



ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด  
ของผู้สูงอายุสะโพกหัก

**Effect of Self-Efficacy Enhancement Program on Postoperative Recovery  
Among Elderly With Hip Fracture**

อรวรรณ วัฒนกุล

**Orawan Wattanakul**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

**Prince of Songkla University**

**2553**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

(1)

ชื่อวิทยานิพนธ์                      ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพ  
 หลังผ่าตัดของผู้สูงอายุสะโพกหัก  
 ผู้เขียน                                      นางอรวรรณ วัฒนกุล  
 สาขาวิชา                                    พยาบาลศาสตร์

---

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก**

**คณะกรรมการสอบ**

.....  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)

.....ประธานกรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)

.....กรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม**

.....  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

.....กรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

.....กรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

.....กรรมการ  
 (รองศาสตราจารย์ชอลดา พันธุ์เสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
 เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....  
 (รองศาสตราจารย์ ดร.เกริกชัย ทองหนู)  
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพ หลังผ่าตัดของผู้สูงอายุสะโพกหัก
ผู้เขียน	นางอรวรรณ วัฒนกุล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2552

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุสะโพกหัก โดยเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 64 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินกำลังกล้ามเนื้อต้นขา 2) แบบประเมินวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก 3) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน 4) แบบประเมินระดับสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพ และ 5) แบบประเมินความถี่ในการบริหารกล้ามเนื้อขา เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ตรวจสอบความเที่ยง โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 .84 .87 .89 และ .96 ตามลำดับ) วิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ

ผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุสะโพกหัก 2 ประการ คือ

1. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและมีจำนวนวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัดเร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 9.65, 5.22, p < .05$ ) แต่ผลการประเมินกำลังกล้ามเนื้อและองศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก ระหว่างสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

2. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ

มีคะแนนระดับสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งมีความถี่ในการบริหารกล้ามเนื้อขาสูงกว่า  
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.90, 5.64, 6.42, p < .05$  ตามลำดับ)  
ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพก  
หักเพื่อการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดใส่เหล็กในหอผู้ป่วยได้

<b>Thesis Title</b>	Effect of Self-Efficacy Enhancement Program on Postoperative Recovery Among Elderly With Hip Fracture
<b>Author</b>	Mrs Orawan Wattanakul
<b>Major Program</b>	Nursing Science (Adult Nursing)
<b>Academic Year</b>	2009

## **ABSTRACT**

The quasi-experimental research aimed to test the effect of self-efficacy enhancement program on postoperative recovery among elderly with hip fracture by using a 2 – groups comparison study design. Sixty four elderly admitted to the orthopedic unit were purposively selected. The instruments were the experimental program and the instruments for data collection, i.e., 1) muscle power assessment, 2) hip movement evaluation, 3) ADL assessment, 4) self- efficacy and exercise 5) exercise record. The content validity of all instruments were validated by 5 experts. The instruments for data collection were tested for their internal consistency (yielding Cronbach's alpha coefficients of .85, .84, .87, .89 and .96 respectively). The data were analyzed using frequency, mean, standard deviation and independent t-test.

The results showed that the self-efficacy enhancement program was effective postoperative recovery among the elderly with hip fracture by 2 aspects as the followings.

1. Health outcomes, The elderly who received self-efficacy enhancement program had a lower length of stay and shorter of bed ridden than those in the control group ( $t = 9.65, 5.22, p < .05$ ). On the other hand, the total score of muscle power and goniometric hip movement had no significant difference. ( $p > .05$ )

2. Behavioral outcomes, The elderly who received self-efficacy enhancement program had level of ADL, and total score of self- efficacy and of frequency exercise higher than those in the control group ( $t = 2.90, 5.64, 6.42, p < .05$ , respectively).

The findings can be used to guide nursing care for self-efficacy enhancement on postoperative recovery among the elderly patients with hip fracture.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอนของการทำ วิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ในระหว่างการศึกษา กราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่สละเวลาในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ รวมทั้งคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่สละเวลาตรวจสอบรวมทั้งข้อเสนอแนะ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยวิจัย ของโรงพยาบาลในภาคใต้ตอนล่างทุกท่าน ที่ให้โอกาสผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูล และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา พี่และน้อง รวมถึงคุณสุทธิพงษ์ วัฒนกุล ที่คอยให้กำลังใจ ความรักและความห่วงใยที่ดีเสมอมา ขอขอบคุณเพื่อนๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต กัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความหวังดีจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

อรรรรณ วัฒนกุล

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(6)
สารบัญ.....	(7)
รายการตาราง.....	(9)
รายการภาพประกอบ.....	(10)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	3
นิยามศัพท์.....	6
สมมติฐาน.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
ความสำคัญของการวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
การดูแลรักษากระดูกสะโพกหักและการรักษาผู้สูงอายุที่ผ่าตัดใส่เหล็ก.....	9
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตามแนวคิดทฤษฎีของเบนคูรา.....	17
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดใส่เหล็กในผู้สูงอายุ สะโพกหัก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดใส่เหล็ก ในผู้สูงอายุสะโพกหัก.....	19
โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดใส่เหล็ก ในผู้สูงอายุสะโพกหัก.....	24
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	29
ประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	29
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	30
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	34
	(7)

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเตรียมผู้ช่วยวิจัย.....	34
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	35
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	42
ผลการวิจัย.....	42
การอภิปรายผล.....	51
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	61
สรุปผลการวิจัย.....	61
ข้อจำกัดการวิจัย.....	62
ข้อเสนอแนะ.....	62
บรรณานุกรม.....	64
ภาคผนวก.....	73
ก ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย.....	74
ข แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินกำลังกล้ามเนื้อ แบบประเมิน องศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก และแบบประเมินความสามารถกิจวัตร ประจำวัน แบบประเมินระดับความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนและแบบประเมิน ความถี่บริหารกล้ามเนื้อ.....	76
ค บทวิดิทัศน์ตัวแบบสัญลักษณ์.....	81
ง ตารางฝึกซ้อมการบริหารกล้ามเนื้อ.....	86
จ คู่มือการดูแลตนเองเมื่อใส่เหล็กในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก.....	87
ฉ แผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุสะโพกหัก.....	90
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	98
ประวัติผู้เขียน.....	99



## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ จำนวนบุตร โรคประจำตัว ประสบการณ์ การผ่าตัด และชนิดของการผ่าตัด.....	43
2 เปรียบเทียบกำลังกล้ามเนื้อขาหลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	45
3 เปรียบเทียบของศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพกข้างที่ทำผ่าตัดหลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	46
4 เปรียบเทียบจำนวนวันของการนอนโรงพยาบาลและจำนวนวันที่ลุกจากเตียง หลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	46
5 เปรียบเทียบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	47
6 เปรียบเทียบความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดสะโพกหัก ที่ผ่าตัดหลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	48
7 เปรียบเทียบความถี่ในการบริหารกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุผ่าตัด ใส่เหล็กที่กระดูกสะโพกหลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	49

## รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งคน ต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุสะโพกหัก.....	5

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระดูกสะโพกเป็นกระดูกที่แข็งแรงที่สุดของร่างกาย มีกล้ามเนื้อห่อหุ้มอยู่หลายมัด แต่เมื่อเกิดอุบัติเหตุจากการหกล้ม จะทำให้เกิดกระดูกสะโพกหักได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ พบว่ากระดูกสะโพกหักมีอุบัติการณ์เกิดเพิ่มขึ้น เนื่องจากกระบวนการชราทำให้กล้ามเนื้อของผู้สูงอายุน้อยลง กล้ามเนื้อที่สะสมอยู่ลดลงมีเนื้อเยื่ออื่นแทรกกระหว่างเส้นใยกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อหดไม่เต็มเหมือนเดิม ขาดความแข็งแรง ความยืดหยุ่นและความทนทาน (muscular disorder) ส่งผลให้ข้อต่อต่างๆ มีการเสื่อมสภาพ การเคลื่อนไหวและความอ่อนตัวลดลง ประสิทธิภาพการทำงานต่ำ ส่งผลให้กระดูกเปราะบางและหักได้ง่าย แม้มีแรงกระแทกเพียงเล็กน้อย (มณฑา, 2539; สมชาย, 2549) อีกทั้งยังมีโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย ได้แก่ ภาวะกระดูกพรุน ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมที่สำคัญทำให้โครงสร้างของกระดูกไม่แข็งแรง ไม่สามารถรับน้ำหนักได้ดี และส่งผลให้เกิดกระดูกสะโพกหักดังกล่าว ซึ่งพบร้อยละ 94.2 ของการเกิดกระดูกหักในผู้สูงอายุทั้งหมด โดยพบในเพศหญิงร้อยละ 78.3 (กฤษฎา, 2551)

เนื่องจากกระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ ทำให้มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวและการเดิน รวมทั้งผู้สูงอายุต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดแผลกดทับบริเวณก้น ปอดอักเสบ หลอดเลือดดำอุดตัน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้สูงอายุสะโพกหัก จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยการรักษาที่ดีที่สุดและนิยมทำกันในปัจจุบัน คือ การผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดใส่เหล็ก ซึ่งจะช่วยลดปัญหาเนื้อกระดูกตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้กระดูกติดเร็ว ลดปัญหาความไม่สุขสบาย ลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายได้ (เจริญ, 2539; Monaco, 2004)

ผู้สูงอายุสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็ก ต้องอาศัยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด (ทกมล, 2547) แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีร่างกายที่เสื่อมตามวัย มีโรคประจำตัว และจากความปวดหลังผ่าตัด ทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง (สมจินต์, 2548) รวมทั้งขาดความมั่นใจในความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้มีแนวโน้มการฟื้นตัวช้า ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง ข้อสะโพกหลวมหลุด หรือเกิดแผลกดทับ เป็นต้น (Pi-Chu, Su-Yu, 2004)

ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัด จึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยจะต้องมีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัด โดยสอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ก็จะมี ความมุ่งมั่น พยายามกระทำกิจกรรมนั้นๆ ให้สำเร็จ ซึ่งการเสริมสร้างสมรรถนะในรูปแบบต่างๆ ส่งผลให้การทำกิจกรรมนั้นๆ ประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของวัชร (2543) เรื่อง ผลของการใช้รูปแบบการสอนแนะต่อองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่และความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบอนารากชนิดตัดแปลง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการสอนแนะ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบริหารข้อไหล่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความพึงพอใจมากที่สุด ผลที่ได้รับ มีช่วงกว้างการเคลื่อนไหวข้อไหล่ท่าอ ท่าเหยียด ท่ากาง ท่าหุบ มากกว่ากลุ่มควบคุมและมีการทรงตัวที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งการศึกษาของพรสวรรค์ (2544) พบว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น รวมถึงการศึกษาของทิพวรรณและคณะ (2543) พบว่าการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับการกระตุ้นเตือนทำให้ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการแสดงอิริยาบถที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ระดับความเจ็บปวดลดลง

ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ทำให้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็ก โดยจัดกิจกรรมการออกกำลังกายแบบเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความทนทาน ความยืดหยุ่น และองศาการเคลื่อนไหว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีประสิทธิภาพเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดยผลการศึกษาที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการจัดรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุภายหลังการผ่าตัดเพื่อช่วยให้กลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ทดสอบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุสะโพกหัก โดยเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ซึ่งมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ดังนี้

*ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ได้แก่*

1. เปรียบเทียบกำลังกล้ามเนื้อ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน
2. เปรียบเทียบของสภาวะเคลื่อนไหวของข้อสะโพก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน
3. เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน
4. เปรียบเทียบวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน

*ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม ได้แก่*

1. เปรียบเทียบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในเรื่องการพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืน การเดิน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน
2. เปรียบเทียบระดับคะแนนความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน
3. เปรียบเทียบความถี่ในการปฏิบัติในกิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อขาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน

*กรอบแนวคิดการวิจัย*

การผ่าตัดใส่เหล็กที่กระดูกสะโพกในผู้สูงอายุเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ผู้สูงอายุควรได้รับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อขาและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อไม่ให้เกิดข้อจำกัดการเคลื่อนไหว และเสริมสร้างความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมที่มีความจำเป็นในการดำรงชีวิต ให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้โดยไม่พึ่งพาผู้อื่น จึงจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของเบนดูรา (1997) 4 วิธี คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่ผ่านมาในอดีตเป็นแรงเสริมในความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน (enactive mastery experience หรือ enactive attainment) เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง การกระทำที่ประสบความสำเร็จจะเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตน 2) การสังเกตประสบการณ์ที่สำเร็จของบุคคลอื่นหรือสังเกตตัวเองแบบ (vicarious experience) จะเป็นแรงขับให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะ

ของตนเพิ่ม มีความคิดคล้ายตามว่าผู้อื่นทำได้ตนก็น่าจะทำได้ถ้าตั้งใจและพยายาม ด้วยการให้คู่วิทัศน์ที่มีตัวแบบซึ่งมีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันมาถ่ายทอดเรื่องการดูแลตนเอง โดยการบริหารกล้ามเนื้อขา และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) การได้รับการชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา (verbal persuasion) เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการบริหารกล้ามเนื้อขาและกิจวัตรประจำวัน และ 4) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiologic response or emotional arousal) ความกลัว ความวิตกกังวล หรือความเครียดเป็นผลมาจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับภาวะคุกคามทั้งทางร่างกายและจิตใจ ถ้ามีในระดับสูงอาจมีอิทธิพลต่อความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้บุคคลกระทำกิจกรรมได้ไม่ดี จึงควรมีการลดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายหรือการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ก่อนเริ่ม โปรแกรม

## โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน

การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ตามแนวคิดของเบนคูรา (1997) 4 วิธี ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ  
เสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใส่เหล็กที่กระดูกสะโพกในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
2. การสังเกตประสบการณ์ที่สำเร็จของบุคคลอื่นหรือสังเกตตัวแบบ โดยใช้ชีวิตชี้นำประสบการณ์ของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใส่เหล็กที่กระดูกสะโพก
3. การได้รับการชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจาในกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
4. สภาพทางด้านร่างกายและอารมณ์ เป็นความพร้อมทางร่างกาย และอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลต่อการเผชิญสถานการณ์ต่างๆ โดยการสร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุ

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

*ผลลัพธ์ทางสุขภาพ*

- วัดกำลังกล้ามเนื้อขาข้างที่ผ่าตัดมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น
- วัดองศาเคลื่อนไหวของข้อสะโพกเพิ่มขึ้น
- จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง
- วันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัดเร็วขึ้น

*ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม*

- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น
- ระดับความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น
- ความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้น

ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

## นิยามศัพท์

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ สะโพกหัก หมายถึง ชุดของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด โดยการ 1) ส่งเสริมการบริหารกล้ามเนื้อขา 2) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีของเบนคูรา ในการวางแผน โปรแกรม ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ซึ่งจะ ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง สาธิตและสนับสนุนให้บริหารกล้ามเนื้อขา ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) การสังเกตประสบการณ์ที่สำเร็จของบุคคลอื่นหรือสังเกตตัวเอง จะเป็นแรงขับให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น ในสมรรถนะแห่งตนเพิ่ม มีความคิดคล้อยตามว่าผู้อื่นทำได้ตนก็น่าจะทำได้ ถ้าตั้งใจและพยายาม โดยให้ชมวิดิทัศน์จากตัวแบบซึ่งมีประสบการณ์ผ่าตัดใส่เหล็กที่สะโพก สาธิตการบริหารกล้ามเนื้อ ขา สาธิตการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) การได้รับการชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา โดยยกย่อง ชมเชย และให้กำลังใจ 4) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ เป็นความพร้อมทางร่างกาย และอารมณ์ความรู้สึก ของบุคคลต่อการเผชิญสถานการณ์ต่างๆ โดยการสร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด หมายถึง ตัวชี้วัดผลสำเร็จของการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ หลังผ่าตัดใส่เหล็ก โดยประเมินจากผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ดังนี้

### ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่

กำลังกล้ามเนื้อ หมายถึง การวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาหลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 การประเมินกำลังกล้ามเนื้อ โดยให้ผู้สูงอายุนอนราบเหยียดขาตรง กางขาข้างที่ผ่าตัดเล็กน้อย ผู้วิจัยประคองขาบริเวณข้อเท้า และใต้เข่า ให้ผู้สูงอายุออกแรงขยับขาข้างที่ผ่าตัดท่ากางขา เท้าที่จะทำได้

การเคลื่อนไหวของข้อ หมายถึง การเคลื่อนไหวของข้อสะโพก โดยใช้วิธี การวัด มุมโกนิโอมิเตอร์ หลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 โดยให้ผู้สูงอายุนอนราบเหยียดขาตรง กางขาเล็กน้อย แล้วออกแรงขยับขาข้างที่ผ่าตัดเท้าที่จะทำได้ ผู้วิจัยใช้โกนิโอมิเตอร์ทาบไปตามแนวกึ่งกลางของต้นขา โดยใช้ปุ่มกระดูก anterior superior illiac spine เป็นจุดหมุน

จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันที่เริ่มเข้ารับการรักษาจนกระทั่ง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

จำนวนวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัด หมายถึง วันที่ผู้สูงอายุสามารถลุกขึ้นข้างเตียงได้ โดยมีอุปกรณ์หัดเดินช่วยพยุงรับน้ำหนัก



### ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ได้แก่

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการกระทำกิจกรรม ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืน และการเดิน หลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4

ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจในสมรรถนะของตนเอง เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืน และการเดิน หลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4

ความถี่ในการปฏิบัติ หมายถึง จำนวนครั้งในกิจกรรมเกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้อขาหลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4

### สมมติฐาน

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุสะโพกหัก โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม มีการฟื้นฟูสภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

#### ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

1. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีคะแนนวัดกำลังกล้ามเนื้อ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีคะแนนการวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีจำนวนวันของการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีจำนวนวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัดเร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม

1. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีคะแนนระดับความมั่นใจในตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีความถี่ในการบริหารกล้ามเนื้อขา มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งคนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุสะโพกหัก ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง ในภาคใต้ตอนล่าง

### ความสำคัญของงานวิจัย

เพื่อนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนาการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งคนของผู้สูงอายุให้มีความมั่นใจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยดังต่อไปนี้

1. การดูแลรักษากระดูกสะโพกหักและการรักษาผู้สูงอายุที่ผ่าตัดใส่เหล็ก
  - 1.1 กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ
  - 1.2 การรักษากระดูกสะโพกหักโดยการผ่าตัดใส่เหล็ก
  - 1.3 การดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดใส่เหล็ก
  - 1.4 ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดใส่เหล็ก
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตามแนวคิดทฤษฎีของเบนคูรา
  - 2.1 การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
  - 2.2 ผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
  - 2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุสะโพกหัก
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุสะโพกหัก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุสะโพกหัก
4. โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุสะโพกหัก

*การดูแลรักษากระดูกสะโพกหักและการรักษาผู้สูงอายุที่ผ่าตัดใส่เหล็ก*

#### *กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ*

กระดูกสะโพก เป็นกระดูกที่มีลักษณะใหญ่ และแข็งแรงที่สุดในร่างกาย และมีกล้ามเนื้อห่อหุ้มอยู่หลายมัดมีระบบหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวกระดูกต้นขาที่สำคัญ ดังนั้นกลไกการบาดเจ็บที่ทำให้กระดูกสะโพกหักโดยทั่วไปมักเกิดจากอุบัติเหตุที่รุนแรง แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่สูญเสียความแข็งแรงของกระดูกเนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย และมีสาเหตุส่งเสริม ได้แก่ ภาวะกระดูกพรุน เมื่อเกิด

การบาดเจ็บจากการหกล้ม แม้เกิดกระแทกเพียงเล็กน้อยก็เป็นสาเหตุกระดูกสะโพกหักได้ ซึ่งการบาดเจ็บแบ่งเป็น 3 บริเวณ คือ (นิวัฒน์, 2548; Jane, 2003)

1. กระดูกต้นขาส่วนคอหัก (fracture neck of femur) การหักของกระดูกฟีเมอร์ส่วนคอเป็นการหักภายในข้อ เนื่องจากเป็นส่วนที่อ่อนแอที่สุดของกระดูกต้นขาและเป็นจุดสำคัญของการรับแรงกระแทก พบในผู้ป่วยที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 2-3 เท่านั้น ที่พบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี โดยเฉพาะผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้ป่วยในวัยดังกล่าวจะมีภาวะกระดูกพรุนเกิดขึ้นอยู่แล้ว ดังนั้นเมื่อมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย และไม่รุนแรงมาก เช่น ลื่นหกล้มหรือเดินสะดุด สิ่งกีดขวางจะทำให้ มีการหักเกิดขึ้นได้ง่าย การติดของกระดูกส่วนนี้จึงอาจมีปัญหาคิดเนื่องจากบริเวณนี้มีเลือดมาเลี้ยงน้อย มักเกิดภาวะกระดูกไม่ติด เกิดการตายของหัวกระดูก โดยโอกาสการเกิดการตายของหัวกระดูกจะเพิ่มตามการเคลื่อนของส่วนหักและเวลาก่อนการจัดเรียงส่วนหักเข้าที่ ลักษณะทางคลินิก อาจพบขาข้างที่กระดูกฟีเมอร์ส่วนคอหักสั้นกว่าปกติเล็กน้อย และมีการหมุนออก (external rotation) การขยับสะโพกจะทำให้ปวดมาก

2. การหักระหว่างปุ่มกระดูกโคนขาของกระดูกฟีเมอร์ (intertrochanteric fracture of femur) เป็นการหักของกระดูกภายนอกข้อสะโพกบริเวณระหว่างปุ่มกระดูกโคนขาเล็กและใหญ่ มักพบในคนสูงอายุมากประมาณ 70 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะแก่กว่าผู้ป่วยกระดูกคอฟีเมอร์หัก ในระยะเวลา 10 ปี กระดูกสะโพกหักบริเวณนี้มีสัดส่วนมากที่สุด เฉลี่ยร้อยละ 66 พบเพศหญิงร้อยละ 71 เพศชายร้อยละ 29 (ชฎากรณ์, 2550; Lin, 2004) กระดูกบริเวณนี้เป็นส่วนที่มีเลือดมาเลี้ยงดีมาก ส่วนใหญ่เป็นกระดูกพรุน และอยู่นอกเยื่อหุ้มข้อจึงไม่มีปัญหาเรื่องการติดของกระดูก แต่พบว่ามีปัญหาเรื่องการติดผิดตำแหน่งได้บ่อย ถ้าได้รับการรักษาไม่เหมาะสม ลักษณะทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยจะมีความยาวขาสั้นลง และมีการหมุนออกค่อนข้างมาก อาจพบมีอาการบวม (swelling) หรือรอยช้ำ (ecchymosis) บริเวณสะโพกและขาหนีบ

3. การหักบริเวณสับโทรแคนเทอร์ริก (subtrochanteric fracture of femur) หมายถึงการหักบริเวณใต้ระหว่างปุ่มกระดูกโคนขา ต่ำลงมา 2 เซนติเมตร พบได้ทั้งในคนสูงอายุและคนหนุ่มสาว แต่กลไกการเกิดต่างกัน ในคนสูงอายุจะเกิดจากอุบัติเหตุที่ไม่ค่อยรุนแรง เช่น หกล้ม แต่ในคนหนุ่มสาวจะเกิดจากอุบัติเหตุที่รุนแรง เช่น อุบัติเหตุรถชน และมักมีการบาดเจ็บหลายระบบร่วมด้วย ปัญหาที่พบบ่อยของการหักบริเวณนี้เกี่ยวกับการหายช้าและติดผิดรูปได้บ่อย มีอาการปวด ขาสั้นลง ปลายเท้าหมุนออกและอาจมีรอยฟกช้ำบริเวณต้นขา

### การรักษากระดูกสะโพกหักโดยผ่าตัดใส่เหล็ก

การรักษากระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ จะพิจารณาจากตำแหน่งของกระดูกที่หัก ระยะเวลาที่เกิด และสภาวะของโรคทางอายุรกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีความยุ่งยากมากกว่าการรักษาในกลุ่มอายุอื่นๆ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการการดูแลที่ครอบคลุมระบบต่างๆ ที่อาจมีปัญหายู่อีกก่อนหน้านี้ (บรรจง, 2542) การผ่าตัดเป็นการรักษาที่นิยมอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หักและฟื้นคืนสภาพปกติได้เร็วที่สุด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

1. การผ่าตัดแบบยึดตรึงกระดูกด้วยเหล็กตาม โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ จัดกระดูกเข้าที่ในลักษณะที่รอยหักมั่นคง ทำการยึดตรึงกระดูกด้วยวัสดุที่เหมาะสมในตำแหน่งที่ดี เพื่อให้เกิดความมั่นคงตรงรอยหักสูงสุด การเลือกเครื่องมือยึดตรึงกระดูกสะโพก ในปัจจุบันสามารถใช้ชนิดยึดตรึงกระดูกที่หักด้วยสกรูและแผ่นตามกระดูก (tube-plate-screw) ได้แก่ การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน (dynamic hip screw) ได้นำมาใช้ครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ.1964 (Clawson DK, 1964 อ้างตาม สุรสิทธิ์, 2552) อาศัยการยึดตรึงชิ้นหักด้วยสกรู โดยลำของสกรูสอดในท่อที่มีขนาดเหมาะสมทำให้มีการเลื่อนตามแนวท่อโดยไม่เกิดการบิดหมุน รอยหักมีโอกาสสบอัดเข้าหากันเป็นผลให้เกิดความมั่นคง และชนิดยึดตรึงกระดูกส่วนที่หักด้วยแผ่นตามกระดูก (blade plate) ได้แก่ แผ่นเหล็กชนิดยึดตรึงกระดูก (angled blade plate) สามารถเลือกใช้มุม 135 หรือ 95 องศา โดยชิ้นหักด้านได้รับการตรึงโดยส่วนของ blade ฝังยึดเข้าไปภายในเนื้อกระดูก ชิ้นหักปลายได้รับการตรึงโดยส่วนที่เป็นแผ่นตามโดยใช้สกรูยึด

ในปัจจุบันวิธีที่กล่าวมาเป็นวิธีที่ได้มาตรฐานใช้กันอย่างแพร่หลาย ให้ผลการรักษาที่ดี ในผู้สูงอายุที่มีการหักบริเวณระหว่างปุ่มกระดูกโคนขาของกระดูกฟีเมอร์ (intertrochanteric) และการหักบริเวณใต้ระหว่างปุ่มกระดูกโคนขา ต่ำลงมา 2 เซนติเมตร (subtrochanteric) ผู้สูงอายุสามารถขยับเขยื้อนร่างกายได้เร็วกว่า (ช่อราตรีและอุทัย, 2540) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เดินได้เร็วขึ้นไม่ต้องรอจนกระดูกติด ทำให้ลดผลแทรกซ้อนจากการที่ต้องนอนนาน หรือภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการรักษาโดยไม่ผ่าตัด จากการศึกษาของสุรสิทธิ์ (2552) ศึกษา เรื่อง การรักษากระดูกสะโพกหักโดยใส่เหล็กยึดตรึงภายใน โรงพยาบาลลำปาง พบว่า การผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกต้นขา เป็นวิธีที่ได้มาตรฐานใช้กันอย่างแพร่หลาย ทำให้ระยะเวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยจนถึงวันจำหน่ายจากโรงพยาบาลเฉลี่ยนาน 9.4 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัดพบว่ากระดูกเชื่อมติดดี ร้อยละ 97.7

สอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย (2549) เรื่อง การผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกต้นขาในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุนอย่างมาก พบว่า การผ่าตัดใส่เหล็กสามารถประสานเชื่อมกระดูกได้ดี ไม่พบการเคลื่อนหรือหลุดของเหล็ก ผู้ป่วยทุกรายสามารถเคลื่อนไหวได้เหมือนก่อนเกิดกระดูกหักเมื่อกระดูกติดดีแล้ว

จากการศึกษาของเอกโซติ (2547) เรื่อง ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ผ่าตัดด้วยเครื่องมือใส่เหล็กยึดตรึงกระดูก พบการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกชนิดยึดตรึงกระดูกภายในสามารถควบคุมการหลุดตัวของกระดูกส่วนที่หักให้เป็นไปตามทิศทางที่ต้องการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการศึกษาของวิชัย (2544) เรื่อง ผลการรักษากระดูกต้นขาส่วนต้นหักหลังผ่าตัดใส่เหล็ก พบการรอกประสานของกระดูกได้ดี นอนโรงพยาบาลนาน 14 วัน ได้รับอนุญาตให้ลงน้ำหนักได้ ร้อยละ 48 สามารถลงน้ำหนักบางส่วนภายใน 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด ร้อยละ 52 โดยเฉลี่ยผู้ป่วยสามารถลงน้ำหนักได้เต็มที่ภายใน 9 สัปดาห์ และหลังผ่าตัดมีองศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพกโดยเฉลี่ยในท่ากางขา 34 องศา

2. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เพื่อรักษากระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ยังคงเป็นวิธีที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเคลื่อนไหวได้เร็ว และลดปัญหาจากการนอนนาน ป้องกันการตายของหัวกระดูก (avascular necrosis) ปัจจุบันการผ่าตัดมีการใช้วัสดุหลายแบบ ทั้งแบบเปลี่ยนข้อสะโพกบางส่วน หรือเปลี่ยนทั้งหัวสะโพกและเบ้า ซึ่งมีทั้งแบบใช้ซีเมนต์กระดูก (bone cement) เพื่อเสริมความแข็งแรง และไม่ใช้ซีเมนต์กระดูก ในปัจจุบันการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมสามารถทำได้หลายวิธี และมีการพัฒนาความรู้รวมถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมมีขนาดแผลขนาดประมาณ 8-10 เซนติเมตร ซึ่งแบบดั้งเดิมมีความยาวประมาณ 20 เซนติเมตร ผลที่ตามมา ก็คือเมื่อบาดแผลเล็ก ผู้สูงอายุจะเสียเลือดและระยะเวลาผ่าตัดน้อยลง ไข้ยาแก้ปวดน้อยลง สามารถลุกจากเตียงเร็วขึ้น การฟื้นฟูร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายใช้เวลาน้อยลง ประโยชน์ที่ได้รับส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันของการนอนในโรงพยาบาลน้อยลง ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล ภายหลังผ่าตัดผู้สูงอายุสามารถปรับเตียงให้ลูกนั่งได้ทันที (เทอดชัย, 2552; วินัย, 2547)

จากการศึกษาของนันทพันธุ์ (2552) เรื่อง ผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนหัวกระดูกสะโพกเทียมโดยใช้อุปกรณ์หัวกระดูกชนิดพิเศษในโรงพยาบาลนครปฐม พบว่าผลของการใช้งานจากอุปกรณ์สะโพกเทียมชนิดพิเศษ หลังผ่าตัดมีการวัดองศาการเคลื่อนไหวข้อสะโพก พบว่า องศาเคลื่อนไหวข้อสะโพกได้ผลดีมากร้อยละ 45.5 ได้ผลดีร้อยละ 36 และจากการศึกษาของ ธรรมวิทย์ (2552) เรื่อง การผ่าตัดเปลี่ยนหัวกระดูกในผู้ป่วยกระดูกคอ-สะโพกหัก โดยการใช้และไม่ใช้ซีเมนต์กระดูก เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัดและระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาล ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ ธารทิพย์ (2551) เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบว่าจำนวนวันนอนโดยเฉลี่ย 15 วันต่อราย หลังใช้แนวทางการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล ทำให้จำนวนวันนอนลดลงโดยเฉลี่ย 5.88 วันต่อราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ เรืองเดช (2551) เรื่อง ผลของการใช้แนวทางการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล

ในผู้สูงอายุที่มีคอกระดูกต้นขาหักและรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาล นครศรีธรรมราช พบว่ามีอัตราการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล ได้สำเร็จร้อยละ 89.40 ประโยชน์ที่ได้รับส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น จำนวนวันของการนอนในโรงพยาบาลน้อยลง ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล

การศึกษาของเพ็ญศรี, ทิพวรรณ, และวันทนา (2549) เรื่อง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 70 ปี เข้ารับการรักษาด้วยปัญหากระดูกต้นขา ส่วนคอหักร้อยละ 68.4 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคประจำตัวร้อยละ 79 ซึ่งโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 63.2 และ 21.1 ตามลำดับ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้านจนกระทั่งกลับบ้าน และตั้งแต่หลังผ่าตัดจนกระทั่งกลับบ้านเฉลี่ย เท่ากับ 9.2 และ 5.8 วัน ตามลำดับ และไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และจากการศึกษาของวินัย (2547) เรื่อง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแนวใหม่โดยวิธีเปิดแผลเล็ก: รายงานผู้ป่วยรายแรกในโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า การผ่าตัดวิธีใหม่ด้วยวิธีเปิดแผลเล็ก ไม่พบภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับบ้านได้หลังจากผ่าตัดเป็นเวลา 4 วัน

สอดคล้องกับการศึกษาของไกรกิตติ (2552) ศึกษา เรื่อง เปรียบเทียบผลการรักษา ด้วยวิธีเปลี่ยนข้อสะโพกและการยึดตรึงกระดูกภายใน ของผู้ป่วยคอกระดูกต้นขาหักในโรงพยาบาล อุดรดิตต์ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทั้งสองวิธี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เดินได้เอง ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย ร้อยละ 73.33

#### *การดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดใส่เหล็ก*

ผู้สูงอายุภายหลังผ่าตัดใส่เหล็กกระดูกสะโพก อาจต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษา และระยะเวลาอนโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มผู้ป่วยอื่น เนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ที่เสื่อมถอยรวมถึง โรคประจำตัวที่เป็นอยู่ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุมีขั้นตอน ดังนี้ (ทกมล, 2547; ธาดา, 2550; นันทา, 2541; นงเยาว์, 2548)

1. ประมาณวันที่ 1-2 หลังผ่าตัด ดูแลให้ผู้สูงอายุพักบนเตียงเพื่อบรรเทาอาการปวด และเริ่มให้พยายามช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมและการบริหารร่างกายโดยเร็ว (early ambulation) โดยให้บริหกรล้ามนื้อขา ในทำที่ผู้สูงอายุจะทำได้
2. ประมาณวันที่ 3-4 หลังผ่าตัด กระตุ้นให้ผู้สูงอายุนั่งข้างเตียง พยายามให้ขยับ และบริหารข้อต่างๆ ที่ไม่มีพยาธิสภาพ พร้อมทั้งส่งกายภาพเพื่อฝึกการบริหารและหัดเดิน โดยการใช้

อุปกรณ์ช่วยเดิน โครงช่วยเดิน 4 ขา ไม่ควรให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่าที่ข้อสะโพกงอมากกว่า 70 องศา และไม่หุบขาเข้าหากันเกินแนวกลางลำตัว การยืนและการเดินขึ้นอยู่กับชนิดการยึดตรึงและคำสั่งจากศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์

3. ประมาณวันที่ 5-7 หลังผ่าตัด กระตุ้นให้ผู้สูงอายุบริหารร่างกายทุกส่วนและหัดเดิน โดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่างถูกวิธี

4. ประมาณ 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด กระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอตามคำแนะนำ และหัดเดิน โดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่างต่อเนื่อง ฝึกเดินเข้าห้องน้ำ แนะนำวิธีการปฏิบัติต่างๆ เมื่อกลับบ้าน โดยส่วนใหญ่ในระยะหลังการผ่าตัด ประมาณ 2 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมักได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพฟื้นฟูสภาพและความพร้อมของผู้สูงอายุด้วย

5. ประมาณ 2-4 สัปดาห์หลังผ่าตัด การฝึกออกกำลังกายและบริหารอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งความแข็งแรง ไม่ควรให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่าที่ข้อสะโพกงอมากกว่า 70 องศา จนกระทั่งในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังผ่าตัด ไม่ควรให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่าที่ข้อสะโพกงอมากกว่า 90 องศา

6. การมาตรวจตามแพทย์นัดเป็นระยะ คือ 2 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน และต่อไป จนกว่ากระดูกจะติดประมาณ 1-2 ปี เพื่อค้นหาความบกพร่องทางกายและการใช้งานของเหล็กซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่นิยมผ่าตัดเอาเหล็กออก ยกเว้น เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแนวทางการดูแลรักษาให้เหมาะสม

### *ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดใส่เหล็ก*

ผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงในทางสรีระต่างๆ ที่รวดเร็วและความสามารถในการทนต่อการผ่าตัดหรือการทำกิจกรรมอาจไม่ดีเท่าวัยหนุ่มสาว โดยเฉพาะเมื่อเป็นการผ่าตัดที่ต้องใช้เวลานาน อีกทั้งมีโรคประจำตัวที่มีก่อนผ่าตัด เช่น ระบบต่อมไทรอยด์ ระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของหัวใจและไหลเวียนเลือดที่รวดเร็วในขณะดมยาสลบ เมื่อได้รับการผ่าตัดย่อมมีความต้องการการดูแลที่เฉพาะ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือมีความสามารถดูแลตนเองลดลงจากก่อนที่ จะมีภาวะข้อสะโพกหัก ซึ่งปัญหาที่พบภายหลังใส่เหล็กมีหลายอย่าง ทั้งเกิดในช่วงขณะทำผ่าตัด และช่วงหลังผ่าตัด (นิพัทธ์และคณะ, 2550; ประณีต, 2542; ศิริรัตน์, 2542) หากไม่ได้รับการพยาบาล ที่ถูกต้องปัญหาที่ตามมา คือ ความพิการและการเสียชีวิต จึงมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ ทุกระยะในเรื่องดังต่อไปนี้



1. ความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทคือการลดลงของสื่อประสาท (nerve conduction) รองลงมาคือ การฝ่อตัวของเซลล์สมอง การสูญเสียเส้นใยประสาทส่วนปลาย (peripheral nerve fibers) รีเฟล็กซ์ต่างๆ ลดลง และอาจเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจากการบาดเจ็บและการมารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างกะทันหัน หรือมีความพร่องของระบบไหลเวียนโลหิตและขาดออกซิเจน มีการติดเชื้อ ภาวะทุพโภชนาการ ยาบางชนิด ภาวะเครียด การนอนพักผ่อนไม่เพียงพอและถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (วรรณวิมล, 2546; Foreman & Kleinpell, 1992)

2. ความผิดปกติของภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ซึ่งเกิดขึ้นได้หลายอย่าง ได้แก่ การสร้างและการหลั่งน้ำลายและเอนไซม์ต่างๆ การทำงานของกล้ามเนื้อ ในทางเดินอาหารลดลง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ปริมาณเลือดที่ไหลไปสู่ตับมีจำนวนน้อยลง เนื่องจากหลอดเลือดแข็งตัว และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ส่งผลให้การดูดซึมสารอาหารต่างๆ ที่รับประทานเข้าไปไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงของยา (drug metabolism) และการกำจัดยาทางตับช้าลง ทำให้ฤทธิ์ของยาคงอยู่ได้นานกว่าปกติ (นิวัฒน์, 2548; วรรณวิมล, 2546)

3. การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ได้แก่

3.1 การติดเชื้อของแผลผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัดจนกระทั่งหลังผ่าตัดเป็นเดือนหรือเป็นปี เชื้อที่พบว่าเป็นสาเหตุและพบบ่อย คือ staphylococcus ทำให้ผู้สูงอายุมีไข้สูง ปวด บวมแดง บริเวณสะโพกหากติดเชื้อรุนแรงมากผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเอาเหล็กออก (วรรณิ, 2539; สมพร, 2543) และจากการศึกษาของมอร์แกนและคณะ (Morgan et al., 2005) โดยการสำรวจการติดเชื้อแผลผ่าตัด พบว่าชนิดการผ่าตัดระหว่างการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกมีอัตราการเกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัดใกล้เคียงกับการผ่าตัดใส่วัสดุเพื่อยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน คือ ร้อยละ 2.16 และ 2.12 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อในระดับตื้น ร้อยละ 77.3 ติดเชื้อในระดับลึก ร้อยละ 16.5 และการติดเชื้ออวัยวะภายในร่างกาย ร้อยละ 6.2 นอกจากนี้พบว่าอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

3.2 การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (infection) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงที่พบได้ในผู้สูงอายุเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางกระบวนชรา ทำให้ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของร่างกายร่วมกับมีโรคประจำตัวอยู่ ซึ่งหลังผ่าตัดผู้สูงอายุต้องนอนอยู่บนเตียงนานๆ เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ปอดขยายตัวไม่เต็มที่ มีเสมหะคั่ง เกิดติดเชื้อในปอด (Hypostatic Pneumonia) (เพ็ญศรี, ยูพาพิน, และพรรณวดี, 2543; Monaco, 2004)

3.3 การไม่เคยนอนถ่ายปัสสาวะ หรือต้องคาสายสวนปัสสาวะ รวมถึงมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ซึ่งมีผลต่อการขับถ่าย คือ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะกั่ง และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เกิดปัญหาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะตามมา พบได้ร้อยละ 23 ถึง ร้อยละ 25 (Hauer et al., 2002)

3.4 ระบบไหลเวียนเลือด จากการที่ผู้สูงอายุต้องอยู่บนเตียง โดยไม่มีการเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวน้อย เกิดก้อนเลือดอุดตัน อุบัติการณ์เกิดพบร้อยละ 40 ถึงร้อยละ 70 พบในวันที่ 5 ถึง 7 หลังผ่าตัด (พิชญ์ประอรและสุภาพ, 2550; Dharmarajan, 2006)

3.5 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก การจำกัดการเคลื่อนไหว มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้เกิดกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง ความเจ็บปวดทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าขยับส่วนต่างๆ ของร่างกาย ดังนั้น การดูแล การสอนและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวข้อเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ การบริหารกล้ามเนื้อข้อเท้า ให้กระดูกขึ้นลง การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ โดยการเกร็งกล้ามเนื้อ (isometric exercise) และการออกแรงต้าน (isotonic exercise) การสอนเทคนิค การเคลื่อนย้ายตัวเอง รวมถึงการใช้เครื่องช่วยเดิน (walker) จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ (กมลทิพย์, 2535; มรรยาท, 2547)

3.6 การหลวมของข้อเทียม (loosening) ส่วนมากเกิดกับข้อเทียมที่ใส่ซีเมนต์ (cement) มีเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิด อาจเนื่องจากการใส่ซีเมนต์เข้าไปในโพรงกระดูกที่เตรียมไว้ไม่ทั่วถึง เมื่อใส่ข้อเทียมลงไปจึงฝังติดและยึดแน่นไม่ดี ทำให้ไม่มีความมั่นคง สาเหตุเหล่านี้ป้องกันได้ โดยหลังจากกลับจากห้องผ่าตัดใหม่ๆ ควรพักขาข้างที่ทำการผ่าตัด จนกว่าจะแน่ใจว่าซีเมนต์ใส่ไว้แข็งตัวดี ระวังระมัดระวังการพลิกตะแคงตัวโดยมีหมอนสามเหลี่ยมระหว่างขาของผู้สูงอายุ (ยุพินและพรชัย, 2546; ศิริรัตน์, 2542)

3.7 การเคลื่อนหลุดของข้อเทียม (dislocation) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ภายหลังจากการใส่ข้อสะโพกเทียม การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียมอาจเคลื่อนหลุดเพียงบางส่วน (subluxation) หรือเคลื่อนหลุดออกจากเบ้า (total hip dislocation) ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดในระยะหลังผ่าตัดใหม่ๆ จนถึง 4 – 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณรอบข้อสะโพกที่ได้รับบาดเจ็บยังไม่แข็งแรงดี ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้จากการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ขาข้างที่ทำการผ่าตัดให้กางออกประมาณ 30–40 องศาแล้วใช้หมอนสามเหลี่ยมวางระหว่างขาทั้งสองข้าง ส่วนการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียมในระยะหลังๆ มักมีสาเหตุจากข้อเทียมหลวมจากการใช้งานของข้อสะโพกมากเกินไปหรือใช้งานมานานเป็นเดือน เป็นปี ขาดการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ จะมีอาการปวดเกิดขึ้นอย่างมาก เมื่อเคลื่อนไหวข้อสะโพก และขาข้างนั้นสั้นลง และมีลักษณะหมุนเข้าหรือแยะออก (กล้วยไม้, สมคิด, และจงกลณี, 2549; ศิริรัตน์, 2542)

จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดใส่เหล็กในผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดปัญหาหลังผ่าตัดตามมาเนื่องจากสมรรถภาพร่างกายและอวัยวะมีการลดถอยลงตามวัย มีโรคเรื้อรังการได้รับยาหลายชนิด รวมถึงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุในขณะที่เจ็บป่วยมีแนวโน้มจะนำไปสู่ความท้อถอย ซึมเศร้าและการพึ่งพาโดยไม่จำเป็น (สมจินต์, 2548; สิริสุดา, 2541; สุภาพและนภภรณ์, 2551) ดังนั้นหากไม่ได้รับการพยาบาลที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมตามมา การเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนและสามารถฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งองค์รวม

### *การรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในการปฏิบัติตามแนวคิดทฤษฎีของแบนดูรา*

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดจากบุคคลที่มีความเชื่อและความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้น ได้สำเร็จ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นเฉพาะสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใดเท่านั้น มีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยบุคคลต้องตัดสินใจกระทำพฤติกรรมที่มีผลดีต่อตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความยากง่ายของกิจกรรมที่จะกระทำ บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงรับรู้ว่าการกระทำนั้นง่ายสำหรับตนและมีความสามารถเพียงพอจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจและปฏิบัติกิจกรรมสำเร็จ ลุล่วงได้เป็นอย่างดี จะมีการประเมินกำลังความสามารถของตน บุคคลที่มีความเข้มแข็ง แข็งแกร่งจะมีกำลังใจพยายามที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือเผชิญสถานการณ์นั้น และมีผลต่อบุคคลในการเลือกกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีการคิด ตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมใด หรือกระทำอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ นานเท่าไร ใช้ความพยายาม และความอดทนในการกระทำ โดยจะรับรู้ว่าคุณมีความสามารถมากน้อยเพียงใด เมื่อพบอุปสรรค จะเป็นการกระตุ้นให้ตนเองมีความพยายามมากขึ้น ส่งผลให้เป็นผู้กำหนดพฤติกรรมมากกว่าทำนายพฤติกรรม (Bandura, 1997)

### *การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน*

ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) เสนอแนะว่า บุคคลจะมีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากขึ้นเรื่อยๆ ขึ้นอยู่กับแหล่งที่มา 4 ประการ ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (enactive mastery experience หรือ enactive attainment) การปฏิบัติพฤติกรรมที่สำเร็จของบุคคลมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง การกระทำที่ประสบความสำเร็จ

จะเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แต่ความล้มเหลวทำให้ การรับรู้ความสามารถแห่งตนลดลง แต่อย่างไรก็ตามบุคคลยังมีโอกาสที่จะพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ ถ้าได้รับการส่งเสริมให้มีการฝึกทักษะอย่างเพียงพอพร้อมกับการได้รับแรงเสริม

2. การสังเกตประสบการณ์ที่สำเร็จของบุคคลอื่นหรือสังเกตตัวแบบ (vicarious experience) แม้มีอิทธิพลไม่มากนักเหมือนกับที่เคยมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จมาก่อน แต่เมื่อได้สังเกตเห็นการกระทำของผู้อื่นที่สามารถประสบผลสำเร็จได้โดยไม่ยากนัก จะเป็นแรงขับให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดการกระทำพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันมีความคิดคล้ายคลึงกันว่าผู้อื่นทำได้ตนก็น่าจะทำได้ถ้าตั้งใจและพยายาม

3. การได้รับการชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา (verbal persuasion) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอาจเกิดขึ้นได้หรือมีการเปลี่ยนแปลงได้ จากการที่ผู้อื่นใช้ความพยายาม ในการพูดกับบุคคล เพื่อให้เขาเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จ แต่ถ้าหากให้ได้ผลดีควรส่งเสริมให้บุคคลมีประสบการณ์ตรงในการกระทำที่สำเร็จด้วย อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความชำนาญของผู้ชักจูง ความรู้สึกไว้วางใจต่อผู้ชักจูงด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ให้คำแนะนำ ชี้แนะ ชมเชยเพื่อเพิ่มกำลังใจ

4. สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiologic response or emotional arousal) ความกลัว ความวิตกกังวล หรือความเครียดเป็นผลมาจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับภาวะคุกคามทั้งทางร่างกายและจิตใจ ถ้ามีในระดับสูงอาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรม มีผลทำให้บุคคลกระทำกิจกรรมได้ไม่ดีเท่าที่ควรหรือเกิดความล้มเหลวในการกระทำกิจกรรม ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองต่ำ

#### ผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นมีที่มาจากแหล่งต่างๆ หลายประการดังที่กล่าวมา ซึ่งจะมีผลต่อบุคคลในด้านต่างๆ ดังนี้ (Bandura, 1997)

1. การเลือกกระทำพฤติกรรม (choice behavior) ในชีวิตประจำวัน ทุกคนต้องคิดตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาว่าจะต้องกระทำพฤติกรรมอย่างไร ต่อเนื่องและใช้ระยะเวลาานเท่าไร การเลือกกระทำพฤติกรรมขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำได้สิ่งใดจะประสบความสำเร็จ ไม่ว่าจะมียุอุปสรรคใดๆ ที่ยากลำบาก จะมีความเข้มแข็งกระตือรือร้นที่จะหาหนทางฟันฝ่าอุปสรรคไปได้ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ เมื่อพบอุปสรรคหรือความยุ่งยากก็จะทำให้ไม่มีความพยายาม ท้อถอย ขาดความมั่นใจและเลิกกระทำในที่สุด

2. การใช้พลังและการยืนหยัด (effort expenditure and persistence) สมรรถนะของตนเองที่บุคคลประเมินนั้น จะเป็นตัวกำหนดว่าเขาจะต้องมีความพยายาม ความมานะ ความอดทน ในการเผชิญอุปสรรคต่างๆ ได้นานเท่าไร บุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความพยายาม ความอดทน และมีแนวทางแก้ไขปัญหาที่ต้องเผชิญ มีจิตใจแข็งแกร่ง ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ทำให้สามารถประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนเองปรารถนา ส่วนบุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ มักจะมีความสงสัยในสมรรถนะแห่งตน เมื่อเผชิญต่ออุปสรรค ไม่คิดหาทางแก้ไข คิดว่าเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่ลำบาก ยากต่อการกระทำต่อไป ส่งผลให้ล้มเลิกการกระทำไปในที่สุด

3. รูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ (thought patterns and emotional reaction) การตัดสินใจเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนนั้น มีอิทธิพลต่อรูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ โดยบุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนเองต่ำ รูปแบบความคิดจะรู้สึกยากลำบาก ต่ออุปสรรคที่เกิดขึ้น ทำให้กระตุ้นปฏิกิริยาทางอารมณ์ เกิดความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้าในที่สุด ส่วนบุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนเองสูง รูปแบบความคิดจะรู้สึกท้าทาย กระตือรือร้นอยากแก้ไขต่ออุปสรรคที่เกิดขึ้น ทำให้กระตุ้นปฏิกิริยาทางอารมณ์ เอาใจใส่ต่อกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองรู้สึกดีรู้สึกสบายใจ และผ่อนคลาย

4. ทำให้บุคคลเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม (human as producers rather than simply foretellers of behavior) บุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนสูง จะเป็นผู้ที่มีความคิด รู้สึก และจะกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากผู้ที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ โดยเขาจะสนใจในการเลือกกระทำพฤติกรรมที่สนใจ ทำหาย และต้องใช้ความพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ถ้าพบอุปสรรคจะนำเป็นตัวกระตุ้น เพื่อหาทางแก้ไขให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่วางไว้ ตรงกันข้ามบุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ จะรู้สึกท้อแท้ หดหู่ในการแก้ไขปัญหา และจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง มักจะเอาความสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตของตน แต่ไม่พยายามใช้สมรรถนะแห่งตนที่มีอยู่ พยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ยุ่งยาก เมื่อพบอุปสรรคจึงล้มเลิก มีความวิตกกังวลเครียดอย่างมาก

*การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุสะโพกหัก*

ผู้สูงอายุสะโพกหักหลังผ่าตัดควรมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อขา ความสม่ำเสมอในการบริหารกล้ามเนื้อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืนและการเดิน การได้เห็นประสบการณ์จากตัวแบบที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เพื่อเป็นแรง

กระตุ้นให้เกิดความมั่นใจ ชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรได้รับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรม รายงานการวิจัยและเอกสารต่างๆ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นแนวคิดพื้นฐานกระบวนการทางปัญญาที่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยแต่ละบุคคลจะมีการจัดระบบความคิดทางปัญญา เพื่อให้เกิดผลดีต่อตนเองอย่างสูงสุด (Bandura, 1997)

วิธีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของบุคคลที่สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ มากน้อยเพียงใด เพื่อตัดสินใจเลือกประโยชน์แก่ตนเอง คือ

1. การกระทำที่ประสบความสำเร็จ เพราะบุคคลในวัยสูงอายุผ่านประสบการณ์ต่างๆ มากมาย มีการใช้ความพยายามและอดทนต่ออุปสรรคหรือปัญหาที่มีความยุ่งยาก ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การที่บุคคลที่มีประสบการณ์หรือสถานการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เกิดความภาคภูมิใจ จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนในการปฏิบัติกิจกรรมและมีแนวโน้มปฏิบัติได้อย่างดี ในครั้งต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพร (2550) การรับรู้ความสามารถแห่งตน การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และการศึกษาของ รมิดา (2545) ศึกษา เรื่อง ผลของการส่งเสริมความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระยะก่อนทดลองกับระยะการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

2. การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ จากผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์คล้ายคลึง เพื่อช่วยลดความกลัว วิดกกังวล และเพื่อความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนของวัยเดียวกัน เพื่อให้เกิดความคล้อยตามเป็นแรงกระตุ้นให้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ เช่น การศึกษาของ สุภาพร (2550) เรื่อง ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ้านในผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยนำเสนอผ่านวิดีโอในรูปแบบการบริหารกล้ามเนื้อ พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย ความคาดหวังผลจากการออกกำลังกายและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของนุชรี (2542) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ผ่านทางหน้าท้อง โดยนำเสนอผ่านวิดีโอ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ผ่านทางหน้าท้องที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการสอนและ

ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ( $p < .05$ ) ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องที่ได้รับการสอน โปรแกรม มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการสอนทันที 3 วัน หลังการสอน และภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ( $p < .001$ )

3. การพูดโน้มน้าวหรือชักจูง เป็นการพูดเพื่อเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุ เกิดความมั่นใจ เชื่อใจว่าตนเองมีสมรรถนะที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ โดยผู้พูดต้องมีความรู้ ความน่าเชื่อถือและมีความสำคัญต่อบุคคลนั้น คอยให้กำลังใจ ชี้นำ และร่วมปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ไปพร้อมๆกับผู้สูงอายุ จากการศึกษาของกรศึกษาของทีพวรรณและคณะ (2543) เรื่อง การประยุกต์ ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดอาการปวดหลัง ส่วนล่างเรื้อรัง โรงพยาบาลรามาริบัติ มีการร่วมกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเสริมสร้างสมรรถนะจากการสอน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คำพูดแนะนำ ให้กำลังใจ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีอิริยาบถที่เหมาะสม ในชีวิตประจำวันและการทำงาน พฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสูงกว่าก่อนการทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$  และพบว่าระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ เป็นการตอบสนองทางร่างกายที่แสดงออกเมื่อ เกิดความเครียดหรือต้องเผชิญกับความเครียด ซึ่งในผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีสภาวะทางร่างกายเปลี่ยนแปลง ได้ตลอดเวลา จากโรคประจำตัว ภาวะไม่สุขสบายจากการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการชรา ดังนั้น ความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นส่วนหนึ่งของการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน จากการศึกษา หลายนงานวิจัยที่ผ่านมา การเตรียมความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ก่อนเริ่ม โปรแกรม หรือการวัดสัญญาณชีพ การพูดคุย สัมผัสเพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัวจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมในการเผชิญต่อกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษา ของสร้อยจันทร์ (2546) ศึกษาผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับการเพิ่มการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีค่าความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงลดลงกว่าผู้ที่ได้รับ คำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และการศึกษาของนัยนา (2545) ศึกษาผลของ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิ (2547)

ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย และสมรรถนะปอดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุเมื่อได้รับ โปรแกรมการสอนในขณะที่มีสภาพร่างกายสภาพจิตใจที่พร้อม สามารถรับฟังการสอนได้เป็นอย่างดี ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และค่าเฉลี่ยของปริมาตรหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาที (forced expiratory volume in one second [FEV<sub>1</sub>]) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุสะโพกหัก

จากการเปลี่ยนแปลงของสรีระร่างกายที่เสื่อมลงในผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดโรคร่วมที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ หากมีอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นจนเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักย่อมส่งผลเสียแก่สุขภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุสะโพกหัก ต้องมีศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อย่างไรก็ตามในการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. เพศ เป็นคุณลักษณะภายในตัวของบุคคลที่แตกต่างกัน เป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพ เพศชายมีโครงสร้างกระดูกที่ใหญ่ มีความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อมากกว่าเพศหญิง จึงทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจกับความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุด เพศหญิงมีรูปร่างเล็กทำให้โครงสร้างกระดูกเล็ก ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูกน้อยกว่าเพศชายแต่ความยืดหยุ่นของข้อต่อและเอ็นดีกว่าเพศชาย จึงทำให้มุมของการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ของเพศหญิงดีกว่าเพศชาย (จุติมา, 2549; อัญชลี, 2544)

2. โรคประจำตัวและการได้รับยาหลายชนิด กลุ่มผู้สูงอายุมีลักษณะที่แตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นๆ หลายประการ กล่าวคือ เป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัว มีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและมักจะมีโรคของระบบต่างๆ หลายระบบ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและเป็นภาระต่อครอบครัวแล้ว ยังทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับยาหลายชนิด จึงเสี่ยงที่จะเกิดผลข้างเคียงจากยามากขึ้นด้วย (วิไล, 2548)

3. ความเหนียวเส้นเอ็นทางด้านร่างกาย เนื่องจากความปวดที่เกิดขึ้นเป็นภาวะคุกคามที่มีผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ในการบรรเทาปวดให้เพียงพอจะเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (สุมนา, 2541) ความปวดเกิดจากความรุนแรงของการผ่าตัดซึ่งเกิดจากเนื้อเยื่อร่างกายได้รับภยันตรายจากกระบวนการรักษาที่ต้องใช้มีดกรีดผ่านเนื้อเยื่อต่างๆ ตลอดจนระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด จะทำให้เนื้อเยื่อมีความชอกช้ำและทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกทำลายปล่อย สารเคมีหลายชนิด ได้แก่ โพรสตาแกลนดิน (prostaglandin) แบริคิไคนิน (bradykinin) ฮีสตามีน



(histamine) และ ซีโรโทนิน (serotonin) และสารเคมีอื่นๆ เป็นผลทำให้เกิดความรู้สึกปวด และกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวดเพิ่มขึ้นเกิดพลังประสาทนำส่งเข้าไขสันหลัง จะมีการหลั่งสื่อประสาทที่จะกระตุ้นให้มีการส่งต่อกระแสประสาทความปวดไปยังสมองตั้งแต่บริเวณที่เนื้อเยื่อถูกทำลายจนเกิดความรู้สึกรับรู้ความปวด ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของสมองหลายๆ ส่วน (Closs, 1990) จากการศึกษาของมอโรสันและคณะ (Morrison et al., 2003) ศึกษาผลกระทบของอาการปวดหลังผ่าตัดต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก จำนวน 411 คน พบว่า อาการปวดภายหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ต่อการลุกเดินภายหลังผ่าตัดสะโพก อาการปวดสูงทำให้การลุกเดินช้า และการทำหน้าที่ของร่างกายมีความบกพร่อง เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น

4. การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ พบว่าผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง อวัยวะต่างๆ ทำงานได้ดีขึ้นเร็วกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมทางร่างกาย (ศักดิ์ฐาพงษ์, 2541) จากการศึกษาของสุภาพร (2550) ศึกษาเรื่องผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ้านในผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่าผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายที่บ้าน ความคาดหวังผลจากการออกกำลังกายและการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี และจากการศึกษาของอัญชลิ (2544) เรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายและความพอใจของผู้สูงอายุ พบว่าเมื่อได้ออกกำลังกายจะมีผลต่อสมรรถภาพทางกายในด้านความทนทานของปอด หัวใจและด้านความยืดหยุ่นของร่างกายได้เป็นอย่างดีส่งผลให้เกิดความพอใจในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

5. ความวิตกกังวลและความกลัว ทำให้การออกกำลังกายน้อยทำได้ค่อนข้างช้า เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีอาการเกร็งตัวด้านไว้ เป็นผลให้การฟื้นตัวของกล้ามเนื้อและการหายของกระดูกเป็นไปได้ช้า (อุษาและสุริยวรรณ, 2548)

6. ผลจากการนอนโรงพยาบาล พบว่าผู้สูงอายุที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมีอาการสับสน วุ่นวายและมีพฤติกรรมแปลกๆ โดยไม่มีโรคทางสมอง สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมมีเสียงรบกวนจากเสียงรอบข้างหรือการให้บริการทางการแพทย์ นอกจากอาการนอนไม่หลับจะเป็นสาเหตุของอาการสับสนในผู้สูงอายุแล้ว อาการนอนไม่หลับยังทำให้แพทย์ต้องใช้ยานอนหลับซึ่งอาจมีผลข้างเคียงทำให้เกิดความสับสนเกี่ยวกับโรค บางรายมีภาวะซึมเศร้า สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายในด้านการเคลื่อนไหว การพลิกตะแคงตัว นั่ง ยืน เดินรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำได้ไม่ดี (วิไล, 2548; สุมาลี, 2551)

7. ประสบการณ์เดิม เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง สามารถปรับตัวแก้ปัญหาอย่างถูกวิธี (สุชา, 2541)

### โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุสะโพกหัก

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน คือ การเลือกวิธีการสอนที่มีแบบแผนการใช้สื่อต่างๆ ที่เหมาะสม จากภาคทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติจริง เพื่อช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ เกิดแรงจูงใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้อง และต่อเนื่อง สามารถดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

การฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใส่เหล็ก มีจุดหมายที่จะช่วยให้สามารถทำกิจกรรมที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตได้และพึ่งพาคือคนอื่นน้อยที่สุด ซึ่งปัญหาและอุปสรรคสำคัญ ที่พบได้บ่อย ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุมีหลายโรคและได้รับยาจำนวนหลายชนิด ผู้สูงอายุมีภาวะสับสนอาจเป็นกลุ่มอาการสับสนเฉียบพลันหรือกลุ่มสมองเสื่อม ความไม่พร้อมของทิมสุขภาพหรือกลุ่มการบริบาลสหสาขา ความต้องการเตียงสูง มีผู้สูงอายุรอเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก ทำให้ต้องรีบหยุดการฟื้นฟูสภาพเร็วเกินไป ความคาดหวังที่มีมาก หรือน้อยเกินไปของผู้สูงอายุและญาติความท้อแท้ของผู้สูงอายุที่มักจะมีสาเหตุจากภาวะของโรค ความไม่พร้อม และเจตคติที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแล การขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพเมื่อผู้สูงอายุกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งมักพบเสมอว่าสภาพแวดล้อมที่บ้านแตกต่างจากในโรงพยาบาลมากผู้ดูแลจะพยายามทำกิจกรรมต่างๆ ให้แทนที่จะให้ผู้สูงอายุได้ทำด้วยตนเอง เนื่องจากรู้สึกว่าจะสะดวกและประหยัดเวลาหรือเพราะความเชื่อที่ไม่ถูกต้องว่าเป็นการทดแทนคุณ แต่สิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นไปในด้านลบ (สมจินต์, 2548; Elena et al., 2006)

วิธีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกการสอนและการใช้สื่อต่างๆ ที่เหมาะสม คำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความปลอดภัยรวมทั้งเสริมสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่อยากเรียนรู้ และสามารถนำกลับไปปฏิบัติต่อไปจนเป็นแบบแผนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และต้องคำนึงถึงข้อจำกัดทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล เช่น โรคประจำตัวซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อย ดังนั้นการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนให้ผู้สูงอายุมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิด ของแบนดูรา (Bandura, 1997) จากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ดังนี้

1. การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ จากผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์คล้ายคลึง เพื่อช่วยลดความกลัว วิตกกังวล และเพื่อความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนของวัยเดียวกัน เพื่อให้เกิดความคล้อยตาม

เป็นแรงกระตุ้นให้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยนำเสนอตัวแบบผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ผ่าตัดใส่เหล็ก กล่าวถึง ประสบการณ์ผ่าตัด การบริหารกล้ามเนื้อขาเพื่อความแข็งแรง และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผ่านสื่อวีดิทัศน์ โดยสาธิตในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อทั้ง 7 ท่า และการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การพลิกตะแคงตัว การนั่ง ยืน และเดิน เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่น ความชำนาญ และส่งผลต่อผลลัพธ์ทางพฤติกรรม ในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความมั่นใจ ในสมรรถนะแห่งตน และความถี่บริหารกล้ามเนื้อขา

2. การกระทำที่ประสบความสำเร็จ เพราะบุคคลในวัยสูงอายุผ่านประสบการณ์ต่างๆ มากมาย มีการใช้ความพยายามและอดทนต่ออุปสรรคหรือปัญหาที่มีความยุ่งยาก ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การที่บุคคลที่มีประสบการณ์หรือสถานการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เกิดความภาคภูมิใจ จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนในการปฏิบัติกิจกรรมและมีแนวโน้มปฏิบัติได้อย่างดี ในครั้งต่อไป ผู้วิจัยนำเสนอการสอนในเรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัดใส่เหล็ก ให้ความรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พร้อมทั้งสาธิตการบริหารกล้ามเนื้อขา กระตุ้นการพลิกตะแคงตัว ลูกนั่ง ยืนและเดิน ตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้ เมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติจริง หากเกิดปัญหาหรือข้อสงสัย ผู้วิจัยและผู้สูงอายุ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ทันที ให้กำลังใจ คำชมเชย เมื่อปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

3. การพูดโน้มน้าวหรือชักจูง เป็นการพูดเพื่อเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุ เกิดความมั่นใจ เชื่อใจว่าตนเองมีสมรรถนะที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ โดยผู้พูดต้องมีความรู้ ความน่าเชื่อถือและมีความสำคัญต่อบุคคลนั้น คอยให้กำลังใจ ชี้นำ และร่วมปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ไปพร้อมๆ กับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

4. สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ เป็นการตอบสนองทางร่างกายที่แสดงออกเมื่อ เกิดความเครียด หรือต้องเผชิญกับความเครียด ซึ่งในผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีสภาวะทางร่างกายเปลี่ยนแปลง ได้ตลอดเวลา จากโรคประจำตัว ภาวะไม่สุขสบายจากการเปลี่ยนแปลงจากระบบการชรา ดังนั้น ความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นส่วนหนึ่งของการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน จากการศึกษา ผลงานวิจัยที่ผ่านมา การเตรียมความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ก่อนเริ่ม โปรแกรม หรือการวัดสัญญาณชีพ การพูดคุย หรือการสัมผัสเพื่อลดความวิตกกังวล ความ กลัว จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมในการเผชิญต่อกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการนำกรอบแนวคิด ของแบนดูรา (Bandura, 1997) จากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ดังที่กล่าวมา เพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ สะโพกหัก โดยเน้นความสำคัญของการบริหาร กล้ามเนื้อ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยกำหนดรูปแบบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ดังนี้

### การบริหารกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุสะโพกหักหลังผ่าตัด

จุดประสงค์หลักในการบริหารกล้ามเนื้อขา (สมชัย, 2549; Kayali, et al., 2006) เพื่อให้ข้อมีการเคลื่อนไหวเหมือนเดิม หรือกลับคืนมาเป็นปกติเหมือนเดิม รักษาความแข็งแรงและความคงทนของกล้ามเนื้อไว้ ช่วยเร่งกระดูกให้ติดเร็วขึ้น และช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถคืนสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุด ด้วยการบริหารเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อ เพิ่มความแข็งแรงความทนทานของกล้ามเนื้อ ช่วยลดอาการปวดหลังผ่าตัด ป้องกันลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำของขาหรือในปอด ข้อติดแข็งหรือกล้ามเนื้อลีบซึ่งเกิดจากการจำกัดการเคลื่อนไหว รวมถึงกระบวนการชราที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงกำลังกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุมีความแข็งแรงลดลง เกิดจากการใช้งานกล้ามเนื้อน้อยลงหรือไม่ได้ใช้งานเลย เมื่ออายุมากขึ้นจะต้องใช้ความพยายามมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยในการคงสภาพความแข็งแรงนั้นไว้ ดังนั้นการบริหารกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จากการศึกษาของพิชเชอร์ และคณะ ในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม พบว่า ในระยะที่อยู่ในโปรแกรมการออกกำลังกาย 3 เดือน ผู้สูงอายุสามารถบริหารได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความทนทานของกล้ามเนื้อในการทำกิจกรรมประจำวันเพิ่มขึ้น แต่หลังจากติดตามผล ในระยะ 8 เดือน พบว่าค่าของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความทนทานของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุเบื่อหน่ายและไม่มีความสม่ำเสมอในการบริหาร (Fisher, et al, 1994 อ้างตาม อรพิน, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรกุล (2534) พบว่า ผู้สูงอายุนั้นสามารถเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อได้ 30% จากการฝึกยกน้ำหนักเป็นเวลา 8 สัปดาห์อย่างสม่ำเสมอ นั่นคือ การใช้งานกล้ามเนื้ออยู่เสมอจะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นได้ ดังนั้น การให้ผู้สูงอายุสามารถลงมือกระทำกิจกรรมด้วยตนเองโดยบริหารกล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างเพื่อเตรียมความพร้อมในการหัดเดินหลังผ่าตัด การกระตุ้นให้ตระหนักในความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อช่วยเพิ่มความแข็งแรง ทนทานของกล้ามเนื้อ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (อุษาและสุริย์วรรณ, 2547) วิธีการ มีดังนี้

1. ทำกระดกข้อเท้า (ankle pumps) เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดที่ขาดีขึ้น ป้องกันการอุดตันของเส้นเลือดดำ โดยนอนหงายราบ ขาทั้งสองข้างเหยียดตรง สูดลมหายใจเข้าพร้อมกระดกข้อเท้าทั้งสองข้างขึ้นเต็มที่ แล้วหายใจออกพร้อมกระดกข้อเท้าให้ลงเต็มที่และหมุนข้อเท้าขึ้นลงสลับกัน ทำซ้ำ 10 ครั้ง ปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เช้า-เที่ยง-เย็น

2. ทำกดเข่าเพื่อบริหารกล้ามเนื้อต้นขา (quadriceps muscle) ปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เช้า-เที่ยง-เย็น โดยนอนหงายราบ ขาเหยียดตรง กระดกปลายเท้าทั้งสองข้างขึ้นและกดเข่าลงกับที่นอน นับ 1-10 แล้วคลายการเกร็งของกล้ามเนื้อขาทั้งสองข้าง ทำซ้ำ 10 ครั้ง ปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เช้า-เที่ยง-เย็น

3. ท่ายกขาสูง โดยให้ผู้ดูแลประคองขาข้างที่ผ่าตัด ยกขาสูงไม่เกิน 40 องศา ทำซ้ำ 10 ครั้ง ปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เช้า-เที่ยง-เย็น
4. ท่ากาง-หุบ การบริหารกล้ามเนื้อสะโพกด้านข้าง (gluteus medius) สามารถปฏิบัติได้ ดังนี้ ให้ผู้ดูแลประคองขาข้างที่ผ่าตัด นอนหงายราบใช้หมอนวางระหว่าง ขาทั้งสองข้าง กางขาข้างที่ผ่าตัดออกเท่าที่จะทำได้ ไม่เกิน 40 องศา แล้วค่อยๆ หุบขาเข้าที่เดิมซ้ำๆ ประมาณ 10 ครั้ง ควรปฏิบัติวันละ 3 เวลา
5. ท่ายกส้นเท้า-เข่าเหยียด โดยให้ผู้ดูแลประคองขาข้างที่ผ่าตัด ยกขาข้างไว้สูงไม่เกิน 40 องศา เข่าเหยียด ทำซ้ำ 10 ครั้ง ปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เช้า-เที่ยง-เย็น
6. ท่างอ-เหยียด โดยให้ผู้ดูแลประคองขาข้างที่ผ่าตัด งอขาและเหยียด ทำซ้ำ 10 ครั้ง ปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เช้า-เที่ยง-เย็น
7. ท่ายกค้าง โดยให้ผู้ดูแลประคองขาข้างที่ผ่าตัด ยกขาข้างไว้สูงไม่เกิน 40 องศา ทำซ้ำ 10 ครั้ง ปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เช้า-เที่ยง-เย็น

#### การประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อสะโพก

การประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อสะโพก จะวัดได้หลังผ่าตัด โดยใช้เครื่องวัดองศา (goniometer) ขนาดต้องพอเหมาะ สามารถวัดมุมโดยมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด ขนาดที่ใช้ในการตรวจได้ผลดี คือ ขนาดที่มีความยาวประมาณ 30 เซนติเมตร มาตรฐานที่วัดแบ่งเป็น 1-5 องศาสเกล ส่วนที่ใช้ในการอ่านมุมควรมีขนาดใหญ่พอ เป็นเครื่องวัดมุมที่ใช้เป็นมาตรฐานนานาชาติ (ยงยุทธ, 2522 อ้างตาม วัชรวิ, 2543) ซึ่งมีประโยชน์เพื่อรู้ค่าการเคลื่อนไหวของข้อต่อ จะใช้เป็นข้อมูลในการวินิจฉัยและการตั้งวัตถุประสงค์การรักษา (treatment goals) เพื่อใช้ในการประเมินถึงความก้าวหน้า และเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ทำให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย

#### ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

แม้ว่าผู้สูงอายุที่สามารถผ่านวิกฤตการณ์จากการผ่าตัดได้ แต่ผู้สูงอายุยังคงต้องเผชิญกับปัญหาการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เหมือนปกติและจากภาวะกลัวการหกล้มซ้ำ (Bruno, et al., 1997; Salkeld, et al., 2000) จนมีผลต่อความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนที่จะกระทำกิจวัตรประจำวัน เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้สามารถรักษาให้ดีขึ้นจากการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการส่งเสริมสถานะจิตใจให้มีความเชื่อมั่น (สุทธิชัย, 2544)

ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการวัดความสามารถในด้านการเคลื่อนไหวร่างกายทั่วไป รวมถึงการเคลื่อนไหวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เพราะในขณะที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวจะมีการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ตั้งแต่ระบบไหลเวียนเลือดไปสู่ส่วนต่างๆ ระบบหายใจที่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์ และรักษาค่าสมดุลกรดด่างในร่างกาย การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทั้งซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก ที่จะส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด มีผลต่อการผลิตฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการเผาผลาญและใช้พลังงานในร่างกาย มีการสร้างและสะสมพลังงานใหม่อยู่เสมอ มีการใช้หรือขับของเสียออกจากร่างกายได้ดี และเมื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองทำให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหว ป้องกันกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรงและข้อติดแข็งได้ (วิภาวรรณ, 2547)

การวัดระดับความสามารถของการเคลื่อนไหวและความเสื่อมทางกายภาพ ประเมินความสามารถของบุคคลได้ง่ายและชัดเจน จึงใช้ประเมินการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดใส่เหล็ก ในด้านการเคลื่อนไหวหรือการทำงาน โดยใช้กล้ามเนื้อ และ โครงสร้างของร่างกาย จากการศึกษาการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ การพลิกตะแคงตัว นั่ง ยืน และการเดิน เพื่อเป้าหมายที่สำคัญของผู้สูงอายุจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้มากที่สุดหรือใกล้เคียงกับความสามารถในการปฏิบัติก่อนการเจ็บป่วย ถือเป็นเครื่องบ่งชี้คุณภาพชีวิตได้ เพราะเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานและความภาคภูมิใจ ลดความเครียดวิตกกังวล กลัว ไม่เป็นภาระต่อครอบครัว ทำให้ตนเองมีคุณค่า ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ชมพูนุช, 2539; จิตหทัยและคณะ, 2544; สุทธิชัย, 2544; Craik, 1994)

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดผลหลังให้โปรแกรม (two – groups posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุสะโพกหัก

#### ประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกสะโพกหัก และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็ก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กในโรงพยาบาล ศูนย์ 3 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง ในภาคใต้ตอนล่าง

#### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าวิจัยในอดีตที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ คือการศึกษาของสุมนา (2541) เกี่ยวกับผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติและความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติ พบว่าขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างระหว่างตัวแปรเท่ากับ .40 ( $p < .01$ ) ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ โพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจอิทธิพลเท่ากับ .35 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลในระดับปานกลางและจากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละไม่น้อยกว่า 32 คน การแบ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีจับคู่ (matching pair) คือ เพศ ช่วงอายุ ชนิดการผ่าตัด โดยแบ่ง เป็นกลุ่มทดลอง 32 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 32 ราย คือ ผู้สูงอายุสะโพกหักที่ผ่าตัดใส่เหล็ก ในโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง ในภาคใต้ตอนล่าง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากประสบการณ์จากการทำงานของผู้วิจัย เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

### ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การผ่าตัด น้ำหนักตัว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ จำนวนบุตร จำนวนสมาชิกในบ้าน โรคประจำตัว ชนิดการผ่าตัด วันที่ถูกจากเตียงหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

2. แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 2 ผลลัพธ์

#### 2.1 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่

1) แบบประเมินกำลังกล้ามเนื้อต้นขา (เกตแก้ว, 2547) โดยประเมินหลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และหลังผ่าตัดวันที่ 4 ขั้นตอนการปฏิบัติ ให้ผู้สูงอายุสูงอายุนอนในท่านอนหงายที่สบาย ไม่เกร็ง ขาข้างที่ผ่าตัดกางออก 15 องศา ซึ่งผู้วิจัยใช้มือประคองขาด้านล่างระหว่างน่องและต้นขา ให้ผู้สูงอายุออกแรงขยับขาเพื่อกางขาออก ซึ่งแบ่งคะแนนตามลำดับ 3 ระดับ ดังนี้

0	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีแรงที่จะสามารถกางขาได้
1	คะแนน	หมายถึง	มีแรงที่จะสามารถกางขาได้
2	คะแนน	หมายถึง	มีแรงกางขาและสามารถต้านแรงผู้วิจัยได้

ในการแปลผลระดับกำลังกล้ามเนื้อต้นขา ผู้วิจัยใช้การแบ่งลำดับคะแนน โดยนำค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (ชูศรี, 2544) จึงได้เกณฑ์การแปลผลโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

0.00 - 0.66	คะแนน	หมายถึง	กำลังกล้ามเนื้อต่ำ
0.67 - 1.33	คะแนน	หมายถึง	กำลังกล้ามเนื้อปานกลาง
1.34 - 2.00	คะแนน	หมายถึง	กำลังกล้ามเนื้อดี



2) อนุสาการเคลื่อนไหวย้อสะโพก (เกดเก้ว, 2547) ประเมินหลังกฝัดัดวันที่ 2, 3 และหลังกฝัดัดวันที่ 4 โดยใ้เครื่องมือวัดมุม โคนิโอมิเตอร์ 1 อัน ที่มีความแม่นยำ อ่านค่าเป็นองศา ทำด้วยวัสดุโลหะ ซึ่งเป็นเครื่องมือใ้วัดใ้วัดองศาการเคลื่อนไหวย้อสะโพก ใ้เครื่องเดียว วัดผู้สูงอายุนุกรายที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ วิธีวัดมีขั้นตอน ใ้ผู้สูงอายุนอนในท่านอนหงายที่สบาย ไม่เกร็ง ขาข้างที่ฝัดัดกางออกจกัองกลางแนวลำตัว (neutral) 15 องศา ผู้ช่วยวิจัยใ้เครื่องมือวัดมุม โคนิโอมิเตอร์ ใ้ส่วนของจุดหมุนของ โคนิโอมิเตอร์ (Axis) อยู่ตรงกับปุ่ม anterior superior iliac spine ส่วนแขนของ โคนิโอมิเตอร์ (Stationary arm) ขนานกับ แนวองกลางของกระดูกต้นขา (lateral midline of the femur) ผู้วิจัยใ้มือประคองขาด้วนล่างระหว่างน่องและต้นขา ใ้ผู้สูงอายุนอกแรงขยับขาเพื่อองขาออก ผู้ช่วยวิจัยองส่วนแขนของ โคนิโอมิเตอร์ ออกในแนวเดียวกับที่ผู้สูงอายุนองขาได้ เพื่อวัดองศา ประเมินผลใ้คะแนน ดังนี้

0	คะแนน	หมายถึง	องศาการเคลื่อนไหวย้อสะโพกอยู่ระหว่าง 0-5 องศา
1	คะแนน	หมายถึง	องศาการเคลื่อนไหวย้อสะโพกอยู่ระหว่าง 6-10 องศา
2	คะแนน	หมายถึง	องศาการเคลื่อนไหวย้อสะโพกอยู่ระหว่าง 11-15 องศา

ในการแปลผลองศาการเคลื่อนไหวย้อสะโพก ผู้วิจัยใ้การแปลผลเช่นเดียวกับเกณฑ์ระดับกำล้งกล้ามเนื้อต้นขา โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

0.00 - 5.00	คะแนน	หมายถึง	องศาการเคลื่อนไหวย้อสะโพกระดับต่ำ
6.00 - 10.00	คะแนน	หมายถึง	องศาการเคลื่อนไหวย้อสะโพกระดับปานกลาง
11.00 - 15.00	คะแนน	หมายถึง	องศาการเคลื่อนไหวย้อสะโพกระดับดี

3) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ประเมินผลจากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

4) จำนวนวันที่ลุกจากเตียงหลังกฝัดัด ประเมินผลจากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

## 2.2 ผลลัพธ์ด้วนพฤติกรรม ได้แก่

1) แบบประเมินกิจวัตรประจำวันในเรื่อง การพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืน และการเดิน โดยใ้วิธีใ้คะแนน ดังนี้

0	คะแนน	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติ
1	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติข้ามขั้นตอน
2	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติครบขั้นตอน

ในการแปลผลระดับกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้การแบ่งลำดับคะแนน โดยนำค่าคะแนนสูงสุดลดด้วยค่าคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (ชูศรี, 2544) จึงได้เกณฑ์การแปลผลโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

0.00 - 0.66	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำ
0.67 - 1.33	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง
1.34 - 2.00	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดี

2) แบบประเมินระดับความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนต่อกิจวัตรประจำวัน  
ในเรื่อง การพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืนและการเดิน

1	คะแนน	หมายถึง	ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนน้อย
2	คะแนน	หมายถึง	ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนปานกลาง
3	คะแนน	หมายถึง	ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนมาก

ในการแปลผลระดับความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนผู้วิจัยใช้การแบ่งลำดับคะแนน โดยนำค่าคะแนนสูงสุดลดด้วยค่าคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (ชูศรี, 2544) จึงได้เกณฑ์การแปลผลโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1.00 - 1.66	คะแนน	หมายถึง	ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนน้อย
1.67 - 2.33	คะแนน	หมายถึง	ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนปานกลาง
2.34 - 3.00	คะแนน	หมายถึง	ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนสูง

3) แบบประเมินความถี่ในการบริหารกล้ามเนื้อขา เป็นชุดคำถามที่แสดงถึงความถี่ในการปฏิบัติในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อขา หลังผ่าตัดใส่เหล็กบริเวณสะโพก ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ การให้คะแนนรายชื่อขึ้นอยู่กับระดับความถี่ในการปฏิบัติของผู้สูงอายุ ถ้าคะแนนรวมสูงแสดงว่า มีความถี่ในการปฏิบัติ

กิจกรรมมาก ถ้าคะแนนรวมต่ำแสดงว่ามีความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมน้อย โดยประเมิน 3 ครั้ง หลังผ่าตัด วันที่ 2, 3 และ 4

	ระดับการปฏิบัติ	คะแนนรายชื่อ
ปฏิบัติบ่อย	21-30 ครั้ง/วัน	3
ปฏิบัติปานกลาง	11-20 ครั้ง/วัน	2
ปฏิบัติน้อย	1-10 ครั้ง/วัน	1

ในการแปลผลระดับความถี่ในการปฏิบัติในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อขา ผู้วิจัยใช้การแบ่งลำดับคะแนน โดยนำค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (ชูศรี, 2544) จึงได้เกณฑ์การแปลผลโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1.00 - 10.60	คะแนน	หมายถึง	ความถี่บริหารกล้ามเนื้อขา
10.67 - 20.27	คะแนน	หมายถึง	ความถี่บริหารกล้ามเนื้อขापานกลาง
20.28 - 30.00	คะแนน	หมายถึง	ความถี่บริหารกล้ามเนื้อขาสูง

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

ใช้เฉพาะในกลุ่มทดลองเท่านั้น ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน สำหรับผู้สูงอายุสะโพกหักหลังผ่าตัดใส่เหล็ก โดยผู้วิจัยสอนและสาธิต รวมทั้งมีการแจกคู่มือการดูแลตนเองหลังผ่าตัดใส่เหล็กในผู้สูงอายุสะโพกหัก เพื่อช่วยทบทวนความจำเมื่อผู้สูงอายุกลับไปอยู่บ้านประกอบด้วย

### 1. แผนการสอนสำหรับกลุ่มทดลอง

แผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัดใส่เหล็กในผู้สูงอายุสะโพกหัก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามทฤษฎีของเบนดูรา และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดในภาคผนวก ฉ

### 2. สื่อการสอน

ประกอบด้วยสื่อการสอน ดังนี้

2.1 วิดีทัศน์ เป็นสื่อในการสอนและสาธิต ในเรื่องประสบการณ์ผ่าตัดใส่เหล็กในผู้สูงอายุสะโพกหัก สาธิตการบริหารกล้ามเนื้อ กิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัด

## 2.2 คู่มือการดูแลตนเองเมื่อใส่เหล็ก ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้อขา

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. หาความตรงของเครื่องมือ (validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 2 ส่วน คือ แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม แผนการสอน พร้อมทั้งสื่อการสอนไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมฟื้นฟู 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีเบนคูรา 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลภาควิชาศัลยศาสตร์ 1 ท่าน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2. หาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) นำเครื่องมือแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย กับผู้สูงอายุสะโพกหักผ่าตัดใส่เหล็ก แล้วหาความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ แบบประเมินกำลังกล้ามเนื้อ เท่ากับ .85 แบบประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อสะโพก เท่ากับ .84 และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ได้แก่ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ .87 แบบประเมินระดับความมั่นใจในสมรรถนะของตนเอง เท่ากับ .89 และแบบประเมินความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อขา เท่ากับ .96

### การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 3 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุสะโพกหักได้รับการผ่าตัดใส่เหล็ก ผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจและตกลงเกี่ยวกับวิธีการใช้แบบวัดกำลังกล้ามเนื้อขาและองศาการเคลื่อนไหวข้อสะโพก และนำไปทดลองกับผู้สูงอายุ 5 ราย เพื่อฝึกทักษะของผู้ช่วยวิจัยในการใช้แบบประเมินและแบบวัดต่างๆ แล้วนำมาตรวจสอบความตรงกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยในการวัดเครื่องมือ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุสะโพกหัก โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังต่อไปนี้  
ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเก็บข้อมูล คือ

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง ในภาคใต้ตอนล่าง

2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง ในภาคใต้ตอนล่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยติดตามผู้สูงอายุที่รับใหม่ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย และศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขอความร่วมมือในการวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นดำเนินการทดลอง

เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 32 ราย และกลุ่มทดลอง 32 ราย และดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

การดำเนินการกับกลุ่มควบคุม 32 ราย

1. แนะนำตัวผู้วิจัยกับกลุ่มควบคุม บอกวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มควบคุมตามแบบฟอร์ม

3. ให้การพยาบาลตามปกติโดยพยาบาลประจำตึก และมีผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรม เรื่องการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การผ่าตัด น้ำหนักตัว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ จำนวนบุตร จำนวนสมาชิกในบ้าน โรคประจำตัว ชนิดการผ่าตัด จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล วันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัด

3.2 แบบบันทึกการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใส่เหล็ก ประกอบด้วย แบบประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ แบบประเมินกำลังกล้ามเนื้อ แบบประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก

และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ได้แก่ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินระดับความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อขา

การดำเนินการกับกลุ่มทดลอง จำนวน 32 ราย

ระยะก่อนผ่าตัด 1 วัน

1. ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุที่เตรียมรับการผ่าตัดใส่เหล็กบริเวณสะโพก แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที
2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง แจ้งให้ผู้สูงอายุทราบถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยไม่มีการบังคับ มีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และในระหว่างเข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุได้รับ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้สูงอายุจะได้รับการปกปิดความลับ และจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อ – สกุล เมื่อผู้สูงอายุสมัครใจด้วยวาจา และเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการในครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุ
3. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลของผู้สูงอายุจากรายงานเวชระเบียนเกี่ยวกับการผ่าตัด อาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุในระยะก่อนการผ่าตัด ระยะพักฟื้นที่หอผู้ป่วย เพื่อประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรม
4. ผู้วิจัยกล่าวทักทายตัวอย่าง พุดคุย ชักถามอาการและอาการแสดง อาการปวดและอาการแทรกซ้อน หรืออาการที่ทำให้เกิดความไม่สบายต่างๆ และการพักผ่อนนอนหลับ ความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ก่อนผ่าตัด ตลอดจนปัญหาและอุปสรรค โดยที่ผู้วิจัยดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลตามปัญหา
5. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุ (ประเมิน ครั้งที่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (ภาคผนวก ข)
6. ผู้วิจัยนำเสนอตัวแบบที่เป็นวิทัศน์ให้แก่ผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัด จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 15 – 30 นาที (รายละเอียดในภาคผนวก ค)
7. ร่วมกับผู้สูงอายุในการวางแผนเป้าหมายในการปฏิบัติดูแลตนเอง ในเรื่อง
  - 7.1 สามารถฝึกบริหารกล้ามเนื้อขาในทำดังต่อไปนี้ (ภาคผนวก จ)

ทำกระดูกข้อเท้า ให้ผู้สูงอายุสูงอายุ นอนหงายแล้วกระดูกข้อเท้าขึ้นทั้ง 2 ข้าง แล้วกระดูกข้อเท้าลง ทำเช่นนี้ 5 ครั้ง

ทำกคเข้า ให้ผู้สูงอายุสูงอายุ นอนหงายเหยียดขาเต็มที่ ขาข้างที่หักทำเท่าที่ทำได้ กคเข้าทั้ง 2 ข้างลงให้ชิดกับพื้นพร้อมกับพยายามกระดูกข้อเท้าขึ้น นับ 1 ถึง 5 ในใจแล้วหย่อนเข้า ทำเช่นนี้ 5 ครั้ง

### ระยะหลังผ่าตัด

#### วันที่ 1 หลังผ่าตัด

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลของผู้สูงอายุจากรายงานเวชระเบียนเกี่ยวกับการผ่าตัด อาการ และอาการแสดงของผู้สูงอายุในระบะการผ่าตัด ระยะพักฟื้นที่หอผู้สูงอายุ เพื่อประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับ ความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรม

2. ผู้วิจัยกล่าวทักทายตัวอย่าง พุดคุย ชักถามอาการและอาการแสดง อาการปวด และอาการแทรกซ้อน หรืออาการที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายต่างๆ และการพักผ่อนนอนหลับ ความรู้สึก ที่มีต่อสถานการณ์หลังผ่าตัด ตลอดจนปัญหาและอุปสรรค โดยที่ผู้วิจัยดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการพยาบาล ตามปัญหา

3. ผู้วิจัยช่วยผู้สูงอายุทบทวนกิจกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่จะกระทำ รวมถึงตารางบันทึกการฝึกซ้อม (ภาคผนวก ง) เมื่อพบปัญหา/อุปสรรค กรณีไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง สอนและสาธิตในส่วนของกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติไม่ถูกต้อง

4. ร่วมกับผู้สูงอายุในการวางแผนเป้าหมายในการปฏิบัติดูแลตนเอง ในเรื่อง

4.1 สามารถทบทวนและฝึกบริหารกล้ามเนื้อขาในท่าดังต่อไปนี้ (ภาคผนวก จ)

ทำกระดูกข้อเท้า ให้ผู้สูงอายุ นอนหงายแล้วกระดูกข้อเท้าขึ้นทั้ง 2 ข้าง แล้วกระดูกข้อเท้าลง ทำเช่นนี้ 5 ครั้ง

ทำกคเข้า ให้ผู้สูงอายุ นอนหงายเหยียดขาเต็มที่ ขาข้างที่หักทำเท่าที่ทำได้ กคเข้าทั้ง 2 ข้างลงให้ชิดกับพื้นพร้อมกับพยายามกระดูกข้อเท้าขึ้น นับ 1 ถึง 5 ในใจแล้วหย่อนเข้า ทำเช่นนี้ 5 ครั้ง

5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามข้อสงสัย และร่วมวางแผนปฏิบัติกิจกรรม ในวันต่อไป พร้อมชี้แจงกิจกรรมในวันต่อไป

6. ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำในวันแรกของการเข้าร่วมวิจัย กล่าวชมเชยให้กำลังใจ เพื่อเสริมแรงแก่ผู้สูงอายุในการฝึกปฏิบัติในคราวต่อไป และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามถึงสิ่งที่ไม่เข้าใจ รวมทั้งร่วมวางแผนในการทำกิจกรรมในวันต่อไป

7. ผู้วิจัยนำแผนในการทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องการมาสรุปและชี้แจงกิจกรรมในวันที่ 2 ของการเข้าร่วมการวิจัย กำหนดเวลานัดพบในวันถัดไป และกล่าวอำลา

### ระยะหลังผ่าตัด

#### วันที่ 2 หลังผ่าตัด

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุจากรายงานเวชระเบียนเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา เพื่อประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับความพร้อมของผู้สูงอายุในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา เพื่อประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย

2. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้สูงอายุ พูดคุย ซักถามอาการและอาการแสดง อาการปวดแผล ความมั่นใจและการลงมือกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่ผ่านมา อาการแทรกซ้อนหรืออาการที่ก่อให้เกิดความไม่สบายต่างๆ และการพักผ่อนนอนหลับ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรค โดยผู้วิจัยช่วยชี้แนะแนวทางในการแก้ไข และกล่าวชมเชยให้กำลังใจ เมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติได้

3. ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ออกกำลังกล้ามเนื้อท่าที่ 1 – 2 และชี้แจงถึงความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล และกิจกรรมที่จะกระทำร่วมกับการได้รับการยืนยันจากแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด เพื่อลดความกลัว/ความวิตกกังวล และส่งเสริมให้ปฏิบัติด้วยตนเอง

4. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุสูงอายุ (ประเมินครั้งที่ 2) แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ประกอบด้วยผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (ภาคผนวก ข)

5. ร่วมกับผู้สูงอายุในการวางแผนเป้าหมายในการปฏิบัติดูแลตนเอง ในเรื่อง

5.1 สามารถฝึกบริหารกล้ามเนื้อขาในท่าดังต่อไปนี้ (ภาคผนวก จ)

ท่ายกขาสูง ให้ผู้สูงอายุนอนหงาย เขยิบตรง ขกขาข้างที่ไม่หักสูงกว่าที่นอน 1 ฟุต แล้ววางลง ทำเช่นนี้ 5 ครั้ง ส่วนขาข้างที่ทำผ่าตัด ให้ผู้ดูแลประคองขา และยกขาสูงจากที่นอน 1 ฟุต แล้ววางลง ทำเช่นนี้ 5 ครั้ง

ท่ากางหุบ ให้ผู้สูงอายุนอนหงาย เขยิบตรง กางขาข้างที่ไม่หัก ออกไปด้านข้าง หุบขาเข้าวางที่เดิม ทำเช่นนี้ 5 ครั้ง ส่วนขาข้างที่ทำผ่าตัด ให้ผู้ดูแลประคองขา และกางขาข้างที่ผ่าตัดออกไปด้านข้าง หุบขาเข้าวางที่เดิม ทำเช่นนี้ 5 ครั้ง



ทำยกสั้นเท้า – เข่าเหยียด ให้ผู้สูงอายุนอนหงายรองผ้าขนหนูใต้เข่า ผู้ดูแล  
ประคองขายกเท้า เข่าเหยียดตรง ค้างไว้ นับ 1 – 5 พัก ทำซ้ำข้างละ 10 ครั้ง

ท่างอ - เหยียด โดยให้ผู้ดูแลประคองขาข้างที่ผ่าตัด งอขาและเหยียด ทำซ้ำ  
10 ครั้ง ปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เช้า-เที่ยง-เย็น

ท่ายกค้าง โดยให้ผู้ดูแลประคองขาข้างที่ผ่าตัด ยกขาค้างไว้สูงไม่เกิน 40 องศา  
ทำซ้ำ 10 ครั้ง ปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เช้า-เที่ยง-เย็น

6. ผู้วิจัยชี้แจงการเตรียมผู้สูงอายุเพื่อลุกนั่ง โดยเริ่มไขหัวเตียงให้สูงอย่างช้าๆ เพื่อลด  
อาการหน้ามืดจากการลุกอย่างรวดเร็ว เคลื่อนตัวมาทางข้างคิมาใกล้ขอบเตียงมากที่สุด ขาข้างผ่าตัด  
กางออกตลอดเวลา ใช้ข้อศอก และมือยันที่นอนลุกขึ้นนั่ง พร้อมหมุนตัวห้อยขาลงข้างเตียง ห้ามหุบขา  
และให้ปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล กิจกรรมเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล  
การเปลี่ยนเสื้อผ้าเครื่องแต่งตัว

7. ผู้วิจัยซักถามผู้สูงอายุถึงความรู้สึกที่ปฏิบัติกิจกรรม ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น  
พร้อมชี้แนะแนวทางแก้ไข และร่วมวางแผนกิจกรรมในวันถัดไป

8. ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ปฏิบัติ กล่าวชมเชย และให้กำลังใจต่อ  
ความพยายาม ความมั่นใจในการทำกิจกรรม เพื่อเป็นการเสริมแรง

9. ผู้วิจัยบอกเวลานัดพบในวันถัดไป และกล่าวอำลา

วันที่ 3 และ 4 หลังการผ่าตัด

กิจกรรมในข้อ 1 – 7

1. ผู้วิจัยกระตุ้นผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล และ  
กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเดินไปห้องน้ำ เพื่อทำกิจกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล

2. ผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ปฏิบัติ กล่าวชมเชย ขอบขอบคุณและกล่าวอำลา

3. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุ (ประเมินครั้งที่ 4) แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพ  
หลังผ่าตัด ประกอบด้วยผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (ภาคผนวกข)

4. ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ปฏิบัติ กล่าวชมเชย และให้กำลังใจต่อ  
ความพยายาม ความมั่นใจในการทำกิจกรรม เพื่อเป็นการเสริมแรง

5. ผู้วิจัยกล่าวอำลา

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยเมื่อโครงงานวิจัยผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยมีแนวทางในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ผู้วิจัยแนะนำตัวเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล สิทธิผู้สูงอายุที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำได้กล่าวจะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดความลับ และจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อ – สกุล เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจ ด้วยวาจาหรือเซ็นใบยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย (ภาคผนวก ก)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไป
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ แบบประเมินกำลังกล้ามเนื้อ แบบประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อสะโพก และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ได้แก่ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินระดับความมั่นใจในสมรรถนะของตน แบบประเมินความถี่การบริหารกล้ามเนื้อขา หลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วยสถิติที (independent t – test)

## ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล



(หมายเหตุ \* หมายถึง ความสำเร็จจากการลงมือกระทำโดยการใช้คำพูดชักจูงและการลดปฏิกิริยาทางด้านร่างกายและอารมณ์)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two-group posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนและกลุ่มที่ไม่ได้รับกลุ่มละ 32 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2551-กันยายน พ.ศ. 2552 ผลการวิจัยนำเสนอโดยการบรรยายประกอบตารางและภาพดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุสะโพกหัก แบ่ง 2 ส่วน

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประเมินเรื่องกำลังกล้ามเนื้อ องศาการเคลื่อนไหวข้อสะโพก จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัด

ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม ประเมินเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน ความถี่การปฏิบัติกิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อขา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 64 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 และมีอายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 56 ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 30-34 คิดเป็นร้อยละ 43 ส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 64 โดยมีสถานภาพคู่ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 75 มีประสบการณ์ผ่าตัดร้อยละ 70 มีจำนวนบุตร 4-6 คน คิดเป็นร้อยละ 39 ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงด้วยแกนตามกระดูก (dynamic hip screw) ที่สะโพก คิดเป็นร้อยละ 82

เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยทดสอบไค-สแควร์ พบว่าคุณสมบัติของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ  
จำนวนบุตร โรคประจำตัว ประสบการณ์การผ่าตัด และชนิดของการผ่าตัด (N = 64)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
หญิง	24	75.00	24	75.00	1.0 <sup>ns</sup>
ชาย	8	25.00	8	25.00	
อายุ					
60 – 70 ปี	8	25.00	8	25.00	1.0 <sup>ns</sup>
71 – 80 ปี	18	56.30	18	56.30	
81 - 90 ปี	6	18.80	6	18.80	
ดัชนีมวลกาย (BMI)					
ต่ำกว่า 25	4	12.50	5	15.63	1.0 <sup>ns</sup>
25 – 29.99	12	37.50	13	40.62	
30 – 34.99	14	43.75	12	37.50	
35 – 39.99	2	6.25	2	6.25	
ระดับการศึกษา					
ไม่ศึกษา	11	34.38	9	28.13	1.0 <sup>ns</sup>
ประถมศึกษา	20	62.50	21	65.62	
มัธยมศึกษา	1	3.12	2	6.25	

หมายเหตุ

$M_T$  = ค่าเฉลี่ยอายุรวม  $M_E$  = ค่าเฉลี่ยอายุกลุ่มทดลอง  $M_C$  = ค่าเฉลี่ยอายุกลุ่มควบคุม

$M_T = 76.3$  min = 65 max = 86 S.D. = 5.1,  $M_E = 77.2$  S.D. = 5.01,  $M_C = 75.5$  S.D. = 5.04

$M_{TI}$  = ค่าเฉลี่ย BMI รวม  $M_{EI}$  = ค่าเฉลี่ย BMI กลุ่มทดลอง  $M_{CI}$  = ค่าเฉลี่ย BMI กลุ่มควบคุม

$M_{TI} = 29.2$  min = 22 max = 37 S.D. = 4.2,  $M_{EI} = 29.3$  S.D. = 4.0,  $M_{CI} = 29.0$  S.D. = 4.40

ns = non significant ( $p > .05$ )

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ					
มี	5	15.63	6	18.75	1.0 <sup>ns</sup>
ไม่มี	27	84.37	26	81.25	
สถานภาพ					
โสด	3	9.38	4	12.50	1.0 <sup>ns</sup>
คู่	17	53.12	15	46.88	
หม้าย	12	37.50	13	40.62	
จำนวนบุตร					
ไม่มี	3	9.38	4	12.50	1.0 <sup>ns</sup>
1 – 3 คน	15	40.62	9	31.25	
4 – 6 คน	11	40.62	14	43.75	
> 7 คนขึ้นไป	3	9.38	5	12.50	
โรคประจำตัว					
มี	26	81.30	22	68.80	1.0 <sup>ns</sup>
ไม่มี	6	18.80	10	31.30	
ประสบการณ์ผ่าตัด					
มี	22	68.80	23	71.90	1.0 <sup>NS</sup>
ไม่มี	10	31.30	9	28.10	
ชนิดการผ่าตัด					
Hip Arthroplasty	5	15.70	6	18.80	1.0 <sup>ns</sup>
Dynamic hip screw	27	84.40	26	81.30	

หมายเหตุ

M<sub>T2</sub> = ค่าเฉลี่ยจำนวนบุตรรวมM<sub>E2</sub> = ค่าเฉลี่ยจำนวนบุตรกลุ่มทดลองM<sub>C2</sub> = ค่าเฉลี่ยจำนวนบุตรกลุ่มควบคุมM<sub>T2</sub> = 3.9 min = 0 max = 12 S.D. = 2.5, M<sub>E2</sub> = 3.3 S.D. = 2.1, M<sub>C2</sub> = 4.5 S.D. = 2.6

ns = non significant (p &gt; .05)

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุสะโพกหัก

2.1 ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประเมินเรื่องกำลังกล้ามเนื้อ ออศากรเคลื่อนไหวข้อสะโพก จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัด

กำลังกล้ามเนื้อขา เมื่อเปรียบเทียบกำลังกล้ามเนื้อขาหลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) แต่กำลังกล้ามเนื้อทั้งสองกลุ่มมีความก้าวหน้าเหมือนกัน ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

เปรียบเทียบกำลังกล้ามเนื้อขาหลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ( $N = 64$ )

วันที่วัด	กลุ่มควบคุม (n = 32)		กลุ่มทดลอง (n = 32)		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
	วันที่ 2 หลังผ่าตัด	0.19	0.39	0.28	
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	0.34	0.48	0.50	0.51	1.26 <sup>ns</sup>
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	0.72	0.46	0.81	0.39	0.88 <sup>ns</sup>

ns = nonsignificant

องศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพกข้างที่ทำผ่าตัด เมื่อเปรียบเทียบองศาการเคลื่อนไหว หลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบองศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพกข้างที่ทำผ่าตัดหลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ( $N = 64$ )

องศาการเคลื่อนไหว	กลุ่มควบคุม (n = 32)		กลุ่มทดลอง (n = 32)		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	4.19	1.03	4.88	1.29	2.36 <sup>ns</sup>
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	6.97	1.26	7.63	1.39	1.99 <sup>ns</sup>
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	9.25	1.14	9.34	1.43	0.29 <sup>ns</sup>

ns = nonsignificant

จำนวนวันของการนอนโรงพยาบาลและวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนวันของการนอนโรงพยาบาลและวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัด ได้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบจำนวนวันของการนอนโรงพยาบาลและวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ( $N = 64$ )

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 32)		กลุ่มทดลอง (n = 32)		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
จำนวนวันของการนอน ร.พ	12.97	1.49	9.97	0.93	9.65*
จำนวนวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัด	3.91	0.73	2.75	1.02	5.22*

\* $p < .05$



ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม ประเมินเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน ความถี่การปฏิบัติกิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อขา

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืนและการเดิน หลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 พบว่ากลุ่มทดลองปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ในทุกวันและทุกกิจกรรม ดังแสดงตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ( $N = 64$ )

วันที่วัด หลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n = 32)			กลุ่มทดลอง (n = 32)			t
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	
การพลิกตะแคงตัว							
วันที่ 2	1.31	0.47	ปานกลาง	1.47	0.51	สูง	1.28*
วันที่ 3	1.31	0.47	ปานกลาง	1.81	0.39	สูง	4.59*
วันที่ 4	1.28	0.46	ปานกลาง	1.53	0.51	สูง	2.07*
โดยรวม	1.30	0.47	ปานกลาง	1.60	0.47	สูง	2.65*
นั่ง							
วันที่ 2	1.31	0.47	ปานกลาง	1.47	0.51	สูง	1.28*
วันที่ 3	1.22	0.49	ปานกลาง	1.53	0.51	สูง	2.51*
วันที่ 4	1.28	0.46	ปานกลาง	1.53	0.51	สูง	2.07*
โดยรวม	1.27	0.47	ปานกลาง	1.51	0.51	สูง	1.95*
ยืน							
วันที่ 3	0.91	0.39	ปานกลาง	1.34	0.48	สูง	3.99*
วันที่ 4	1.09	0.39	ปานกลาง	1.75	0.44	สูง	6.31*
โดยรวม	1.00	0.39	ปานกลาง	1.54	0.46	สูง	5.15*
เดิน							
วันที่ 3	1.28	0.46	ปานกลาง	1.53	0.51	สูง	2.07*
วันที่ 4	1.16	0.45	ปานกลาง	1.34	0.48	สูง	1.61*
โดยรวม	1.22	0.45	ปานกลาง	1.43	0.49	สูง	1.84*

\* $p < .05$

## 2.5 ประเมินความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุสะโพกหัก

จากการศึกษาความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุสะโพกหัก หลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6

เปรียบเทียบความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุสะโพกหักหลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ( $N = 64$ )

กิจกรรม หลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n = 32)			กลุ่มทดลอง (n = 32)			t
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	
พลิกตะแคงตัว							
วันที่ 2	1.63	0.55	ต่ำ	2.28	0.46	ปานกลาง	5.17*
วันที่ 3	1.97	0.40	ปานกลาง	2.78	0.42	สูง	7.92*
วันที่ 4	2.19	0.39	ปานกลาง	2.91	0.29	สูง	8.22*
โดยรวม	1.93	0.45	ปานกลาง	2.65	0.39	สูง	7.10*
นั่ง							
วันที่ 2	1.66	0.60	ต่ำ	2.06	0.56	ปานกลาง	2.79*
วันที่ 3	2.22	0.42	ปานกลาง	2.88	0.34	สูง	6.90*
วันที่ 4	2.16	0.37	ปานกลาง	2.94	0.25	สูง	9.97*
โดยรวม	2.01	0.46	ปานกลาง	2.62	0.38	สูง	6.55*
ยืน							
วันที่ 2	1.59	0.56	ต่ำ	2.00	0.57	ปานกลาง	2.88*
วันที่ 3	2.06	0.44	ปานกลาง	2.72	0.46	สูง	5.88*
วันที่ 4	2.31	0.47	ปานกลาง	2.81	0.39	สูง	4.59*
โดยรวม	1.98	0.49	ปานกลาง	2.51	0.47	สูง	4.45*

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม หลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n = 32)			กลุ่มทดลอง (n = 32)			t
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	
	เดิน						
วันที่ 2	1.59	0.49	ต่ำ	2.28	0.63	ปานกลาง	4.82*
วันที่ 3	1.50	0.51	ต่ำ	2.22	0.49	ปานกลาง	5.76*
วันที่ 4	2.22	0.49	ปานกลาง	2.88	0.34	สูง	6.24*
โดยรวม	1.98	0.49	ปานกลาง	2.51	0.47	สูง	4.45*

\* $p < .05$ 

2.6 ประเมินความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อเนื่อขาในผู้สูงอายุสะโพกหัก ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อขา หลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 มี ทั้ง 7 ท่า อยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

เปรียบเทียบความถี่การบริหารกล้ามเนื้อเนื่อขาในผู้สูงอายุสะโพกหักหลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ( $N = 64$ )

วันที่วัด หลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n = 32)			กลุ่มทดลอง (n = 32)			t
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	
	ท่าที่ 1 กระดกข้อเท้า						
วันที่ 2	17.78	3.64	ปานกลาง	23.00	2.50	สูง	6.68*
วันที่ 3	15.91	4.07	ปานกลาง	23.63	2.96	สูง	8.68*
วันที่ 4	15.66	3.69	ปานกลาง	23.53	2.64	สูง	9.83*
โดยรวม	16.45	3.79	ปานกลาง	23.39	2.70	สูง	8.44*

ตาราง 7 (ต่อ)

วันที่วัด หลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n = 32)			กลุ่มทดลอง (n = 32)			t
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	
	<hr/>						
ท่าที่ 2 กดเข้า							
วันที่ 2	15.31	4.31	ปานกลาง	23.53	3.29	สูง	8.56*
วันที่ 3	15.34	4.03	ปานกลาง	23.22	3.04	สูง	8.83*
วันที่ 4	15.16	3.73	ปานกลาง	23.22	2.99	สูง	9.55*
โดยรวม	15.27	4.02	ปานกลาง	23.32	3.11	สูง	8.982*
ท่าที่ 3 ยกขาสูง							
วันที่ 2	18.50	2.94	ปานกลาง	23.56	2.19	สูง	7.80*
วันที่ 3	17.91	3.15	ปานกลาง	24.75	2.02	สูง	10.40*
วันที่ 4	15.38	4.24	ปานกลาง	23.53	3.29	สูง	8.59*
โดยรวม	17.26	3.44	ปานกลาง	23.94	2.50	สูง	8.92*
ท่าที่ 4 กาง-หุบ							
วันที่ 2	16.47	3.75	ปานกลาง	23.78	2.67	สูง	8.98*
วันที่ 3	16.41	3.75	ปานกลาง	23.84	2.65	สูง	9.16*
วันที่ 4	16.72	3.73	ปานกลาง	23.91	2.83	สูง	8.69*
โดยรวม	16.53	3.74	ปานกลาง	23.84	2.72	สูง	8.94*
ท่าที่ 5 ยกส้นเท้า- เข้าเหยียด							
วันที่ 2	16.38	3.73	ปานกลาง	23.81	2.61	สูง	9.24*
วันที่ 3	17.56	2.11	ปานกลาง	23.72	2.77	สูง	9.99*
วันที่ 4	16.63	3.37	ปานกลาง	23.63	2.31	สูง	9.69*
โดยรวม	16.85	3.07	ปานกลาง	23.72	2.56	สูง	9.64*

\*p &lt; .05

ตาราง 7 (ต่อ)

วันที่วัด	กลุ่มควบคุม (n = 32)			กลุ่มทดลอง (n = 32)			t
	X	SD	ระดับ	X	SD	ระดับ	
ทำที่ 6 งอ-เหยียด							
วันที่ 2	17.47	3.19	ปานกลาง	22.59	2.18	สูง	7.49*
วันที่ 3	16.50	2.83	ปานกลาง	23.56	2.54	สูง	10.5*
วันที่ 4	17.19	2.74	ปานกลาง	23.69	2.26	สูง	10.3*
โดยรวม	17.05	2.92	ปานกลาง	23.28	2.33	สูง	9.45*
ทำที่ 7 ยกค้ำ							
วันที่ 2	17.78	3.64	ปานกลาง	23.00	2.50	สูง	6.68*
วันที่ 3	16.38	3.73	ปานกลาง	23.81	2.61	สูง	9.24*
วันที่ 4	16.72	3.73	ปานกลาง	23.91	2.83	สูง	8.69*
โดยรวม	16.96	3.70	ปานกลาง	23.57	2.65	สูง	8.20*

\* $p < .05$ 

### การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุสะโพกหัก จำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 ราย ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนจากผู้วิจัย และกลุ่มควบคุม 32 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ตามลำดับ ดังนี้ คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ข้อมูลการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด 1) ผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยประเมินเรื่องกำลังกล้ามเนื้อ อากาศเคลื่อนไหวข้อสะโพก จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัด 2) ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม โดยประเมินเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน ความถี่การบริหารกล้ามเนื้อขา

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาทดสอบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มี ความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ คำนีมวลกาย ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประสบการณ์การผ่าตัด และชนิดการผ่าตัด ทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 75 มีอายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.2 (ตาราง 1) อธิบายได้ว่า เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน รังไข่ลดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนลง ทำให้ระดับแคลเซียมในเลือดลดลงด้วย มีผลให้กระดูกมีรูพรุน และจากกระบวนการชราทำให้กล้ามเนื้อ ของผู้สูงอายุมีมวลน้อยลง ขาดความแข็งแรง ความยืดหยุ่นและความทนทาน (muscular disorder) ส่งผล ให้ข้อต่อต่างๆ มีการเสื่อมสภาพ การเคลื่อนไหวและความอ่อนตัวลดลง ประสิทธิภาพการทำงานต่ำ ส่งผลให้กระดูกเปราะบางและหักได้ง่าย แม้มีแรงกระแทกเพียงเล็กน้อย (ฉันทนา, 2544; สมชาย, 2549) การมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น พบภาวะกระดูกพรุนสัมพันธ์กับการบาดเจ็บ กระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 90.4 (ศิริมา, 2552; สมนึก, 2549; Hinton, et al., 1995)

กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 54.68) จำนวนบุตร 4-6 คน (ร้อยละ 39.06) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.94) มีความรู้พออ่านออกเขียนได้ ไม่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 79.65) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 39.06) มีผู้ดูแลและบุคคลใกล้ชิดเป็นสามี ภรรยาหรือบุตร สอดคล้องกับโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุและภาพรวมของประเทศไทย (บรรลุ, 2545; สุทธิชัย, 2542) พบว่าประชากรสูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี และเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55) ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา เนื่องจากเป็นการศึกษาภาคบังคับในอดีตและระบบการศึกษา ยังกระจายไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่ (บรรลุ, 2545)

กลุ่มตัวอย่างมีค่านีมวลกาย 30-34.99 (ก่อนข้างอ้วน ร้อยละ 59.38) รองลงมาอยู่ใน เกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 34.38) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75) อธิบายได้ว่า เมื่ออายุมากขึ้น ภาวะสุขภาพจะ เปลี่ยนไป อัตราการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายจะลดลง เซลล์จะไม่มีแบ่งตัวได้อีก โดยเฉพาะ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์ประสาทสมอง ไขสันหลัง และเซลล์ไต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีโรคประจำตัว ทำให้มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้น เมื่อเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ทำให้การหายและการฟื้นฟูสภาพเป็นไปได้ช้า (บุญศรี และคณะ, 2545; สุรสิทธิ์, 2552) โรคที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดคือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 63.64 โรคเบาหวาน ร้อยละ 23.23 และ กลุ่มโรคหลอดเลือดและหัวใจ ร้อยละ 20.20 (อมรตา, 2552) มีประสบการณ์การผ่าตัด (ร้อยละ 71.90) ชนิดการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยเหล็ก (dynamic hip screw) และเปลี่ยนข้อสะโพก (hip arthroplasty) ร้อยละ 82.81 และ 17.19 ตามลำดับ ซึ่งการผ่าตัดทั้งสองวิธีเป็นมาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายให้ผล

การรักษาดี สามารถเคลื่อนไหวกได้เร็วกว่า ลดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการรักษาโดยไม่ผ่าตัด (สุรสิทธิ์, 2552; เอกโชติ, 2547)

## ส่วนที่ 2 การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุสะโพกหัก

1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประเมินเรื่องกำลังกล้ามเนื้อ ออศาการเคลื่อนไหวกข้อสะโพก จำนวนวันนอน โรงพยาบาลและวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัด

กำลังกล้ามเนื้อและออศาการเคลื่อนไหวกของข้อสะโพก

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กำลังกล้ามเนื้อขาและออศาการเคลื่อนไหวกของข้อสะโพกหลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีกำลังกล้ามเนื้อขาและออศาการเคลื่อนไหวกของข้อสะโพกดีขึ้นทั้งสองกลุ่ม จึงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 2 และ 3) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการสอนและการแนะนำการบริหารกล้ามเนื้อ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นแนวทางการพัฒนาบริการสุขภาพเฉพาะทาง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีกำลังกล้ามเนื้อและออศาการเคลื่อนไหวกเพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม อีกทั้งเนื่องจากการผ่าตัดบริเวณสะโพกมีผลกระทบกระเทือนต่อกล้ามเนื้อและหลอดเลือดบริเวณต้นขา ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเจ็บปวดอย่างรุนแรงและมีระยะเวลาการเจ็บปวดหลังผ่าตัดยาวนานกว่าผู้สูงอายุที่ผ่าตัดบริเวณกล้ามเนื้อมัดเล็ก รวมถึงปัจจัยกระบวนการชราอีกหลายปัจจัย ได้แก่ อายุมากทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง เซลล์ของกล้ามเนื้อเหี่ยว เส้นใยคอลลาเจนลดลง ความทนทานและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง หรือการบาดเจ็บจากก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด จะทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้รับการกระทบกระเทือนเกิดการสลายโปรตีนเพิ่มขึ้น กระจกมีจำนวนแคลเซียมลดลง กล้ามเนื้ออ่อนกำลัง เมื่อได้รับการบาดเจ็บและหลังผ่าตัดต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพนานกว่าวัยอื่น (นิภาพร, 2550) นอกจากนี้ในระยะ 3 – 5 วัน เป็นระยะแรกของกลไกการหายของแผล (defensive phase) ระยะนี้เส้นเลือดจะตีบและมีการอักเสบวมแดงบริเวณแผล การกระทบกระเทือนเนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อ กระจกและข้อ ปล่อยสารฮิสตามินและพรอสตาแกลนดินไปกระตุ้นประสาทที่ถูกตัดขาด มีผลทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายมีความไวต่อการเจ็บปวดเพิ่ม จนทำให้จำกัดความเคลื่อนไหวกของผู้สูงอายุ หลอดเลือดบริเวณที่ได้รับการผ่าตัดขยายตัว เพิ่มความสามารถในการซึมผ่านของของเหลวในหลอดเลือดฝอย เกิดอาการบวม ทำให้ไปกดปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดกระตุ้นให้มีอาการบวมแผลผ่าตัดรุนแรงขึ้น ซึ่งความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดเป็นอุปสรรคที่สำคัญของกำลังกล้ามเนื้อ (Willens, 2004)

จากการศึกษาที่ผ่านมา การฟื้นฟูสภาพในเรื่องกำลังกล้ามเนื้อและองศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพกจะปฏิบัติได้ดีในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 7 (จิราภรณ์, 2543) และจะมีกำลังมากขึ้นเรื่อยๆ จากการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษานี้ของ โลดส์และคณะ (2005) ประเมินโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุสะโพกหักในได้หวั่นในเรื่องความสามารถในการงอสะโพก ความสามารถในการเดิน จะปฏิบัติได้ดีในระยะ 3 เดือนหลังผ่าตัด หากมีการติดตามในระยะยาวพบว่าหลังการผ่าตัด 6-24 เดือน ผู้สูงอายุสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็ก มีคะแนนกำลังกล้ามเนื้อและการทำงานข้อสะโพกมีคะแนนสูงขึ้นตามลำดับ ในระยะ 6 เดือน คะแนนอยู่ระดับปานกลาง (60-70 คะแนน) ภายหลัง 1 ปี คะแนนอยู่ในระดับดี ถึงดีมาก (80-100 คะแนน) เป็นผลจากการผ่าตัดใส่เหล็กรวมกับการฝึกบริหารกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ (ดำรง, 2552; นภาพร, 2551)

#### จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

จำนวนวันของการนอนโรงพยาบาลของกลุ่มทดลอง โดยเฉลี่ย 9.97 วัน มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและมีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนอย่างต่อเนื่อง จากการที่ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างสัมพันธภาพทำให้เกิดความไว้วางใจ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล ร่วมกันค้นหาปัญหาและอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และตั้งเป้าหมายร่วมกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว สามารถลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้ และจากการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย มีเทคโนโลยีที่เจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว การพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลโดยนำหลักทฤษฎีเบนคูรา เพื่อพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแรงผลักดันให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดี รวมทั้งการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และมีการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของผู้สูงอายุสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็ก มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย คือ 10.38 วัน (พิเชษฐ, 2550)

สอดคล้องกับการศึกษาของ ไกรกิติ (2552) เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระหว่างการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกและการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยเหล็ก พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน โดยเฉลี่ย 10.5 วัน อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาสุรสิทธิ์ (2552) พบว่าระยะพักในโรงพยาบาลเฉลี่ยนาน 9.4 วัน

วันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัด

วันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลอง โดยเฉลี่ย 2.75 วัน มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) อธิบายได้ว่า การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยการบริหาร



กล้ามเนื้อขาอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลต่อกำลังกล้ามเนื้อ เพิ่มพิสัยของข้อ ลดอาการบวม ช่วยให้โลหิตไหลเวียนดี อีกทั้งการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1997) เช่น ความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตัวแบบสัญลักษณ์ที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนความรู้สึกต่อสถานการณ์ก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งการลงมือปฏิบัติและฝึกฝนจนเกิดทักษะปฏิบัติกิจกรรมและบริหารกล้ามเนื้อขาเป็นลำดับขั้นต่อนจากกิจกรรมง่ายไปกิจกรรมยาก จนมีความมั่นใจในสมรรถนะของตนเอง และส่งผลให้มีการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชักถามถึงการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวัน จนเกิดความไว้วางใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถลุกจากเตียงหลังผ่าตัดได้เร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนาน เช่น แผลกดทับ หลอดเลือดดำอุดตัน ข้อติดแข็ง และเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนด้านจิตใจ เกิดความภาคภูมิใจได้เป็นอย่างดี ในระยะแรกการฝึกลุกจากเตียงจะใช้เครื่องพยุง 4 ขา (walker) โดยลงน้ำหนักขาข้างที่หักแบบลงน้ำหนักบางส่วน (partial weight) สอดคล้องกับการศึกษาของเอกโซติ (2547) เรื่องผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ผ่าตัดใส่เหล็ก พบว่าผู้สูงอายุหลังผ่าตัด 2 วัน เริ่มให้ฝึกลุกจากเตียงและฝึกเดิน โดยใช้เครื่องพยุงเดิน 4 ขา ลงน้ำหนักขาข้างที่หักแบบลงน้ำหนักบางส่วน อีกทั้งการศึกษาของสมชาย (2549) ในผู้สูงอายุผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยเหล็กที่มีภาวะกระดูกพรุนอย่างมาก พบว่าผู้สูงอายุสามารถลุกจากเตียงเพื่อฝึกเดิน โดยใช้เครื่องพยุง 4 ขา โดยให้ลงน้ำหนักบางส่วน หลังผ่าตัดวันที่ 3

## 2. ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม ประเมินเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน ความถี่การปฏิบัติกิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อขา

### การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืนและการเดิน หลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 พบว่ากลุ่มทดลองปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ทั้ง 3 วัน ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการวัดความสามารถในด้านการเคลื่อนไหวร่างกายทั่วไป รวมถึงการเคลื่อนไหวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ จึงใช้ประเมินการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดใส่เหล็ก ในด้านการเคลื่อนไหวหรือการทำงาน โดยใช้กล้ามเนื้อ และ โครงสร้างของร่างกาย จากการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ การพลิกตะแคงตัว นั่ง ยืน และการเดิน เพื่อเป้าหมายที่สำคัญของผู้สูงอายุจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุดหรือใกล้เคียงกับความสามารถในการปฏิบัติก่อนการเจ็บป่วย ถือเป็นเครื่องบ่งชี้คุณภาพชีวิตได้ เพราะเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานและความภาคภูมิใจ ลดความเครียด วิตกกังวล กลัว ไม่เป็น

ภาระต่อครอบครัว ทำให้ตนเองมีคุณค่า ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ชมพูนุช, 2539; ศิริรัตน์, วันเพ็ญและทิพาพร, 2546; สุทธิชัย, 2544; Craik, 1994)

จากแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนให้เพิ่มขึ้นได้ด้วยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 2) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ 3) ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำและ 4) การได้รับคำพูดชักจูง

การสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วย การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยมีตัวแบบผู้สูงอายุ สะโพกหักได้รับการผ่าตัดใส่เหล็ก ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองทั้งด้านเพศ วัย ตลอดจนความรู้สึกต่อสถานการณ์ก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงการฝึกฝนตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อขาของตัวแบบอย่างเป็นลำดับขั้นตอน จากกิจกรรมที่ง่ายไปสู่กิจกรรมที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จนสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในเรื่องการพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืนและเดินได้โดยตนเอง ซึ่งตัวแบบสะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักเห็นคุณค่าของพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำ เกิดการกระตุ้นและเลียนแบบในสถานการณ์ที่มีความคล้ายคลึง โดยใช้วีดิทัศน์เป็นสื่อ เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ จนท้ายสุดสามารถปฏิบัติกิจวัตรปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร (2550) เรื่องผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ้านในผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่าความสามารถในการออกกำลังกายอย่างเป็นลำดับขั้นตอน ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการประเมินและเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของกลุ่มทดลองก่อนการปฏิบัติกิจกรรมและบริหารกล้ามเนื้อ โดยเริ่มศึกษารายงานเวชระเบียนเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของกลุ่มทดลองในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ตรวจสอบสัญญาณชีพของกลุ่มทดลอง ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจและความดันโลหิต เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีสภาวะทางร่างกายและอารมณ์เป็นปกติ ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า บุคคลจะได้รับอิทธิพลจากสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ในการตัดสินใจต่อการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในขณะนั้น ถ้าบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าที่ไม่ชอบ บุคคลจะแสดงออกในการร่วมมือในกิจกรรมลดลง แต่ถ้าบุคคลอยู่ในสภาวะพร้อมจะมีความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดี จากการศึกษาของบุญจวน (2552) เรื่องของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะและความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ พบว่าการเตรียมความพร้อม

ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ จะส่งผลให้มีการซักถาม และกล้าที่จะปฏิบัติ จนเกิดความมั่นใจ ลดความเครียดหรือความกลัวได้เป็นอย่างดี

ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง กลุ่มทดลองสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมและเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริงทั้งในกิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อขาทั้ง 7 ท่า และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากกิจกรรมที่ง่ายไปสู่กิจกรรมที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน และเมื่อกิจกรรมนั้นสำเร็จและเกิดขึ้นบ่อยๆ มีการฝึกฝนอย่างเพียงพอ จะส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในตนเอง ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จนเกิดความมั่นใจเนื่องจากมีประสบการณ์ในการปฏิบัติทุกวัน จนมีความมั่นใจที่จะลงมือปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสร้อยจันทร์ (2546) ศึกษาผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการฝึกตามโปรแกรมการผ่อนคลายสามารถลดค่าความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงดีกว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

การได้รับคำพูดชักจูง เป็นการพูดให้กลุ่มทดลองเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการเพิ่มกำลังใจและความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการตัดสินใจพิจารณาความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะในกิจกรรมที่มีความยุ่งยาก แต่หากมีบุคคลสำคัญ หรือบุคคลที่ได้รับการเชื่อถือคอยให้คำแนะนำ กล่าวชมเชย หรือพูดให้กำลังใจ ร่วมกับการได้รับการยืนยันจากแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด ถึงขอบเขตการปฏิบัติกิจกรรมที่กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้ ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุลี (2547) ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย และสมรรถนะปอดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย พบว่า การพูดชมเชย ให้กำลังใจและร่วมฝึกการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถนะปอดร่วมกับกลุ่มทดลอง จะเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นในแต่ละกิจกรรม ทำให้มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และค่าเฉลี่ยของปริมาตรหายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาที (forced expiratory volume in one second [FEV<sub>1</sub>]) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุสะโพกหัก

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4 กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ในทุกวันและทุกกิจกรรม (ตาราง 6) ซึ่งการที่กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนสูงนั้น เป็นผลเนื่องมาจากได้รับการเสริมสร้าง

สมรรถนะแห่งตนเกิดจากแหล่งข้อมูลที่สำคัญ 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ที่เคยกระทำสำเร็จ การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ที่กล่าวว่า “บุคคลถ้ามีการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเอง โดยทราบว่าจะทำอะไร ทำอย่างไร และเมื่อกระทำเสร็จจะได้ผลที่ตามมาเกิดประโยชน์แก่ตนเอง บุคคลจะกระทำสิ่งเหล่านั้น” (Bandura, 1977) กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การชมวิดิทัศน์ เรื่อง ประสบการณ์การผ่าตัดใส่เหล็กเมื่อกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ และได้เห็นตัวแบบออกกำลังกล้ามเนื้อขา และสามารถพลิกตะแคงตัว นั่ง ลุกยืน และเดิน โดยผู้วิจัยเปิดวิดิทัศน์ให้ผู้สูงอายุดู และฟังในที่ 1 ก่อนผ่าตัด แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า การสังเกตผ่านตัวแบบจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการ คือ การสนใจ การตั้งใจที่จะดูพฤติกรรมของตัวแบบ มีกระบวนการเก็บจำข้อมูลจากตัวแบบไว้ในโครงสร้างทางปัญญาและเกิดแรงจูงใจปฏิบัติตามตัวแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร (2550) พบว่าการชมวิดิทัศน์ เรื่อง การออกกำลังกล้ามเนื้อขาในท่าต่างๆ เป็นแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ มีความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การพูดถึงประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเองที่ภูมิใจในชีวิตเพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดพลังความสามารถในขณะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมถึงผู้วิจัยจัดเตรียมให้กลุ่มตัวอย่างได้มีประสบการณ์จากความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง โดยเริ่มจากกิจกรรมที่มีระดับง่ายไปยาก เริ่มจากทำพลิกตะแคงตัว ทำนั่ง ยืนและเดิน แบนดูรา (Bandura, 1977) กล่าวว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงจากการได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองจะมีประสิทธิภาพสูงสุดในการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน มีความภูมิใจที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมจากง่ายไปยาก และมีความเชื่อมั่นว่าสถานการณ์นั้น ไม่ยากเกินความสามารถของตนและในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ผู้วิจัยได้สนับสนุนจากคำพูดชักจูง ให้กำลังใจชมเชย ซึ่งเป็นแรงเสริมทางบวกให้แก่ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของจัญพันธ์ (2549) ศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า การใช้คำพูดชักจูง กล่าวคำชื่นชม หรือชมเชยในขณะที่กลุ่มทดลองกำลังฝึกกิจกรรมทั้ง 4 ท่า และเริ่มจากทำที่ง่ายไปทำยาก ก่อให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีความพยายามออกกำลังกายและมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของฮักแซชและคณะ (Hughes, et al., 2004) เรื่อง ผลของโปรแกรมการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยข้อเสื่อม พบว่าหลังจากมีการเพิ่มความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนในกิจกรรมการบริหารกล้ามเนื้อ ในแต่ละกิจกรรมมีการสาธิตจากกิจกรรมง่ายไปยาก ชมเชยเมื่อปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาหรืออุปสรรคร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือปฏิบัติตามโปรแกรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 48.5

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจัดให้มีการสนับสนุนด้านสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ โดยด้านสภาวะทางร่างกาย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเวรระเบียบเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุ ในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และดูแลให้ได้รับการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีการตรวจวัด สัญญาณชีพ และพูดคุยซักถามถึงอาการทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินความพร้อมทางร่างกาย ของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ในขณะที่เข้าร่วมโปรแกรม จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมและมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ส่วนในด้านสภาวะทางอารมณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก การรับฟังอย่างตั้งใจ การแตะสัมผัส เพื่อป้องกันความเครียดและต้องการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จสามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้เหมือนหรือใกล้เคียงก่อนหกล้ม แบนดูรา (Bandura, 1977) ได้กล่าวว่า บุคคลที่มีความพร้อม ทางร่างกายและอารมณ์ จะส่งผลให้มีสมรรถนะแห่งตนดีกว่าบุคคลที่ไม่มีความพร้อมทางร่างกายและ อารมณ์ จากการศึกษาของสุภาพร (2550) พบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดคุย ซักถามและระบาย ความรู้สึก ร่วมวางแผนในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมในท่าต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความไว้วางใจ มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมได้ดีขึ้น ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น และมีความคาดหวังใน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสูงตามไปด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติ (2546) เรื่อง ผลของโปรแกรม การออกกำลังกายแบบซิงก์ โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายแบบซิงก์มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย และมีความคาดหวังผลดีของการออกกำลังกายสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

#### ความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อ

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อ ในผู้สูงอายุผ่าตัดใส่เหล็กที่กระดูกสะโพก ทั้ง 7 ท่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

อธิบายได้ว่า ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีแบบแผน สามารถ เปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางพฤติกรรมการบริหารกล้ามเนื้อขาของกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการ กับกลุ่มทดลองโดยมีแบบแผนการบริหารกล้ามเนื้อตั้งแต่ก่อนวันผ่าตัด และมีการฝึกซ้อมจนมั่นใจ ว่าสามารถฝึกได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ โดยให้ความรู้ คำชี้แนะและกำลังใจในเรื่องการบริหาร กล้ามเนื้อหลังผ่าตัดด้วยท่ากระดกข้อเท้า กดเข้า ยกขาสูง กางหุบ ยกสั้นเท้า-เข้าเหยียด งอ-เหยียด และยกค้าง ร่วมกับผู้ดูแลประคองขาข้างที่ผ่าตัดเพื่อช่วยบริหารกล้ามเนื้อขา ช่วยลดความตึงของแผล ผ่าตัดและลดอาการปวด ผู้วิจัยมีแผนการสอนและคู่มือการบริหารกล้ามเนื้อ และมีการประเมินผล วางแผนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งกล่าวชมเชยในสิ่งที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ถูกต้อง และช่วยแก้ไข ปลอดภัย และให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติไม่ถูกต้อง การให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนท่าบริหารกล้ามเนื้อและทบทวนคำแนะนำ

พร้อมกับมีคู่มือการบริหารกล้ามเนื้อขาทั้ง 7 ท่า รวมทั้งมีตารางบันทึกความถี่ในการบริหารกล้ามเนื้อของผู้ดูแล การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึกต่างๆ การจัดกิจกรรมข้างต้นมีผลต่อการกระตุ้นให้มีการบริหารกล้ามเนื้อขาเป็นไปตามแผนการพยาบาล ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุสูงขึ้น และสามารถปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ประสบความสำเร็จมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณและคณะ (2543) เรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรม การมีอิริยาบถที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันและการทำงาน มีการออกกำลังกายและระวังอิริยาบถที่เพิ่มความรุนแรงของอาการปวด ส่งผลต่อกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมออกกำลังกายแบบแอโรบิก สูงกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$

สรุปผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน โดยผ่านการเรียนรู้จากตัวแบบวิถีทัศน์ ซึ่งเป็นการสื่อสารแบบทันสมัย สะดวก และรวดเร็ว มีตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงในเรื่องอายุ การผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อขา เพื่อความมั่นคง แข็งแรง รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พร้อมสาธิต และให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย หรือแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น เป็นการยอมรับและให้คุณค่าในตัวเองของผู้สูงวัย และเพื่อเพิ่มความมั่นใจและความชำนาญแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด จะให้ผู้สูงอายุสาธิตย้อนกลับ ฝึกทักษะจนสามารถปฏิบัติได้จริง สามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ รวมถึงการแจกคู่มือการดูแลตนเองหลังผ่าตัดใส่เหล็ก เพื่อช่วยทบทวนความจำ และกระตุ้นเตือนให้เห็นถึงความสำคัญของการบริหารกล้ามเนื้อขา การพูดชี้แนะ สาธิต และให้กำลังใจจะช่วยเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุสะโพกหักประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุสะโพกหัก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็ก ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภาคใต้ตอนล่าง 6 แห่ง จำนวน 64 ราย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินกำลังกล้ามเนื้อ เครื่องมือวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินระดับความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน แบบประเมินความถี่การบริหารกล้ามเนื้อขา ซึ่งวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 .84 .87 .89 และ .96 ตามลำดับ แล้วจึงนำเครื่องมือไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 ราย หลังจากนั้นประมวลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติที่ ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุสะโพกหัก ประกอบด้วย ผลลัพธ์ 2 ด้าน คือ

#### ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

1. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีคะแนนวัดกำลังกล้ามเนื้อ ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )
2. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีคะแนนการวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )
3. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีจำนวนวันของการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )
4. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีจำนวนวันถูกจากเตียงหลังผ่าตัดเร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

### ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม

1. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )
2. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีคะแนนระดับความมั่นใจในตนเองระดับสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )
3. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีความถนัดการบริหารกลัมน้ำเนื้อหาระดับสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

### ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมิได้มีการศึกษาและเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน รวมทั้งยังใช้ระยะเวลาในการศึกษานานถึง 14 เดือน ทำให้อาจจะมีปัจจัยอื่นเข้ามามีผลต่อการวัดการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เช่น การประเมินเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)
2. การวิจัยครั้งนี้ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อตอบแทนพระคุณเมื่อก่อนสูงวัย ดังนั้น การดูแลหรือการกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเป็นการยาก และต้องใช้ระยะเวลาในการพูดคุยเพื่ออธิบายให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความคิดเห็นตรงกัน

### ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการพยาบาลและด้านการวิจัย ดังนี้

#### ด้านการพยาบาล

1. จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งกระบวนการชราามีผลต่อการรับรู้จากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และความจำ ดังนั้นการให้ความรู้ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จะต้องให้ซ้ำหลายๆ ครั้ง และนำผู้ดูแลมาช่วยเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนอย่างต่อเนื่อง จึงจะส่งผลให้การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



2. ผู้สูงอายุสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็ก ยังมีข้อจำกัดเรื่องการเคลื่อนไหว ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา พยาบาลจึงควรส่งเสริมผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลรวมถึงกระตุ้นการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

### ด้านการวิจัย

ควรศึกษาวิจัยในระยะยาว เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็ก เพื่อดูแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของกำลังกล้ามเนื้อ ออสการเคลื่อนไหวข้อสะโพกและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

### บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2535). เวชศาสตร์ฟื้นฟูในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก. *วารสารสมาคม ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย*, 17(2), 53 – 56.
- กฤษฎา สาเขตร์. (2551). ผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกบริเวณ Intertrochanteric โดยวิธีผ่าตัด และวิธีอนุรักษ. *วารสารพุทธชินราชเวชสาร*, 25, 500-508.
- กล้วยไม้ ชิพรพรรณ, สมคิด เลิศสินอุดม, และจงกลณี จันทศิริ. (2549). การพัฒนาระบบ การป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียมโรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารชมรม พยาบาลออร์โธปิดิกส์*, 11(1), 27 – 41.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2548). การออกกำลังกายเพื่อการรักษา. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราช พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกตแก้ว ชุนชำนาญ. (2547). ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. เอกสาร วิชาการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.
- ไกรกิตติ พรทวีวุฒิ. (2552). เปรียบเทียบผลการรักษาด้วยวิธี Bipolar Hemiarthroplasty และ Internal fixation ในผู้ป่วยคอกระดูกต้นขาหักในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. *วารสาร โรงพยาบาลอุดรดิตถ์*, 241(1), 12-31.
- จิตหทัย จงจิตร, ประมุข ทรวงจักรแก้ว, ลัดดา คมโสภางค์, ชาญชัย ทรงทวีสิน, และธณชัย คงสกันธ์. (2544). สมรรถภาพทางร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อ สะโพกหัก. *วารสารกรมการแพทย์*, 26, 88 – 95.
- จิราภรณ์ มนนานนท์. (2543). ผลของการจัดโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อระดับ ความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม. *วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์*, 5(1), 25 – 32.
- เจริญ โชติกวนิชย์, ชวัช ประสาทฤทธา, และบรรจง มไหสวริยะ. (2539). กระดูกหัก ข้อเคลื่อน บริเวณสะโพก. ใน เจริญ โชติกวนิชย์ (บรรณาธิการ), *กระดูกหักข้อเคลื่อนในผู้ใหญ่*. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

- จตุมา ชูเผือก. (2549). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบภูมิปัญญาไทยต่อสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษา ตำบลพนมวังก์ อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชฎาภรณ์ จิรรัตนโสภา. (2550). ผู้สูงอายุกับการหกล้ม. *วารสารวิชาการ เขต 12*, 18(1), 103-112.
- ช่อราตรี สิริวัตถานันต์, และอุทัย สิริวัตถานันต์. (2540). การศึกษากระดูกสันหลังก่อนบนหัดในผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลเลิดสิน ในสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, *รวมบทความวิจัยและการวิจัยและวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2530-2541*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2544). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: พี.บี. ฟอเรนบูคเซนเตอร์.
- ดำรง จารุวังสันติ. (2552). การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกโดยไม่ใช้สารซีเมนต์ ในระยะ 3 ปี รายงานการติดตามผลหลังการผ่าตัด 6-24 เดือน. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 34(1), 49 – 52.
- ทกมล กมลรัตน์. (2547). การฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 16(1-3), 22 – 30.
- ทิพวรรณ ไตรจิตตานันท์, และคณะ. (2543). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังโรงพยาบาลรามาริบัติ. *วารสารสุขศึกษา*, 86(23), 20-23.
- เทอดชัย ชีวะเกตุ. (2552). ข้อเสื่อมสภาพ. *จุลสารชมรมช่างกายอุปกรณ์แห่งประเทศไทย*, 4(2), 4-7.
- ธรรมวิทย์ เกื้อกุลเกียรติ. (2552). การผ่าตัดเปลี่ยนหัวกระดูกในผู้ป่วยกระดูกคอ-สะโพกหัก โดยการใช้และไม่ใช้ซีเมนต์กระดูก. *วารสารแพทย์ เขต 4-5 (เขต 6-7 เดิม)*, 28(1), 1-8.
- ธาดา ลายประเสริฐ. (2550). การบาดเจ็บกระดูกสันหลังในโรงพยาบาลกระบี่. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 15*, 17, 22, 101-107.
- ธารีทิพย์ นันทรักษ์ชัยกุล. (2551). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 15*, 17, 22, 449-455.

- นงเยาว์ จันทร์จรัส. (2548). ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเสนเจริญพาณิชย์ จำกัด.
- นุชรี ไล่พันธ์. (2542). ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นันทพันธ์ กิริวิเชียร. (2552). ผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนหัวกระดูกสะโพกเทียมโดยใช้อุปกรณ์ Austin-Moore ในโรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารแพทย์* เขต 4-5 (เขต 6-7 เดิม), 28, 159-165.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2541). การปฏิบัติการในหอผู้ป่วยศัลยกรรม. เชียงใหม่: ภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นัยนา อินทร์ประสิทธิ์. (2545). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *พยาบาลสาร (ฉบับพิเศษ)*, 276 – 285.
- นิพัช กิตติมานนท์ และคณะ. (2550). ความสามารถของผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก โรงพยาบาล พุทธชินราช ในการปฏิบัติอิริยาบถทั่วไปในชีวิตประจำวัน และการทำหน้าที่ของข้อสะโพกหลังการรักษา. *พุทธชินราชเวชสาร*, 24, 175-186.
- นิภาพร โชติรัตน์. (2550). การรับรู้ความสามารถแห่งตน การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นิวัฒน์ ธิบุญลาภ. (2548). *Fracture and Dislocation in Adult Pelvis and Lower Extremity*. ใน ธเนนรัช โขตนฤติ, คุณฉวี ทัดตานนท์, และศักดิ์สม กุ้เกียรติพันธ์ (บรรณาธิการ), กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- นิวัฒน์ ธิบุญลาภ. (2548). การยึดตรึงกระดูกหักในผู้สูงอายุด้วยแกนตามกระดูก. ใน บรรจง มไหสวริยะ (บรรณาธิการ), *การยึดตรึงกระดูกหักด้วยแกนตามกระดูก* (หน้า 224-239). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2545). *ในกลุ่มมือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 18). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- บุญศรี นุเกตุ และคณะ. (2545). การพยาบาลผู้สูงอายุ. โครงการสวัสดิการ สถาบันพระบรมราชชนก: กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ประณีต ส่งวัฒนา. (2542). หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. ใน ช่อลดา พันธุเสนา (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 (ศัลยศาสตร์)*. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.

- พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2544). ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พิชญ์ประอร ยังเจริญ, และสุภาพ อารีเอื้อ. (2550). การป้องกันการพลัดตกหกล้ม: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. *วารสารรามาชิบตี*, 13, 302 – 322.
- เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และพรรณวดี พุชวิฒนะ. (2543). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลจากการหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 1(2), 16 – 23.
- เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ทิพวรรณ ไตรคิลานันท์, และวันทนา วิระถาวร. (2549). Research Utilization Project: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *วารสารพยาบาลรามาชิบตี*, 12, 118 – 125.
- มณฑา ลิ้มทองกุล. (2539). กระดูกหักในผู้สูงอายุ. *วารสารรามาชิบตี*, 2(3), 96 – 110.
- มรรยาท ณ นคร. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการยึดตรึงด้วยวัสดุภายในร่างกาย. เชียงใหม่: บริษัท นันทพันธ์พรินติ้ง จำกัด.
- ยุพิน ถนัดฉิมชัย, และพรชัย จูเมตต์. (2546). การเปลี่ยนผ่านในชีวิตของผู้สูงอายุสตรีภายหลังที่มีภาวะข้อสะโพกหักขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(2), 1 – 17.
- รัญจวน สุพิทักษ์. (2552). ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะและความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รมิดา คงเจริญ. (2545). ผลของการส่งเสริมความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- เรืองเดช ไพบูลย์วรชาติ. (2551). ผลของการใช้ care map ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีคอกระดูกต้นขาหักและรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการ เขต 12*, 19, 133-138.

- วรรณวิมล คงสุวรรณ. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยเด็กในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด.  
ในการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. เบญจมาศ ปรึกษาคุณ, และเบญจวรรณ  
ธีระเทิดตระกูล (บรรณาธิการ), กรุงเทพมหานคร: เอ.พี.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- วรรณิ สัตยวิวัฒน์. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร:  
ไพศาลการพิมพ์.
- วินัย โรจน์สินวรังกูร. (2547). การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแนวใหม่โดยวิธีเปิดแผลเล็ก:  
รายงานผู้ป่วยรายแรกในโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์กลุ่มเครือข่าย 6/2,  
12(1), 36-48.
- วิไล คุปต์นริศชัยกุล. (2548). ผู้สูงอายุ. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับ  
เวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: เอ็น.พี.เพรส.
- วัชร กิตติมศักดิ์. (2543). ผลของการใช้รูปแบบการสอนแนะนำองค์การเคลื่อนไหวของข้อไหล่  
และความพึงพอใจในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบอนรากลชนิดดัดแปลง.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา,  
ชลบุรี.
- ศักดิ์ฐาพงษ์ ไชยสร. (2541). โปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุหญิง. วิทยานิพนธ์ศึกษา  
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศิริรัตน์ นิลสมัย. (2542). ปัญหาที่พบภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *วารสารชมรม  
พยาบาลออร์โธปิดิกส์*, 4(1), 5 – 10.
- ศิริมา บุญญรัตน์. (2552). การป้องกันความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุ. *วารสารขอนแก่น  
เวชสาร*, 33(1), 58-63.
- สมจินต์ เพชรพันธ์ศรี. (2548). การฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุ. ใน จันทนา รัตนพิชัย,  
และวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 94-99).  
กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- สมชาย ยิ่งยงไพศาลกุล. (2549). การผ่าตัดใส่ dynamic hip screw ร่วมกับเสริมกระดูกคั่นขา  
ส่วนบนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีภาวะกระดูกพรุนอย่างมาก. *วารสารโรงพยาบาล  
มหาสารคาม*, 2(2), 33-37.
- สมชัย บวรกิตติ. (2549). ทำอย่างไรจึงจะแก่อย่างมีคุณภาพ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*,  
1(1), 32-35.

- สมพร ชินโนรส. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพก. ใน สมพร ชินโนรส (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางศัลยศาสตร์ เล่ม 3* (หน้า 47-80). กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร จำกัด.
- สมนึก กุลสถิตพร. (2549). *กายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ออฟเซ็ทเพลส จำกัด.
- สร้อยจันทร์ พานทอง. (2545). *ผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สิริสุดา ชาวคำเขต. (2541). *การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัย, เชียงใหม่.
- สุชา จันทร์เอม. (2541). *จิตวิทยาทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา. (2550). *ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ้านในผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สุภาพ อารีเอื้อ, และนภภรณ์ ปิยะจรรจรโรจน์. (2551). *ผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อม*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23, 72-84.
- สุนา แสนมาโนช. (2541). *ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดความวิตกกังวลของญาติและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุมาลี ขัดอุโมงค์. (2551). *ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรสิทธิ์ พงษ์ไลาหพันธ์. (2552). การรักษา Intertrochanteric Femoral Fracture โดยใช้ Dynamic Hip Screw ในโรงพยาบาลลำปาง. *วารสารโรงพยาบาลอุตรดิตถ์*, 24(1), 25 – 31.

- สุตี แซ่อือ. (2547). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย และ สมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 31, 116 – 133.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). การหกล้มในผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บรรณาธิการ), *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อมรตา อาษาพิทักษ์. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาโรคกระดูกและข้อ. *วารสารพยาบาลรามาธิบดี*, 15(2), 249 – 268.
- อรพิน สว่างวัฒนะเศรษฐ์. (2540). *ปัจจัยที่มีผลต่อกล้ามเนื้อคอขาดใครเซพส์ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อัญชลี กลิ่นอวล. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายและความผาสุกของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อุษา ช่วยช่วง, สุริยวรรณ ภาสศุภกร. (2547). รูปแบบการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักขณะนอนในโรงพยาบาล. *วารสารวิชาการเขต 12*, 16, 111– 120.
- เอกโชติ พิธีธรรมานนท์. (2547). varus deformity ในผู้ป่วยกระดูก Intertrochanteric หักที่ผ่าตัดยึดด้วยเครื่องมือ Dynamic Hip Screw. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 18(2), 21-24.
- Bandura, A. (1997). The nature and structure of self-efficacy, sources of self-efficacy. In A. Bandura, *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Closs, S. J. (1990). An Exploratory analysis of nurses' provision of postoperative analgesic drugs. *Journal of Advanced Nursing*, 15(1), 42-49.
- Craik, R. L. (1994). Disability following hip fracture. *Physical Therapy*, 74, 387-398.
- Dharmarajan, Banik. (2006). Hip fracture: Risk factor, preoperative assessment, and postoperative management. *Postgraduate Medicine*, 11(9), 31-38. Retrieved June-July, from ProQuest Medical Library.



- Elena, M., et al. (2006). Cross-Sectional and Longitudinal Risk Factors for Falls, Fear of Falling, and Fall Efficacy in a Cohort of Middle-Aged African Americans. *The Gerontologist*, 46(2), 249-257. Retrieved April, from ProQuest Medical Library.
- Forman, M. D., & Kleinpell, R. (1992). *Critical care nursing of the elderly*. New York: Springer.
- Hauer, K. et al. (2002). Intensive physical training in geriatric patients after severe falls and hip surgery. *Age and Ageing*, 31, 49-57.
- Hinton, R. Y., Lennox, D. W., Ebert, F. R., Jacobsen, S. J., & Smith, G. S. (1995). Relative rates of fracture of the hip in the United States: Geographic, sex, and age variation. *Journal Bone Joint Surgery*, 77, 695-702.
- Hughes, S. L., Seymour, R. B., Campbell, Pollak, N., Huber, G., & Sharma, L. (2004). Impact of the fit and strong intervention on older adults with osteoarthritis. *Gerontologist*, 44, 217-218.
- Kayali, H., Agus, H., Ozluk, S., Sanli, C. (2006). Treatment of unstable intertrochanteric fractures in elderly patients: internal fixation versus cone hemiarthroplasty. *Journal Orthopedic Surgery*, 14, 240-244.
- Lin, P., & Chang, S. (2004). Functional recovery among elderly people one year after hip fracture surgery. *Journal of Nursing Research*, 12, 72-81.
- 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.
- Monaco, M. D. (2004). Factors affecting functional recovery after hip fracture in the elderly. *Physical and Medicine*, 16, 151-173.
- Morrison, R. S., Magaziner, J., McLaughlin, M., Orosz, G., Silberzweig, S., & Koval, K., et al. (2003). The impact of post-operative pain on outcomes following hip fracture. *Pain*, 103, 303-311.
- Pi-Chu Lin, Su-Yu Chang. (2004). One Year After Hip Fracture Surgery. *Journal of Nursing Research*, 12(1), 72-81.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6 th ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Salkeld, G., et al. (2000). Quality of life related to fear of falling and hip fracture in older women: a time trade off study. *British Medical Journal*, 320, 341-345.
- Willens, J. S. (2004). Pain management. In S.C. Smeltzer & B. G. Bare (Eds.), *Medical-surgical nursing* (10 th ed., pp. 216-248). Philadelphia: Lippincott.

ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

## ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลของการโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด  
ของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

## กลุ่มควบคุม

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางอรวรรณ วัฒนกุล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ขณะนี้กำลังศึกษาต่อปริญญาโทที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำโครงการวิจัย เรื่องผลของการโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก มีความประสงค์ที่จะขอความร่วมมือและความสมัครใจจากคุณ.....นามสกุล.....ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้าพเจ้าจะถูกสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด จนกระทั่งกลับบ้าน แต่ละวันใช้เวลาประมาณ 15 นาที
2. ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ และจะนำผลการตอบที่ได้รับไปสรุปเพื่อใช้ประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัย

วันที่.....

### กลุ่มทดลอง

สวัสดิ์ค๊ะ คินันชื่อ นางอรวรรณ วัฒนกุล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ขณะนี้กำลังศึกษาต่อปริญญาโทที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก มีความประสงค์ที่จะขอความร่วมมือและความสมัครใจจากคุณ.....นามสกุล.....ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่าจะได้รับการเข้าโปรแกรมเพื่อฝึกการดูแลตนเองหลังผ่าตัดใส่เหล็ก ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด 1 วันและหลังผ่าตัดวันที่ 1 วันที่ 2 วันที่ 3 และวันที่ 4 แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

2. ข้าพเจ้าจะถูกสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดแต่ละวันใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

3. ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ และจะนำผลการตอบที่ได้รับไปสรุปเพื่อใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

4. ข้าพเจ้ามีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัย

วันที่.....

## ภาคผนวก ข

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

## ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่ม.....

ผู้สูงอายุรายที่.....

## 1. เพศ

 หญิง ชาย

## 2. อายุ

 60 - 70 ปี 71 - 80 ปี 1 - 90 ปี > 91 ปี

## 3. ดัชนีมวลกาย

 ต่ำกว่า 25 25 - 29.99 30 - 34.99 35 - 39.99

## 4. ระดับการศึกษา

 ไม่ศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรี5. อาชีพ  มี ไม่มี

## 6. สถานภาพ

 โสด คู่ หย่า หม้าย

## 7. จำนวนบุตร

 ไม่มี 1 - 3 คน 4 - 6 คน 7 คนขึ้นไป

## 8. โรคประจำตัว

 ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ อื่นๆ โปรดระบุ.....

## 9. ประสบการณ์ผ่าตัด

 มี ไม่มี

10. วันที่ลุกจากเตียง

( ) วันที่ 2 หลังผ่าตัด

( ) วันที่ 3 หลังผ่าตัด

( ) วันที่ 4 หลังผ่าตัด

( ) > วันที่ 5 หลังผ่าตัด

11. วันที่ออกจากโรงพยาบาล

( ) วันที่ 8 หลังผ่าตัด

( ) วันที่ 9 หลังผ่าตัด

( ) วันที่ 10 หลังผ่าตัด

( ) วันที่ 11 หลังผ่าตัด

( ) > วันที่ 12 หลังผ่าตัด

12. ชนิดของการผ่าตัด

( ) hemiarthroplasty

( ) Total hip arthroplasty

( ) dynamic hip screw

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 2 ผลลัพธ์

### ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่

1) แบบประเมินกำลังกล้ามเนื้อต้นขา ประเมินผลโดยใช้วิธีให้คะแนน ดังนี้

0	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีแรงที่จะสามารถกางขาได้
1	คะแนน	หมายถึง	มีแรงที่จะสามารถกางขาได้
2	คะแนน	หมายถึง	มีแรงกางขาและสามารถต้านแรงผู้วิจัยได้

ระยะเวลา	ระดับคะแนน
หลังผ่าตัดวันที่ 2	
หลังผ่าตัดวันที่ 3	
หลังผ่าตัดวันที่ 4	

2) แบบประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก ประเมินผลโดยใช้วิธีให้คะแนน ดังนี้

0	คะแนน	หมายถึง	องศาการเคลื่อนไหวข้อสะโพกอยู่ระหว่าง 0-5 องศา
1	คะแนน	หมายถึง	องศาการเคลื่อนไหวข้อสะโพกอยู่ระหว่าง 6-10 องศา
2	คะแนน	หมายถึง	องศาการเคลื่อนไหวข้อสะโพกอยู่ระหว่าง 11-15 องศา

ระยะเวลา	องศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก
หลังผ่าตัดวันที่ 2	
หลังผ่าตัดวันที่ 3	
หลังผ่าตัดวันที่ 4	



### ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ได้แก่

1) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ประเมินผลโดยใช้วิธีให้คะแนน ดังนี้

0	คะแนน	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติ
1	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติข้ามขั้นตอน
2	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติครบขั้นตอน

กิจกรรม	พลิกตะแคงตัว	นั่ง	ยืน	เดิน
ระยะเวลา				
หลังผ่าตัดวันที่ 2				
หลังผ่าตัดวันที่ 3				
หลังผ่าตัดวันที่ 4				

2) แบบประเมินระดับความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนเองต่อกิจวัตรประจำวันในเรื่อง การพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืนและการเดิน ประเมินผลโดยใช้วิธีให้คะแนน ดังนี้

1	คะแนน	หมายถึง	ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนน้อย
2	คะแนน	หมายถึง	ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนปานกลาง
3	คะแนน	หมายถึง	ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนมาก

กิจกรรม	พลิกตะแคงตัว	นั่ง	ยืน	เดิน
ระยะเวลา				
หลังผ่าตัดวันที่ 2				
หลังผ่าตัดวันที่ 3				
หลังผ่าตัดวันที่ 4				

## 3) แบบประเมินความถี่การปฏิบัติบริหารกล้ามเนื้อขา ดังนี้

	ระดับการปฏิบัติ	คะแนนรายชื่อ
ปฏิบัติบ่อย	21-30 ครั้ง/วัน	3
ปฏิบัติปานกลาง	11-20 ครั้ง/วัน	2
ปฏิบัติน้อย	1-10 ครั้ง/วัน	1

ขอให้ท่านใส่จำนวนครั้งของการบริหารกล้ามเนื้อขาหลังผ่าตัดตรงกับความเป็นจริงที่สุด

กิจกรรม	ความถี่การปฏิบัติกิจกรรมออกกำลังกล้ามเนื้อขา		
	หลังผ่าตัดวันที่2	หลังผ่าตัดวันที่3	หลังผ่าตัดวันที่4
ท่าที่ 1 ท่ากระดกข้อเท้า			
ท่าที่ 2 ท่ากดเข่า			
ท่าที่ 3 ท่ายกขาสูง			
ท่าที่ 4 ท่ากาง-หุบ			
ท่าที่ 5 ท่ายกส้นเท้า-เข่าเหยียด			
ท่าที่ 6 ท่าอ-เหยียด			
ท่าที่ 7 ท่ายกค้าง			

**ภาคผนวก ค**  
**บทวิดิทัศน์ตัวแบบสัญลักษณ์**

**ประสบการณ์ของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก**

ถ่ายภาพ	ภาพ	เสียง
1.	F/I GRAPHIC ชื่อเรื่องประสบการณ์ของผู้สูงอายุ กระดูกสะโพกหักได้รับการผ่าตัด ใส่เหล็ก	ดนตรี
2.	F/I GRAPHIC จัดทำโดย นางอรวรรณ วัฒนกุล นักศึกษาปริญญาโทสาขาการ พยาบาลผู้ใหญ่	ดนตรี
3.	F/O GRAPHIC ระยะ L.S. มุมเงยขึ้นมุม..... ภาพอนุสาวรีย์พระบิดา ซ้อนภาพ ตัวหนังสือ ระยะ Soom In จากวัยผู้ใหญ่จนถึง วัยผู้สูงอายุ ระยะ M.S. PAN SOOM IN	(เสียงบรรยาย) จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ ผู้สูงอายุมีอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น แต่การเสื่อมสภาพของ ร่างกายในระบบต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาการหกล้มซึ่งเป็น ปัญหาที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้สูงอายุ
4.	มุม O,E ภาพ ผู้สูงอายุหกล้ม ภาพ ผู้สูงอายุใส่เหล็ก กำลังเดิน โดยอาศัย walker	(เสียงบรรยาย) กระดูกสะโพกหักเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการ สูญเสียสมรรถภาพทางด้านร่างกาย ขาดความมั่นใจในการ ทำกิจกรรมในแต่ละวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น
5.	ภาพ film x-ray ภายหลังใส่เหล็ก ภาพผู้ป่วยเดินโดยใช้เครื่องช่วย เดิน	(เสียงบรรยาย) แพทย์ให้การรักษา โดยการผ่าตัดใส่เหล็ก ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นการรักษาที่เป็นที่นิยมมากในปัจจุบัน เหล็กเป็นวัสดุที่ทนทาน แข็งแรงสามารถรับน้ำหนักตัวและ ทนต่อการสึกหรอได้ดีและไม่มีปฏิกิริยาต่อร่างกาย และทำ ให้ผู้สูงอายุสามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หักและฟื้นคืนสู่ สภาพปกติให้เร็วที่สุด

ถ่ายภาพ	ภาพ	เสียง
6.	<p>ระยะ FADE IN → MS → CU</p> <p>ชื่อเรื่องประสบการณ์ของ</p> <p>ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลัง</p> <p>ผ่าตัดใส่เหล็ก</p> <p>ภาพ คุณ.....</p> <p>กล่าวทักทาย</p>	<p>คุณ.....: สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ .....</p> <p>ดิฉันอายุ.....ปี เดินหกล้มทำให้กระดูกสะโพกหัก รับการ</p> <p>รักษาที่โรงพยาบาลโดยการผ่าตัดใส่เหล็กมา 1 ปี ปัจจุบันนี้</p> <p>ดิฉันปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ เมื่อรู้ว่าหกล้ม</p> <p>และมีกระดูกสะโพกหัก รู้สึกตกใจมาก กลัวการผ่าตัด กลัว</p> <p>เดินไม่ได้ ต้องมีลูกหลานดูแลอย่างใกล้ชิด ออกไปตลาด</p> <p>หรือซื้อของไม่ได้ ต้องนอนหรือนั่งอยู่ในบ้านเฉยๆ เมื่อ</p> <p>แพทย์มาบอกว่าจะผ่าตัดเอากระดูกสะโพกที่หักออกและใส่</p> <p>เหล็ก ทำให้กังวล เพราะหากมีเหล็กในร่างกายของเราจะเป็น</p> <p>อย่างไร การใช้งานเหมือนเดิมไม่มี คำถามต่างๆ เกิดขึ้นในใจ</p> <p>ตลอดเวลา แต่ดิฉันมีเพื่อนที่ผ่าตัดใส่เหล็กเหมือนกัน ได้</p> <p>บอกกับดิฉันว่า เธอจะต้องฝึกบริหารกล้ามเนื้อเท้า กล้ามเนื้อ</p> <p>ต้นขา กล้ามเนื้อสะโพกและต้องเชื่อมั่นในความสามารถ</p> <p>ของตนเองที่จะเดินหรือนั่งหรือทำกิจกรรมต่างๆ ใน</p> <p>ชีวิตประจำวันได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ ทำให้ดิฉันเกิด</p> <p>กำลังใจและบอกกับตัวเองว่า การผ่าตัดใส่เหล็กเป็นการ</p> <p>เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเท่านั้น หากจิตใจเราเข้มแข็ง</p> <p>เราก็จะสามารถมีชีวิตอยู่อย่างปกติ ดังนั้นท่านจะต้องฝึก</p> <p>ปฏิบัติในสิ่งที่คุณต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันปัญหาและ</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง</p>
7.	ภาพเงินผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด	ดนตรี

ถ่ายภาพ	ภาพ	เสียง
8.	ภาพ: ทบทวนเรื่องการการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดได้หลัก	<p>วันแรกหลังผ่าตัด บริหารร่างกายในท่านอน ควรเริ่มออกกำลังกายให้เร็วที่สุดตั้งแต่หลังผ่าตัดวันแรก เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบ ให้หายใจเข้า-ออกลึกๆ ช้าๆ โดยหายใจเข้าลึกๆ ค้างไว้ 30 วินาที แล้วผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทำซ้ำ 5-10 ครั้งแล้วหายใจตามปกติ</p> <p>วันที่ 2 หลังผ่าตัด บริหารร่างกายและกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพกในท่านอนหรือนั่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริหารกล้ามเนื้อก้นและสะโพกโดยการขมิบก้น</li> <li>- บริหารกล้ามเนื้อ โดยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา กดเข่าบนที่นอน</li> <li>- บริหารข้อเท้าทั้งสองข้าง โดยการกระดกข้อเท้า หมุนข้อเท้าเป็นวงกลม</li> </ul> <p>วันที่ 3-5 หลังผ่าตัด บริหารร่างกายและกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพกในท่านอน กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง ควรอยู่ในความดูแลของพยาบาล โดยปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไขเตียงให้อยู่ในท่าศีรษะสูง 60-90 องศา เพื่อป้องกันอาการหน้ามือ</li> <li>- เคลื่อนตัวมาทางขาข้างดีให้ใกล้ขอบเตียงมากที่สุด ขาข้างที่ผ่าตัดในท่าทางตลอดเวลา</li> <li>- ใช้ข้อศอกและมือยันที่นอนแล้วลุก (ห้ามหุบขา)</li> <li>- ลุกขึ้นยืนโดยใช้ขาข้างดีวางบนพื้น น้ำหนักลงบนขาข้างดี ยืนให้ตัวตรงหัดเดินแบบ partial weight bearing หรือ non weight bearing ตามแผนการรักษาของแพทย์โดยใช้มือทั้งสองข้างจับเครื่องช่วยพยุงเดิน เมื่อการทรงตัวมั่นคงดี พยายามถ่ายน้ำหนักลงบนขาทั้งสองข้าง</li> </ul>

ถ่ายภาพ	ภาพ	เสียง
9.	<p>ระยะ FADE IN → MS → CU</p> <p>ชื่อเรื่อง การบริหารกล้ามเนื้อขา</p> <p>7 ท่า</p>	<p>สวัสดิ์ค่ะ วันนี้จะให้ดูการบริหารกล้ามเนื้อทั้ง 7 ท่า</p> <p>ท่าที่ 1 ท่ากระดกข้อเท้า (ankle pumps) เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดที่ขาดีขึ้น ป้องกันการอุดตันของเส้นเลือดดำ โดยนอนหงายราบ ขาทั้งสองข้างเหยียดตรง สูดลมหายใจเข้าพร้อมกระดกข้อเท้าทั้งสองข้างขึ้นเต็มที่ แล้วหายใจออกพร้อมกระดกข้อเท้าให้ลงเต็มที่และหมุนข้อเท้าขึ้นลงสลับกัน ทำซ้ำ 10 ครั้ง ปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เช้า-เที่ยง-เย็น</p> <p>2.ท่ากอดเข่าเพื่อบริหารกล้ามเนื้อต้นขา (quadriceps muscle) ปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เช้า-เที่ยง-เย็น โดยนอนหงายราบ ขาเหยียดตรง กระดกปลายเท้าทั้งสองข้างขึ้นและกอดเข่าลงกับที่นอน นับ 1-10 แล้วคลายการเกร็งของกล้ามเนื้อขาทั้งสองข้าง ทำซ้ำ 10 ครั้ง ปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เช้า-เที่ยง-เย็น</p> <p>3.ท่ายกขาสูง โดยให้ผู้ดูแลประคองขาข้างที่ผ่าตัด ยกขาสูงไม่เกิน 40 องศา ทำซ้ำ 10 ครั้ง ปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เช้า-เที่ยง-เย็น</p> <p>4.ท่ากาง-หุบ การบริหารกล้ามเนื้อสะโพกด้านข้าง (gluteus medius) สามารถปฏิบัติได้ ดังนี้ ให้ผู้ดูแลประคองขาข้างที่ผ่าตัด นอนหงายราบใช้หมอนวางระหว่าง ขาทั้งสองข้าง กางขาข้างที่ผ่าตัดออกเท่าที่จะทำได้ ไม่เกิน 40 องศา แล้วค่อยๆ หุบขาเข้าที่เดิมซ้ำๆ ประมาณ 10 ครั้ง ควรปฏิบัติวันละ 3 เวลา</p> <p>5.ท่ายกส้นเท้า-เข่าเหยียด โดยให้ผู้ดูแลประคองขาข้างที่ผ่าตัด ยกขาข้างไว้สูงไม่เกิน 40 องศา เข่าเหยียด ทำซ้ำ 10 ครั้ง ปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เช้า-เที่ยง-เย็น</p> <p>6.ท่างอ-เหยียด โดยให้ผู้ดูแลประคองขาข้างที่ผ่าตัด งอขาและเหยียด ทำซ้ำ 10 ครั้ง ปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เช้า-เที่ยง-เย็น</p> <p>7.ท่ายกค้าง โดยให้ผู้ดูแลประคองขาข้างที่ผ่าตัด ยกขาข้างไว้สูงไม่เกิน 40 องศา ทำซ้ำ 10 ครั้ง ปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เช้า-เที่ยง-เย็น</p>

ถ่ายภาพ	ภาพ	เสียง
	<p>ปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้านคุณ ..... กล่าวทักทาย</p> <p>แสดงท่าทางข้อห้าม/ข้อควรปฏิบัติ</p>	<p>คุยกันเรื่อง การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน เพื่อป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เหล็ก ควรปฏิบัติ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่ควรลุกนั่งจากท่านอนหงาย ควรลุกนั่งจากท่าตะแคงหรือนอนคว่ำ</li> <li>2. บริหารกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพกให้มีความแข็งแรงอยู่เสมอ</li> <li>3. รักษาสุขภาพให้แข็งแรง เล่นกีฬาเบาๆ ได้ เช่น เดินออกกำลัง</li> <li>4. ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม คือไม่อ้วน</li> <li>5. ระวังการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ เช่น การลื่นล้ม</li> <li>6. การขึ้น-ลงบันได ให้หัดขึ้นลงบันไดในปลายสัปดาห์ที่สองหลังจากเดินบนพื้นราบได้ดีแล้ว ควรใช้ไม้ค้ำยันและลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดเพียงบางส่วนเท่าที่รู้สึกเจ็บ การขึ้นบันไดให้ใช้ขาข้างดีขึ้นก่อนแล้วตามด้วยขาข้างที่ผ่าตัด ส่วนการลงบันไดให้ใช้ขาข้างที่ผ่าตัดลงก่อนแล้วตามด้วยขาดี</li> <li>7. ใช้เครื่องพยุงเดินจนเดินได้ดี จะเลิกใช้เมื่อแพทย์เห็นสมควร</li> <li>8. การรับประทานอาหาร ให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ทุกประเภท โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและธาตุเหล็กสูงเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้อ้วนมากเกินไป</li> <li>9. การมีเพศสัมพันธ์ควรงดในช่วง 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด ทำได้เมื่อสะโพกข้างที่ผ่าตัดแข็งแรงดีไม่มีอาการปวด โดยให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม</li> <li>10. มาพบแพทย์ตามนัด</li> <li>11. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดมากเมื่อมีการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก ขาข้างที่ผ่าตัดผิดปกติหรือมีอาการหมุนเข้าบิดออกหรือสั้นลง ถ้ามีอาการดังกล่าวให้รีบมาพบแพทย์</li> </ol>

ภาคผนวก ง

แบบบันทึกความถี่การบริหารกล้ามเนื้อขา หลังผ่าตัดวันที่ 2, 3 และ 4

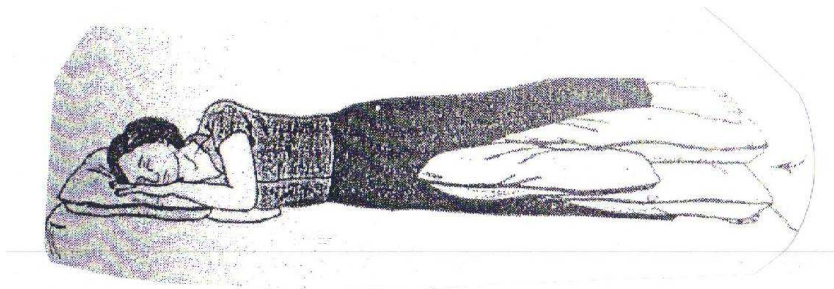
กิจกรรมออกกำลัง กล้ามเนื้อขา	หลังผ่าตัดวันที่ 2				หลังผ่าตัดวันที่ 3				หลังผ่าตัดวันที่ 4			
	ปฏิบัติ		ไม่ ปฏิบัติ	ปัญหา/อุปสรรค	ปฏิบัติ		ไม่ ปฏิบัติ	ปัญหา/อุปสรรค	ปฏิบัติ		ไม่ ปฏิบัติ	ปัญหา/อุปสรรค
	ถูก	ไม่ถูก			ถูก	ไม่ถูก			ถูก	ไม่ถูก		
ท่าที่ 1 ท่ากระดกข้อเท้า												
ท่าที่ 2 ท่ากดเข่า												
ท่าที่ 3 ท่ายกขาสูง												
ท่าที่ 4 ท่ากาง-หุบ												
ท่าที่ 5 ท่าก้านเท้า-เข่าเหยียด												
ท่าที่ 6 ท่าอ-เหยียด												
ท่าที่ 7 ท่ายกค้ำ												



ภาคผนวก จ

คู่มือ

การดูแลตนเองหลังผ่าตัดใส่เหล็กในผู้สูงอายุสะโพกหัก



จัดทำโดย

อรพรรณ วัฒนกุล

นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การผ่าตัดใส่เหล็ก เป็นการรักษาผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ด้วยวิทยาการที่ทันสมัย ช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล ส่งผลถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ปกติหรือใกล้เคียงปกติ ลดภาวะพึ่งพาผู้อื่น ผู้สูงอายุทุกรายจะได้รับการเตรียมความพร้อม การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด การบริหารร่างกาย กล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นการเพิ่มความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อ และส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ดังนั้นคู่มือการดูแลตนเองเมื่อใส่เหล็กเป็นแนวทางที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุมีแนวทางปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนที่จะการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

## การผ่าตัดใส่เหล็กในผู้สูงอายุสะโพกหัก

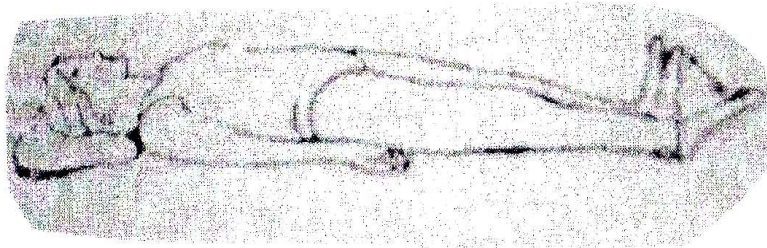
เมื่อหกล้มและเกิดกระดูกสะโพกหัก แพทย์จะให้การรักษาโดยการผ่าตัดใส่เหล็กซึ่งเป็นการรักษาที่นิยมมากเนื่องจากผลการผ่าตัดเป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วยสามารถลดเวลาการนอนโรงพยาบาลและสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้อย่างรวดเร็ว

## การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา

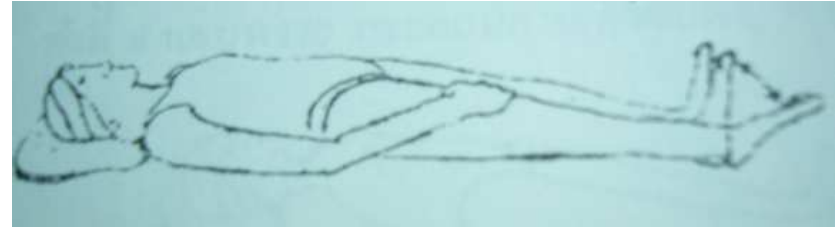
การบริหารร่างกาย เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายให้แข็งแรงโดยเร็ว เพื่อลดระยะเวลาการนอน โรงพยาบาล (อุษา, สุริยัวรรณ, 2548)

### ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1

- **ท่าที่ 1** ท่ากระดูกข้อเท้า นอนหงายแล้วกระดูกข้อเท้าขึ้นทั้ง 2 ข้าง แล้วกระดูกข้อเท้าลง ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง

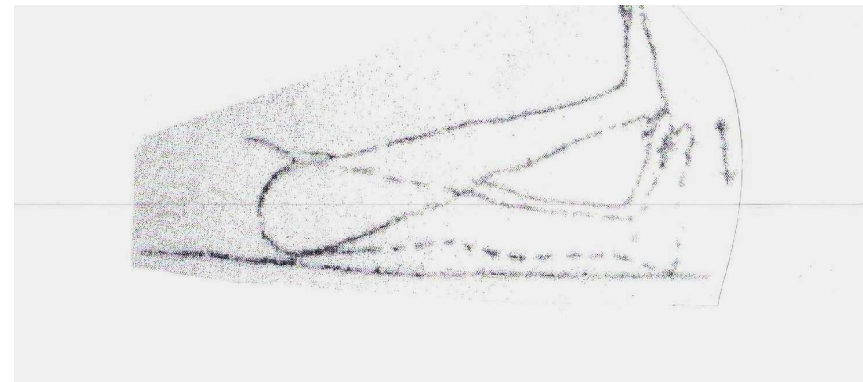


- **ท่าที่ 2** ท่ากดเข่า นอนหงายเหยียดขาเต็มที่ ขาข้างที่หักทำเท่าที่ทำได้ กดเข่าทั้ง 2 ข้างลงให้ชิดกับพื้นพร้อมกับพยายามกระดูกข้อเท้าขึ้น นับ 1 ถึง 5 ในใจแล้วหย่อนเข่า ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง

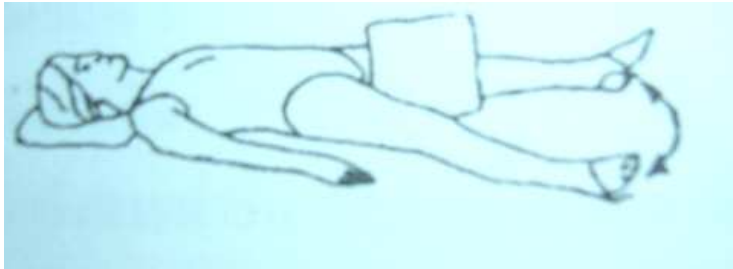


### ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2

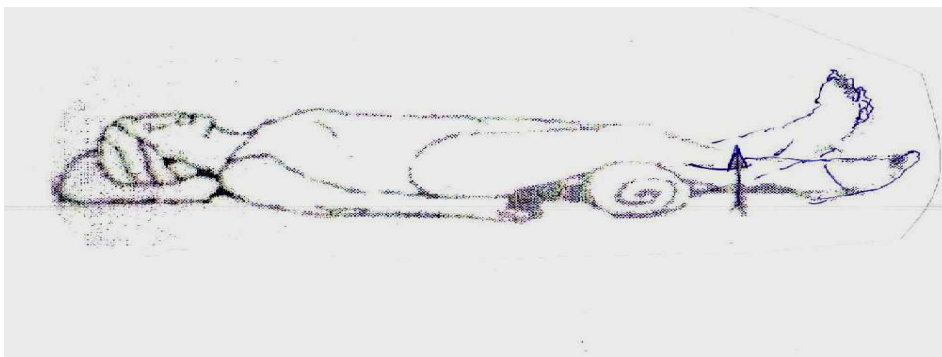
- **ท่าที่ 3** ท่ายกขาสูง นอนหงายเหยียดตรง ยกขาข้างที่ไม่หัก ให้สั้นเท่าสูงกว่าที่นอน 1 ฟุต แล้ววางลง ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง



**ท่าที่ 4 ท่ากาง-หุบ** นอนหงาย เขยิบตรง กางขาข้างที่ไม่หัก ออกไปด้านข้าง หุบขาเข้า  
วางที่เดิม ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง



**ท่าที่ 5 ท่ายกสันเท้า-เข้าเหยียด** นอนหงายรองผ้าขนหนูใต้เข่า ยกสันเท้าให้เข้าเหยียด  
ตรง ค้างไว้ นับ 1-5 พัก ทำซ้ำข้างละ 10 ครั้ง

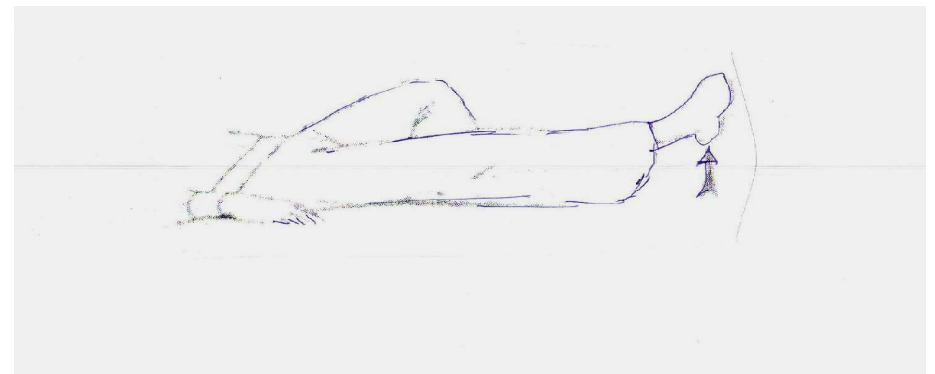


### ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 3

**ท่าที่ 6 ท่าอ-เหยียด** นอนหงาย ค่อยๆ งอเข่าให้มากที่สุด โดยให้ฝ่าเท้าติดพื้น  
ตลอดเวลา ค่อยๆ เขยิบขา พัก ทำซ้ำข้างละ 10 ครั้ง (ขาข้างที่ทำผ่าตัดห้ามงอเกิน  
70 องศา)



**ท่าที่ 7 ท่ายกค้าง** นอนหงาย เขยิบเข้าข้างผ่าตัด ชันเข่าข้างปกติ ยกขาข้างผ่าตัด  
ขึ้นเล็กน้อย ค้างไว้ นับ 1-5 พัก ทำซ้ำข้างละ 10 ครั้ง



ภาคผนวก ฉ

แผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุสะโพกหัก

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการวิจัย		<ul style="list-style-type: none"> <li>- กล่าวทักทายผู้ป่วยและญาติ พร้อมแนะนำตัวเอง</li> <li>- อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล</li> <li>- เปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อการตัดสินใจและขออนุญาตในการทำวิจัยจากผู้ป่วย</li> <li>- บอกหัวข้อเรื่องที่สอน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ฟังการอธิบาย</li> </ul>		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน	สื่อการสอน	การประเมินผล
		<p>- นำเข้าสู่บทเรียนโดยกล่าวว่า "ไม่ทราบคุณ...เคยมีประสบการณ์การ ผ่าตัดหรือเคยเห็นผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดใส่เหล็กหรือแปล่าคะ" และทราบหรือแปล่าคะว่าต้อง ปฏิบัติอย่างไรบ้างหลัง ผ่าตัดใส่เหล็ก</p> <p>- วันนี้เราจะมาคุยกันว่า ต้องปฏิบัติตัวอย่างไรหลัง ผ่าตัดใส่เหล็ก</p>	ตอบคำถามผู้สอน		

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p><b>บทนำ</b></p> <p>การผ่าตัดใส่เหล็กในผู้สูงอายุที่มาด้วยอาการ หกล้มกระดูกสะโพกหัก การรักษาโดยการ ผ่าตัดใส่เหล็กเป็นวิธีที่นิยมมากในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถลงน้ำหนักขาข้าง ที่หัก และสามารถในชีวิตประจำวันได้โดย ไม่ต้องพึ่งพาครอบครัว หรือพึ่งพาน้อยที่สุด รวมทั้งมีความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน ที่จะทรงตัวเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำ และมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรง ป้องกันข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ และสามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล</p>				

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน	สื่อการสอน	การประเมินผล
ผู้เรียนสามารถ ฝึกออกกำลัง กายเพื่อเพิ่ม ความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อ	<p>การบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยฟื้นฟูสภาพหลัง ผ่าตัดใส่เหล็ก หากกล้ามเนื้อและ ข้อไม่แข็งแรงการเคลื่อนไหวร่างกายจะ เป็นไปได้ช้าๆ ส่งผลเกิดข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบฝ่อ ดังนั้นควรบริหาร กล้ามเนื้อด้วยท่าบริหารดังนี้</p> <p><b>ท่าที่ 1 ท่ากระดกข้อเท้า</b></p> <p>ให้ผู้สูงอายุอนหงาย กระดกข้อเท้าขึ้นทั้ง 2 ข้าง และกระดกข้อเท้าลง ทำ เช่นนี้ 5 ครั้ง</p>	อธิบายและสาธิตวิธีฝึกการบริหาร กล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อ ให้ผู้สูงอายุสาธิตย้อนกลับ	ฟังการอธิบาย และดูการสาธิต สาธิตย้อนกลับ	ภาพพลิก ท่าบริหาร กล้ามเนื้อ	สังเกตผู้สูง อายุและผู้ดูแล สาธิต

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน	สื่อการสอน	การประเมินผล
ผู้เรียนสามารถ ฝีกออกกำลัง กายเพื่อเพิ่ม ความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อ	<p><b>ท่าที่ 2 ท่ากดเข่า</b> ให้ผู้สูงอายุอนเหยียดขาเต็มที่ ขาข้างที่หักทำท่าที่จะทำได้ กดเข่าทั้ง 2 ข้างให้ชิดกับเตียงนอน พยายามกระดกขาเท้าขึ้นนับ 1 ถึง 5 ในใจ แล้วหย่อนเข่า ทำเช่นนี้ 5 ครั้ง</p> <p><b>ท่าที่ 3 ท่ายกขาสูง</b> ให้ผู้สูงอายุ นอนหงาย เหยียดขาตรง ยกขาข้างที่ไม่หัก ให้ส้นเท้าสูงกว่าที่ นอน 1 ฟุต แล้ววางลง ทำเช่นนี้ 5 ครั้ง ส่วนขาข้างที่ทำผ่าตัดให้ผู้ดูแล ประคองขา และช่วยยกขาสูง ให้ ทำเช่นนี้ 5 ครั้ง</p>	<p>อธิบายและสาธิตวิธีฝึก การบริหารกล้ามเนื้อเพื่อ เพิ่มความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อ ให้ผู้สูงอายุสาธิต ย้อนกลับ</p> <p>อธิบายและสาธิตวิธีฝึก การบริหารกล้ามเนื้อเพื่อ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ให้ผู้สูงอายุสาธิต ย้อนกลับ</p>	<p>ฟังการอธิบาย และดูการสาธิต สาธิตย้อนกลับ</p> <p>ฟังการอธิบาย และดูการสาธิต สาธิตย้อนกลับ</p>	<p>ภาพพลิก ทำบริหาร กล้ามเนื้อ</p> <p>ภาพพลิก ทำบริหาร กล้ามเนื้อ</p>	<p>สังเกตผู้สูง อายุและผู้ดูแล สาธิต</p> <p>สังเกตผู้สูง อายุและผู้ดูแล สาธิต</p>



วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน	สื่อการสอน	การประเมินผล
ผู้เรียนสามารถ ฝีกออกกำลัง กายเพื่อเพิ่ม ความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อ	<p><b>ท่าที่ 4 ท่ากาง-หุบ</b> ให้ผู้สูงอายุนอนหงาย กางขาข้างที่ไม่หักออกไปด้านข้าง และหุบเข้าวางที่เดิม ส่วนขาข้างที่ทำตัดให้ผู้ดูแลประคองขา และช่วยยกกางหุบให้ ทำเช่นนี้ 5 ครั้ง</p> <p><b>ท่าที่ 5 ท่ายกส้นเท้า-เข้าเหยียด</b> ให้ผู้สูงอายุนอนหงาย รองผ้าขนหนูได้เข้าขาข้างปกคดยกส้นเท้าเข้าเหยียดตรง ทำเช่นนี้ 5 ครั้ง</p> <p>ส่วนขาข้างที่ทำตัดให้ผู้ดูแลช่วยประคอง</p>	<p>อธิบายและสาธิตวิธีฝึกการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ</p> <p>ให้ผู้สูงอายุสาธิตย้อนกลับ</p> <p>อธิบายและสาธิตวิธีฝึกการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ</p> <p>ให้ผู้สูงอายุสาธิตย้อนกลับ</p>	<p>ฟังการอธิบายและดูการสาธิตสาธิตย้อนกลับ</p> <p>ฟังการอธิบายและดูการสาธิตสาธิตย้อนกลับ</p>	<p>ภาพพลิก ท่าบริหาร กล้ามเนื้อ</p> <p>ภาพพลิก ท่าบริหาร กล้ามเนื้อ</p>	<p>สังเกตผู้สูงอายุและผู้ดูแลสาธิต</p> <p>สังเกตผู้สูงอายุและผู้ดูแลสาธิต</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน	สื่อการสอน	การประเมินผล
ผู้เรียนสามารถ ฝีกออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อ	<p><b>ท่าที่ 6 งอ-เหยียด</b> ให้ผู้สูงอายุขาข้างที่ปกติ และเหยียดออก ส่วนขาข้างที่ผ่าตัดให้ ผู้ดูแลช่วยประคอง งอและเหยียด ทำเช่นนี้ 5 ครั้ง</p> <p><b>ท่าที่ 7 ท่ายกค้าง</b> ให้ผู้สูงอายุเหยียดขา ข้างที่ปกติ และยกค้างไว้ นับ 1-5 ปล่อยลงช้าๆ ส่วนขาข้าง ที่ผ่าตัด ให้ผู้ดูแลช่วยประคอง ทำเช่นนี้ข้างละ 5 ครั้ง</p>	<p>อธิบายและสาธิตวิธีฝึกการบริหาร กล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อ ให้ผู้สูงอายุสาธิตย้อนกลับ อธิบายและสาธิตวิธีฝึก การบริหารกล้ามเนื้อเพื่อ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ให้ผู้สูงอายุสาธิตย้อนกลับ</p>	<p>ฟังการอธิบาย และดูการสาธิต สาธิตย้อนกลับ</p> <p>ฟังการอธิบาย และดูการสาธิต สาธิตย้อนกลับ</p>	<p>ภาพพลิก ทำบริหาร กล้ามเนื้อ</p> <p>ภาพพลิก ทำบริหาร กล้ามเนื้อ</p>	<p>สังเกตผู้สูง อายุและผู้ดูแล สาธิต</p> <p>สังเกตผู้สูง อายุและผู้ดูแล สาธิต</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>สรุป</p> <p>การผ่าตัดใส่เหล็กใน ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเป็น แนวทางการรักษาที่นิยมมากใน ปัจจุบันผู้สูงอายุสามารถเดินลง น้ำหนักได้ในเวลาอันรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้เป็นอย่างดี</p> <p>อย่างไรก็ตามการบริหารกล้ามเนื้อ เป็นสิ่งจำเป็นต้องปฏิบัติอย่าง สม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบและเพิ่ม ความทนทานในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้โดยพึ่งพาผู้ดูแล น้อยที่สุด</p>				

**ภาคผนวก ข**  
**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. แพทย์หญิงวิภาวรรณ ลีลาสำราญ | ภาควิชาออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด<br>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์                              |
| 2. นายแพทย์อำนาจ มีสิทธิ์ธรรม  | หัวหน้าแผนกออร์โธปิดิกส์<br>โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา                                   |
| 3. ดร.วิภา แซ่เจี๋ย            | ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์<br>คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์                   |
| 4. นางสาวอรอุษา ชูบุรี         | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>หัวหน้าตึกศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย<br>โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา |
| 5. นางเกตแก้ว ชุนชำนาญ         | นักกายภาพบำบัด<br>กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู<br>โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา                    |

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางอรรรณ วัฒนกุล

รหัสประจำตัวนักศึกษา 4857574

## วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบันการศึกษา	ปีสำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรการพยาบาล และผดุงครรภ์ระดับต้น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส	2534
พยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส	2543

## ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน

พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา