	ญ	3 โรคขึ้น ไป	3 โรค ขึ้นไป	Nail	Nail
17	74	73	ญ	ญ	3 โรคขึ้น ไป	3 โรค ขึ้นไป	PFNA	PFNA
18	66	64	ญ	ญ	1-2 โรค	1-2 โรค	THA	THA
19	63	62	ญ	ญ	1-2 โรค	1-2 โรค	THA	THA
20	60	60	ช	ช	1-2 โรค	1-2 โรค	THA	THA
21	65	66	ญ	ญ	1-2 โรค	1-2 โรค	PFNA	PFNA
22	74	72	ญ	ญ	1-2 โรค	1-2 โรค	PFNA	PFNA

BHA : Bipolar hemiarthroplasty THA : Total hip arthroplasty

PFNA : proximal femoral nail antirotation Nail : Gamma nail

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	3	13.6	3	13.6
ชาย	19	86.4	19	86.4
หญิง				
อายุ				
60 – 65	7	31.8	7	31.8
66 – 70	2	9.1	5	22.7
71 – 75	6	27.3	2	9.1
76 – 80	5	22.7	4	18.2
81 – 85	2	9.1	3	13.6
85 – 90	0	0	1	4.5
อายุเฉลี่ย(ปี)	$\bar{X} = 71.5 ; SD = 8.06$		$\bar{X} = 71 ; SD = 8.88$	
สถานภาพ				
โสด	3	13.6	4	18.2
สมรส	19	86.4	18	81.8
หม้าย	0	0	0	0
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	1	4.5	5	22.7
ประถมศึกษา	11	50	10	45.5
มัธยมศึกษา	5	22.7	1	4.5
อนุปริญญา	3	13.7	0	0
ปริญญาตรี	2	9.1	4	18.2
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	2	9.1
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
น้อยกว่า 5000	13	59.1	15	68.2
5000-10000	2	9.1	1	4.5
มากกว่า 10000	7	31.8	6	27.3

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรคประจำตัว จำนวนยาที่ใช้ สิทธิการรักษา BMI ผู้ดูแล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา				
จ่ายเอง	5	22.7	3	13.6
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	7	31.8	6	27.3
ประกันสังคม	1	4.6	3	13.6
ต้นสังกัด	9	40.9	10	45.5
BMI				
Normal (18.5-22.99)	7	31.8	8	36.4
Overweight (> 22.99)	15	68.2	14	63.6
ชนิดของการผ่าตัด				
Arthroplasty	15	68.18	15	68.18
Internal fixation	7	31.82	7	31.82
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	$\bar{X} = 18.83$ SD = 12.5		$\bar{X} = 15.2$ SD = 8.19	
ผู้ดูแล				
คู่สมรส	5	22.7	4	18.2
บุตร	15	68.2	13	59.1
ญาติ	2	9.1	5	22.7
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0	0	0
ประถมศึกษา	1	4.6	3	13.6
มัธยมศึกษา	3	13.6	2	9.1
ปริญญาตรี	16	72.7	11	50
สูงกว่าปริญญาตรี	2	9.1	6	27.3

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวความคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ของ Ryan & Sawin (2009) ซึ่งขั้นตอนการสร้างโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว มีดังนี้

1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสารทางวิชาการ บทความ วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ และศึกษาแนวความคิดการจัดการตนเองของ Ryan & Sawin (2009)

1.2 กำหนดขั้นตอนในการทำกิจกรรม แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ความรู้และความเชื่อ ให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการจัดการตนเองหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง พุดช้ก จูงให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ร่วมกับการให้ดู ตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (power point) โดยผู้วิจัยบรรยายตามแผนการสอน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหัก สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา ปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การบริหาร ร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายก่อนและหลังผ่าตัด ข้อควรระวังและข้อห้ามในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด และการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การพลิกตัว การนั่ง ยืน และเดิน

ด้านที่ 2 การกำกับการตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมาย ผู้วิจัย ผู้ป่วย และครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองในการปฏิบัติฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้การ ทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นหลังผ่าตัด ได้แก่ การบริหารร่างกายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมี บุคคลในครอบครัวเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุปฏิบัติให้เป็นไปตามเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 2 การควบคุมกำกับตนเองและการสะท้อนคิด ผู้วิจัยสาธิตการฝึก ทักษะการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ประกอบด้วยการบริหารกล้ามเนื้อขาทั้งหมด 7 ท่า การฝึก เดิน พร้อมทั้งให้ดูตัวแบบในคู่มือ เมื่อสาธิตเสร็จแล้วผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกทำย้อนกลับจนถูกต้อง ครอบครัวสังเกตและบันทึกพฤติกรรมในการฟื้นฟูสภาพร่างกายลงในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจ ผู้วิจัยให้ข้อมูลใหม่หรือข้อมูลย้อนกลับ ผู้ป่วยและครอบครัวนำปัญหาที่เกิดขึ้นขณะฝึกมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้วิจัย เพื่อทบทวนการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนและการลงมือปฏิบัติ วางแผนการฝึกทักษะต่างๆ อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ การบริหารการหายใจ การบริหารกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสม ทั้งการนั่ง ยืนและเดิน ทุกวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีครอบครัวคอยดูแล แนะนำอย่างใกล้ชิด พูดชักจูง ให้กำลังใจ กล่าวชมเชยในขณะปฏิบัติ นำคู่มือที่ผู้วิจัยแจกให้กลับไปทบทวนความรู้และฝึกทักษะที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินตนเอง ประเมินผลการปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ข้อมูลจากสมุดบันทึกการฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ และประเมินความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที หากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจะช่วยเหลือและแนวทางแก้ไข และให้กำลังใจ หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจะกล่าวชื่นชม เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองต่อไป

ขั้นตอนที่ 6 การจัดการกับการตอบสนอง ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามความต่อเนื่องในการปฏิบัติและการบันทึก ร่วมกับวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางการแก้ไขและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและปฏิบัติต่อเนื่อง

ด้านที่ 3 การอำนวยความสะดวกทางสังคม เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มคนที่เป็นเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด โดยให้การสนับสนุนทางสังคม 2 ด้าน ได้แก่

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ โดยครอบครัวเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติและให้กำลังใจผู้ป่วยขณะปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า เกิดความผูกพัน มีกำลังใจและความมั่นใจในการฝึกทักษะต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง เป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยให้คู่มือสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักแก่บุคคลในครอบครัวในการให้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองแก่ผู้สูงอายุขณะอยู่บ้าน

2. แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสอนของผู้วิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแผนการสอนครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะกระดูกสะโพกหัก แนวทางการรักษา การปฏิบัติตน

ก่อนและหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดและการป้องกัน ข้อควรระวังและข้อห้าม ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การบริหารร่างกายหลังผ่าตัด

3. คู่มือการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เป็นคู่มือที่มี ภาพประกอบ เพื่อเป็นสื่อในการให้ความรู้และคำแนะนำในการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุกระดูก สะโพกหัก โดยแจกให้กลุ่มตัวอย่างหลังการให้ความรู้และฝึกทักษะในการจัดการตนเองเพื่อนำไปอ่าน เพิ่มเติม ทบทวนและฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน

คู่มือมีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหัก สาเหตุ แนวทางการรักษา การจัดการตนเอง สำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก การจัดการสิ่งแวดล้อม การรับประทานอาหาร การฟื้นฟู สมรรถภาพร่างกาย การสังเกตอาการผิดปกติ โดยจัดทำเป็นรูปเล่มที่กะทัดรัดและง่ายต่อการพกพา เพื่อให้ผู้สูงอายุนำกลับไปอ่านเพิ่มเติมและทบทวนความรู้ต่างๆที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม

4. สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (power point) เรื่องการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว สำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด เป็นสื่อที่ใช้ประกอบแผนการสอน ประกอบด้วย การให้ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การสาธิตการฝึกปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด รวมทั้ง ภาพเคลื่อนไหวของตัวแบบสัญลักษณ์บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการทดลอง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว แผนการสอน คู่มือการ จัดการตนเอง สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (power point) นำไปเสนอบริการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และ ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วจึงนำไปตรวจสอบความครอบคลุมและความสอดคล้องของเนื้อหา รูปแบบ ระยะเวลาของกิจกรรมและความถูกต้องของภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุกระดูก สะโพกหักหลังผ่าตัด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ตั้งรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยถือเกณฑ์ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ซึ่งมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) นายแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน
- 2) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และหัวหน้าหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ผู้มีประสบการณ์ ด้านการพยาบาลออร์โธปิดิกส์มากกว่า 20 ปี 1 ท่าน
- 3) ผู้เชี่ยวชาญและหัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน
- 4) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน

โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษา โครงสร้างของโปรแกรม รูปแบบและระยะเวลาของกิจกรรม ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ มาปรับแก้ไข ดังนี้

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ ดังนี้

1. การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมควรกำหนดเวลาให้ชัดเจนและเหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุโดยเฉพาะหลังผ่าตัด โดยปรับกิจกรรมครั้งที่ 2 จากวันที่ 1 หลังผ่าตัด เป็นวันที่ 3 หลังผ่าตัด เพื่อลดปัจจัยแทรกซ้อนจากการปวดหลังผ่าตัด เพิ่มการกำกับอาการทดลองโดยการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนให้การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองแก่ผู้สูงอายุ
2. แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด เพิ่มเติมสาเหตุจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ปรับเนื้อหา
3. คู่มือการจัดการตนเอง ได้ปรับขนาดตัวอักษรให้เหมาะสม ภาพประกอบใช้ภาพบุคคลจริงปรับภาษาให้อ่านเข้าใจง่าย
4. สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (power point) ลดจำนวนตัวอักษรในแต่ละสไลด์ไม่ให้มากเกินไป โดยแทรกภาพเคลื่อนไหวในการสอนด้วย

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ แล้วส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 5 คน โดยทดลองดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล ประเมินจากการสังเกตและสอบถามถึงความน่าสนใจ เนื้อหา ภาษา ตัวอักษร รูปภาพ ความเข้าใจในภาษา ความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติจริง พบว่า เวลาที่ใช้ในกิจกรรมและกิจกรรมมีความเหมาะสม ผู้ช่วยให้ความสนใจและเข้าใจในเนื้อหาที่สอนเป็นอย่างดี ตัวอักษรและรูปภาพในคู่มือและสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเห็นชัดเจนและสามารถปฏิบัติตามได้ จึงนำเครื่องมือไปใช้ในการดำเนินการทดลองต่อไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว จำนวนยาที่ใช้ในปัจจุบัน น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ประวัติการหกล้ม ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือที่บ้าน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งของกระดูกสะโพกที่หัก ชนิดของการผ่าตัด

2.2 แบบบันทึกการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ประเมินโดยใช้แบบบันทึกระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้บนพื้นราบภายในเวลา 6 นาที (six minute walk test) ประกอบด้วย

- 1) ตารางบันทึกระยะทางที่สามารถเดินได้บนพื้นราบภายในเวลา 6 นาที ประเมินโดยการเดิน ค่าที่ได้มีหน่วยเป็นเมตร

2) ตลับเมตรวัดระยะทาง ระยะทางที่ไม่มีสิ่งกีดขวาง 10 เมตร กว้าง 1 เมตร มีเครื่องหมายบอกระยะทางทุก 1 เมตร

3) แถบสีสำหรับทำเครื่องหมายบอกระยะทาง

4) นาฬิกาจับเวลา มีหน่วยเป็นวินาที

โดยมีขั้นตอนการตรวจประเมินความสามารถในการเดินบนพื้นราบ (6MWT) ดังนี้

- 1) ไม่ต้องอบอุ่นร่างกายก่อนทำการตรวจประเมิน
- 2) ควรให้ผู้ปวยนั่งพักอย่างน้อย 10 นาทีก่อนทำการตรวจประเมิน
- 3) ตรวจสอบความเหมาะสมของรองเท้าและเสื้อผ้า
- 4) ให้ผู้ปวยยืนเท้าเสมอกันที่จุดเริ่มต้น
- 5) ให้ผู้ปวยเดินบนพื้นราบโดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน 4 ขา (walker) ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ในเวลา 6 นาที โดยไม่ต้องกดดันตนเอง ให้เดินเร็วเท่าที่คิดว่าปลอดภัยสำหรับตนเอง
- 6) หากเป็นไปได้ให้เดินอย่างต่อเนื่อง แต่สามารถเดินช้าลงหรือหยุดนั่งพักได้ แต่เวลาไม่หยุดขณะที่พัก ให้นับรวมในเวลา 6 นาที
- 7) ให้กำลังใจทุก ๆ 1 นาที โดยพูดว่า “ทำต่อไปคะ คุณทำได้ดีแล้ว”
- 8) เริ่มจับเวลาเมื่อเริ่มเดิน ให้หยุดเดินทันทีเมื่อให้สัญญาณครบ 6 นาที
- 9) บันทึกระยะทางที่ผู้ปวยเดินได้ หน่วยเป็นเมตร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและครอบครัว แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ ดังนี้

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลให้เพิ่มข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ

- 1) ลักษณะที่อยู่อาศัย
- 2) ความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหัก

แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

1) ให้ตัดในส่วนที่ไม่ได้นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากไม่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สัญญาณชีพ อาการผิดปกติ อุปกรณ์ที่ใช้ในการเดิน

2) การวัดระยะทางที่เดิน วัดในนาที่ที่เท่าไร หากวัดเมื่อครบ 6 นาที ไม่จำเป็นต้องแบ่งช่วงเวลาในการเดิน

- 3) อุปกรณ์ที่ใช้ในการเดินควรเป็นชนิดเดียวกัน

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 5 คน โดยทดลองดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง การดำเนินการพบว่า ผู้สูงอายุกระตือรือร้นที่จะได้รับการผ่าตัด เข้าใจแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสามารถทำตามแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงนำไปใช้ในการทดลองต่อไป

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 สมุดบันทึกการจัดการตนเองประจำสัปดาห์ของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก เพื่อติดตามและประเมินความต่อเนื่องของการฝึกฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ตารางสำหรับบันทึกการฟื้นฟูสภาพร่างกายทุกวัน โดยบันทึกการบริหารร่างกายแต่ละท่าเป็นจำนวนครั้งที่ทำต่อวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ เริ่มจากวันที่ 3 หลังผ่าตัด ภายหลังจากได้รับความรู้และการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการจัดการตนเองประจำสัปดาห์ของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ตั้งรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน นำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบบันทึกการจัดการตนเองประจำสัปดาห์เท่ากับ .91

จากนั้นผู้วิจัยนำสมุดบันทึกการจัดการตนเองประจำสัปดาห์ของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 5 คน โดยทดลองดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นได้ทำการปรับปรุงให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและรูปแบบ ก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยจัดกิจกรรมดำเนินการตามโปรแกรมเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อให้มีความรู้และมีความสามารถในการให้ความรู้ โดยการศึกษา ค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด

เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุ การจัดการตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม รวมทั้งหลักการสอน การจัดทำสื่อต่างๆ และการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

2. ผู้วิจัยจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักและครอบครัว คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักและครอบครัว สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน power point เรื่องการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด แบบบันทึกการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และแบบบันทึกการจัดการตนเองประจำสัปดาห์ของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกจากแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 22 คน จากนั้นจึงเก็บกลุ่มทดลองจนครบ 22 คน โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกันโดยการจับคู่ (Matched pair) ในด้านอายุ เพศ โรคประจำตัว และชนิดของการผ่าตัด

2. อธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นกิจกรรมรายบุคคล โดยกำหนดระยะเวลาของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวรวม 6 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (ก่อนผ่าตัด) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่แผนกผู้ป่วยในออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลตำรวจ โดยดำเนินการดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเริ่มจากการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยว่าเป็นการศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายหลังผ่าตัด อธิบายรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ตามเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติและจากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่า จะได้รับการพยาบาลตามปกติโดยพยาบาล

ประจำหอผู้ป่วย ซึ่งจะให้ความรู้ตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ท่าที่ควรหลีกเลี่ยง อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด และการมาตรวจตามแพทย์นัด จากนั้นนัดหมายวันเวลาในการทดสอบก่อนกลับบ้าน

ครั้งที่ 2 (ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน) ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและการพยาบาลตามปกติจนจำหน่าย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยตามที่นัดหมาย ประเมินความพร้อมของร่างกาย ประเมินความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาทีโดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าทำเพื่อประเมินการฟื้นฟูสภาพของการทำหน้าที่ยของร่างกายหลังผ่าตัด จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที โดยมีผู้วิจัยดูแลอย่างใกล้ชิดและบันทึกผล ผู้วิจัยแจ้งผู้ป่วยว่าจะโทรศัพท์เพื่อนัดพบอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลตำรวจตามที่นัดหมาย ประเมินความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที โดยมีการประเมินความพร้อมของสภาพร่างกายของผู้ป่วยก่อนทำการทดสอบ และบันทึกผล จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการจัดการตนเองหลังผ่าตัดสะโพก พูดคุยสอบถามปัญหา ให้ซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น พร้อมทั้งให้คู่มือการจัดการตนเองหลังกระดูกสะโพกหัก กล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวมาใช้สอนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองตามโปรแกรม ดังรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1 ก่อนผ่าตัด) ความรู้และความเชื่อ

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่แผนกผู้ป่วยในออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลตำรวจ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง มีขั้นตอนดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเริ่มจากการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายรายละเอียด วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ตามเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและครอบครัวลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัวจากแฟ้มประวัติและจากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

3. ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเรียนรู้ เข้าใจเหตุผลที่ต้องปฏิบัติ ส่งเสริมความเชื่อที่ถูกต้อง ให้เห็นประโยชน์ของการจัดการตนเองที่เหมาะสม ตระหนักถึงความสามารถของตนเอง เกิด

ความมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด โดยให้ความรู้และฝึกทักษะในเรื่องต่าง ๆ ตามแผนการสอนโดยการให้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (power point) ดังนี้

3.1 สาเหตุของการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ

3.2 ปัจจัยเสี่ยง ปัญหาของผู้สูงอายุเมื่อกระดูกสะโพกหัก ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด

3.3 การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน

3.4 การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด เนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพด้วยการบริหารปอด กล้ามเนื้อแขนขา ข้อเท้าและสะโพก ผู้วิจัยสอนและสาธิตให้ผู้ป่วยและครอบครัวพร้อมกัน ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติจริง พูดชักจูงให้กำลังใจในการฝึกว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ ทำแล้วส่งผลดีอย่างไรต่อผู้ป่วย กรณีที่ทำไม่ได้ให้ปลอบใจผู้ป่วย แล้วให้ผู้ป่วยค่อยๆ ทำจากท่าง่ายไปยาก โดยให้บุคคลในครอบครัวดูแลอย่างใกล้ชิด คอยช่วยเหลือขณะฝึก เมื่อทำได้สำเร็จกล่าวชมเชยในขณะปฏิบัติ

4. ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับแนวทางการสนับสนุนการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจถึงความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุน 2 ด้าน คือ

4.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์โดยครอบครัวเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติ และให้กำลังใจผู้ป่วยขณะปฏิบัติฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจและเกิดความมั่นใจในการฝึกทักษะต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง เป็นแรงผลักดันให้ผู้ผู้ป่วยไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

4.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยผู้วิจัยมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่มีเนื้อหา รายละเอียด ภาพการออกกำลังกายเช่นเดียวกับสื่อการสอน เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวนำไปอ่านทบทวนความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองที่บ้านต่อไป

5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยจากการสอน และผู้วิจัยตอบคำถามของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว หลังจากนั้นนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สรุปภายหลังการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสนใจตั้งใจฟังในสิ่งที่ผู้วิจัยให้ความรู้ มีการซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนความรู้จากสมาชิกในครอบครัวที่มีข้อมูลมาก่อน เข้าร่วมโปรแกรม เนื่องจากผู้ป่วยกลัวว่าตนจะเดินไม่ได้เหมือนกับตัวแบบสัญลักษณ์ที่ผู้วิจัยนำมาเป็นตัวอย่าง ครอบครัวจึงให้ความร่วมมือในการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม โดยเฉพาะการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อเตรียมฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด เมื่อได้รับคู่มือ

การจัดการตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัวต่างชื่นชมว่าอ่านเข้าใจง่าย ใช้ทบทวนได้ดี เนื่องจากเนื้อหาการสอนมีจำนวนมาก ยากต่อการจดจำ

สัปดาห์ที่ 2 การกำกับตนเอง

ครั้งที่ 2 (วันที่ 3 หลังผ่าตัด) การตั้งเป้าหมาย การควบคุมกำกับตนเอง การสะท้อนคิด การตัดสินใจ การวางแผนและการลงมือปฏิบัติ

ผู้วิจัยสอนผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลร่วมกับครอบครัว โดยใช้คู่มือเป็นสื่อการสอนร่วมกับการสาธิตจากผู้วิจัย และให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติโดยมีครอบครัวคอยช่วยเหลือ ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

1. ผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายและวางแผนการจัดการตนเอง ทบทวนการบริหารร่างกายหลังผ่าตัด เพื่อให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดดีขึ้นและถูกต้อง โดยให้ฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ดังนี้

1.1 ฝึกการบริหารปอดโดยการหายใจเข้าออกลึก ๆ อย่างน้อย 10 -20 ครั้ง ทุก 1-2 ชั่วโมง ขณะที่รู้สึกตัว

1.2 การบริหารกล้ามเนื้ออกและข้อเท้าทั้ง 2 ข้างด้วยการกระดกข้อเท้าขึ้น-ลงและหมุนข้อเท้าเป็นวงกลม ทำข้างละ 5-10 นาที วันละ 3-4 ครั้ง

1.3 เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาทั้งสองข้างและพยายามหนีบขาเข้าหาหมอนสามเหลี่ยมที่วางระหว่างขาให้มากที่สุด นับ 1-5 ในใจแล้วคลายกล้ามเนื้อ ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง

1.4 บริหารกล้ามเนื้อต้นขา เข่าและข้อสะโพก

1) ผู้ป่วยนอนหงาย บุคคลในครอบครัวกำมือสอดบริเวณใต้เข่า แล้วให้ผู้ป่วยยกสันเท้าขึ้นลอยจากพื้นโดยให้เข่าเหยียดตรง พร้อมทั้งกระดกปลายเท้าเข้าหาตัว เกร็งกล้ามเนื้ออยู่ในท่านี้นับในใจ 1-5 แล้ววางสันเท้าลงกับพื้น พร้อมทั้งเหยียดปลายเท้าออก ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง

2) ผู้ป่วยชันเข่าข้างที่ดีแล้วยกขาข้างที่ทำผ่าตัดขึ้นสูงจากพื้นประมาณ 1 ฟุต โดยเหยียดเข่าตรง เกร็งขาไว้ นับ 1-5 ในใจแล้ววางขาลง ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง

3) บริหารกล้ามเนื้อต้นขาและรอบสะโพก ผู้ป่วยนอนหงาย ขาเหยียดตรง กางขาข้างที่ทำผ่าตัดออกไปด้านข้าง แล้วหุบขาเข้าที่เดิม ทำเช่นนี้ซ้ำ ๆ 10 ครั้ง

4) บริหารข้อสะโพกและข้อเข่า โดยผู้ป่วยยืนเกาะเครื่องช่วยพยุงเดิน ให้ลำตัวตั้งตรง เหยียดขาออกไปด้านข้าง ด้านหน้าและด้านหลัง

1.5 การลุกนั่ง โดยให้ผู้ป่วยเคลื่อนตัวมายังขาข้างดีให้ใกล้ขอบเตียงมากที่สุด โดยให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดอยู่ในท่ากางออกตลอดเวลา ใช้ข้อศอกและมือยันที่นอนและลุกขึ้นนั่งพร้อมกับหมุนตัวห้อยขาจากเตียง และยืนทรงตัวด้วยอุปกรณ์ในการเดิน โดยให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดกางออกไปข้างหน้าก่อนลุกยืนจะช่วยลดการตึงรั้งของแผลและป้องกันข้อเทียมเคลื่อนหลุด ในขณะที่ยืนเท้าทั้งสองข้างวางราบกับพื้น เข่าทั้งสองข้างควรเหยียดตรงและยึดตัวให้ตรง ให้น้ำหนักส่วนมากลงที่ขาข้างที่ดี ส่วนข้าง

ที่ทำผ่าตัดให้ทำสัมผัสพื้นเท่านั้น ในการลุกยืนครั้งแรกอาจรู้สึกเจ็บที่แผลผ่าตัดและหนักตึงขา ทำให้การทรงตัวได้ไม่มั่นคง ควรเกร็งกล้ามเนื้อของแขนและขาข้างดี เพื่อพยุงรับน้ำหนักส่วนบนและหายใจเข้า-ออก ลึกๆ ช้าๆ

1.6 หลังจากที่สามารถลุกยืนทรงตัวได้ดี โดยไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะหรือปวดเมื่อยขาทั้งสองข้าง ให้บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือเกี่ยวกับการฝึกเดินโดยใช้เครื่องช่วยเดินทำให้ไม่ต้องลงน้ำหนักของขาข้างที่ทำผ่าตัดและไม่ทำให้ปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น

2. ระหว่างการฝึกผู้วิจัยและครอบครัวคอยพูดให้กำลังใจ และช่วยเหลือตลอดการฝึกปฏิบัติ ขณะบริหารหากผู้ป่วยเกิดอาการปวดแผลผ่าตัดจะหยุดการบริหาร ประเมินอาการปวดและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

3. ผู้วิจัยสอบถามปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวระหว่างการฝึก ร่วมกันแก้ปัญหาและให้ข้อมูลซ้ำเพื่อเพิ่มความเข้าใจ พร้อมทั้งให้สมุดบันทึกการจัดการตนเองประจำสัปดาห์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว สอนการบันทึกการฝึกบริหารร่างกาย การลุกนั่ง ยืนและเดินแก่บุคคลในครอบครัว โดยให้บุคคลในครอบครัวเป็นผู้บันทึก บันทึกเป็นจำนวนครั้งในการปฏิบัติแต่ละท่าต่อวัน และเขียนปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างฝึกปฏิบัติ เน้นย้ำให้ครอบครัวสนับสนุนการฝึกของผู้ป่วย โดยการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจผู้ป่วย

สรุปภายหลังการจัดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด โดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้คอยกระตุ้นและให้กำลังใจ แม้ในช่วงแรกจะทำได้ไม่ครบทุกท่าเนื่องจากยังมีอาการปวดแผลผ่าตัด แต่ก็มีควมกล้าในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่สอนได้ดี ครอบครัวทราบว่าสามารถทำอะไรได้บ้าง ให้ความร่วมมือในการพูดคุยวางแผนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นอย่างดี เนื่องจากต้องการให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็วที่สุด

ครั้งที่ 3 (ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน) การประเมินตนเอง

1. ผู้วิจัยสอบถามอาการ ปัญหาในการจัดการตนเองหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุและความต่อเนื่องของการปฏิบัติฟื้นฟูสภาพร่างกายจากบันทึกการจัดการตนเองในสมุดบันทึกการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองหลังผ่าตัด เรื่องการบริหารร่างกาย ท่าทางการเคลื่อนไหว การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด

2. ผู้วิจัยประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนการประเมินความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที โดยตรวจวัดความดันโลหิตน้อยกว่า 180/100 mmHg และชีพจรน้อยกว่า 120 ครั้งต่อนาที ระดับความปวดน้อยกว่า 3 จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที โดยผู้วิจัยดูแลอย่างใกล้ชิดและบันทึกผล

3. ผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้หากมีปัญหหรือข้อสงสัยในการปฏิบัติที่บ้านซึ่งสามารถโทรศัพท์สอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วย

และบุคคลในครอบครัวมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย 3 วัน

สรุปภายหลังการจัดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสนใจในการจัดการตนเอง โดยมีการจัดเตรียมสถานที่พักที่บ้านตามคู่มือที่ผู้วิจัยมอบให้ กล่าวชื่นชมว่าคู่มือมีประโยชน์ ทำให้มองเห็นภาพชัดเจน โดยเฉพาะการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกขอบคุณที่ให้ความเอาใจใส่ดูแลตลอดระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาล ยินดีให้ความร่วมมือตลอดการทดลอง และสัญญาว่าจะปฏิบัติตามโปรแกรมที่ให้ สามารถบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการจัดการตนเองได้ถูกต้อง แต่มีบางท่าที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ โดยเฉพาะท่าบริหารกล้ามเนื้อต้นขาโดยการยกขาออกจากพื้น เนื่องจากยังมีอาการปวดแผลผ่าตัด และบางรายไม่สามารถทำท่าทางขาได้ เนื่องจากเป็นข้อห้ามจากการผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเดินสอบได้ก่อนกลับบ้านโดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน 4 ขา มีเพียง 3 คนที่ไม่สามารถเดินทดสอบได้จนครบ 6 นาที เนื่องจากมีอาการปวดเข่า

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 4 การจัดการกับผลการตอบสนอง

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน บอกเหตุผลที่ทำให้เกิดปัญหาดังกล่าวและแนวทางในการแก้ปัญหา เช่น อาการปวดขณะลงเดิน ทำให้ไม่ยอมเดิน อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกรายหลังผ่าตัด เป็นต้น เตือนให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยสนับสนุนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกระดุกสะโพกหัก โดยผู้วิจัยประเมินความต่อเนื่องของการปฏิบัติจัดการตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวและสอบถามความพร้อมของผู้ป่วยก่อนพูดคุย สอบถามปัญหาในการปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยให้ผู้สูงอายุบอกความก้าวหน้าของการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองในเรื่องการบริหารร่างกาย ท่าทางในการเคลื่อนไหว การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติรวมทั้งปัญหา อุปสรรคและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว

2. ติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติ โดยสอบถามการบันทึกการปฏิบัติการบริหารร่างกายเมื่อเกิดปัญหาในการบันทึกหรือปัญหาในการปฏิบัติจัดการตนเอง ผู้วิจัยจะให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่มีปัญหา ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขและให้กำลังใจในการปฏิบัติต่อไป สำหรับผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติได้ ไม่มีปัญหาผู้วิจัยกล่าวชมเชยและให้กำลังใจในการปฏิบัติต่อไป ก่อนสิ้นสุดการโทรศัพท์ติดตาม ผู้วิจัยจะสรุปผลที่ได้จากการสนทนา และให้ผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวสรุปสิ่งที่จะปฏิบัติต่อไป แล้วนัดหมายในการพบกันครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4

สรุปการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 โดยการติดตามทางโทรศัพท์ พบว่า 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยทั้งหมดไม่สามารถทำท่าบริหารกล้ามเนื้อขาโดยการยกขาออกจากพื้นและกระดุกปลายเท้าได้ เนื่องจากผู้ป่วยยังมีอาการปวดและบวมบริเวณแผลผ่าตัด มีผู้สูงอายุ 5 รายที่ไม่สามารถทำท่า

ทางขาได้ เนื่องจากแพทย์ห้ามทางขา การบริหารร่างกายสามารถทำได้ทุกวันอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุทุกรายสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างถูกต้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ผู้ป่วยจะบอกถึงความก้าวหน้าจากการฟื้นฟูสภาพร่างกาย คือ สามารถเดินได้ไกลขึ้น ผู้วิจัยอธิบายว่าความสามารถในการเดินที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยจัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ถูกต้อง และกล่าวชื่นชมให้ปฏิบัติต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 5 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดตรวจอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตำรวจ ประเมินความถูกต้องในการบันทึกข้อมูล ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการจัดการตนเองรวมทั้งการแก้ปัญหา ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

1. ติดตามความก้าวหน้าของการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจากแบบบันทึกการจัดการตนเองประจำสัปดาห์ ผู้วิจัยสอบถามปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุและครอบครัว ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ชื่นชมและให้กำลังใจในการปฏิบัติ ในรายที่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยแสดงความชื่นชมยินดีและให้กำลังใจในการปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อร่วมกับผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

2. ติดตามการบันทึกการบริหารร่างกายที่ผู้สูงอายุบันทึกไว้ สอบถามปัญหาและอุปสรรคที่พบในการบันทึก ในกรณีที่ยังบันทึกไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยอธิบายและทบทวนการบันทึกการจัดการตนเองซ้ำอีกครั้ง ร่วมกันให้กำลังใจในการบันทึกต่อไป ในรายที่บันทึกได้ถูกต้อง ผู้วิจัยกล่าวแสดงความชื่นชมและให้กำลังใจในการบันทึกต่อไป

3. ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรม และกำหนดวัน เวลาตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์ต่อไป

สรุปภายหลังการจัดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 จากการสอบถามผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดสะโพก ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพร่างกายทุกวันอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอร่วมกับอาการปวดแผลผ่าตัดลดลง ทำให้เดินได้ระยะทางไกลขึ้น ส่วนการบันทึกการบริหารร่างกายผู้ป่วยทุกรายบันทึกได้ถูกต้องและครบถ้วนเนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นผู้บันทึกให้

สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 6 กิจกรรมการจัดการกับการตอบสนอง ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน กระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยในการสนับสนุนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โดยผู้วิจัยประเมินความต่อเนื่อง

ของการปฏิบัติการจัดการตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที แล้วนัดหมายในการพบกันครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 6 วันที่แพทย์นัดตรวจ

สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 7 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดตรวจอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 15-20 นาที โดยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (6MWT)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยซักถามปัญหาจากการปฏิบัติการจัดการตนเอง และซักถามอาการทั่วไป

2. ผู้วิจัยประเมินความพร้อมของร่างกาย ก่อนการประเมินความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที โดยผู้วิจัยดูแลอย่างใกล้ชิดและบันทึกผล

3. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและบุคคลในครอบครัวสอบถามข้อสงสัย และร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเอง

4. ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการตนเองแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นอย่างดีตลอดการวิจัย

สรุปภายหลังการจัดการกิจกรรมสัปดาห์ที่ 6 ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความขอบคุณที่ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องและให้ความใส่ใจซักถามอาการตลอดระยะเวลาการทดลอง ทำให้สามารถสอบถามเมื่อเกิดข้อสงสัยหรืออาการผิดปกติได้ ผู้ป่วยรู้สึกยินดีที่ตนสามารถเดินได้ระยะทางที่เพิ่มขึ้น การทดสอบด้วยการเดินบนพื้นราบช่วยให้ตนทราบว่ามีการพัฒนาการในการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เพิ่มขึ้นหรือไม่ โดยมีการทดสอบตนเองขณะอยู่ที่บ้านเป็นประจำ และจะทำต่อไปแม้การวิจัยแล้วเสร็จ บางรายขออนุญาตนำคู่มือไปเผยแพร่ให้กับญาติและเพื่อนบ้านเพื่อเป็นความรู้ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการการวิจัยและจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจ เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ได้กำหนด อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการศึกษา การรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ที่จะได้รับแก่กลุ่มตัวอย่าง มีเวลาในการตัดสินใจให้ข้อมูล และเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะถอนตัวหรือยกเลิกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในการวิจัยนี้ไม่มีผู้ใดออกจากการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระยะทางที่สามารถเดินได้บนพื้นราบในเวลา 6 นาที และความแตกต่างของระยะทางในการทำหน้าที่ของร่างกาย หลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test โดยทำการทดสอบข้อตกลงก่อนทำการเปรียบเทียบทางสถิติที่ .05



สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 22 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด จากระยะทางที่สามารถเดินได้บนทางราบในเวลา 6 นาที ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย คือ ร้อยละ 86.4 อายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 71 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 86 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45-50 อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มทดลองมีผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 27 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 9 มากกว่าร้อยละ 50 ของทั้งสองกลุ่มมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ส่วนใหญ่ใช้สิทธิติดันสังกัด คิดเป็น ร้อยละ 45.5 และร้อยละ 40.9 ตามลำดับ มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน คิดเป็น ร้อยละ 63.6 และร้อยละ 68.2 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ คิดเป็นร้อยละ 72.73 และ 27.27 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 15.2 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 18.83 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 3.63 วัน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ดูแล คิดเป็น ร้อยละ 59.1 และร้อยละ 68.2 ตามลำดับ ผู้ดูแลของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50 และ ร้อยละ 72.7 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อ
ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

ตารางที่ 3 ข้อมูลผู้สูงอายุรายบุคคลหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและ
ครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

คู่ที่	ความสามารถในการทำหน้าที่ร่างกาย	
	ระยะทางที่เดินได้บนทางราบในเวลา 6 นาที (เมตร) หลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	33	49
2	44	66
3	44	88
4	105	178
5	40	76
6	13	18
7	28	88
8	20	34
9	105	190
10	34	58
11	75	96
12	24	28
13	38	45
14	42	58
15	22	46
16	36	56
17	15	46
18	80	118
19	115	200
20	75	93
21	58	66
22	30	45
\bar{X}	48.91	79.18
SD	30.41	50.91

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองสามารถเดินได้หลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ โดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน 4 ขา สามารถเดินได้ระยะทางเฉลี่ย 79.18 เมตร ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มควบคุมสามารถเดินได้หลังผ่าตัดโดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน 4 ขา สามารถเดินได้ระยะทางเฉลี่ย 48.91 เมตร

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด จากระยะทางที่สามารถเดินได้บนทางราบในเวลา 6 นาที ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	\bar{X}	SD	df	t	P-value
กลุ่มควบคุม (n=22)	48.91	30.41	42	2.394	.021
กลุ่มทดลอง (n=22)	79.18	50.91			

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.394, p = .021$) กลุ่มทดลองมีระยะทางที่สามารถเดินได้บนทางราบในเวลา 6 นาทีโดยเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม (79.18 เมตร และ 48.91 เมตร ตามลำดับ) โดยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการเดินเฉลี่ยไกลกว่ากลุ่มควบคุม 30.27 เมตร

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มด้วยวิธีการจับคู่ (Matched pair) วัดผลหลังการทดลองครั้งเดียว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตำรวจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักและได้รับการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตำรวจ 44 คน มีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีคะแนนจากการประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai2002) ดังนี้

- 1.1 ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนนมากกว่า 14 คะแนน
- 1.2 ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา มีคะแนนมากกว่า 17 คะแนน
- 1.3 ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีคะแนนมากกว่า 22 คะแนน

2. ไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารและด้านสายตา
3. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกระดูกสะโพกหักและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
4. ไม่มีข้อจำกัดในการเดินภายหลังผ่าตัด
5. มีผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว
6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ดังนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
3. เป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง
4. เป็นผู้ดูแลหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ มีเวลาดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และขณะกลับไปอยู่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง สามารถมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมโปรแกรมได้
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ อยู่ในโครงการไม่ครบตามกำหนด มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น ติดเชื้อที่แผล ผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 22 คน เข้าเป็นกลุ่มทดลองและดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) จนครบ 22 คู่ โดยให้มีความคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุด ในด้านเพศ อายุ โรคประจำตัว และวิธีการผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan and Sawin (2009) ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

1.2 คู่มือการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

1.3 สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point) เรื่องการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง นำมาทดลองใช้และปรับปรุง ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบบันทึกการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ประเมินจากระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้บนพื้นราบภายในเวลา 6 นาที (six minute walk test)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบบันทึกการจัดการตนเองประจำสัปดาห์ของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักครอบคลุมในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ข้อเท้าและข้อสะโพก การลุกนั่ง ยืนและเดิน อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลตำรวจ และได้ผ่านการพิจารณาให้ดำเนินการวิจัยได้เมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีระยะเวลาตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2558 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2559 ที่โรงพยาบาลตำรวจ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว 2) แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด 3) คู่มือการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก 4)

สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Power point) เรื่องการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด 5) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 6) แบบบันทึกการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายจากระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้บนพื้นราบภายในเวลา 6 นาที (six minute walk test) 7) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองภายหลังได้รับการผ่าตัด 8) แบบบันทึกการจัดการตนเองประจำสัปดาห์ของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 22 คน จากนั้นจึงเก็บกลุ่มทดลองต่ออีก 22 คน โดยการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีความคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุด ในด้านเพศ อายุ โรคประจำตัว และวิธีการผ่าตัด

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นกิจกรรมรายบุคคล โดยกำหนดระยะเวลาของโปรแกรมรวม 6 สัปดาห์ และเริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลอง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการของโรงพยาบาล และผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายด้วยการทดสอบระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้บนพื้นราบภายในเวลา 6 นาที (six minute walk test) ก่อนจำหน่าย จากนั้นนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายซ้ำอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 และจะให้โปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวในรายที่สนใจ พร้อมทั้งให้คู่มือการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

ผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรกวันก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยใน โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นบรรยายความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหักตามแผนการสอน โดยให้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (power point) พร้อมทั้งแจกคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ให้กลุ่มตัวอย่างไว้อ่านทบทวน ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมครั้งต่อไป หลังผ่าตัดวันที่ 3 เป็นขั้นตอนที่ให้กลุ่มทดลองปฏิบัติตามโปรแกรมด้วยตนเอง ฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งเป็นกิจกรรมการกำกับตนเอง โดยมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนให้การดูแลอย่างใกล้ชิด คอยให้กำลังใจและชมเชยขณะปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกการติดตามตนเองในการฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพร่างกายตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2-6 ผู้วิจัยติดตามโปรแกรมด้วยการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ที่ 3 และ 5 และติดตามเยี่ยมในวันนัดตรวจอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลตำรวจ ประเมินความถูกต้องในการบันทึกข้อมูล ติดตาม

ความก้าวหน้าของการปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการจัดการตนเอง รวมทั้งการแก้ปัญหาในสัปดาห์ที่ 4 และ 6 ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (6MWT) ก่อนจำหน่ายและในสัปดาห์ที่ 6 จากนั้นผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การวิจัยได้สิ้นสุดลงแล้ว

สรุปผลการวิจัย

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ สามารถอธิบายได้ว่า

รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองที่เน้นความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว โดยอาศัยกระบวนการให้ความรู้และความเชื่อที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด มีความมุ่งมั่นในการฝึกทักษะและกำกับตนเองให้ทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านอารมณ์และข้อมูลข่าวสาร ผู้สูงอายุจึงเกิดความมั่นใจในการจัดการตนเองหลังผ่าตัด โดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยการบริหารกล้ามเนื้อขาและสะโพก ได้รับการกระตุ้นเตือนช่วยเหลือในการลุกนั่ง ยืน และเดินจากสมาชิกในครอบครัว จึงส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น

แสดงให้เห็นว่า การนำแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan & Sawin (2009) มาทำโปรแกรม โดยผู้วิจัยให้ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการจัดการภาวะกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ โดยการพูดชักจูงให้เห็นความสำคัญของการเตรียมตัวและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดการเรียนรู้และเข้าใจถึงความจำเป็นในการจัดการตนเองที่เหมาะสม เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองจากการได้เห็นตัวแบบผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดสะโพก รวมทั้งการได้ลงมือปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยตนเอง ได้แก่ การบริหารร่างกายท่าทางการเคลื่อนไหว ซึ่งผลลัพธ์จากการบริหารร่างกายหลังผ่าตัดสอดคล้องกับเป้าหมายของผู้สูงอายุและครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นและนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของของวินา วงษ์งาม, กนกพร สุคำวัง และภารดี นานาศิลป์ (2557) พบว่า ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้นที่เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรู้และรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการฝึกทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง โดยผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นผู้กำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองในการบริหารร่างกาย อย่างน้อยท่าละ 30 ครั้ง 5 วันต่อสัปดาห์ ร่วมกับการลุกนั่ง ยืน และเดิน เริ่มตั้งแต่หลังผ่าตัดวันที่ 3 จนถึงหลังจำหน่ายกลับบ้าน ควบคุมกำกับตนเอง โดยผู้สูงอายุและครอบครัวร่วมกันสังเกตและให้บุคคลในครอบครัวเป็นผู้บันทึกข้อมูลการปฏิบัติการจัดการตนเองลงในสมุดบันทึกการจัดการตนเองของผู้สูงอายุทุกวัน จากการตรวจสอบการบันทึกการจัดการตนเอง ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและในวันมาตรวจตามนัด ติดตามทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ หลังจำหน่าย เพื่อสะท้อนคิดปัญหาหรืออุปสรรคในการจัดการตนเอง โดยให้ผู้สูงอายุเล่าเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเอง และความก้าวหน้าของผลจากการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ทราบปัญหาเกี่ยวกับทักษะและความสามารถในการกำกับตนเองของผู้สูงอายุแต่ละราย การหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุและครอบครัว ได้วางแผนและลงมือปฏิบัติทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น มีความถี่ของการปฏิบัติมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ เกิดความมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งในแต่ละสัปดาห์มีการประเมินตนเองจากการปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จากจำนวนครั้งที่ออกกำลังกายแต่ละท่าว่าทำได้ตามเป้าหมายหรือไม่ รวมทั้งการทดสอบตนเองด้วยการเดินบนพื้นราบในระยะเวลา 6 นาที ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อที่ได้รับการกระทบเทือนจากการผ่าตัด สามารถเคลื่อนไหวข้อได้เพิ่มขึ้น (วราภรณ์ ตุ่มทอง, 2553) และสามารถเดินได้ไกลขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการออกไปทำกิจกรรมต่างๆ นอกบ้านได้ด้วย

ตนเองเพิ่มขึ้น (สุขฤทัย วิโรจน์ยุดิ, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิชและสุปรียา ต้นสกุล, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hershkovitz, Kalandariov, Hermush, Weiss & Brill (2007) ที่พบว่า การฟื้นฟูสภาพร่างกายที่เหมาะสม ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายใกล้เคียงกับก่อนกระดูกสะโพกหัก

นอกจากนั้น การส่งเสริมการจัดการตนเองโดยได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้วิจัยและครอบครัวด้วยการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติ ร่วมกับการพูดชมเชยหรือให้กำลังใจขณะปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เป็นการเสริมแรงทางบวก ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมการจัดการตนเองต่อไป รวมทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารโดยผู้วิจัยมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักให้ผู้สูงอายุนำกลับไปทบทวนที่บ้าน สามารถอ่านทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองหรือให้ครอบครัวช่วยอ่านในเวลาที่ต้องการ ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจและมั่นใจในการฝึกทักษะต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง เป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยไปสู่เป้าหมายที่ต้องการส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร ลิเลิศมมงคลกุล (2555) พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะฟื้นตัวได้ดี นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 3.63 วัน สอดคล้องกับสุขฤทัย วิโรจน์ยุดิ (2557) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักของผู้ป่วยสูงอายุที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 2.88 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวภา อินผา (2550) ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ในการจัดทำโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศิริราช พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในขณะที่รูปแบบการพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนของโรงพยาบาล โดยได้รับความรู้ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำที่ควรหลีกเลี่ยง การบริหารกล้ามเนื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งเป็นการให้ความรู้ที่ไม่ได้เน้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และขาดความต่อเนื่องในกระบวนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในความดูแลของนักรักษาพยาบาล ซึ่งมีข้อจำกัดเกี่ยวกับเวลา

ในการฝึกแต่ละวัน ขาดความต่อเนื่องในการฝึกในวันหยุด แม้มีการกระตุ้นเตือนจากแพทย์และพยาบาล แต่ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจและไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารร่างกายและการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดสะโพกเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีขนาดแผลยาว มีการใช้เครื่องมือดึงถ่างกล้ามเนื้อเพื่อให้สามารถเห็นตำแหน่งที่จะผ่าตัดได้ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดรุนแรง โดยพบว่ามีอาการปวดระดับสูงในวันที่ 2 หลังผ่าตัด (บุษรา ดาวเรือง, 2012) จึงมักไม่ยอมบริหารร่างกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายโดยให้เหตุผลว่ามีอาการปวดแผล กลัวปวดแผลมากขึ้น กลัวแผลแยก นอกจากนี้หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีสายระบายและสายน้ำเกลือ ทำให้ขาดความมั่นใจในการเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากกลัวสายระบาย หรือสายน้ำเกลือหลุด ประกอบกับขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวจึงขาดความมั่นใจไม่กล้ามีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่มั่นใจว่าจะช่วยเหลือการจัดการตนเองให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างไรจึงจะถูกต้อง และมีคุณภาพ ไม่ขัดกับแผนการรักษา (Grondin, Bourgault & Bolduc, 2012) การฟื้นฟูสภาพภายหลังการจำหน่ายกลับบ้านจึงขาดความต่อเนื่อง ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ รวมทั้งไม่ได้รับการสนับสนุนกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัวอย่างที่ควร ส่งผลให้การฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นไปได้ช้า

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว โดยการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านตัวแบบสัญลักษณ์และฝึกปฏิบัติทักษะการกำกับตนเองตนเอง มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายและวางแผนร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และผู้วิจัย และลงมือฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ พุดซักจูงให้เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด โดยมีสมาชิกในครอบครัวคอยให้กำลังใจขณะฝึกปฏิบัติ และกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งแจกคู่มือให้กลับไปทบทวนที่บ้าน มีการโทรศัพท์ติดตามทุกสัปดาห์ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการฟื้นตัวของการทำงานที่ของร่างกาย ปัญหาและอุปสรรค และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข อีกทั้งยังเป็นการแสดงความห่วงใยเอาใจใส่ และพุดให้กำลังใจในการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุกระตือรือร้นที่จะมีความมั่นใจในการจัดการตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** บุคลากรด้านสุขภาพควรตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการวางแผนเป้าหมาย ตัดสินใจ และร่วมมือกันกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุในการจัดการตนเองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก เพื่อให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายกลับคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ พึ่งพาตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของคุณและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆ

2. **ด้านการบริหาร** ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำแนวคิดการจัดการตนเองของคุณและครอบครัวมาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย และแผนพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของคุณและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ในระยะเวลาที่นานขึ้น ได้แก่ 3 , 6 และ 12 เดือน เพื่อดูผลของโปรแกรมในระยะยาว และแนวโน้มของความยั่งยืนของโปรแกรมรวมทั้งครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างที่สูงอายุมากขึ้น เช่น 85 ปีขึ้นไป

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างในผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของคุณและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายระหว่างเพศชายกับหญิง หรือชนิดของการผ่าตัด

รายการอ้างอิง

- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2548). เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์
สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรัฐดา กาญจนสถิตกุล. (2552). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ
กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชญญา นิมิตรวงศ์ศิริ. (2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่
ในผู้สูงอายุหญิงที่มีกระดูกข้อสะโพกและรอบสะโพกหัก ตีกรวมเมตตา 3 โรงพยาบาล
อุดรธานี. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธนาวรรณ แสนปัญญา. (2554). ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการ
ปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. วารสารโรงพยาบาลแพร่, 19, 18 – 27.
- นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์. (2557). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วารสารสภาการพยาบาล, 29(2),
127-140.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2548). การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. ในคู่มือแนวทางการจัดตั้ง
และดำเนินการผู้สูงอายุ (หน้า 87-94). กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทย.
- บุญสิน บูรณะพาณิชย์กิจ. (2547). การตามกระดูกหัก. กรุงเทพมหานคร: บุ๊คเน็ต.
- บุษรา ดาวเรือง, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และดรุณี ชุณหะวัต. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการ
ความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการ
ปฏิบัติพยาบาล และต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 18(3),
358-371.
- เบญญาภา พรหมพุก และ วันชัย มั่งคั่ง. (2556). การวิเคราะห์หมโนทัศน์สภาวะการทำหน้าที่.
พยาบาลสาร, 40(ฉบับพิเศษ), 128-137.
- เปรมกมล ขวนขวย. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน.
วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พลวรรธน วิฑูรกลชิต. (2551). *ตำราศัลยศาสตร์ข้อสะโพกและข้อเข่าเทียม เล่มที่ 1. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

พิชญ์ประอร ยังเจริญ และสุภาพ อารีเอื้อ. (2550). การป้องกันการพลัดตกหกล้ม: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. *รามาริบัติพยาบาลสาร, 13(3), 302-322.*

พัฒน์ วรรณปิยะรัตน์. (2551). แนวทางการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช : การศึกษาไปข้างหน้า. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 17(2), 411-417.*

มรรยาท ณ นคร. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการยึดตรึงด้วยวัสดุภายในร่างกาย.* โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มนตรีการต์ ยอดราช. (2556). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วรรณิ สัตยวิวัฒน์. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์.* พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.

วารภรณ์ ตุ่มทอง. (2553). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม.* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิภาพร ลีเลิศมงคลกุล, สุพร ดนัยดุชฎีกุล, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์, และ พัชรพล อุดมเกียรติ (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ความเจ็บปวดและการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะฟื้นตัว ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *Journal Of Nursing Science, 31(2), 26-37.*

วิวัฒน์ วจนะวิศิษฏ์. (2547). *ออร์โธปิดิกส์.* กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง.

วิวัฒน์ เอกบูรณวัฒน์. (2554). การดูแลผู้ป่วยกลับเข้าทำงาน. ดาวน์โหลดหนังสือในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ จาก www.summacheeva.org

วีณา วงษ์งาม, กนกพร สุคำวัง และภารดี นานาศิลป์. (2557). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น. *พยาบาลสาร 41(2), 72-82.*

วัชรา ภูมิพระบุ. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 19, 66-75.*

- สิริสุตา ชาวคำเขต. (2541). *การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สุวิมล แคล้วคล่อง., วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์., สุพร ดนัยดุขฎีกุล และก้องเขต เหยียญสุวรรณ. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการกำมือ และความวิตกกังวลกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักภายหลังผ่าตัด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(2), 36-48.
- สุขฤทัย วิโรจน์ยุติ. (2557). ประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ของผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(2), 187-194.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวภา อินผา. (2550). *โปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม* โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรวรรณ วัฒนกุล. (2553). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อินทุกานต์ กุลไวย. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนและการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Abbas, K., Murtaza, G., Umer, M., Rashid, H., and Qadir, I. (2012). Complications of Total Hip Replacement. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 22(9), 575-578.
- Aharonoff, G. B., Immerman, I., & Zuckerman, J. D. (2004). Outcome after hip fracture. *Techniques in Orthopaedics*, 19(3), 229-234.
- Alexis, A. W., Chad, E. C., David, B., & John, D. D. (2011). A comparison of 3 methodological approaches to defining major clinically important improvement of 4 performance measures in patients with hip osteoarthritis. *Journal Of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 41(5), 319-327.
- Allvin, R., Berg, K. I., Idvall, E., & Nilson, U. (2007). Postoperative recovery: A concept analysis. *Journal of Advance Nursing*, 57(5), 552-558.

- Altizer, L. (2005). Hip Fracture. *Orthopedic Nursing* 24(4), 283-292.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2011). *Total hip replacement*. Retrieved September 6, 2015 from <http://orthoinfo.aaos.org/PDFs/A00377.pdf>
- American College of Sport Medicine. (2000). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. 6th ed. Baltimore: Lippincott William & Wilkin.
- American College of Sport Medicine. (2000). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. 7th ed. Baltimore: Lippincott William & Wilkin.
- American College of Sport Medicine. (2010). *ACSM's resources for clinical exercise physiology: musculoskeletal, neuromuscular, neoplastic, immunologic, and hematologic condition*. 2th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkin.
- Arena, R., Myer, J., Williams, M. A., Gulati, M., Kligfield, P., & Balady, G. J., et al. (2007). Assessment of functional capacity in clinical and research settings. *Circulation*, 116, 329-343.
- 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.
- Arizon, Z., Gepstein, R., Shabat, S., & Berner, Y. (2007). Pain perception during the rehabilitation phase following traumatic hip fracture in the elderly is an important prognostic factor and treatment tool. *Disability and Rehabilitation*, 29(8), 651-658.
- Backer, J., & Moon, L. B. (2000). Relationships among self efficacy, outcome expectancy, and postoperative behaviors in total joint replacement patient. *Orthopedic nursing*, 19(2), 77-85.
- Baumgarten, M., Margolis, D. J., Orwig, D. L., Shardell, M. D., Hawkes, W., Langenberg, P et al. (2009). Pressure ulcers in elderly hip fracture patients across the continuum of care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(5), 863-870.
- Belooseky, Y., Weiss, A., Manasian, M., & Salai, M. (2010). Handgrip strength of the elderly after hip fracture repair correlates with functional outcome. *Disability Rehabil*, 32(5). 367-373.
- Bennell, K., Dobson, F., & Hinman, R. (2011). Measure of physical performance assessments. *Arthritis Care & Research*, 63(11), 350-370.

- Bertram, M., Norman, R., Kemp, L., & Vos, T. (2011). Review of the long-term disability association with hip fracture. *Injury Prevention, 17*, 365-370.
- Bieleman, J. H., Ittersum, W. M., Reneman, F. M., Oosterveld., Groothoff, W. J., Oostveen, M. C. & Schans, P. C. (2010). Functional capacity of people with early osteoarthritis: a comparison between subjects from the cohort hip and cohort knee (CHECK) and healthy ageing workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 83*, 913-921.
- Bitsch, M.S., Foss, N.B., Kristensen, B.B., & Kehlet, H. (2006). Acute cognitive dysfunction after hip fracture: frequency and risk factors in an optimized, multimodal, rehabilitation program. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 50*, 428-436.
- Boardman, D. L., Dorey, F., Thomas, B. J., & Lieberman, J. R. (2000). The accuracy of assessing total hip arthroplasty outcomes: A prospective correlation study of walking ability and 2 validated measurement devices. *The Journal of Arthroplasty, 15*(2), 200-204.
- Bradley, D., Dominique, A., Nalin A., Ross, D., Terrence H., Terence, P., Barry, J., Jodie, N., Theodora, M., Emma, U.R., Ashish, D., & Maria, A. (2009). Recurrent and injurious falls in the year following hip fracture: a prospective study of incidence and risk factors from the sarcopenia and hip fracture study. *Journal of Gerontology, 64*(5), 599–609.
- Brigham and Women's Hospital Department of Rehabilitation Services. (2010). *Standard of care: total hip replacement*. Retrieved September 6, 2015 from website <http://www.brighamandwomens.org>
- Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *Study guide for the practice of nursing research : conduct, critique and utilization.* (5th ed). St.Louis : Elsevier Saunders.
- Christmas, M. (2006). Medical Care of the Hip Fracture Patient. *Clinical Geriatrics, 14*(4), 40-45.
- Clarke, H. D., Berry, D. J., & Larson, D.R. (1997). Acute pseudoobstruction of colon as a postoperative complication of hip arthroplasty. *Journal of Bone and Joint Surgery, 79*, 1642-1647.

- Cleary, D., Reilley, T., Greenfield, S., Mulley, G., Wexler, I., & Frankel, F. (1993). Using patient reports to assess health related quality of life after hip replacement. *Quality of Life Research, 2*(1), 3-11.
- Cree, M., Carriere, K. M., Soskolne, C. L., & Suarez-Almazor, M. (2001). Functional dependence after hip fracture. *Am J Phys Med Rehabil, 80*(10), 736-743.
- Creer, L. T. (2000). *Self-management of chronic illness*. Handbook of self-regulation, 601-629.
- Corsinovi, L., Bo, M., Aimonino, N. R., Marinello, R., Gariglio, F., & Marchetto, C. (2008). Predictors of falls and hospitalization outcomes in elderly patients admitted to an acute geriatric unit. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 10*, 1-4.
- Formiga, F., Navarro, M., Duaso, E., Chivite, D., Ruiz, D., & Perez, J. M. (2008). Factors associated with hip fracture-related falls among patients with a history of recurrent falling. *Bone, 43*, 941-944.
- Formiga, F., Navarro, M., Duaso, E., Chivite, D., Ruiz, D., & Perez-Castejon, J. M. (2008). Factors associated with hip fracture related falls among patients with history of recurrent falling. *Bone, 43*, 941-944.
- Galea, P. M., Levinger, P., Lythgo, N., Cimol, C., Weller, R., Tully, E., & McMeeken, J. (2008). A targeted home- and center-based exercise program for people after total hip replacement: a randomized clinical trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 89*, 1442-1447.
- Gallus, A. S. (1999). Applying risk assessment models in orthopaedic surgery: overview of our clinical experience. *Blood Coagul Fibrinolysis, 10*(2), S53-61.
- Ganz, S. B., Peterson, M. G., Russo, P. W., & Guccione, A. (2007). Functional recovery after hip fracture in the subacute setting. *Hospital for Special Surgery Journal, 3*, 50-57.
- Gillson, V. T., Luciana, A. R., & Luana, A. R. (2010). Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast Brazil. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 68*(1), 39-43.
- Givens, J. L., Sanft, T. B., & Marcantonio, E. R. (2008). Functional recovery after hip fracture: the combined effects of depressive symptoms, cognitive impairment, and delirium. *Journal of American Geriatrics Society, 56*, 1075-1079.

- 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.
- Heiberg, E. K., Ekeland, A., Bruun-Olsen, V., & Mengshoel, M. A. (2012). Effect of a walking skill training program in patients who have undergone total hip arthroplasty: Follow up one year after surgery. *Arthritis Care and Research (Hoboken), 64*(3), 415-423.
- Heikkinen, T., & Jalovaara, P. (2005). Four or twelve months' follow-up in the evaluation of functional outcome after hip fracture surgery. *Scandinavian Journal of Surgery, 94*, 59-66.
- 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.
- Infante-castro, C., Rojano-mejia, D., Ayala-vazquez, G., & Aguilar-esparza, G. (2013). Functional prognostic factors in older adults with hip fracture. *Cirugia y Cirujanos, 81*(2), 117-121.
- International Osteoporosis Foundation. (2013). The Asian pacific regional audit epidemiology, costs and burden of osteoporosis in Asia. Retrieved September 6, 2015, from website <http://www.iofbonehealth.org>
- Ishida, Y., Kawai, S., & Taguchi, T. (2005). Factors affecting ambulatory status and survival of patients 90 years and older with hip fractures. *Clinical Orthopaedics and related research, 436*, 208-15.
- Bieleman, J. H., Ittersum, W. M., Reneman, F. M., Oosterveld, G., Groothoff, W. J., & Schans, P. C. (2009). Functional capacity evaluation in subjects with early osteoarthritis of hip and/or knee; is two-day testing needed?. *Journal of Occupational Rehabilitation, 19*, 238-244.
- Jerofke, R T. (2013). *Patient perceptions of patient-empowering nurse behaviors patient activation, and functional health status after surgery*. Retrieved September 6, 2015 from website <http://epublications.marquette.edu>
- Johnell, O., & Kaniss, T. (2005). Epidemiology of osteoporotic fracture. *Osteoporosis*

International, 2, 3-7.

- Kamary, C., Alice, B. A., & Mark, M. H. (2013). Functional and physiological determinants of perceived disability in individuals diagnosed with osteoarthritis of the hip. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 1(6)*, doi: 10.4172/2329-9096.1000153
- Kamel, H. K. (2005). The frequency and factors linked to a urinary tract infection coding in patients undergoing hip fracture surgery. *Journal of the American Medical Directors Association, 6*, 316–320.
- Leighton, R. K., Schmidt, A. H., Collier, P., & Trask, K. (2007). Advances in the treatment of intracapsular hip fractures in the elderly. *Journal Injury, 38(S3)*, s24-s34.
- Lichtblau, S. (2000). Hip fracture: surgical decisions that affect medical management. *Geriatrics. 55(50–52)*, 55–56.
- Lin, P. C., & Chang, S. Y. (2004). Functional recovery among elderly people one year after hip fracture surgery. *Journal of Nursing Research, 12(1)*,
- Lindholm, C., Sterner, E., Romanelli, M., Pina, E., Torra, y., Bou, J et al. (2008). Hip fracture and pressure ulcers - the Pan-European Pressure Ulcer Study - intrinsic and extrinsic risk factors. *International Wound Journal, 5(2)*, 315-328.
- Lubbeke, A., Stern, R., Gara aglia, G., Zurcher, L., & Hoffmeyer, P. (2007). Differences in outcomes of obese women and men undergoing primary total hip arthroplasty. *Arthritis rheum, 57(2)*, 327-334.
- McCarkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, S. L., Larig, K., & Wagner, H. E. (2011) Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA Cancer Journal for clinicians, 61*, 50-62.
- Merchant, R. A., Lui, K. L., Wong, H. P.,& Sitoh, Y. Y. (2005). The relationship between postoperative complications and outcomes after hip fracture surgery. *Annals of the Academy Medicine Singapore, 34*, 163-168.
- Michalka, P., Khan, R., Scaddan, M., Haebich, N., Chirodian, N., & Wimhurst, J. (2012).

The Influence of Obesity on Early Outcomes in Primary Hip Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 27(3), 391–396.

- Miller, M.D., Thompson, S.R., & Hart, J. A. (2012) *Review of Orthopaedics. 6 edition*. Philadelphia, PA: Elsevier; 2012.
- Morgan, M., Black, J., Bone, F., Fry, C., Harris, S., Hogg, S., et al. (2005). Clinician-led surgical site infection surveillance of orthopaedic procedures: A UK multi-centre pilot study. *Journal of Hospital Infection*, 60, 201-212.
- Morrison, R. S., Magzincr, J., McLaughlin, M. A., Orosz, G., Silberzweig, S. V., & Koval, K. J. (2002). Time impact of post operative pain on outcomes following hip fracture. *Journal of Pain*, 103, 303-311.
- Munir, F., Khan, A. T., Yarker, J., Haslam, C., Long, H., Bains, M., & Kalawsky, K. (2009). Self- management of health-behaviors among older and younger workers with chronic illness. *Patient Education and Counselling*, 77, 109-115.
- Olofsson, B., Stenvall, M., Lundstroöm, M., Svensson, O., & Gustafson. (2007). Malnutrition in hip fracture patients: an intervention study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 2027-2038.
- Patel, J., & Bozic, K. (2009). Early Complications After Total Hip Arthroplasty. *US Musculoskeletal review*. 62-64. Retrieved September 6, 2015 from website <http://www.touchophthalmology.com>
- Pareles, T. R., Stuchin, S. A., Kastenbaum, D. M., Beric, A., Lacagnino, G., & Kabir, H. (1996). Surgical maneuvers placing the sciatic nerve at risk during total hip arthroplasty as assessed by somatosensory evoked potential monitoring. *The Journal of Arthroplasty*, 9, 53-61.
- Partanen, J., Syrjala, H., Vahanikkila, H., & Jalovaara, P. (2006). Impact of deep infection after hip fracture surgery on function and mortality. *The Journal of Hospital Infection*, 62(1), 44-49.
- 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 Gerontology*, 63(8), 867-872.
- Petrisor, B. A., Petruccelli, D. T., Winemaker, M. J., & de Beer, J. de V. (2001). Acute

colonic pseudo obstruction after elective total joint arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 16, 1043-1047.

- Piovella, F., Wang, C. J., Lu, H., Lee, K., Lee, L. H., Lee, W.C., Turpie, A.G., Gallus, A.S., Plane's, A., Passera, R., & Rouillon, A. (2005). Deep-vein thrombosis rates after major orthopedic surgery in Asia. An epidemiological study based on postoperative screening with centrally adjudicated bilateral venography. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 3, 2664–2670.
- Postler, A., Neidel, J., Gunther, P. K., & Kirschner, S. (2011). Incidence of early postoperative cognitive dysfunction and other adverse events in elderly patients undergoing elective total hip replacement (THR). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53, 328–333.
- Pratt, E., & Gray, P. A. (2007). *Total Hip Arthroplasty. In: Rehabilitation for the Postsurgical Orthopedic patient.* Maxey L, Magnusson J, eds. St. Louis, Mo: Mosby/Elsevier, pp. 293-306, 2007
- Radosavljevic, N. (2013). The effects of balneo-physical therapy on the quality of life of patients whit surgically treatedfor hip. PhD thesis. Faculty of medicine, University of Belgrade.
- Rao, S.S., & Cherukur, M. (2006). Management of Hip Fracture: The Family Physician's Role. *American Family Physician*, 73(12), 2195-2200.
- Reardon, K., Galea, M., Dennett, X., Choong, P., & Byrney, E. (2001). Quardriceps muscle wasting persists 5 mounths after total hip arthroplasty for osteoarthritis of the hip : A pilot study. *Internal Medicine Journal*, 31(1), 7-14.
- Ridgeway, S., Wilson, J., Charlet, A., Katafos, G., Pearson, A., & Coello, R. (2005). Infection of the surgical site after arthroplasty of the hip. *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Volume, 87(6), 844–850.
- Rikli, R.E. & Jone, C.J. (2002). Measuring functional fitness of older adults. *The Journal on Active Aging*, March- April 2002, 24-30.
- Roach, S. S. (2001). *Introductory gerontological nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rojanasthien, S. & Luevitoonvochkij, S. (2005). Epidemiology of hip fracture in

Chiang Mai. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88, S105-9.

- Ruiz, B.A. (2000). *Hip fracture recovery in older woman: the influence of self-efficacy, depressive symptoms and state anxiety*. University of California, Sanfrancisco.
- Ryan, P., & Sawin, J. K. (2009). The Individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcome. *Nursing Outlook*, 57, 217-225.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2009). *Management of hip fracture in older people. A national clinical guideline*. Retrieved September 6, 2015 from www.sign.ac.uk.
- Shyu, Y.-L., Chen, M. C., Cheng, H. S., Deng, H. C., Liang, J., & Wu, C. C. (2008). Severity of depression risk predicts health outcomes and recovery following surgery for hip fracture elders. *Osteoporosis International*, 19, 1541-1547.
- Silvia, M., Inmaculada, G., & Carmen, M. (2012). Funcional evaluation in elderly individuals with hip fracture surgery. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1095-1100.
- Sipila, S., Salpakoski, A., & Edgren, J. (2011). Promoting mobility after hip fracture (ProMo): study protocol and selected baseline result of a year-long randomized controlled trial among community-dwelling older people. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 277.
- Stevens, M., Akker-Scheek, I., Spriensma, A., Boss, A. D. N., Diercks, L. R., & Horn, R. J. (2003). The Groningen orthopedic exit strategy (GOES) : A home-base support program for total hip and knee arthroplasty patient after shortened hospital stay. *Journal of Patient Education and Counseling*, 54(1), 95-99.
- Taylor, E.N., Barelli, C., & Harding, E.K. (2010). Communicaty ambulation before and after hip fracture: A qualitative analysis. *Disability and Rehabilitation*, 32(15), 1281-1290.
- Voshaar, R. C., Banerjee, S., Horan, M., Baldwin, R., Pendleton, N., Proctor, R., & Burns,

A. (2007). Predictors of incident depression after hip fracture surgery. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 807-814.

Waddell, J. (2008). *Hip arthritis surgery*. Philadelphia, PA: Elsevier.

Young, L., Cheah, D., Waddell, P., & Wright, G. (1998). Patient characteristics that affect the outcome of total hip arthroplasty: A review. *Canadian Journal of Surgery*, 41(3), 188-195.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งทางวิชาการ
1.พ.ต.อ.สามารถ ม่วงศิริ	อาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตำรวจ
2.พ.ต.อ.ประพันธ์ กองมงคล	นักกายภาพบำบัด (สบ5) กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลตำรวจ
3.พ.ต.อ.หญิงโสภา ไกรวัฒนพงศ์	พยาบาล (สบ4) กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ
4.ผศ.ดร.พรชัย จุลเมตต์	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
5.ดร.นัยนา พิพัฒน์วิณิชชา	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

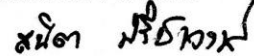
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พ.ต.ท.หญิง ธนพร รัตนธรรมวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|--|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์ | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ |
| 2. ดร. นัยนา พิพัฒน์วณิชชา | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์ และดร. นัยนา พิพัฒน์วณิชชา

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ โทร. 0-2218-1151

ชื่อนิสิต

พ.ต.ท.หญิง ธนพร รัตนธรรมวัฒน์ โทร. 08-6706-1011

ที่ ศธ 0512.11/ 0659

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒1 พฤษภาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

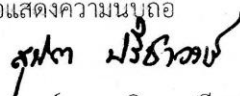
- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พ.ต.ท.หญิง ธนพร รัตนารมวัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ บุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิต สร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. พ.ต.อ. สามารถ ม่วงศิริ | อาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ |
| 2. พ.ต.อ. ประพันธ์ กองมงคล | นักกายภาพบำบัด (สบ 5) กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู |
| 3. พ.ต.อ.หญิง โสภา ไกรวัฒน์พงศ์ | พยาบาล (สบ 4) กลุ่มงานพยาบาล |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

พ.ต.อ. สามารถ ม่วงศิริ, พ.ต.อ. ประพันธ์ กองมงคล และพ.ต.อ.หญิง โสภา ไกรวัฒน์พงศ์
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151
พ.ต.ท.หญิง ธนพร รัตนารมวัฒน์ โทร. 08-6706-1011





โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง. ศ.๗๗/๒๕๕๘

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	The Effect of the Individual and Family Self-Management Promoting Program on Functional Capacity among Older Persons with Hip Fracture
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	พ.ต.ท.หญิงชนพร รัตนธรรมวัฒน์ พยาบาล (สบ ๓) กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร.
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 14 JULY 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 14 JULY 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 14 JULY 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๘
วันหมดอายุ	๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๙

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจโท.....

(จุมพฏ อรุพงษ์ศา)

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย

โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก.....

(อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย

โรงพยาบาลตำรวจ



ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถ
การทำ

หน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพก

ชื่อผู้วิจัย พ.ต.ท.หญิงธนพร รัตนารธรรมวัฒน์ นิสิตสาขาการพยาบาลศาสตร์ (การ
พยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

ที่ทำงาน : หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ตึกมงคกลางจุฬาภิเชก ชั้น 9 โรงพยาบาล
ตำรวจ โทรศัพท์ 02-2076393

ที่บ้าน : 68/444 อาคาร 30 ซ.ลือชา ถ.พหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กทม.

โทรศัพท์มือถือ: 086-706-1011 E-mail: ngo-jeng@hotmail.com

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่น ๆ ในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและ
ครอบครัวต่อความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพก

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูก
สะโพกหักหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูก
สะโพกหักระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว กับกลุ่ม
ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ผู้วิจัยจะทำการวิจัยให้กับผู้ป่วยสูงอายุกระดูก
สะโพกหักซึ่งคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่มีการระบุชื่อ-สกุล ลงในกระดาษ
แบบสอบถาม ซึ่งจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือว่าเป็น
ความลับ ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งรายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัย
จะได้รับในการปฏิบัติงานวิจัยมีดังนี้

แบ่งกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมออกเป็น 2
กลุ่ม กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ
โรงพยาบาลตำรวจ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหัก การปฏิบัติตนก่อน
และหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดเพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน เปิดโอกาสให้ซักถามและประเมินการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวเป็น

ระยะๆ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมฟังกิจกรรมด้วย สอนเป็นรายบุคคล และประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายโดยการประเมินระยะทางที่สามารถเดินได้บนพื้นราบในเวลา 6 นาที หลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว คือ แรกรับผู้ป่วยจะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกายและประเมินสภาพทั่วไป รวมทั้งการได้รับความรู้โดยการสอนเป็นรายบุคคลในเรื่องเกี่ยวกับการจัดการตนเองในการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัด เน้นการฟื้นฟูการทำงานของร่างกาย โดยการใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม power point ในการให้ความรู้ร่วมกับการชมวีดิทัศน์และฝึกทักษะการบริหารร่างกายและท่าทางในการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม ไปพร้อมกับการชมวีดิทัศน์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ภายหลังจากการผ่าตัด โดยเริ่มฝึกการฟื้นฟูสภาพร่างกายในระยะก่อนผ่าตัดและวันที่ 3 หลังผ่าตัด ตามหลักการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม รวมทั้งมีการติดตามผลการวิจัยเพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายหลังผ่าตัดสัปดาห์ที่ 6 เปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยและไม่เข้าใจในการจัดการกับปัญหาจากการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดขณะอยู่บ้าน

4. ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้และไม่มีข้อห้ามในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

5. ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสอบถามความสมัครใจเพื่อรับการประเมินสมรรถภาพสมอง โดยใช้แบบทดสอบระดับสภาพสมองเบื้องต้น โดยมีคะแนนการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวิจัย

6. ผู้วิจัยจะประเมินอาการปวดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกราย ก่อนเริ่มการฟื้นฟูสภาพร่างกาย หากขณะที่ทำการฟื้นฟูสภาพร่างกายมีอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด เป็นลม มีไข้ หรือมีอาการปวดมากขึ้น ผู้วิจัยจะหยุดการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมทันที

7. ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มีสิทธิเข้าร่วม หรือปฏิเสธในการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาทำการวิจัย โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาแต่อย่างใด

8. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ที่เข้าร่วมการวิจัย

9. ระยะเวลาที่ผู้วิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับกรวิจัยใช้เวลา 6 สัปดาห์

10. ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 44 คน

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 26 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147 โทรสาร 02-218-8147 E-mail : eccu@chula.ac.th





ภาคผนวก จ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ท่านเลือกและ / หรือกรอกข้อความลงใน

ช่องว่างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี (จำนวนปีเต็ม)
3. สถานภาพ () โสด () สมรส () หย่าร้าง () หม้าย
4. ระดับการศึกษา
 () ระดับประถมศึกษา () ระดับมัธยมศึกษา () ระดับอนุปริญญา
 () ระดับปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี () ไม่ได้รับการศึกษา
5. อาชีพ () รับจ้างทั่วไป () เกษตรกร () ข้าราชการบำนาญ/ วิสาหกิจ
 () แม่บ้าน / พ่อบ้าน () อื่น ๆ.....
6. ลักษณะที่พักอาศัย.....
7. การเดินทางมาโรงพยาบาล () รถส่วนตัว () taxi () รถประจำทาง () เรือ
8. ประสบการณ์ในการได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก
 () ไม่เคย () เคย ระบุ.....ครั้ง
9. ประวัติการหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
 () ไม่เคย () เคย ระบุ.....ครั้ง
10. ประวัติการออกกำลังกาย () ไม่เคย () นาน ๆ ครั้ง () ประจำ ระบุ.....
11. โรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่ท่านเป็นอยู่
 () ไม่มี () มี ระบุ.....
12. จำนวนยาที่ใช้ในปัจจุบัน.....ชนิด
13. ปัจจุบันท่านมีรายได้.....บาทต่อเดือน
14. การชำระค่ารักษาพยาบาลของท่าน
 () ชำระเงินเอง () บัตรประกันสุขภาพ
 ()สวัสดิการข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ () สิทธิประกันสังคม
15. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ข้อมูลทั่วไปของคุณในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี (จำนวนปีเต็ม)

3. สถานภาพ () โสด () สมรส () หย่าร้าง () หม้าย
4. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ
 () สามี () บุตร () พี่ , น้อง () หลาน () อื่น ๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
 () ระดับประถมศึกษา () ระดับมัธยมศึกษา () ระดับอนุปริญญา
 () ระดับปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี () ไม่ได้รับการศึกษา
6. อาชีพ
 () นักเรียน / นักศึกษา () รับจ้างทั่วไป () เกษตรกร
 () รับราชการ / วิสาหกิจ () แม่บ้าน / พ่อบ้าน () อื่น ๆ.....
7. ปัจจุบันท่านมีรายได้.....บาทต่อเดือน
8. ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก
 () ไม่เคย () เคยระบุ.....ครั้ง



สมุดบันทึกการจัดการตนเองประจำสัปดาห์
สำหรับ
ผู้สูงอายุกระดูกสะโพก

ชื่อ - นามสกุลอายุ.....ปี
ตำแหน่งที่หัก.....
ชนิดของการผ่าตัด.....
เข้ารับการรักษาตั้งแต่.....ถึง.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การจัดการตนเองประจำสัปดาห์ของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

คำชี้แจง แบบบันทึกการจัดการตนเองประจำสัปดาห์ของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักและครอบครัว เป็นสมุดบันทึกการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยตนเอง โดยให้ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลเป็นผู้บันทึกทุกครั้งที่ทำการฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย วัน ท่ำที่ทำการบริหาร ระยะเวลาโดยให้บันทึกจำนวนครั้งที่ทำการฟื้นฟูสภาพด้วยการบริหารร่างกายในแต่ละวัน ต่อเนื่องกันนาน 6 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 หลังผ่าตัด

วันที่	1	2	3	4	5	6	7
การฟื้นฟูสภาพร่างกาย	ครั้งต่อวัน						
1. ท่านบริหารข้อเท้าโดยการหมุนข้อเท้า							
2. ท่านบริหารข้อเท้าโดยการกระดกข้อเท้า							
3. ท่านบริหารกล้ามเนื้อข้อขาโดยการยกขาออกจากพื้นและกระดกปลายเท้า							
4. ท่านบริหารกล้ามเนื้อสะโพกโดยการกางและหุบขา							
5. ท่านบริหารข้อสะโพกและข้อเข่าโดยการเหยียดขาไปด้านข้าง ด้านหน้าและด้านหลัง							
6. ท่านลุกนั่งโดยเคลื่อนตัวมายังขาข้างที่ดีให้ใกล้ขอบเตียงมากที่สุดโดยขาข้างที่ทำผ่าตัดอยู่ในท่ากางออกตลอดเวลา ใช้ข้อศอกและมือยันที่นอน ลุกขึ้นนั่งพร้อมกับหมุนตัวห้อยขาลงจากเตียง							
7. ท่านยืน โดยค่อยๆหย่อนขาข้างที่ข้างที่ดีสัมผัสพื้นและลงน้ำหนัก ไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ทำผ่าตัดแล้วยืนข้างเดียวโดยใช้เครื่องพยุงเดิน							
8. ท่านเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน ด้วยการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน ลงน้ำหนักขาข้างที่ทำผ่าตัดก่อนพร้อมอุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน ลงน้ำหนักขาข้างที่ทำผ่าตัดตามแผนการรักษา							

ปัญหาขณะปฏิบัติ.....

แบบบันทึกการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

การเตรียมการตรวจประเมิน 6MWT

1. สถานที่ ควรเป็นทางเดินที่ไม่มีสิ่งกีดขวาง ยาว 15 เมตร กว้าง 3 เมตร ทำเครื่องหมายทุก 3 เมตร
2. อุปกรณ์ใช้ในการจับเวลาและวัดระยะทาง ได้แก่ นาฬิกาจับเวลา เทปขาวทำเครื่องหมาย กระดาษบันทึก
3. การเตรียมผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้าที่สบาย ไม่รัดแน่นเกินไป และใส่รองเท้าสำหรับเดิน เดินโดยใช้เครื่องช่วยเดิน 4 ขา (walker) รับประทานอาหารและยาได้ตามปกติ โดยแนะนำให้รับประทานอาหารเบาๆ และไม่ออกกำลังกายในช่วง 2 ชั่วโมงก่อนการตรวจ

ขั้นตอนการตรวจประเมิน 6MWT

1. ควรตรวจในช่วงเวลาเดิมทุกครั้ง
2. ไม่ต้องอบอุ่นร่างกายก่อนทำการตรวจประเมิน
3. ควรให้ผู้ปวยนั่งพักอย่างน้อย 10 นาทีก่อนทำการตรวจประเมิน
4. ตรวจสอบความเหมาะสมของรองเท้าและเสื้อผ้า
5. ให้ผู้ป่วยยืนเท้าเสมอกันที่จุดเริ่มต้น
6. ให้ผู้ป่วยเดินบนพื้นราบโดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน 4 ขา (Walker) เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ในเวลา 6 นาทีโดยไม่ต้องกอดตนเอง ให้เดินเร็วเท่าที่คิดว่าปลอดภัยสำหรับตนเอง
7. หากเป็นไปได้ให้เดินอย่างต่อเนื่อง แต่สามารถเดินช้าลงหรือหยุดนั่งพักได้ แต่เวลาไม่หยุดขณะที่พัก ให้นับรวมในเวลา 6 นาที
7. ให้กำลังใจทุก ๆ 1 นาที โดยพูดว่า “ทำต่อไปค่ะ คุณทำได้ดีแล้ว”
8. เริ่มจับเวลาเมื่อเริ่มเดิน ให้หยุดเดินทันทีเมื่อให้สัญญาณครบ 6 นาที
9. บันทึกระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้ หน่วยเป็นเมตร

**แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลัง
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม**

ผู้ดำเนินการ พ.ต.ท.หญิงธนพร รัตนารธรรมวัฒน์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ที่เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยกระดูกและข้อโรงพยาบาลตำรวจ

เวลา 30 – 60 นาที/ครั้ง **สถานที่** หอผู้ป่วยใน แผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตำรวจ

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหักและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
สำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักและครอบครัว

วัตถุประสงค์

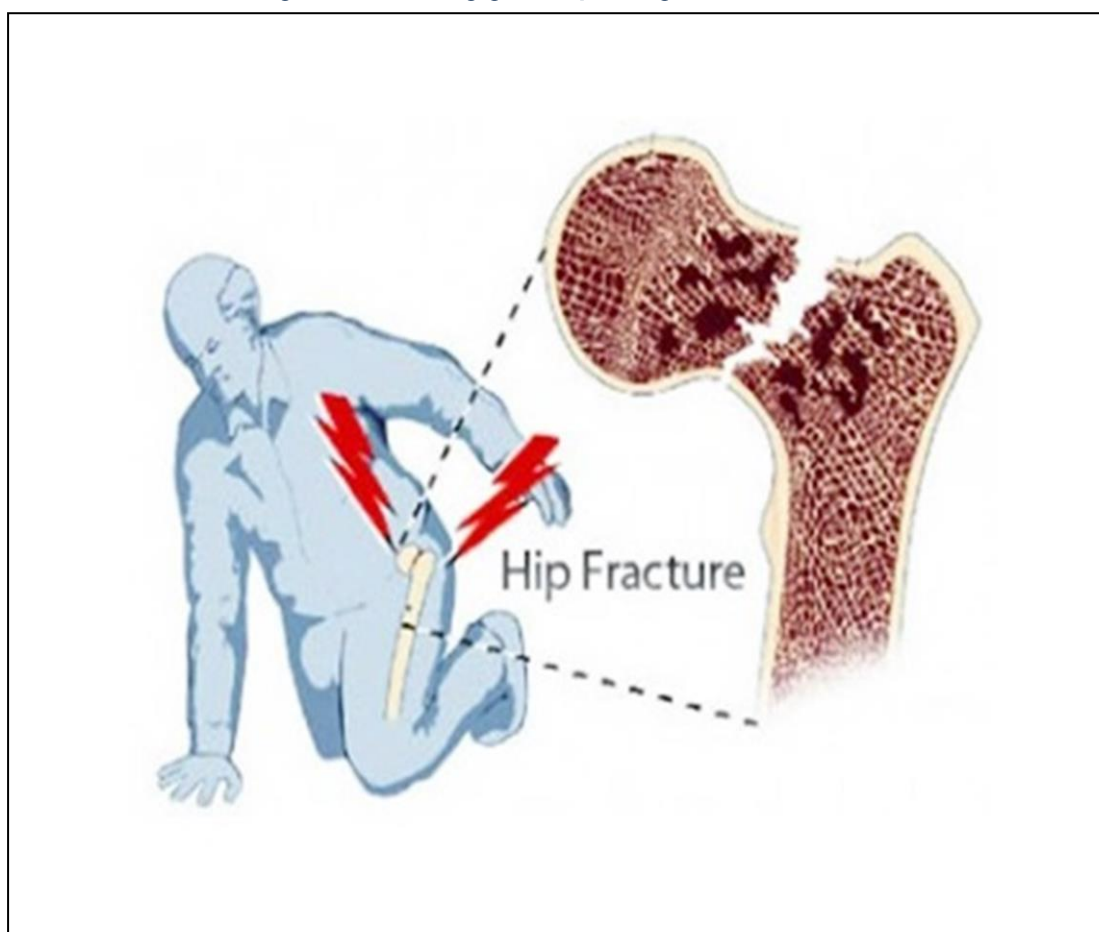
1. เพื่อส่งเสริมการป้องกันความเสี่ยงหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
2. เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถและทักษะในการจัดการตนเองภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก
เทียม

สื่อการสอน

1. เครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม Microsoft power point
2. คู่มือการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก
หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการ สอน	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
1. เพื่อสร้าง สัมพันธ์ภาพและ การนำเข้าสู่ เนื้อหาที่จะให้แก่ ผู้ป่วยและ ครอบครัว	สร้างสัมพันธ์ภาพและ ความคุ้นเคย ภาวะกระดูกสะโพกหัก กระดูกสะโพกหัก หมายถึง การหักของ กระดูกต้นขา (proximal femur)บริเวณ	ผู้วิจัยสร้าง สัมพันธ์ภาพ โดยการกล่าว ทักทายและ แนะนำตัว - บรรยาย เกี่ยวกับภาวะ กระดูกสะโพก	ใช้ คอมพิวเตอร์ โปรแกรม power point ในการ บรรยาย ร่วมกับคู่มือ การ	-สังเกต พฤติกรรมและ ความสนใจใน การให้ความ ร่วมมือในการ ทำกิจกรรม ประเมินการ รับรู้โดยใช้ แบบประเมิน การจัดการ ตนเองของ บุคคลและ ครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุ และครอบครัว สามารถบอกถึง ภาวะกระดูก สะโพกหัก ความ เสี่ยงและการ จัดการความเสี่ยง ภายหลังกระดูก สะโพกหักได้	สะโพกประกอบด้วยส่วนของ หัวกระดูกและเบ้าของข้อ สะโพก แบ่งตามตำแหน่งที่ หักได้ 3 บริเวณ คือ	หัก ผลกระทบ สาเหตุ แนว ทางการรักษา		

คู่มือสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก



จัดทำโดย
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 พ.ต.ท.หญิงธนพร รัตนารธรรมชั้น

นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.ทัศนာ ชูวรรณะปกรณ์

กระดูกสะโพกหัก

กระดูกสะโพกหัก หมายถึง การหักของกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกที่มีการหักเหนือหรือที่ระดับกระดูกโคนขา และบริเวณที่อยู่ต่ำลงมาจากกระดูกโคนขา ไม่เกิน 5 เซนติเมตร



อาการของกระดูกสะโพกหัก

1. อาการปวดข้อสะโพก
2. ขาข้างที่หักมีการสั้นลงกว่าขาข้างที่ปกติและอยู่ในท่าที่บิดออก (external rotator)
3. ผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกที่อยู่ภายนอกเยื่อหุ้มข้อจะเห็นเป็นรอยจ้ำเลือด (ecchymosis) ที่บริเวณต้นขาหรือขาหนีบ

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสะโพกหัก

1. หกล้มสะโพกกระแทก
2. กระดูกพรุน
3. การบริหารกล้ามเนื้อข้อเท้า

3.1 กระดกส้นเท้าขึ้น-ลง โดยจับข้อเท้าข้างที่ดีและข้างที่หัก กระดกขึ้นลง หลังจากนั้นให้ญาติช่วยจับบริเวณปลายเท้าของผู้สูงอายุ กระดกขึ้น-ลง



3.2 หมุนข้อเท้าเข้า-ออก โดยจับข้อเท้าข้างที่ดีและข้างที่หักหมุนวนเข้าออก หลังจากนั้นให้ญาติช่วยจับบริเวณข้อเท้าของผู้สูงอายุหมุนเข้า-ออก



4. การบริหารกล้ามเนื้อขา

4.1 การเกร็งกระดูกเข่าลงพื้น โดยญาติสอดมือเข้าใต้ข้อพับเข่าของผู้สูงอายุในลักษณะที่หงายมือ บอกให้ผู้สูงอายุกระดูกข้อเท้าขึ้นและเกร็งขา แล้วกดเข่าลงบนฝ่ามือของพยาบาล ให้เกร็งค้างไว้โดยให้นับ 1-

การจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ กระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด

พ.ศ.ท.หญิงธนพร รัตนารธรรมวัฒน์

ตำแหน่งการหักของกระดูกสะโพก

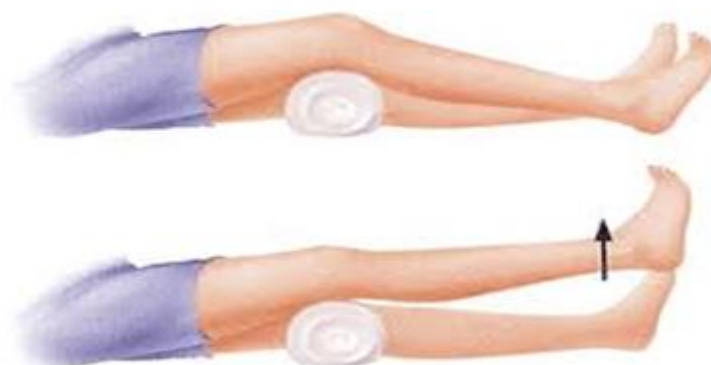


4. การบริหารกล้ามเนื้อขา

- การเกร็งกระดูกเข่าลงพื้น โดยญาติสอดมือเข้าใต้ข้อพับเข่าของผู้สูงอายุในลักษณะที่หงายมือ บอกให้ผู้สูงอายุกระดกข้อเท้าขึ้นและเกร็งขา แล้วกดเข่าลงบนฝ่ามือของญาติ ให้เกร็งค้างไว้โดยให้นับ 1-10 แล้ววางขาลง ถ้าผู้สูงอายุทำไม่ได้ให้กำมือสอดเข้าไปใต้ข้อพับเข่าแทนฝ่ามือ จะทำให้เข่างอเล็กน้อยแล้วให้ผู้สูงอายุยกส้นเท้าขึ้น (ไม่ใช่ยกขาขึ้น) เกร็งค้างไว้ให้นับ 1-10 (วิธีนี้ใช้มีว้นผ้าเล็กๆแทนมือได้) ทำวันละ 30-50 ครั้ง



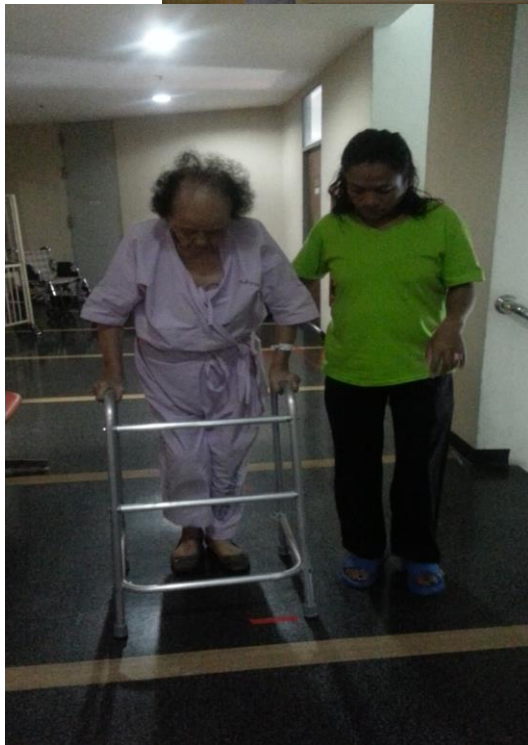
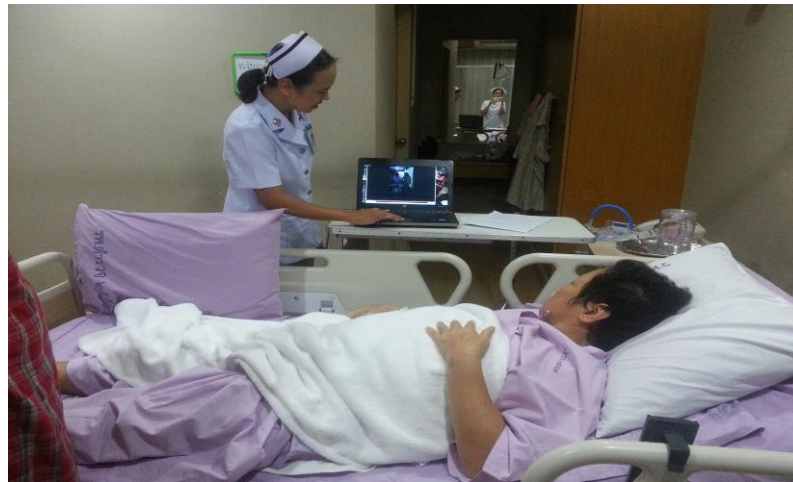
นอนหงาย ยกขาให้สูงขึ้นจากพื้นประมาณ 10-12 นิ้ว ในลักษณะเข่าเหยียดตรงและยกค้างไว้ให้นับ 1-10 ซ้ำๆ ทำวันละ 30-50 ครั้ง



ภาคผนวก ฉ

ภาพแสดงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการดำเนินกิจกรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

พันตำรวจโทหญิงธนพร รัตนธรรมวัฒน์ เกิดวันที่ 9 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2517 ที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นสถาบันสมทบของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตำรวจ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2556 และลาศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2554 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตำรวจ

