

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตน การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ และสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ และการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพกับสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และกลับมาตรวจตามแพทย์นัดหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง เดือน ธันวาคม 2549 ถึง เดือน มีนาคม 2550 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางตามลำดับ

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถแห่งตน การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ และสมรรถภาพทางกาย

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตน การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ และสมรรถภาพทางกายของกลุ่มตัวอย่าง

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.40) มีช่วงอายุระหว่าง 60-74 ปี (ร้อยละ 76.10) ( $\bar{X} = 69.19$ ,  $SD = 6.46$ ) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.80) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90.90) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.50) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 48.86) ( $\bar{X} = 26.50$ ,  $SD = 4.29$ ) ไม่เคยออกกำลังกาย (ร้อยละ 51.20) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.00) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30.50) และโรคกระดูกและข้อ (26.10) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 68.18) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 48.90) จากการประกอบอาชีพด้วยตนเอง (ร้อยละ 56.80) สาเหตุของการบาดเจ็บกระดูกต้นขาหักมาจากการลื่นหกล้ม (54.54) มีผู้ดูแลและบุคคลใกล้ชิดคิดเป็นสามี ภรรยาหรือบุตร (ร้อยละ 65.90) ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดกระดูกและข้อมาก่อน (ร้อยละ 87.50) และเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (ร้อยละ 76.13) (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย (N = 88)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	34	38.60
หญิง	54	61.40
<b>อายุ (ปี) (<math>\bar{X} = 69.19</math>, <math>SD = 6.46</math>, <math>Rang = 60 - 86</math>)</b>		
60 - 74	67	76.10
75 - 84	20	22.80
85 ปีขึ้นไป	1	1.10
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	4	4.50
คู่	50	56.80
หม้าย	25	28.40
หย่า/แยกกันอยู่	9	10.30
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	80	90.90
อิสลาม	8	9.10
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	25	28.40
ประถมศึกษา	40	45.50
มัธยมศึกษา	10	11.40
อนุปริญญา	3	3.30
ปริญญาตรีขึ้นไป	10	11.40
<b>ดัชนีมวลกาย (<math>\bar{X} = 26.50</math>, <math>SD = 4.29</math>, <math>Rang = 18.62 - 36.16</math>)</b>		
ผอม	6	6.82
ปกติ	43	48.86
อ้วน	3	44.32

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>การมีโรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	37	42.00
มี*	51	58.00
ความดันโลหิตสูง	14	30.50
กระดูกและข้อ	12	26.10
หัวใจ	8	17.40
ต้อกระจก	6	13.00
กระเพาะอาหาร	4	8.70
เบาหวาน	2	4.30
<b>ประสบการณ์การออกกำลังกาย</b>		
ไม่เคย	45	51.20
บางครั้ง (น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์)	34	38.60
เป็นประจำ (ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์)	9	10.20
<b>ลักษณะของครอบครัว</b>		
ครอบครัวเดี่ยว	28	31.82
ครอบครัวขยาย	60	68.18
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
เหลือเก็บ	15	17
เพียงพอกับความจำเป็น	43	48.90
ไม่เพียงพอ	30	34.10
<b>แหล่งของรายได้สูงสุด</b>		
ประกอบอาชีพ	50	56.80
บุตร หลาน	33	37.50
บำเหน็จบำนาญ	5	5.70
<b>ผู้ดูแลและใกล้ชิด</b>		
สามี/ภรรยา หรือบุตร	58	65.90
ญาติ หรือลูกจ้าง	30	34.10

\* กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุของการบาดเจ็บ		
ลื่นหกล้ม	48	54.54
ตกบันได	15	17.05
รถชน	12	13.64
ตกเก้าอี้	7	7.95
ลื่นจากรยาน	5	5.68
สุนัขชนล้ม	1	1.14
ประสบการณ์การผ่าตัดเกี่ยวกับกระดูกและข้อ		
ไม่เคย	77	87.50
เคย	11	12.50
การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ		
ไม่เคย	21	23.86
เคย	67	76.13

#### ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยทั่วไปและหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า โดยทั่วไปกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.50 มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับสูง รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 4.50 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด พบว่า ร้อยละ 61.40 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 38.60 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับสูง (ตาราง 2) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยทั่วไปและหลังผ่าตัดด้วยสถิติที (dependent t-test) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.93, p < .001$ ) (ตาราง 3)

ตาราง 2

จำนวน และร้อยละคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม โดยทั่วไปและหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 88$ )

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม	ก่อนเจ็บป่วย		หลังเจ็บป่วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0 – 3.33 คะแนน)	0	0	54	61.40
ปานกลาง (3.34 – 6.67 คะแนน)	4	4.5	34	38.60
สูง (6.68 – 10 คะแนน)	84	95.50	0	0

ตาราง 3

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม โดยทั่วไปและหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 88$ )

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม	$\bar{X}$	SD	t
ก่อนเจ็บป่วย	9.26	1.25	4.93*
หลังเจ็บป่วย	2.85	1.53	

\*  $P < .001$

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตน การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ และสมรรถภาพทางกาย

#### การรับรู้ความสามารถของตน

จากการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.48$ ,  $SD = 0.64$ ) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน โดยการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 2.56$ ,  $SD = 0.68$ ) รองลงมา เป็นด้านการปฏิบัติกิจกรรม ( $\bar{X} = 2.42$ ,  $SD = 0.73$ ) ตามลำดับ (ตาราง 4)

## ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของ  
กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าคะแนนโดยรวมและรายด้าน (N = 88)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การรับรู้ความสามารถแห่งตนโดยรวม	2.48	.64	ปานกลาง
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม	2.42	.73	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.56	.68	ปานกลาง

ผลการศึกษาการรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นรายข้อในแต่ละด้าน มีดังนี้

ด้านการปฏิบัติกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรม รายข้ออยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (4 ใน 5 ข้อ) ยกเว้นการหลีกเลี่ยงกิจกรรม ที่จะมีผลให้เกิดการเลื่อนหลุดหรือการหักของเหล็กที่ยึดตรึงกระดูก มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.31$ ,  $SD = 0.77$ ) สำหรับข้อที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การใช้อุปกรณ์ช่วยเดินทุกครั้งในการเคลื่อนย้าย ตลอดระยะเวลาที่แพทย์ยังไม่อนุญาตให้เลิกใช้ ( $\bar{X} = 2.59$ ,  $SD = 0.96$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่างถูกวิธี ( $\bar{X} = 1.84$ ,  $SD = 0.87$ ) และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการออกกำลังกาย เป็นรายข้ออยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (6 ใน 7 ข้อ) ยกเว้นการหยุดบริหารหรือหยุดกิจกรรมที่กระทำอยู่ที่เมื่อรู้สึกเจ็บขาหรือข้อเข่า มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.18$ ,  $SD = 0.69$ ) สำหรับข้อที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การบริหารข้อต่อบริเวณไหล่เคียงกระดูกที่หัก โดยขยับทุกทิศทางของการเคลื่อนไหวอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งๆละ 3 รอบทุกวัน ( $\bar{X} = 2.58$ ,  $SD = 0.85$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การออกกำลังกายสะโพก ขา และกล้ามเนื้อต้นขา โดยการนอนราบยกขาขึ้นตรง ๆ ในระดับ 45-60 องศาหรืออาจถึง 90 องศา แล้วเกร็งขาไว้ นับ 1-5 ซ้ำๆ วางขาลงแล้วเริ่มใหม่ทุกครั้ง ( $\bar{X} = 2.02$ ,  $SD = 0.87$ ) และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ (ตาราง 5)

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของ  
กลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อ (N = 88)

การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อฟื้นฟูสภาพ	ความ ยากง่าย	ความ มั่นใจ	ความ คุ้นชิน	โดยรวม		
				$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ด้านการปฏิบัติกิจกรรม</b>						
1. การพยายามปฏิบัติกิจกรรมเท่าที่สามารถ ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง	2.36	2.80	2.45	2.54	.72	ปานกลาง
2. การหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่างๆ ที่จะมีผลให้เกิด การเลื่อนหลุดหรือการหักของเหล็กที่ยึดตรึง กระดูก เช่น การนั่งพับเพียบ การนั่งยอง กระดุก เช่น การนั่งพับเพียบ การนั่งยอง	3.26	3.40	3.27	3.31	.77	สูง
3. การใช้อุปกรณ์ช่วยเดินทุกครั้งในการ เคลื่อนย้าย ตลอดระยะเวลาที่แพทย์ยังไม่อนุญาต ให้เลิกใช้	2.50	2.73	2.53	2.59	.96	ปานกลาง
4. การเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่างถูกวิธี	1.70	1.99	1.83	1.84	.87	ปานกลาง
5. การไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดใส่เหล็กยึด ตรึงกระดูกก่อนได้รับอนุญาตจากแพทย์	2.47	2.67	2.49	2.54	.98	ปานกลาง
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>						
6. การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาและข้อต่าง ๆ ตามที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ตามกำหนด ทุกครั้ง	2.35	2.52	2.38	2.42	.86	ปานกลาง
7. การออกกำลังกาย เช่น การเกร็งกล้ามเนื้อ หรือเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ในระหว่างการทำ กิจวัตรประจำวัน	2.24	2.39	2.23	2.28	.83	ปานกลาง
8. การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาอย่างน้อย 10-15 ครั้ง/ชั่วโมง	2.33	2.48	2.33	2.38	.81	ปานกลาง
9. การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาโดยการเหยียด ขาตรง กดเข้าแนบชิดกับพื้น เกร็งกล้ามเนื้อต้น ขาไว้และนับ 1-5 ซ้ำๆ แล้วคลาย และเริ่มใหม่ ทุกครั้งที่บริหาร	1.95	2.18	2.05	2.06	.88	ปานกลาง
10. การออกกำลังกายข้อสะโพก ขา และกล้ามเนื้อ ต้นขา โดยการนอนราบยกขาขึ้นตรง ๆ ในระดับ 45-60 องศาหรืออาจถึง 90 องศา แล้วเกร็งขาไว้						

ตาราง 5 (ต่อ)

การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อฟื้นฟูสภาพ	ความ ยากง่าย	ความ มั่นใจ	ความ คุ้นชิน	โดยรวม		
				$\bar{X}$	SD	ระดับ
นับ 1-5 ซ้ำ ๆ วางขาแล้วเริ่มใหม่ ทุกครั้ง	1.90	2.16	1.99	2.02	.87	ปานกลาง
11. การบริหารข้อต่อบริเวณใกล้เคียงกระดูกที่ หัก โดยขยับทุกทิศทางของการเคลื่อนไหว อย่าง น้อยวันละ 2 ครั้งๆละ 3 รอบทุกวัน	2.49	2.74	2.51	2.58	.85	ปานกลาง
12. การจะหยุดการบริหาร หรือกิจกรรมที่ กระทำอยู่ที่นั่น เมื่อทำารู้สึกเจ็บขา หรือข้อเข่า	3.16	3.25	3.13	3.18	.69	สูง

### การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ

การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.15$ ,  $SD = 0.66$ ) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพด้านการออกกำลังกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 2.34$ ,  $SD = 0.71$ ) รองลงมาเป็นการปฏิบัติกิจกรรม ( $\bar{X} = 2.02$ ,  $SD = 0.72$ ) ตามลำดับ (ตาราง 6)

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าคะแนนโดยรวมและรายด้าน ( $N = 88$ )

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ โดยรวม	2.15	.66	ปานกลาง
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม	2.02	.72	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.34	.71	ปานกลาง

ผลการศึกษาการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพเป็นรายข้อ ในแต่ละด้าน มีดังนี้

ด้านการปฏิบัติกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพด้านการปฏิบัติกิจกรรมเป็นรายข้ออยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (4 ใน 5 ข้อ) ยกเว้นการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะมีผลให้เกิดการเลื่อนหลุดหรือการหักของเหล็กที่ยึดตรึงกระดูก มีการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.86$ ,  $SD = 0.93$ ) สำหรับข้อที่มีการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมี

ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การปฏิบัติกิจกรรมเท่าที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ( $\bar{X} = 2.56, SD = 0.85$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่างถูกวิธี ( $\bar{X} = 1.92, SD = 0.82$ ) และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพด้านการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ

ด้านการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพด้านการออกกำลังกายเป็นรายชื่ออยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (5 ใน 7 ข้อ) มีเพียง 2 ข้อ ที่อยู่ในระดับสูง คือ การหยุดบริหารหรือหยุดกิจกรรมที่กระทำอยู่ทันทีเมื่อรู้สึกเจ็บขาหรือข้อเข่า ( $\bar{X} = 2.72, SD = 0.90$ ) และการบริหารข้อต่อบริเวณใกล้เคียงกระดูกที่หักโดยขยับทุกทิศทางของการเคลื่อนไหว อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งๆ ละ 3 รอบทุกวัน ( $\bar{X} = 2.68, SD = 0.93$ ) สำหรับข้อที่มีการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาอย่างน้อย 10-15 ครั้ง/ชั่วโมง ( $\bar{X} = 1.95, SD = 0.85$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การออกกำลังกายข้อสะโพก ขา และกล้ามเนื้อต้นขาโดยการนอนราบยกขาขึ้นตรงๆ ในระดับ 45-60 องศาหรืออาจถึง 90 องศา แล้วเกร็งขาไว้ นับ 1-5 ซ้ำๆ วางขาลงแล้วเริ่มใหม่ทุกครั้ง ( $\bar{X} = 1.67, SD = 0.76$ ) และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ (ตาราง 7)

#### ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายชื่อ ( $N = 88$ )

การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ด้านการปฏิบัติกิจกรรม</b>			
1. การปฏิบัติกิจกรรมเท่าที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง	2.56	0.85	ปานกลาง
2. การหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลให้เกิดการเลื่อนหลุดหรือการหักของเหล็กที่ยึดตรึงกระดูก เช่น การนั่งพับเพียบ การนั่งยอง	2.86	0.93	สูง
3. การใช้อุปกรณ์ช่วยเดินทุกครั้งในการเคลื่อนย้าย ตลอดระยะเวลาที่แพทย์ยังไม่อนุญาตให้เลิกใช้	2.16	0.80	ปานกลาง
4. การเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่างถูกวิธี	1.92	0.82	ปานกลาง
5. การไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดก่อนได้รับอนุญาตจากแพทย์	2.18	0.85	ปานกลาง
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>			
6. การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาและข้อต่าง ๆ ตามที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ตามกำหนดทุกครั้ง	1.90	0.80	ปานกลาง
7. การออกกำลังกาย เช่น การเกร็งกล้ามเนื้อ หรือเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ในระหว่างการทำกิจวัตรประจำวัน	1.85	0.82	ปานกลาง

ตาราง 7 (ต่อ)

การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
8. การออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาอย่างน้อย 10-15 ครั้ง/ชั่วโมง	1.95	0.85	ปานกลาง
9. การออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาโดยการเหยียดขาตรง กดเข้าแนบชิดกับพื้น เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาและนับ 1-5 ซ้ำๆ แล้วคลายและเริ่มใหม่ทุกครั้งทีบริหาร			
10. การออกกำลังข้อสะโพก ขา และกล้ามเนื้อต้นขา โดยการนอนร่ายยกขา ขึ้นตรง ๆ ในระดับ 45-60 องศาหรืออาจถึง 90 องศา แล้วเกร็งขาไว้ นับ 1-5 ซ้ำ ๆ วางขาลงแล้วเริ่มใหม่ ทุกครั้ง	1.68	0.75	ปานกลาง
11. การบริหารข้อต่อบริเวณ ไกล่เคียงกระดูกที่หัก โดยขยับทุกทิศทางของ การเคลื่อนไหว อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งๆ ละ 3 รอบทุกวัน	1.67	0.76	ปานกลาง
12. การจะหยุดการบริหาร หรือกิจกรรมที่กระทำอยู่ทันที เมื่อท่านรู้สึกเจ็บ ขา หรือข้อเข่า	2.68	0.93	สูง
	2.72	0.90	สูง

#### สมรรถภาพทางกาย

สมรรถภาพทางกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับสมรรถภาพทางกายโดยรวม อยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.31$ ,  $SD = 0.77$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมรรถภาพทางกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางในด้านความสมดุลของร่างกาย และด้านความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อ โดยด้านความสมดุลของร่างกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 1.72$ ,  $SD = 0.81$ ) รองลงมาเป็นด้านความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อ ( $\bar{X} = 1.35$ ,  $SD = 0.85$ ) ส่วนด้านความทนทานของระบบหายใจและไหลเวียนมีระดับสมรรถภาพทางกายอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 0.85$ ,  $SD = 0.85$ ) ตามลำดับ (ตาราง 8)

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถภาพทางกายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าคะแนนโดยรวมและรายด้าน ( $N = 88$ )

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
สมรรถภาพทางกายโดยรวม	1.31	.77	ต่ำ
ด้านความสมดุลของร่างกาย	1.72	.81	ปานกลาง
ด้านความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อ	1.35	.85	ปานกลาง
ด้านความทนทานของระบบหายใจและไหลเวียน	0.85	.85	ต่ำ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตน การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ และสมรรถภาพทางกาย

ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัว (N = 88) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .71, p < .01$ ) และการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถภาพทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .62, p < .01$ ) (ตาราง 9)

ตาราง 9

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ และการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพกับสมรรถภาพทางกายของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม (N = 88)

ตัวแปร	r
การรับรู้ความสามารถแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ	.71*
การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพกับสมรรถภาพทางกาย	.62*

\* $p < .01$

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนตามมิติการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ และสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ และการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพกับสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย ผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่รับการรักษาโดยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และกลับมาตรวจตามแพทย์นัดหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจ ศัลยกรรมกระดูกในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 69.19 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.40) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.80) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90.90) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.50) มีความรู้พออ่านออกเขียนได้ ก่อนการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 9.26$ ,  $SD = 1.25$ ) สามารถประกอบอาชีพหารายได้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 56.80) และมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 48.90) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 68.18) มีผู้ดูแลและบุคคลใกล้ชิดเป็นสามี ภรรยาหรือบุตร (ร้อยละ 65.90) สอดคล้องกับโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ และภาพรวมของประเทศไทย (บรรลุ, 2542; สุทธิชัย, 2542; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546) พบว่าประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60–70 ปี และเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.80) นับถือศาสนาพุทธ และได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา เนื่องจากการศึกษาภาคบังคับในอดีต และระบบการศึกษายังกระจายไม่ทั่วถึงทุกท้องที่ (บรรลุ, 2542) นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2545) ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย อาศัยอยู่ร่วมกันหลายคนทำให้มีความรักใคร่ผูกพันพึ่งพาอาศัยกัน เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยก็จะได้รับการดูแลจากบุคคลที่รักในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 48.86) ( $\bar{X} = 26.50$ ,  $SD = 4.29$ ) รองลงมาอ้วน (ร้อยละ 44.32) โดยปกติไม่เคยออกกำลังกาย (ร้อยละ 51.20) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.00) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30.50) โรคกระดูกและข้อ (26.10) ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดกระดูกและข้อมาก่อน (ร้อยละ 87.50) มีสาเหตุของการบาดเจ็บกระดูกต้นขาหักมาจากการหกล้ม (54.54) ซึ่งเป็นมาจากผลของการเปลี่ยนแปลงและความเสื่อมตามวัย โดยเฉพาะระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เมื่ออายุมากขึ้นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ขาดความแข็งแรงและอ่อนแรง ส่งผลให้การทรงตัวไม่ดี ประกอบกับผู้สูงอายุมักมีภาวะกระดูกพรุน ความหนาแน่นของเนื้อกระดูกน้อยลงเนื่องจากกระดูกสูญเสียแคลเซียม เป็นผลให้เนื้อกระดูกบางลง เมื่อผู้สูงอายุหกล้ม หรือเกิดอุบัติเหตุเล็กน้อยก็ทำให้กระดูกต้นขาหักได้ง่าย การหกล้มจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี, ยุพาพิน และพรรณวดี (2543) พบว่า การหกล้มทำให้ผู้สูงอายุกระดูกหักถึง ร้อยละ 74.8 นอกจากนี้ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือดก็ลดลง หลอดเลือดมีการตีบแข็ง ผนังหลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (Harrell, 1997; Morgan,

1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด และหลังเข้ารับการรักษา กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ร้อยละ 76.13 เนื่องจากระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งการได้รับข้อมูลหรือการได้รับคำแนะนำเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยทุกคนพึงได้รับ

#### การรับรู้ความสามารถแห่งตน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.48, SD = 0.64$ ) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดได้สำเร็จ ทั้งในด้านการปฏิบัติกิจกรรมและด้านการออกกำลังกาย โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนทั้งในด้านการปฏิบัติกิจกรรม ( $\bar{X} = 2.42, SD = 2.73$ ) และด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X} = 2.56, SD = 0.68$ ) อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคอื่นๆ พบว่า มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับปานกลางเช่นกัน (กิตติมา, 2541; น้ำฝน, 2541; ประภาพร, 2545) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเชื่อมั่นของบุคคลผันแปรตามความยากง่าย ความมั่นใจและความคุ้นชินกับสถานการณ์ที่เคยกระทำ (Bandura, 1997) กล่าวคือถ้ากลุ่มตัวอย่างประเมินว่ากิจกรรมหรือการออกกำลังกายที่จะกระทำนั้นง่าย และตนเองมีความสามารถเพียงพอ ก็จะส่งผลให้มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ และถ้ากิจกรรมหรือการออกกำลังกายนั้นเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างเคยปฏิบัติหรือประสบผลสำเร็จมาก่อนแล้วก็จะยิ่งส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้น ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพียงใดนั้น เป็นผลมาจากกระบวนการประเมินมิตินการรับรู้ความสามารถแห่งตนทั้ง 3 ด้านมาก่อนที่จะตัดสินใจลงมือปฏิบัติ ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดกระดูกและข้อมาก่อน (ร้อยละ 87.50) จึงไม่มั่นใจและไม่คุ้นชินกับสิ่งที่จะต้องปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ ทำให้มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง

จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณารายด้านตามมิติของการรับรู้ความสามารถแห่งตน 3 ด้าน คือ ด้านความมั่นใจ ความยากง่าย และความคุ้นชินในการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ( $\bar{X} = 2.61, SD = 0.67, \bar{X} = 2.43, SD = 0.64, \bar{X} = 2.39, SD = 0.63$  ตามลำดับ) (ภาคผนวก ค) อธิบายได้ว่า ในสถานการณ์หนึ่งบุคคลจะมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนได้ต่างกัน คนที่มีความมั่นใจมาก ก็จะมีความตั้งใจและพยายามปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้ประสบความสำเร็จมากขึ้น (Bandura, 1997) โดยผ่านกระบวนการ

ประเมินถึงความยากง่ายของกิจกรรมเหล่านั้นมาก่อน การที่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจว่าพฤติกรรมโดยยากหรือพฤติกรรมโดยง่ายนั้น มีผลมาจากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และการเปรียบเทียบจากประสบการณ์ที่เคยเห็นหรือประสบการณ์ที่คุ้นชิน ซึ่งเมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพเป็นเรื่องง่ายก็มั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ และนำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนสั่งสมเป็นประสบการณ์ตามมา และการที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดในระดับปานกลางนั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมลง มีข้อจำกัดทางร่างกายทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามความต้องการ ประกอบกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานในการฟื้นฟูสภาพ จึงอาจมีส่วนทำให้การรับรู้ความสามารถแห่งตนลดต่ำลงได้ (Bartholomew et al., อ้างตาม กิตติมา, 2541) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 45.50) และไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 28.40) ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในความสามารถในตนเอง เพราะการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และช่วยให้เข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากทีมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง และสามารถชี้เหตุผลคิดตัดสินใจแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีกว่าคนที่มีการศึกษาค่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรรณ และคณะ (2539) พบว่า บุคคลที่มีวุฒิการศึกษาต่ำจะมีระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำด้วยเช่นกัน แต่จากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับแหล่งสนับสนุนในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน นั่นคือ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ (ร้อยละ 76.13) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขึ้นมาได้เช่นกัน ประกอบกับการที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในครอบครัวขยาย (ร้อยละ 68.18) มีผู้ดูแลและบุคคลใกล้ชิดเป็นสามี ภรรยาหรือบุตร (ร้อยละ 65.90) ซึ่งการมีสมาชิกหลายคน ทำให้มีแหล่งสนับสนุนที่ดีคอยช่วยเหลือให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย ทั้งนี้วัฒนธรรมไทยมีลักษณะครอบครัวที่ช่วยเหลือดูแลกันตลอดชีวิต การที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบุคคลที่รัก แสดงถึงสัมพันธ์ภาพอันดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมั่นใจ เมื่อได้รับการเสริมแรงและคำพูดแนะนำให้มีการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องในระยะหลังผ่าตัด ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ, พงนิ และยุพันธ์ (2001) พบว่า การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น

เมื่อพิจารณารายละเอียดการรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมสูงสุด คือ การหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่างๆ ที่จะมีผลให้เกิดการเลื่อนหลุดหรือการหักของเหล็กที่ยึดตรึงกระดูก เช่น การนั่งพับเพียบ การนั่งยอง ( $\bar{X} = 3.31$ ,

SD = 0.77) รองลงมาคือใช้อุปกรณ์ช่วยเดินทุกครั้งในการเคลื่อนย้ายตลอดระยะเวลาที่แพทย์ยังไม่อนุญาตให้เลิกใช้ และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในการออกกำลังกาย คือการหยุดบริหารหรือหยุดกิจกรรมที่กระทำอยู่ที่เมื่อรู้สึกเจ็บขาหรือข้อเข่า ( $\bar{X} = 3.18$ , SD = 0.69) รองลงมาคือ การบริหารข้อต่อบริเวณใกล้เคียงกระดูกที่หักโดยขยับทุกทิศทางของการเคลื่อนไหว ( $\bar{X} = 2.58$ , SD = 0.85) การที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในการที่จะปฏิบัติในเรื่องดังกล่าว เนื่องจากเป็นเรื่องที่มีความคุ้นชิน ซึ่งโดยผู้สูงอายุทั่วไปจะหลีกเลี่ยงการนั่งพับเพียบหรือนั่งยองอยู่แล้ว เนื่องจากมักมีอาการปวดเมื่อยตามข้อต่างๆ และการบริหาร โดยการขยับข้อเป็นเรื่องง่ายต่อการปฏิบัติสามารถทำได้ไม่ว่าจะอยู่ในท่าใด ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่างถูกต้อง ( $\bar{X} = 1.84$ , SD = 0.87) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการออกกำลังกายที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การออกกำลังข้อสะโพก ขา และกล้ามเนื้อต้นขา โดยการนอนราบยกขาขึ้นตรง ๆ ในระดับ 45-60 องศา หรืออาจถึง 90 องศา แล้วเกร็งขาไว้ นับ 1-5 ซ้ำ ๆ วางขาลงแล้วเริ่มใหม่ทุกครั้ง ( $\bar{X} = 2.02$ , SD = 0.87) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นต่ำอาจเนื่องมาจากเป็นเรื่องยาก และกลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีมาก่อน โดยเฉพาะการเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่างถูกต้อง เป็นเรื่องที่ไม่คุ้นชินและต้องใช้เวลาในการฝึกทักษะจึงจะทำให้มั่นใจได้ว่าจะปฏิบัติได้ถูกต้อง

#### *การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ*

จากผลการศึกษาการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.15$ , SD = 0.66) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพแต่อาจไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพร้อยละ 76.13 และอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 68.18 มีผู้ดูแลและบุคคลใกล้ชิดชนิดเป็นสามี ภรรยาหรือบุตร ร้อยละ 65.90 ซึ่งการมีผู้ดูแลและมีสมาชิกหลายคนในครอบครัวเป็นสิ่งสนับสนุนที่สำคัญที่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพได้ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา และมีความเสื่อมทางร่างกายในทุกระบบ จึงเกิดการอ่อนเพลีย เมื่อยล้าได้ง่าย ความทนในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง (บรรลุ, 2548) และส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำที่พออ่านออกเขียนได้ ทำให้ต้องใช้เวลานานในการเรียนรู้ หรืออาจไม่เข้าใจถึงการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้อง จึงไม่สามารถนำมาปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

เมื่อพิจารณารายละเอียดการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพอยู่ในระดับปานกลาง

( $\bar{X} = 2.02$ ,  $SD = 0.72$ ,  $\bar{X} = 2.34$ ,  $SD = 0.71$  ตามลำดับ) โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ในการปฏิบัติกิจกรรมคือ การปฏิบัติกิจกรรมเท่าที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ( $\bar{X} = 2.56$ ,  $SD = 0.85$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในการออกกำลังกาย คือการหยุดบริหาร หรือหยุดกิจกรรมที่กระทำอยู่ทันทีเมื่อรู้สึกเจ็บขาหรือข้อเข่า ( $\bar{X} = 2.72$ ,  $SD = 0.90$ ) รองลงมาคือ การบริหารข้อต่อบริเวณใกล้เคียงกระดูกที่หักโดยขยับทุกทิศทางของการเคลื่อนไหว ( $\bar{X} = 2.68$ ,  $SD = 0.93$ ) เนื่องจากการหยุดกิจกรรมที่กระทำอยู่เมื่อมีอาการปวด เป็นเรื่องปกติที่บุคคลทั่วไปจะต้องเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้น ส่วนการบริหาร โดยขยับทุกทิศทางของการเคลื่อนไหวเป็นเรื่องไม่ยากและสะดวกสามารถทำได้ทุกที่ทุกเวลา ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในการปฏิบัติกิจกรรม คือ การเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่างถูกวิธี ( $\bar{X} = 1.92$ ,  $SD = 0.82$ ) อาจเนื่องมาจากเป็นเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างต้องมีความรู้ความเข้าใจจึงจะสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ประกอบกับเป็นเรื่องที่ไม่คุ้นชินกับวิธีการดำเนินชีวิต และผู้ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินต้องมีค่าความแข็งแรงของขาเพียงพอ เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้รับการผ่าตัดมาเพียง 6 สัปดาห์ ประกอบกับความเป็นผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูกลดลง (จันทนา, 2545) จึงปฏิบัติในเรื่องนี้ได้น้อย

#### *สมรรถภาพทางกาย*

จากการศึกษาสมรรถภาพทางกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพทางกายเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.31$ ,  $SD = 0.77$ ) โดยสมรรถภาพทางกายรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความสมดุลของร่างกาย ( $\bar{X} = 1.72$ ,  $SD = 0.81$ ) รองลงมา คือ ความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อ ( $\bar{X} = 1.35$ ,  $SD = 0.85$ ) และความทนทานของระบบหายใจและไหลเวียน ( $\bar{X} = 0.85$ ,  $SD = 0.85$ ) ตามลำดับ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ โดยทั่วไประบบโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงกระดูกมีจำนวนแคลเซียมลดลง ทำให้เปราะบางและหักง่าย มีปริมาณกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้ออ่อนกำลัง ทำให้การทรงตัวไม่ดี มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย เมื่อมีการบาดเจ็บกระดูกต้นขาหักยิ่งส่งผลให้สมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยลดต่ำลง โดยเฉพาะในเรื่องของการทรงตัว การเคลื่อนไหว หรือการเดิน เนื่องจากการบาดเจ็บทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวต้องนอนอยู่กับที่เป็นเวลานาน และส่งผลให้ความแข็งแรงทนทานและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง เมื่อได้รับการผ่าตัดรักษาแล้วผู้สูงอายุก็ต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายนานกว่าวัยอื่น เนื่องจาก ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีผลจากระบวนการเสื่อมอยู่แล้ว โดยตั้งแต่อายุ 30 ปี สมรรถภาพทางกายจะค่อยๆ ลดลงร้อยละ 1 ทุกๆ ปี (วิไลวรรณ, 2545; Greenberg et al., 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของมารอทโทลี (Marattoli, 1994) พบว่า ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต้นขามักมีข้อจำกัดในเรื่องการเคลื่อนไหว และกิจกรรมที่เกี่ยวกับการเคลื่อนย้าย ทั้งนี้เนื่องมาจากกิจกรรมการเคลื่อนไหวและ

การเคลื่อนย้ายตนเองจำเป็นต้องใช้พลังงานและอาศัยการทรงตัว ซึ่งกล้ามเนื้อบริเวณต้นขาเป็นกล้ามเนื้อมัดใหญ่ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทรงตัวและการเดิน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพทางกายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกายมากกว่าวัยอื่นที่อายุน้อยกว่า

*ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตน การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ และสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา*

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตน การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ และสมรรถภาพทางกายโดยรวม พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .71, p < .01$ ) และการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถภาพทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .62, p < .01$ ) แสดงว่า ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขาที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูง มีเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ ก็จะกระตือรือร้นมีความพยายามในการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเมื่อปฏิบัติอย่างถูกต้องสม่ำเสมอก็จะทำให้ได้รับผลสำเร็จของการมีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้นตามมา ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของเบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีผลต่อการกระทำหรือพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคล ซึ่งถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมก็จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ แต่หากบุคคลรับรู้ว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะปฏิบัติก็จะหลีกเลี่ยงหรือไม่พยายามจะกระทำพฤติกรรมเหล่านั้น

จากผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ดังเช่น การศึกษาของเบญจวรรณ (2543) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบแผลเปิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ อรพินท์ (2543) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ส่วนคอนน์ (Conn, 1997) พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ โฟเรย์ และคณะ (Foreyt et al., 1995) อ้างตามเบญจวรรณ, 2543) พบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่นเดียวกัน

การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา เน้นการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพของกระดูกและกล้ามเนื้อ ให้กระดูกมีความแข็งแรง กล้ามเนื้อมีขนาดใหญ่ขึ้น บริเวณข้อต่างๆ มีความยืดหยุ่นดี ร่างกายจึงจะสามารถเคลื่อนไหวได้คล่อง และมีความสมดุลของการทรงตัวมากขึ้น (Ross & Presswalla, 1998) หากผู้ป่วยปฏิบัติอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ก็ส่งผลให้มีสมรรถภาพทางกายที่ดี สามารถยืนทรงตัวถูกนั่งได้เอง รวมถึงสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีตามมา และลดการพึ่งพาบุคคลอื่นได้ในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกายกับสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยโรคอื่นๆ พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายเกิดความสมดุลในการทรงตัว มีความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อ และความทนทานของระบบหายใจและไหลเวียนเพิ่มขึ้น ดังเช่น การศึกษาของมิลส์ (Mills, 1994) พบว่า การออกกำลังกายชนิดแอโรบิกที่มีความหนักเบาในระดับต่ำทำให้ความยืดหยุ่นและการทรงตัวของผู้สูงอายุดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวีรจิต (2540) พบว่าการฝึกออกกำลังกายทำให้องค์ประกอบด้านความยืดหยุ่นของร่างกาย และความสามารถในการเคลื่อนไหวด้วยการเดินของผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มขึ้น และซีฮิลค์ (Schilke, 1999) พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องทำให้การไหลเวียนโลหิตดี อัตราการเต้นของหัวใจ และแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง มีผลทำให้ความดันโลหิตของผู้สูงอายุลดลง จึงสรุปได้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกายสามารถพัฒนาสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้

จากการศึกษาวิจัยจะเห็นว่าการการรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม และส่งผลต่อสมรรถภาพทางกาย ดังนั้นในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขาที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ก็จะมี ความพยายามที่จะกระทำให้สำเร็จตามเป้าหมาย นั่นคือ การมีสมรรถภาพทางกายที่ดีตามมา ทั้งในด้านความสมดุลของร่างกาย ความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อ และทางด้านความทนทานของระบบหายใจและไหลเวียน แต่เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ การพัฒนาสมรรถภาพทางกายจำเป็นต้องใช้เวลามากกว่าวัยอื่น ดังนั้นควรส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อการมีสมรรถภาพทางกายที่ขึ้นตามมา