ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

นางนันทยา เสนีย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

EFFECT OF PERCEIVED SELF-EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON REHABILITATION BEHAVIOR IN PATIENTS WITH FEMORAL FRACTURE RECEIVING INTERNAL FIXATION

Mrs. Nuntaya Sanee

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน
โดย	นางนันทยา เสนีย์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	นายแพทย์วรวรรธน์ ลิ้มทองกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ นายแพทย์ วรวรรธน์ ลิ้มทองกุล)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

นันทยา เสนีย์: ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน(EFFECT OF PERCEIVED SELF-EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON REHABILITATION BEHAVIOR IN PATIENTS WITH FEMORAL FRACTURE RECEIVING INTERNAL FIXATION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นพ. วรวรรธน์ ลิ้มทองกุล 158 หน้า.

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดหลังการทดลองในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลศูนย์ตรัง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 50 คน และกำหนดให้ผู้ป่วย 25 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และอีก 25 คนเป็นกลุ่มทดลอง โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองให้มีคุณคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ และระดับการศึกษา กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมจำนวน 4 ครั้งโดยใช้เวลาในการทดลองทั้งหมด 8 สัปดาห์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน ซึ่งมีความตรงตามเนื้อหา และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา....พยาบาลศาสตร์ ..... ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2554..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

5277632036: MAJOR SCIENCE NURSING

KEYWORDS: PERCEIVED SELF -EFFICACY / REHABILITATION BEHAVIOR/
PATIENTS WITH FEMORAL FRACTURE

NUNTAYA SANEE : EFFECT OF PERCEIVED SELF-EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON REHABILITATION BEHAVIOR IN PATIENTS WITH FEMORAL FRACTURE RECEIVING INTERNAL FIXATION. ADVISOR: ASSIST.PROF.SUNIDA PREECHAWONG, Ph.D., CO-ADVISOR : WORAWAT LIMTHONGKUL M.D. 158 pp.

This quasi - experimental study aims to examine the effect of the Perceived Self-Efficacy Promoting Program on rehabilitation behavior in patients with femoral fracture receiving internal fixation. The participants were 50 patients with femoral fracture receiving internal fixation at Trang hospital. The first 25 patients were assigned to a control group and another twenty five were in an experimental group. Both groups were matched in term of gender, age, and level of education. The control group received conventional nursing care where as the experimental group joined the 8-week perceived self-efficacy promoting program. Data collection instruments were demographic and rehabilitation behaviors questionnaires. Content validity of the questionnaires was validated by five experts. Internal consistency reliability determined by Cronbach's alpha coefficients was 0.88. Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and independent t-test.

The findings were presented as follows:

The mean score of rehabilitation behaviors of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p < .05$).

Field of Study : ..Nursing Science..... Student's Signature.....

Academic Year :.....2011..... Advisor's Signature.....

Co - advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์วรวรรธน์ ลิ้มทองกุล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอ และเป็นแบบอย่างของความเป็นครูที่ดีมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตา ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี และเป็นกำลังสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ ขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าและเพื่อนร่วมงานวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรังทุกท่านที่ให้แรงใจสนับสนุน จนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับบัณฑิต ส่วนหนึ่งที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ซึ่งประเสริฐที่สุดในชีวิตของลูก ที่คอยปลูกฝังความคิดการสนใจใฝ่ศึกษา ให้การสนับสนุนในทุกด้าน ทั้งยังคอยห่วงใยและเป็นกำลังใจให้มาโดยตลอด สนับสนุนและเป็นกำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีพระคุณที่กล่าวมาทุกท่าน ให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพใจที่สมบูรณ์ แข็งแรง ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

สารบัญแผนภูมิ..... ญ

บทที่

1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

คำถามการวิจัย..... 6

วัตถุประสงค์การวิจัย..... 6

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 6

สมมติฐานการวิจัย..... 9

ขอบเขตการวิจัย..... 10

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 10

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 11

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 13

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บกระดูกขาหัก..... 14

พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน..... 20

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน..... 33

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน .. 41

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน..... 48

บทที่		หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย	59
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	61
	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	67
	วิธีดำเนินการทดลอง	70
	การวิเคราะห์ข้อมูล	76
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	77
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	84
	สรุปผลการวิจัย	88
	อภิปรายผลการวิจัย	88
	ข้อเสนอแนะ	94
รายการอ้างอิง		96
ภาคผนวก		102
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	103
	ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	104
	ภาคผนวก ค ใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย	155
	ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย โรงพยาบาลศูนย์ตรัง	159
	ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูล	161
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์		171

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนประยุกต์ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของBandura (1997).....	44
2	คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา.....	157
3	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เสนอผลการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ.....	78
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 25) และกลุ่มควบคุม (n = 25)จำแนกเป็นรายข้อ.....	80
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 25) และกลุ่มควบคุม (n = 25).....	82
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 25) และกลุ่มควบคุม (n = 25).....	83
7	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 25) และกลุ่มควบคุม (n = 25) จำแนกเป็นรายข้อ.....	158
8	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 25) และกลุ่มควบคุม (n = 25) จำแนกเป็นรายข้อ.....	160
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง.....	163

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (P) สภาพแวดล้อม (E) และพฤติกรรม (B) ในการกำหนดซึ่งกันและกัน.....	34
2	แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไข และความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	35
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	58
4	ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	77

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติเหตุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรแม้จะมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง แต่สถิติการเกิดอุบัติเหตุจากการท้องถนนในปัจจุบันยังค่อนข้างสูงแม้จะมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง การเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้งก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน เวลาและการสูญเสียทรัพยากรบุคคล จากการสำรวจจำนวนคดีอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก จำแนกตามประเภทผู้ใช้ทาง ความเสียหาย และผู้ต้องหา พ.ศ. 2546 - 2550 พบว่ามีผู้ประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต ในปี พ.ศ.2546 - 2550 จำนวน 14,446 คน 13,766 คน 12,871 คน 12,693 คน และ 12,498 คน ตามลำดับ และได้รับการบาดเจ็บ ในปี พ.ศ.2546 - 2550 จำนวน 81,070 คน 94,164 คน 94,446 คน 83,290 คน และ 79,006 คน ตามลำดับ (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ,2550) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่ามีผู้ป่วยต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากการบาดเจ็บของกระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 17.7 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) โดยบริเวณที่พบกระดูกหักส่วนใหญ่คือกระดูกขา จากการศึกษาของ Wick, Muller, and Ekkernkamp (1998) พบว่า 86 % ของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุเป็นการบาดเจ็บกระดูกขาหัก โดยเฉพาะบริเวณกระดูกหน้าแข้งหักแบบมีแผลเปิดเนื่องจากเนื้อเยื่อที่คลุมกระดูกส่วนนี้ทางด้านหน้าและด้านข้างมีน้อย ในประเทศไทยพบว่ากระดูกบริเวณที่หักมากที่สุดคือขาส่วนล่าง (ชายธวัช งามอุโฆษ, 2539) นอกจากนี้จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลตรัง เมื่อปี พ.ศ. 2553 จำนวน 1,857 คน พบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกต้นขา 373 คน คิดเป็นร้อยละ 20.1 และมีผู้ป่วยที่รับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่วัสดุดามภายในด้วย plate และ screw จำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 66.48 (สถิติผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรงพยาบาลตรัง, 2553)

กระดูกขาเป็นกระดูกที่ทำหน้าที่รองรับน้ำหนักตัวของร่างกาย เมื่อเกิดการบาดเจ็บย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาและอันตรายตามมา โดยเฉพาะเมื่อเกิดการหักบริเวณต้นขาและมีการหักของกระดูกแบบปิด (closed fracture) อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากการบาดเจ็บ เช่น การสูญเสียเลือด ไขมันหลุดลอยในกระแสเลือด การติดเชื้อและความพิการต่างๆ เช่นขาสั้นกว่าอีกข้าง (shortening) กระดูกติดผิดรูป (mal alignment) เป็นต้น การรักษากระดูกหักจึงเป็นภาวะสำคัญและเร่งด่วน ต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงที ปัจจุบันวิธีการรักษากระดูกหักโดยการผ่าตัด

จัดเรียงและดามกระดูกด้วยวัสดุภายในเป็นวิธีที่นิยมมาก เนื่องจากมีข้อดีหลายประการ เช่น จัดเรียงกระดูกได้โดยตรง ยึดกระดูกได้มั่นคง เคลื่อนข้อต่อได้เร็ว (บุญสิน บูรณะพาณิชย์กิจ, 2547) ผู้ป่วยสามารถฟื้นสภาพลุกจากเตียงได้เร็วและสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว

การรักษากระดูกต้นขาหักแบบแผลปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดจัดเรียงและดามกระดูกด้วยวัสดุภายในแล้ว โดยทั่วไปหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตให้ฝึกเดินด้วยไม้ค้ำยัน ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับชนิดของเหล็กที่ใช้ดามกระดูกและสภาพความแข็งแรงของร่างกาย เมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นและสามารถเดินด้วยไม้ค้ำยันได้ หากผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสามารถเดินด้วยไม้ค้ำยันได้ แพทย์จะอนุญาตให้กลับไปพักฟื้นต่อที่บ้านและนัดมาตรวจเป็นระยะ ทั้งนี้เพราะระยะเวลาการติดกันของกระดูกส่วนของขาประมาณ 12 สัปดาห์ แปรตาม อายุ ตำแหน่งที่หัก ชนิดและการรักษา (บุญสิน บูรณะพาณิชย์กิจ, 2547) ในช่วงที่ผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้านโดยมีวัสดุดามภายใน ผู้ป่วยจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างที่แตกต่างไปจากที่เคยปฏิบัติ และต้องเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตนในการส่งเสริมการติดกันของกระดูก เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อที่กระดูก นอกจากนี้การใส่วัสดุดามภายในอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น กระดูกไม่ติด ,กระดูกหักซ้ำ , เหล็กหักและงอจากการเดินลงน้ำหนักก่อนแพทย์อนุญาต (บุญสิน บูรณะพาณิชย์กิจ, 2547) จากข้อมูลรายงานการประชุมของหน่วย Primary Care Team (PCT) กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ ปี พ.ศ. 2552 ของโรงพยาบาลตรัง พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.02 ของผู้ป่วยทั้งหมด ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกภายใน ต้องกลับเข้าโรงพยาบาลอีกครั้งจากภาวะกระดูกหักซ้ำ (fail plate) ด้วยสาเหตุหลายประการ อาทิ การปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เช่น ปล่อยไม้เท้าเดินลงน้ำหนักก่อนแพทย์อนุญาต เป็นต้น อุบัติเหตุ จากการลื่นล้มในห้องน้ำ ลูกยางไม้ค้ำยันรักแร้สึก หรือจากการต้องปฏิบัติกิจทางศาสนา เช่น ทำละหมาดทุกวันในท่าคุกเข่า จากสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เช่น ห้องนอนอยู่ชั้นบน ห้องน้ำเป็นส้วมซึมต้องนั่งยอง เป็นต้น

การผ่าตัดรักษาถึงแม้จะประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยต้องกลับมาโรงพยาบาลหากผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ ไม่สามารถเคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ (พนิดา ชูสุวรรณ, 2539; ทัศนีย์ ธนะศาล, 2544) และผู้ป่วยต้องกลับมาโรงพยาบาล ทั้งนี้ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ด้านการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย พบว่า ขาดคู่มือ แนวทางที่ชัดเจนและครอบคลุมในการให้คำแนะนำ ตลอดจนยังขาดความต่อเนื่องในการติดตามเยี่ยมที่บ้าน จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียเวลา เพิ่มระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพิ่ม

ภาระค่าใช้จ่าย ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (มรรยาท ณ นคร, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ด้านการรับประทานอาหารพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีวิตามินซีและแคลเซียมสูงในระดับปานกลาง และการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้มากเกินไปในระดับต่ำ ด้านท่าทางการเคลื่อนไหวพบว่ายังปฏิบัติได้ในระดับปานกลางในพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงจากอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการมีผู้ช่วยเหลือเมื่อต้องทำกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดการเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้อม เช่น การเดินขึ้น ลงบันได เข้าห้องน้ำ ฯลฯ ด้านการออกกำลังกายพบว่ายังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่บ้านในระดับปานกลาง ด้านการป้องกันการติดเชื้อพบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง และด้านการรับประทานยาพบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง (ทัศนีย์ ธนะศาล, 2544; เบญจวรรณ ละอองผล, 2543)

ผู้ป่วยกระดูกหักแม้ว่าจะได้รับการรักษาแล้ว แต่ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ทั้งภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย เช่น ภาวะข้อติดแข็งหรือเคลื่อนไหวข้อได้น้อย กระดูกติดผิดรูป(malunion) กระดูกไม่ติด (nonunion) ภาวะกล้ามเนื้อฝ่อลีบเนื่องจากไม่ได้ใช้งาน (disuse atrophy) ภาวะเกิดกระดูกงอกในกล้ามเนื้อ (myositis ossifican) หรือการติดเชื้อ (วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม, 2539) ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจทำให้เกิดความพิการตามมา โดยความพิการส่วนใหญ่เป็นความพิการแขนขาลีบ เหยียดงอไม่ได้คิดเป็นร้อยละ 16.9 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกจากความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติก็ได้รับผลกระทบด้วยทั้งด้านภาระในการดูแลรักษาพยาบาล ด้านเศรษฐกิจ และสังคม ประเทศไทยได้มีการศึกษาถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ซึ่งประเมินจากค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและไม่สามารถทำงานได้ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุคิดเป็นร้อยละ 3 ของรายได้ประชาชาติหรือ 74,000 ล้านบาท (นครชัย เผื่อนปฐม,2544) จากผลกระทบดังกล่าวมีความจำเป็นที่จะต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการให้ได้มากที่สุด โดยการฟื้นฟูสภาพหลังการรักษาทางออร์โธปิดิกส์ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งมีความสำคัญน้อยมากกว่าการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อให้การรักษาแล้วยังไม่หายเป็นปกติมีความบกพร่องหรือความพิการหลงเหลืออยู่ จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยสามารถจะใช้งานส่วนที่หักนั้นได้เหมือนปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด(สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2539) เพื่อให้สามารถนำศักยภาพที่ยังเหลืออยู่นั้นมาปรับสภาพให้ใช้งานได้ในชีวิตประจำวัน ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยตนเอง

โดยไม่ต้องเป็นภาระต่อผู้อื่น (มานพ ประภายานนท์, 2543) การฟื้นฟูสภาพเป็นการดูแลผู้ป่วยและผู้พิการร่วมกันและต่อเนื่องกับการรักษาทางยาหรือการผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การรักษาได้ผลดี ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องเริ่มบริหารกล้ามเนื้อและเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ผลสำเร็จของการรักษานอกจากจะทำให้กระดูกติดเหมือนเดิมแล้ว ยังทำให้สามารถใช้งานได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด (สุนทร บวรรัตนเวช,2532 อ้างในสุคนธา ผดุงวัตร,2537) ในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้พร้อมที่จะกลับบ้านไปพักฟื้นต่อที่บ้าน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่บ้านอย่างถูกต้อง จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาการให้ข้อมูลหรือสอนผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล (ขวัญชนก หัตถา, 2545; พนิดา ชูสุวรรณ, 2539) และติดตามเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ซึ่งมักพบปัญหาของผู้ป่วยที่ผ่าตัดใส่วัสดุดามภายใน คือ กระดูกหักซ้ำเนื่องจากสภาพที่พักอาศัยของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนอีกอย่างหนึ่ง ได้แก่ การสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะดามกระดูก ซึ่งพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น เพศ การสูบบุหรี่ การมีกระดูกหักร่วมในขาข้างเดียวกัน การลงน้ำหนักก่อนแพทย์อนุญาต หรือเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินไม่ถูกต้องและไม่ชำนาญก่อนกลับบ้าน เป็นต้น (ต้อม จันทรศัพท์ และคณะ, 2552) นอกจากนี้ ยังมีรายงานว่ามีผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก ประมาณร้อยละ 60 เท่านั้นซึ่งออกกำลังกายข้อสะโพก ขาและกล้ามเนื้อต้นขา อย่างถูกวิธีและปฏิบัติเป็นประจำ (ทัศนีย์ ธนะศาล, 2544) ในทำนองเดียวกัน นิภาพร โชติรัตน์ (2550) รายงานว่า ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขามีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพรวมทั้งการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยการใช้สื่อการสอน ประกอบด้วยคู่มือการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน และการให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติอย่างถูกต้อง เพื่อส่งเสริมการหายของกระดูกจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในได้มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

ในปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกระดูกขาหัก อาทิ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทั้งนี้พบว่าแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หรือการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ (เบญจวรรณ ละอองผล, 2543) และในกลุ่มผู้ป่วย

สูงอายุ (นิภาพร โชติรัตน์, 2550) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยดังกล่าวระบุว่า ผู้ป่วยกระดูกขาหักมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

แนวทางการปฏิบัติงานการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ของงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง ประกอบด้วยบทบาทตามแผนการรักษาและบทบาทอิสระในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย คือผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลตามแนวทางที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่อาจเกิดขึ้น การฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีที่สุดตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน และส่งเสริมผู้ป่วยให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ(งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง,2550) และก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ทางโรงพยาบาลจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านโดยทางหอผู้ป่วยมีแผ่นพับแนะนำการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักให้ผู้ป่วย เนื้อหาในแผ่นพับประกอบด้วยความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

จากการทบทวนงานวิจัยในอดีต พบว่า ได้มีการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆ และพบว่ามีประสิทธิผลดี เช่น ในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน (จุฑาวดี วงษ์สมบัติ และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2551) กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ธิรานี ด่านขุนทด และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2552) อย่างไรก็ตาม การนำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ในการจัดกิจกรรมพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกยังมีไม่มากนัก การวิจัยที่ผ่านมามักมุ่งเน้นที่การจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด หรือไม่ก็ลดความวิตกกังวล จากความเป็นมาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตรากระดูกหักซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติโดยเร็ว

พยาบาลในฐานะบุคลากรทางสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัวได้เป็นสิ่งสำคัญมาก และจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องหากลวิธีในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจจะพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตรากระดูกหักซ้ำ ส่งเสริมการติดกันของกระดูกและส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติในระยะเวลาที่กำหนด

คำถามการวิจัย

การเพิ่มพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในโดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดการให้ความรู้ในผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์ของ Roach,Tremblay, & Bowers (1995) ความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์ (‘need to know’) ของ Edwards (2003) โครงการสอนผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนก้านหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกแบบภายในของขวัญชนก หัตถา (2545) ร่วมกับนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) ของ Bandura (1997) ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน ซึ่งทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self- Efficacy)ถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและการคงอยู่ของพฤติกรรม(ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ; Bandura, 1997) โดยมุ่งสร้างความมั่นใจ และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ การรับรู้ความสามารถเป็นการตัดสินความสามารถของบุคคลว่าจะปฏิบัติ พฤติกรรมให้สำเร็จ ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรม เป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีทักษะและความสามารถ(Pender,2002) ทั้งนี้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน(Perceived self-Efficacy) ของ Bandura (1997) เชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการได้ต้องผ่านกระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อน หากบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม และพฤติกรรมนั้น ๆไม่ยากเกินความสามารถของตนเอง บุคคลนั้นจะมีความพยายาม ไม่ท้อถอย นำไปสู่การกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเกิดการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้นๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541; Bandura,1997)

การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) สามารถพัฒนาขึ้นโดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แนวทางที่สำคัญ คือ 1) การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) การให้ความรู้เป็นแนวทางหนึ่งของแนวทางการให้คำแนะนำ เป็นปัจจัยขั้นแรกและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติขั้นต่อไป 2) การได้เห็นการทำกิจกรรมของตัวแบบ (Vicarious experience) เนื่องจากกระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน พฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ การที่บุคคลเห็นพฤติกรรมที่เหมาะสมจากผู้อื่น ช่วยชี้นำการกระทำของเขาได้ 3) การประเมินทางสภาพสรีรวิทยาและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and effective states) บุคคลต้องมีการประเมินความพร้อมของสภาพร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ที่ส่งเสริมความสามารถ เพื่อให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเต็มศักยภาพ และ 4) การประสบความสำเร็จในการลงมือกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) เป็นข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาก ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นว่าตนเองทำได้สำเร็จ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) ของ Bandura (1997) อธิบายว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเกิดขึ้นได้จากแหล่งสนับสนุน 4 แนวทางที่สำคัญ คือ 1) การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) 2) การได้เห็นการทำกิจกรรมของตัวแบบ (Vicarious experience) 3) การประเมินทางสภาพสรีรวิทยาและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and effective states) และ 4) การประสบความสำเร็จในการลงมือกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม โดยจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในมีความรู้ เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพ และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน เพื่อลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ทั้งนี้การจัดกิจกรรม การทดลอง จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60นาที ใช้ระยะเวลาตั้งแต่หลังผ่าตัดวันที่ 2-3 ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน 1 วัน และการโทรศัพท์ติดต่อในสัปดาห์ที่ 2-3ของการทดลอง และวัดผลพฤติกรรมภายหลังการได้รับโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 8 ของการทดลอง ซึ่งจากการศึกษาของนงเยาว์ ภูริวัฒนกุล และคณะ (2550) พบว่า การให้ข้อมูล 2-3 ครั้ง สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โดยกิจกรรมของการศึกษาครั้งนี้ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persua sion) โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้ คำแนะนำและการพูดชักจูงเพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง

กระดูกภายใน เกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพได้สำเร็จ การให้ข้อมูลตามแผนการสอนเรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน” ซึ่งมีเนื้อหาเรื่อง การรับประทานอาหาร ท่าทางการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการรับประทานยา ผ่านวีดีโอร่วมกับการที่ผู้วิจัยพูดกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เน้นย้ำว่าผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพได้และสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยโดยญาติและผู้วิจัยในการปฏิบัติพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพนั้น ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพ

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยให้สังเกตตัวแบบ 2 ลักษณะ คือตัวแบบจริงจากผู้วิจัยในการสาธิตตัวอย่างอาหารที่ควรรับประทาน ท่าทางการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการรับประทานยา ร่วมกับการได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์จากวีดีโอ ตามแผนสอนเรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน”และคู่มือ “การปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกหักใส่โลหะยึดตรึงภายใน” การได้เห็นตัวแบบจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ จดจำ และเลียนแบบทำตามตัวแบบ เกิดการคล้อยตามและมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน ว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง การกระทำตามตัวแบบเป็นการรวมเอากระบวนการจูงใจไว้ด้วยกัน (Bandura, 1986) การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้เห็นตัวแบบจากผู้วิจัย ร่วมกับการได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์จากวีดีโอ และคู่มือ ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีแรงจูงใจและเกิดความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพอย่างสม่ำเสมอ จนเกิดเป็นแบบแผนของพฤติกรรมได้

3. การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and effective states) โดยผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยด้วยการพูดคุย สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้ผ่อนคลายด้วยการแสดงความเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่นุ่มนวลให้เกียรติ จัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งจัดกระบวนการเรียนรู้ให้มีการฝึกทักษะการรับประทานอาหาร ท่าทางการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการรับประทานยา และมีส่วนร่วมในการอภิปรายโดยผู้วิจัยเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน ได้พูดระบายความรู้สึกภายหลังจากการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายในอยู่ในระดับเหมาะสมก็จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงขีดความสามารถของตนเอง และสามารถกระทำพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพได้ ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ได้กล่าวว่าการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ในระดับที่เหมาะสมจะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้น ดังนั้นการที่ผู้วิจัยได้มีการอภิปราย

ร่วมกับให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และพูดระบายความรู้สึกเป็นการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสม

4. การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยร่วมกันอภิปรายเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม ปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติ และช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา ฝึกการปฏิบัติตนขณะใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในด้วยตนเอง และประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ แล้วนำมาอภิปรายร่วมกันเพื่อกระตุ้นให้ ผู้ป่วยที่ปฏิบัติพฤติกรรมถูกต้องคงปฏิบัติต่อไปและเป็นตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยคนอื่นต่อไป การที่ผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จจะทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเชื่อว่าเมื่อกระทำกิจกรรมนั้นอีก หรือทำกิจกรรมที่คล้ายกัน ก็สามารถทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเคย ความสำเร็จหลายๆครั้งจะช่วยสร้างความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรค (Bandura ,1997) เมื่อผู้ป่วยได้กระทำการฝึกปฏิบัติ จนเกิดความมั่นใจและเชื่อในสมรรถนะแห่งตนแล้ว จึงเกิดความพยายามในการปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอ มีการกระทำอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นพฤติกรรม

โดยสรุป ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงภายใน เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยจะจัดกิจกรรมผ่านแหล่งข้อมูล 4 ช่องทาง ดังนี้ 1) ใช้คำพูดชักจูงด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะใส่โลหะยึดตรึงภายใน ผ่านตัวแบบจริงและตัวแบบสัญลักษณ์ และวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ 2) การเรียนรู้ ผ่านตัวแบบจริงและตัวแบบสัญลักษณ์ วีดีโอ และคู่มือการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกหักใส่โลหะยึดตรึงภายใน 3) การกระตุ้นทางร่างกายและกระตุ้นทางอารมณ์โดยการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้ผ่อนคลายให้เกิดความเป็นกันเอง และ 4) การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเองด้วยการฝึกการรับประทานอาหาร ท่าทางการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการรับประทานยา โดยมีการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมด้วยการอภิปรายและแสดงความคิดเห็น ด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลายมีความเป็นกันเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพอย่างสม่ำเสมอจนเกิดเป็นพฤติกรรม

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน อายุ 15 – 59 ปี ที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลศูนย์ตรัง

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกต้นขาของขาข้างใดข้างหนึ่งเพียงตำแหน่งเดียวและเป็นหักแบบปิด (Closed fracture) ซึ่งอาจเกิดจากแรงกระแทกโดยตรงหรือโดยอ้อมและได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน (Open reduction and internal fixation: ORIF) หมายถึง การผ่าตัดกระดูกต้นขาหักแบบเปิดแผลผ่าตัดให้เห็นรอยหักและจัดชิ้นหักให้เข้าที่แล้วยึดตรึงภายในด้วย plate, screws, และ nail เพื่อให้กระดูกอยู่นิ่งและมั่นคง

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพื่อปรับสภาพด้านร่างกายให้คืนสภาพเดิม หรือใกล้เคียงสภาพเดิมของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร ท่าทางการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการรับประทานยา โดยให้ผู้ป่วยรายงานตนเองตามแบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การจัดกิจกรรมที่มีแบบแผนเพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) โดยดำเนินการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน มีการจัดกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ใช้ระยะเวลาตั้งแต่หลังผ่าตัดวันที่ 2-3 ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน 1 วัน และติดต่อทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 – 3 ของการทดลอง กิจกรรมประกอบด้วย 4 วิธี คือ

1. การใช้คำพูดชักจูงโดยการให้ความรู้ คำแนะนำและการพูดชักจูงโดยอภิปรายในเรื่อง “พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน” ผ่านวีดีโอ พูดกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เน้นย้ำว่าผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพได้และสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยโดยญาติและผู้วิจัยในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพนั้น

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ โดยผู้วิจัยสาธิตการรับประทานอาหาร ท่าทางการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการรับประทานยา โดยมีวีดีโอตามแผนสอนเรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน”และคู่มือ “การปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกหักใส่โลหะยึดตรึงภายใน”

3. การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยด้วยการพูดคุย สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้ผ่อนคลายด้วยการแสดงความเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่นุ่มนวลให้เกียรติ จัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติกิจกรรม เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน ได้พูดระบายความรู้สึกภายหลังจากการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะดามภายในอยู่ในระดับเหมาะสม

4. การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วย โดยการร่วมกันอภิปรายเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม ปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติ และช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา ฝึกการปฏิบัติตนขณะใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในด้วยตนเอง และประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ แล้วนำมาอภิปรายร่วมกันเพื่อกระตุ้นให้ ผู้ป่วยที่ปฏิบัติพฤติกรรมถูกต้องคงปฏิบัติต่อไปและเป็นตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยคนอื่นต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทพยาบาลในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

2. ด้านการศึกษาจะเป็นแนวทางสำหรับอาจารย์ในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการให้คำแนะนำและส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร ท่านั่งในการขับถ่าย การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การป้องกันการติดเชื้อ และท่าทางการเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันกระดูกหักซ้ำของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

3. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาค้นคว้าวิจัย ในประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันกระดูกหักซ้ำของผู้ป่วยกระดูกต้น

ขาหัก เช่น การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บกระดูกขาหัก
    - 1.1 ความหมายของการบาดเจ็บกระดูกหัก
    - 1.2 กลไกการเกิดการบาดเจ็บกระดูกหัก
    - 1.3 อาการและอาการแสดง
    - 1.4 ภาวะกระดูกขาหัก
    - 1.5 การรักษา
    - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน
2. พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน
    - 2.1 ความหมายพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพ
    - 2.2 ปัญหาพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ
    - 2.3 ผลกระทบจากการที่มีพฤติกรรมการฟื้นฟูที่ไม่เหมาะสม
    - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพ
    - 2.5 การประเมินพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ
3. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997)
4. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน
5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บกระดูกหัก

1.1 ความหมายของการบาดเจ็บกระดูกหัก

กระดูกหักเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยจากสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะจากอุบัติเหตุจราจร การใช้ยานพาหนะที่มีกำลังและแรงขับเคลื่อนสูง ประกอบกับการขาดความระมัดระวัง (มรรยาท ณ นคร, 2547) และได้มีผู้ให้ความหมายของกระดูกหักไว้ ดังนี้

Altizer (2002) กล่าวว่า กระดูกหัก หมายถึง การที่โครงสร้างกระดูกมีการแตกแยกออกจากกัน ซึ่งอาจมีเศษของกระดูกไปทำลายเนื้อเยื่อบริเวณรอบๆกระดูก

เนตรนภา คู่พันธวี (2544) ให้ความหมายกระดูกหักว่า หมายถึง การที่ส่วนประกอบของกระดูกแตกแยกออกจากกันอาจเป็นการแตกแยกโดยสิ้นเชิง หรือยังมีส่วนที่ติดอยู่บ้างก็ได้เมื่อมีกระดูกหักไม่เพียงแต่กระดูกเท่านั้นที่ได้รับอันตราย เนื้อเยื่อโดยรอบกระดูก เส้นเลือดเส้นประสาทเอ็น ก็ได้รับอันตรายไปด้วยไม่มากก็น้อยแล้วแต่ความรุนแรง

ชาญยุทธ สุภชาติวงศ์ (2547) ให้ความหมายกระดูกหักว่า หมายถึง กระดูกที่เปลี่ยนสภาพหรือรูปร่างไปหลังถูกแรงกระทำ ทำให้ไม่สามารถใช้งานตามปกติได้ มีสาเหตุจากมีแรงมากระทำต่อกระดูกสูงกว่ากระดูกปกติจะทนได้ เช่น ถูกรถชน

มรรยาท ณ นคร (2547) ให้ความหมายกระดูกหักว่า หมายถึง การมีการแตกแยกของชิ้นกระดูกออกจากกัน โดยอาจจะเป็นการแยกจากกันของชิ้นกระดูกโดยสิ้นเชิง หรือ การหักที่ยังมีบางส่วนของกระดูกติดกันอยู่ การที่กระดูกหักอาจส่งผลให้เนื้อเยื่อที่อยู่รอบกระดูกหักได้รับอันตรายได้ เช่น มีการฉีกขาดของเอ็น เส้นเลือดและเส้นประสาท

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า กระดูกหักหมายถึง การที่ส่วนประกอบของกระดูกมีการแตกแยกออกจากกัน มีการเปลี่ยนรูปร่างไปหลังถูกแรงกระทำ โดยอาจมีการแยกกันของกระดูกออกจากกันหรือบางส่วนยังติดกันอยู่ โดยกระดูกที่หักอาจไปทิ่มแทง หรือทำลายเนื้อเยื่อเส้นเลือด เส้นประสาทบริเวณรอบๆกระดูกที่หัก

1.2 กลไกการเกิดการบาดเจ็บกระดูกหัก

กระดูกหักหรือแตกในลักษณะต่าง ๆ กันสามารถแบ่งได้ ดังนี้

1.2.1 แรงกระทำโดยตรง (direct force) หมายถึง มีแรงกระทำหรือแรงกระแทกหรือแรงอัดต่อกระดูกโดยตรง เช่น การถูกตี การถูกรถชน เป็นต้น

1.2.2. แรงกระทำโดยอ้อม (indirect force) หมายถึง แรงกระทำต่อกระดูกที่หนึ่งและมีแรงส่งจากแรงกระทำต่อกระดูกที่อยู่ใกล้เคียง เกิดการหักของกระดูกที่ตำแหน่งอื่น เช่น หกล้มก้นกระแทกพื้น แล้วเกิดการหักของกระดูกต้นขา เป็นต้น

1.3 อาการและอาการแสดง

กระดูกหักเป็นการบาดเจ็บของกระดูกที่เกิดร่วมกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อรอบๆ สามารถตรวจพบอาการผิดปกติต่าง ๆ ได้ดังนี้

1.3.1 ปวดและกดเจ็บ ผู้ป่วยทุกคนที่มีกระดูกหักและระบบประสาทส่วนนั้นยังปกติจะมีอาการปวดเสมอ และจะเกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นอย่างมากบริเวณกระดูกที่หักในกรณีกดหรือทำให้อวัยวะส่วนที่หักมีการเคลื่อนไหว (เจริญ โชติกวณิชย์, 2539) จากการศึกษาของ Santy and Mackintosh (2001) ซึ่งศึกษาถึงปรากฏการณ์ความเจ็บปวดในผู้ป่วยกระดูกขาหัก พบว่าผู้ป่วยให้สัมภาษณ์ในเรื่องประสบการณ์ความเจ็บปวดว่า “ปวดมาก” “ปวดที่สุดในชีวิต” “ไม่สามารถอธิบายหรือเปรียบเทียบความเจ็บปวดนี้กับสิ่งใดได้เลย” ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงและน่ากลัว ปวดจนไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหรือทรงตัวอยู่ได้เลย

1.3.2 บวม จากการที่เนื้อเยื่อบริเวณกระดูกที่หักถูกทำลาย อาจพบได้ทันทีจากเลือดออกภายในหรือในระยะแรกหลังการบาดเจ็บจากกระบวนการอักเสบซึ่งเป็นกระบวนการซ่อมแซมของร่างกาย (ชาญยุทธ ศุภชาติวงศ์, 2547)

1.3.3 ฟกช้ำ (ecchymosis) พบได้เสมอ จะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่บาดเจ็บนั้นมีเลือดออกมากและอยู่ลึกจากผิวหนังเพียงใด

1.3.4 ทุพพลภาพ (disability) เกิดจากกระดูกที่หักจะไม่สามารถรับแรง น้ำหนักหรือคงสภาพโครงร่าง ทำให้ไม่สามารถยืน เดิน หรือใช้งานร่างกายส่วนนั้นได้ (Simpson and Johnson, 1999)

1.3.5 วิกลรูป (deformity) เป็นลักษณะเฉพาะของกระดูกหักแต่ละชนิด จะเห็นได้ชัดในช่วงที่ยังไม่มีอาการบวมของเนื้อเยื่อรอบๆ เช่น Colles fracture จะเห็นลักษณะข้อมือวิกลรูปเหมือนส้อม (dinner fork)

1.3.6 ลักษณะท่าทาง (attitude) เช่น ผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักขาจะสั้นลง และนอนในท่าปลายเท้าหมุนออก

1.3.7 เสียงเสียดสีกระดูกหัก (crepitation) เมื่อมีการเคลื่อนไหว

1.3.8 การเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น บริเวณกึ่งกลางของกระดูกท่อนยาวหักจะเคลื่อนที่ไปคนละทางหรือหักทำมุมได้

1.4 ภาวะกระดูกขาหัก

ภาวะกระดูกขาหักโดยเฉพาะบริเวณหน้าแข้ง (tibia) พบได้บ่อยหลังจากเกิดอุบัติเหตุ (Wick, Muller, and Ekkernkamp , 1998) โดยส่วนใหญ่กระดูกขาส่วน tibia และ fibulaมักเกิดร่วมกันเสมอ (ไพรัช ประสงค์จีน, 2541) เนื่องจากกระดูกหน้าแข้งอยู่ติดกับ subcutaneous tissue

ซึ่งอยู่ตื้นเวลาถูกกระแทกแรงๆ หรือเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง แรงกระทำจะเกิดที่กระดูกหน้าแข้งโดยตรง จึงมักพบกระดูกหักแบบมีแผลเปิดได้บ่อย ซึ่งมักสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (สรศักดิ์ สุภผล, 2547) แรงที่ทำให้กระดูกหักจะทำลายเซลล์ กล้ามเนื้อ กระดูก เนื้อเยื่ออ่อน เยื่อหุ้มกระดูก หลอดเลือด และเส้นประสาทรอบๆกระดูก ร่วมกับการทิ่มแทงของปลายกระดูกที่หัก (McLain and Weinstein, 2003:435-451) อาการแสดงเมื่อเกิดภาวะกระดูกขาหักคือ ความปวดบวม มีเลือดออก ไม่สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หักได้ มีอาการชา เดินหรือเคลื่อนไหวลำบาก เป็นต้น (Simpson and Johnson, 1999)

1.4.1 ขั้นตอนการติดของกระดูกหัก

กระดูกหักเมื่อได้รับการจัดเข้าที่ และมีการยึดตรึงกระดูกไว้จะมีโอกาสติดได้ตามธรรมชาติ โดยมีขั้นตอนการติดกันของกระดูกหัก (Frature healing process) ดำเนินเป็นระยะเวลา 4 ขั้นตอน(วรรณี สัตยวิวัฒน์,2539)

ระยะที่ 1 ระยะการรวมกันเป็นก้อนเลือด (stage of hematoma) เป็นระยะหลังกระดูกหักใหม่ ๆ ในวันที่ 2 – 3 จะมีเลือดออกอยู่รอบ ๆบริเวณกระดูกที่หัก โดยเลือดนี้มาจากเนื้อเยื่อ เส้นเลือดต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ บริเวณกระดูกที่หักที่มีการถูกทำลายหรือฉีกขาด และออกจากบริเวณปลายกระดูกที่หัก เลือดที่ออกจะรวมกันเป็นก้อนเลือด (clot) อยู่รอบ ๆปลายกระดูกที่หัก

ระยะที่ 2 ระยะการเจริญของเนื้อเยื่อรอบปลายกระดูก (stage of organization of hematoma)เกิดในระยะวันที่ 3 – 14 หลังกระดูกหัก โดยบริเวณรอบๆปลายกระดูกที่หักจะมีพวก fibroblast ที่เป็นพวก mesenchyme cell งอกมาจากเยื่อหุ้มกระดูกชั้น endosteum และ periostum ทะลุก้อนเลือดที่จับอยู่รอบ ๆปลายกระดูกที่หักเข้าไปประกอบกันเป็นเส้นเลือดเล็ก ๆ (capillaries) ในก้อนเลือดและกลายเป็นเนื้อเยื่อที่เจริญรอบ ๆ ปลายกระดูกที่หัก คือ เป็น granulation tissues

ระยะที่ 3 ระยะการสร้างกระดูกอ่อน (stage of organization tissue and formation of callus) เป็นระยะหลังวันที่ 14 ของการมีกระดูกหักขึ้นไป ระยะนี้เป็นระยะที่มีเลือดไปเลี้ยงกระดูกที่หักมาก เรียกว่า ระยะ hyperemia ซึ่งจะมีเซลล์ของเยื้อหุ้มกระดูก periosteum และ endosteum เข้าไปใน granulation tissue และเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์กระดูกอ่อน เรียกว่า osteoblast ซึ่งสร้างสารชื่อว่า osteon ที่เป็นเซลล์สร้างกระดูกโดยฝังตัวอยู่ในโพรงหรือ lacuna ของกระดูก มีสารพวกแคลเซียม และฟอสฟอรัสเข้าไปเกาะกับ osteon แล้วมีการรวมตัวกันเกิดเป็นกระดูกอ่อนที่สร้างใหม่(callus) หรือกระดูกอ่อนที่ยังไม่แข็งแรง (immature bone)ที่จะเชื่อมปลายกระดูกที่หักให้เชื่อมติดต่อกัน

ระยะที่ 4 ระยะการปรับแข็งเป็นปกติของกระดูก (stage of organization of bone) เป็นระยะที่กระดูกอ่อนที่สร้างใหม่จะปรับตัวเป็นกระดูกแข็งปกติ โดยระยะนี้จะเริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่

4 หรือเป็นเวลา 1 เดือนหลังกระดูกหัก ตัว callus จะปรับตัวเป็นกระดูกแข็ง ซึ่งประกอบด้วยตัวเปลือกกระดูกแข็ง (cortex bone) และส่วนข้างในเป็นกระดูกพรุน (cancellous bone หรือ spongy bone) กระดูกเดิมกับกระดูกใหม่ที่สร้างขึ้นก็เชื่อมติดกันเป็นเนื้อเดียวกัน มีความแข็งแรงตามปกติ

1.5 การรักษา

การรักษากระดูกหักนั้นมีเป้าหมายของการรักษาคือ พยายามที่จะรักษาขาที่ได้รับบาดเจ็บและการทำหน้าที่ของขาไว้ให้ได้ โดยการทำให้กระดูกที่หักนั้นเข้ารูป (Reduction) และอยู่นิ่ง (Immobilization) เพื่อทำให้กระดูกหักติดไม่ผิดรูป การที่จะทำให้กระดูกหักอยู่นิ่งมีหลายวิธีเช่น การใส่เฝือก การดึงด้วยเครื่องดึงถ่วง (Traction) การดามด้วยโลหะดามกระดูก (ก้องเขต เหรียญสุวรรณ, 2546: 34-37) ในปัจจุบันโรงพยาบาลมีความพร้อมทั้งอุปกรณ์และบุคลากร ส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีการทำผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่ และยึดตรึงกระดูกที่หักไว้ภายในร่างกายด้วยวัสดุต่างๆ (ORIF: open reduction internal fixation) ซึ่งได้มีการริเริ่มทำโดยชาวอังกฤษ ชื่อ Sir William Arbuthnot Lane (มรรยาท ณ นคร, 2547) ปัจจุบันเป็นวิธีที่แพทย์ออร์โธปิดิคส์นิยมใช้กันมาก เนื่องจากมีข้อดีหลายประการ โดยการผ่าตัดจัดและยึดตรึงกระดูกหากทำได้ถูกวิธีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน จะให้ผลดีกว่าการใส่เฝือก กระดูกที่จัดจะเข้าที่ได้ง่ายทำให้จัดกระดูกที่หักอยู่ในแนวที่ใกล้เคียงสภาพปกติได้ดี ทำให้ขามีรูปร่างและความยาวเหมือนเดิม ผู้ป่วยสามารถฟื้นสภาพได้เร็ว ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้น (วิรุฬ เหล่าภัทรเกษม, 2532)

1.5.1 การรักษาโดยการผ่าตัด

ปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบของวัสดุยึดตรึงกระดูกให้เหมาะสอกับชนิดการหักของกระดูกตลอดจนแนวทางรักษากระดูกต้นขาหักด้วยการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักมี 2 วิธี (กฤษณ์ กาญจนฤกษ์, 2546; เจริญ โชติกวณิชย์, 2539; บรรจง มไหสวริยะ,2542; มรรยาท ณ นคร, 2547) ดังนี้

การผ่าตัดยึดตรึงด้วยแกนโลหะ (Intramedullary nail) เป็นการรักษากระดูกหักบริเวณกระดูกต้นขา แบ่งเป็น 2 วิธี คือชนิดที่ไม่เปิดบริเวณที่กระดูกหัก (closed nailing) เป็นการจัดเรียงกระดูกให้เข้าที่โดยการดึงภายใต้การควบคุมของเครื่องถ่ายชนิดมีจอภาพ และชนิดที่เปิดเข้าบริเวณที่กระดูกหัก (opened nailing) เป็นการใส่แกนโลหะจากรอยกระดูกหักโดยตรง ทำได้โดยผ่าเข้าไปจนถึงรอยหัก ซึ่งแกนโลหะที่ใช้ตรึงกระดูกสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามรูปร่างลักษณะการใช้และตามกลไกที่ก่อให้เกิดความมั่นคง

ก. แกนโลหะมาตรฐานทั่วไป (standard medullary nail) ที่ได้รับความนิยม คือ Kuntscher,AO,Schneider Samson nail

ข. แกนโลหะที่สามารถล็อคด้วยสกรูได้ (interlocking medullary nails)

ค. แกนโลหะที่อ่อนตัว ทำให้งอหรือเหยียดตรงได้ (flexible medullary nail) เช่น Rush, Ender nail มีหลักการตรึงกระดูกหักให้เกิดจุดตรึง 3 จุดคือ ปลายบน ล่าง และตรงตำแหน่งกระดูกหัก ทั้ง 3 จุด จะเป็นจุดที่แกนโลหะสัมผัสกับกระดูกทำแกนโลหะยึดกระดูกหักได้อย่างมั่นคง

การผ่าตัดยึดตรึงด้วยแผ่นโลหะ (plate) และสกรู (screw) เป็นการรักษากระดูกต้นขาหักกรณีที่มีกระดูกหักหลาย ๆที่ หรือกระดูกหักในส่วนบนหรือส่วนอื่นที่ยึดตรึงด้วยแกนโลหะแล้วไม่มั่นคงพอ ซึ่งตามหลักเอเอสไอเอฟ (Association for Study of Internal Fixation : ASIF) แผ่นโลหะดามกระดูกและสกรูที่ใช้ยึดมีหน้าที่ 3 ประการคือ 1)ทำให้เกิดแรงกดภายในแนวแกนกระดูกของปลายกระดูกหัก (axial compression) 2) ถ่ายทอดแรงที่มากระทำ 3) ป้องกันไม่ให้เกิดการทรุดตัวของกระดูก คงความยาวของกระดูกไว้ได้ วิธีการผ่าตัดที่นิยมใช้คือ การดามกระดูกแบบไดนามิคคอมแพรสชั่น เพลท (Dynamic compression Plate: DCP)

1.5.2 ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากการใส่โลหะยึดตรึงภายใน

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงโลหะแบบภายในนั้น ในระยะแรกจะเหมือนการผ่าตัดอื่น คือ มีการเสียเลือดซึ่งเสี่ยงต่อภาวะช็อค มีปัญหาความเจ็บปวดจากการมีบาดแผล เคลื่อนไหวตัวเองหรือขยับส่วนที่ผ่าตัดได้น้อย ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองจำเป็นต้องมีผู้กระทำให้ (กฤษณ์ กาญจนฤกษ์,2546; เจริญ โชติกวณิชย์,2539; บรรจง มไหสวริยะ ,2542; มรรยาท ณ นคร, 2547) สำหรับผลกระทบสืบเนื่องมาจากการผ่าตัดต่อมาในระยะหลัง จะเป็นปัญหาจากกระบวนการทำลายเนื้อเยื่อระหว่างผ่าตัด เช่น ถ้ามีการทำลายเยื่อหุ้มกระดูกมากการตีดกันของกระดูกจะช้าขึ้น การใส่โลหะยึดตรึงกระดูกแบบภายในที่ไม่เปิดแผลผ่าตัดจะมีการทำลายเนื้อเยื่อต่างๆ น้อยการซ่อมแซมจะเป็นไปได้เร็ว การผ่าตัดยังทำให้มีบาดแผลและวัสดุยึดตรึงเป็นสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการตรึงกระดูกที่หัก ถ้าไม่มั่นใจทำให้กระดูกปลายเคลื่อนไหว โลหะหัก หรืองอได้ ทำให้กระดูกติดช้าหรือไม่ติด การใส่โลหะยึดตรึงภายในไว้เป็นเวลานานยังเสี่ยงต่อปัญหาความไม่แข็งแรงของกระดูก เนื่องไม่ได้รับการกระทำที่กระดูก แต่แรงต่างๆ จะผ่านไปที่โลหะแทน กระดูกจึงเปราะเกิดการหักได้ง่าย ดังนั้นจึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยมาผ่าตัดเอาโลหะที่ดามไว้ออกเมื่อการเชื่อมติดกันของกระดูกสมบูรณ์ดีแล้ว ยังทำให้การเคลื่อนไหวได้จำกัดนั้น ส่งผลต่อต่อกำลังกล้ามเนื้อส่วนที่ไม่ได้งานลดลง มีข้อติดขัดในรายที่ไม่ได้เคลื่อนไหวข้อ สำหรับผลกระทบด้านจิตใจแจไม่เป็นปัญหามากถ้าผลการรักษาดี และผู้ป่วยเข้าใจปัญหาและแนวทางการรักษา อาจมีความวิตกกังวลได้บ้างในกรณีที่ผู้ป่วยชอบพึ่งพาตนเอง หรือชอบที่จะทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง แต่ถ้ามีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวไม่นาน มีการฟื้นฟูดีปัญหาใน

ด้านนี้ก็น่าจะน้อยหรือขจัดออกไปได้ (กฤษณ์ กาญจนฤกษ์,2546; เจริญ โชติกวณิชย์,2539; บรรจง มไหสวริยะ, 2542; มรรยาท ณ นคร, 2547)

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

1.6.1 บันทึกสัญญาณชีพ

1.6.2 ดูแลท่อและขวดระบายสิ่งขับหลั่งให้มีการระบายที่ดี ตลอดจนบันทึกจำนวนและลักษณะของสิ่งขับหลั่ง

1.6.3 จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสม

- รายที่ผ่าตัดกระดูกสะโพก ให้กางมาข้างที่ผ่าตัดออกและงอเข่าเล็กน้อย
- สอดหมอนใบเล็กใต้เข่าเพื่อป้องกัน hyperextension ของเข่า และ external rotation ของขา
- ป้องกันขาบิดหรือหมุนออกด้านนอกโดยใช้ม้วนผ้าวางด้านนอก(trochanter roll)

1.6.4 แนะนำการบริหารร่างกาย

- หลังผ่าตัดวันแรกให้เริ่มทำ Isometric คือ เกร็งกล้ามเนื้อแขน ขา และ Isotonic คือ ROM exercise เช่น กระดูกนิ้ว กระดูกข้อมือและเท้า โหน trapeze
- ต่อมาให้ฝึกลุกนั่งโดยไขเตียงขึ้น แล้วจึงให้ลุกขึ้นด้วยตนเองบนเตียงก่อน ต่อมาจึงให้ลงนั่งข้างเตียง
- หัดเดินด้วย walker หรือ crutches โดยไม่ลงน้ำหนักการลงน้ำหนักบางส่วนหรือเต็มที่ได้เมื่อไร่ขึ้นอยู่กับแพทย์ที่ผ่าตัด

1.6.5 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

- แผลกดทับ
- เกิดการหดรั้งของข้อสะโพกและข้อเข่า
- ปอดบวม
- ฟองอากาศ หรือ ก้อนเลือด หรือไขมันอุดตันในหลอดเลือด
- หลอดเลือดดำอักเสบ

1.6.6 แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน

- การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน
- การออกกำลังกาย
- การลงน้ำหนักถ้าผ่าตัดที่ขา
- การดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย
- การรับประทานยาและมาตรวจตามนัด

2. พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

2.1 ความหมายพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพ

การฟื้นฟูสภาพ เป็นกระบวนการที่กำหนดขึ้นเพื่อให้บริการแก่บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทั้งในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่อยู่ในระหว่างพักฟื้น ให้ได้รับการปรับสภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ให้กลับคืนสู่สภาพเดิมเท่าที่จะทำได้ ให้สามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะพึงกระทำได้ตามอัตภาพของแต่ละบุคคล และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ(ลั่นทม เศรษฐกร, 2532)

พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ เป็นกิจกรรมการปฏิบัติของบุคคลที่มีความเจ็บป่วยเพื่อการฟื้นฟูสภาพของอวัยวะให้สามารถใช้งานหรืออยู่ในสภาพที่ทำหน้าที่ได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ (มรรยาท ณ นคร, 2547) โดยทั่วไปการฟื้นฟูสภาพมีจุดมุ่งหมาย 4 ประการ คือ

ก. เพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายที่ยังปกติให้มีความสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เหมือนเดิมมากที่สุด

ข. เพื่อป้องกันอวัยวะหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บไม่ให้เสื่อมสลายมากยิ่งขึ้น

ค. ป้องกันการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น แผลกดทับ ปอดบวม ข้อติดแข็ง

ง. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถช่วยเหลือตนเองโดยอิสระ

พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เพื่อฟื้นฟูสภาพของอวัยวะให้สามารถใช้งานหรืออยู่ในสภาพที่ทำหน้าที่ได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติ ช่วยลดหรือป้องกันการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายและจิตใจ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างอิสระ โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจตลอดจนป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งการรักษาจะได้ผลดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วย

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดทันที (inmediate recovery phase) ช่วงเวลานับตั้งแต่เสร็จสิ้นการผ่าตัด และผู้ป่วยถูกส่งอยู่ห้องพักฟื้น หรือถูกส่งกลับไปยังหอผู้ป่วย ระยะนี้อยู่ในช่วงเวลาวันที่หนึ่งของการผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นจากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก หายใจได้เองแต่อาจมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ อาจต้องให้ออกซิเจน มีสัญญาณชีพคงที่แต่ยังคงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและอาจมีท่อระบายต่าง ๆ

2. ระยะหลังผ่าตัดช่วงแรก (early recovery phase) คือ ช่วงเวลาสัปดาห์แรกของการ

ผ่าตัดร่างกายของผู้ป่วยเริ่มทำงานได้ตามปกติ มีสติสัมปชัญญะเต็มที่ สัญญาณชีพคงที่ ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวลุกเดินได้ ไม่จำเป็นต้องให้ออกซิเจนหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เริ่มรับประทานอาหารได้ ระยะนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆได้ เช่น มีไข้ หลอดเลือดดำส่วนลึกอักเสบและมีการอุดตัน แผลติดเชื้อ

3. ระยะหลังผ่าตัดช่วงหลัง (late recovery phase) คือช่วงเวลาหลังสัปดาห์แรกถึง 1 เดือนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เกิดขึ้น ไม่มีท่อระบาย แผลผ่าตัดได้รับการตัดไหมและกลับไปพักฟื้นหรือดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ทั้งในระยะหลังผ่าตัดช่วงแรก และระยะหลังผ่าตัดช่วงหลัง ซึ่งการศึกษาในช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังได้รับการฟื้นฟูไปแล้วระยะหนึ่ง หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลหรือการฟื้นฟูที่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยตามมา (วิภา แซ่เซี้ย และ อนงค์ ประสาธน์วนกิจ, 2548; Kaempf & Goralski, 1996; Smith & Watkin,1985; Wosornu, 1982)

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยไม่รบกวนต่อกระบวนการซ่อมแซมของกระดูกที่หัก (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2542) โดยการฟื้นฟูสภาพมีจุดมุ่งหมายสำคัญ 4 ประการ คือ

ก. เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะ หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายที่ยังปกติให้มีความสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เหมือนเดิมมากที่สุด โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวของข้อ

ข. เพื่อป้องกันอวัยวะ หรือส่วนใดส่วนหนึ่งขอองร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บไม่ให้เสื่อมสลายมากยิ่งขึ้น หรือเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและทนทานต่อกล้ามเนื้อ

ค. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น กล้ามเนื้อฝ่อลีบ ข้อติดแข็ง เป็นต้น และเร่งให้กระดูกติดเร็วขึ้น

ง. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองโดยอิสระ โดยสามารถลุกเดินได้โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2542; มรรยาท ณ นคร, 2547)

การฟื้นฟูสภาพเป็นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องกับการรักษาทางยาหรือการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การรักษาได้ผลดี ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องเริ่มบริหารกล้ามเนื้อและเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ผลสำเร็จของการรักษานั้นนอกจากจะทำให้กระดูกติดเหมือนเดิมแล้ว ยังทำให้สามารถใช้งานได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด (สุคนธา ผดุงวัตร, 2537) ในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้พร้อมที่

จะกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้านพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกลับบ้านอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง โดยผู้ป่วยควรมีความรู้ในเรื่อง การปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาที่ถูกต้อง การดูแลแผลผ่าตัดให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ การบริหารขาข้างที่ผ่าตัด การใช้ไม้ค้ำยันช่วยเดินอย่างถูกต้อง และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรมีความรู้ในเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ การฝึกให้มีการขับถ่ายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว และแหล่งสนับสนุนทางสังคม (วชิราภรณ์ สุมนวงศ์, 2538; สุคนธา ผดุงวัตร, 2537)

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะเป็นการทำให้ฟื้นฟูสภาพได้ดี และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แต่การหายจากการบาดเจ็บหรือเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นมาได้ ก็ต้องอยู่ที่การวางแผนของผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยคือ บุคลากรทีมสุขภาพ ที่จะเป็นผู้กำหนดหรือช่วยวางแผนการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วย เพื่อให้มีแนวทางต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ และเป็นการป้องกันไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยหรือจากการผ่าตัด การที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์มีการฟื้นฟูสภาพที่ดีได้ โดยเฉพาะให้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ (mobility)มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง บทบาทสำคัญของพยาบาลที่ต้องเตรียมผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ทั้งในขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน ควรให้คำแนะนำการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่เกิดขึ้น จะมีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยต่อไป โดยผู้ป่วยควรมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และเหมาะสม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.ด้านการปฏิบัติกิจกรรม ในระยะแรกประมาณ 2 – 3 เดือน ผู้ป่วยไม่ควรออกแรงหนักหลังจากนั้นจึงสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ แต่ไม่ควรออกแรงมาก ผู้ป่วยควรใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ซึ่งระยะเวลาในการใช้ในผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการติดของกระดูก แพทย์ผู้รักษาอาจให้เปลี่ยนแปลงหลังมาตรวจตามนัด เช่น ให้ลงน้ำหนักเพิ่มขึ้น ในกรณีที่ผลเอกซเรย์พบว่า การดามกระดูกได้ผลดีและอยู่ในแนวที่ถูกต้อง หรืออนุญาตให้เลิกใช้ได้หากแน่ใจว่ากระดูกติดดีแล้ว (มรรยาท ณ นคร,2547) โดยทั่วไปภายหลังการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขาหัก แพทย์จะอนุญาตให้ลงน้ำหนักบนขาข้างที่ผ่าตัดได้ร้อยละ 25 ของน้ำหนักตัว เมื่อเวลาผ่านไป 2-3 สัปดาห์

จึงค่อยๆ เพิ่มเป็นร้อยละ 50 ของน้ำหนักตัว และภายหลังการผ่าตัด 6 สัปดาห์มักจะสามารถให้ลงน้ำหนักได้เต็มที่ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์,2542) ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวต่างจากบุคคลทั่วไป ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ถึงวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่เกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ

ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน มีปัญหาที่พบได้เสมอ คือ การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น เมื่อไม่รู้สึกเจ็บปวดบริเวณตำแหน่งที่หักก็พยายามทำกิจกรรมเดินลงน้ำหนักก่อนที่กระดูกจะเริ่มติด ทำให้เหล็กที่ใช้ยึดกระดูกรับน้ำหนักเกินกว่าจะทนได้จึงเกิดภาวะเหล็กหักหรือกระดูกไม่ติดได้ (มานพ ประภายานนท์,2543; นงเยาว์ จันทร์จรัส,2548) จึงควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆที่จะมีผลให้เกิดการเลื่อนหลุดหรือการหักของโลหะที่ใช้ดามไว้ภายใน เช่น การนั่งพับเพียบ การนั่งยอง ฯลฯ และควรมีผู้ช่วยเหลือในกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดการพลัดตกหกล้ม เช่น การเข้าห้องน้ำ หรือเดินขึ้นลงบันได นอกจากนี้ควรจัดสิ่งของต่างๆ และสภาพแวดล้อมในบ้านให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วย ควรทำเท่าที่จะสามารถทำได้ควรเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหว เช่น การล้างหน้าแปรงฟัน การรับประทานอาหาร ฯลฯ ซึ่งการทำให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหว ช่วยป้องกันกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง และข้อติดแข็ง ทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ดีขึ้น

2. ด้านการออกกำลังกาย การที่กล้ามเนื้อมีการหดคลายตัว และข้อต่อต่างๆ มีการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตึงภายใน จำเป็นต้องให้มีการออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา ข้อสะโพกและข้อเท้า ทั้งขาข้างที่ทำการผ่าตัดและไม่ทำการผ่าตัด เพื่อให้กล้ามเนื้อมีการหดและคลายตัวเพิ่มกำลังและความทนทานของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและข้อต่าง ๆได้มีการเคลื่อนไหวคล่องตัว เป็นผลให้ไม่มีการยึดติดกันของเอ็นและปลอกหุ้มข้อทำให้ร่างกายมีความคล่องแคล่วว่องไว ทรงตัวดี เนื่องจากการทำงานประสานกันของระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาที่และแรงขึ้น การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ส่งผลให้โลหิตไปเลี้ยงบริเวณแผลและกระดูกที่หัก ทำให้การหายของแผลดีขึ้น การออกกำลังกายที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2542; ณัฐชยา พลาชีวะ, 2542; ไพรัช ประสงค์จีน, 2541; มรรยาท ณ นคร, 2547)

2.1 การออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา (quadriceps setting exercise: QSE) โดยเหยียดขาให้ตรง กดเข่าลงให้แนบชิดกับพื้นไม่ให้ข้อมีการเคลื่อนไหว และเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาไว้ประมาณ 5 วินาที (นับ 1 – 5 ช้า ๆ) แล้วคลายพัก และเริ่มใหม่ อย่างน้อย 10 – 15 ครั้งต่อชั่วโมง อย่างน้อยวันละ 5 ครั้ง โดยเริ่มในวันที่ 1-2หลังผ่าตัด จะได้ผลดีมาก (วชิรภรณ์ สุมนวงศ์, 2538) เพื่อให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง สามารถรับน้ำหนักตัวได้

2.2 การออกกำลังสะโพก โดยนอนราบยกขาขึ้นตรงๆ (straight leg raising exercise)ในระดับ 45 -60 องศาหรืออาจถึง 90 องศา และเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาไว้ นับ 1 -5 ช้า ๆ วางขาลงแล้วเริ่มใหม่ เป็นการบริหารเพื่อป้องกันการงอของข้อสะโพก และทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง

2.3 การออกกำลังข้อต่างๆ โดยให้ข้อได้มีการขยับในทุกทิศทางของการเคลื่อนไหว (Range of motion :ROM) อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ๆละ 3 รอบ จึงเพียงพอสำหรับการป้องกันข้อยึดติด (กิ่งแก้ว ปาจรีย์,2542) และสามารถใช้งานข้อได้ตามปกติ การออกกำลังเท้าควรปฏิบัติด้วยการกระดกข้อเท้าขึ้น (dorsiflexion) การปล่อยข้อเท้าลง (plantarflexion) การหมุนข้อเท้าเข้าข้างใน(inversion) การหมุนข้อเท้าออกข้างนอก(eversion) การออกกำลังกายข้อเท้ามีประโยชน์ช่วยป้องกันการเกิดข้อเท้าตก ส้นเท้าจะไม่แตะพื้นทำให้เท้ารับน้ำหนักตัวไม่ได้ ซึ่งวิธีการแก้ไขคือต้องทำการผ่าตัดยืดเอ็นร้อยหวาย (achillis tendon) ที่ข้อเท้าเพื่อให้ส้นเท้าแตะพื้น

นอกจากนี้ความสม่ำเสมอในการบริหาร ซึ่งหมายถึง จำนวนครั้งต่อวัน และความต่อเนื่องของการบริหารเป็นสิ่งสำคัญในการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการที่บุคคลออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอนั้น แต่ละคนมีเหตุผลหรือเงื่อนไขแตกต่างกัน โดยการรายงานการศึกษาของฟิชเชอร์ และคณะ (Fisher, et al. 1994 อ้างตาม เบญจวรรณ ละอองผล, 2543) พบว่า ผู้ป่วยข้อเสื่อมระยะที่อยู่ในโปรแกรมการออกกำลังกาย 3 เดือน สามารถบริหารได้อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ความแข็งแกร่ง ความทนทานของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น แต่หลังจากติดตามผลในระยะ 8 เดือน พบว่า ค่าความแข็งแกร่ง ความทนทานของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากผู้ป่วยเบื่อหน่ายและไม่มีความสม่ำเสมอในการบริหาร

2.2 ปัญหาพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ซึ่งสามารถแบ่งได้ดังนี้ (เนตรนภา คู่พันธวี และช่อลดา พันธุเสนา ,2541; ปิยะนุช เชาวน์วุฒิพันธ์ และสุวดี ชูสุวรรณ, 2540; มรรยาท ณ นคร, 2547; Phipps, 1999)

2.2.1 การรับประทานอาหาร

อาหารที่ส่งเสริมการหายของกระดูก เพื่อการฟื้นหายของกระดูก ผู้ป่วยควรได้อาหารหลักครบ 5 หมู่ โดยเน้นอาหารประเภทโปรตีนสูง แคลเซียม และวิตามินซี (Luckman & Sorensen, 1987)

โปรตีน ช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายและช่วยให้ร่างกายแข็งแรง อาหารที่มีโปรตีนมากอาจเป็นอาหารที่ได้จากสัตว์หรือพืช แต่โปรตีนที่ได้จากสัตว์และผลิตผลจาก

สัตว์เป็นแหล่งโปรตีนที่สำคัญที่สุด เพราะให้กรดอะมิโนที่จำเป็นครบถ้วนกว่าพืช ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับโปรตีนปริมาณวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม อาหารที่มีโปรตีนสูงได้แก่ เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ไข่ นม ถั่วต่างๆ

แคลเซียม ช่วยในการสร้างกระดูกและเสริมความแข็งแรงของระบบกระดูก ผู้ป่วยควรได้รับแคลเซียมวันละ 400-500 มิลลิกรัม อาหารที่มีแคลเซียมมาก มักได้จากสัตว์ที่กินได้ทั้งกระดูก เช่น ปลาตัวเล็กตัวน้อย ปลากระป๋อง ปู หอย นอกจากนี้ นมเป็นแหล่งที่มีแคลเซียมสูง

วิตามินซี ทำหน้าที่เป็นเอนไซม์ร่วม (Co-enzyme) ช่วยเร่งปฏิกิริยาเกี่ยวข้องกับการสร้างคอลลาเจน ซึ่งเป็นโปรตีนชนิดหนึ่งในเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ทำหน้าที่เชื่อมเซลล์ต่างๆให้ติดกัน ช่วยป้องกันและต้านทานโรค ทำให้ร่างกายแข็งแรง ผู้ป่วยควรได้รับวิตามินซีวันละประมาณ 30 มิลลิกรัม อาหารที่มีวิตามินซีสูง เช่น ส้ม มะนาว ฝรั่ง ผักใบเขียว มะละกอสุก มะขามป้อม และมะเขือเทศ

2.2.2 พฤติกรรมท่าทางและการเคลื่อนไหว

ท่าทางการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันกระดูกหักซ้ำ หรือโลหะที่ดามไว้หัก เคลื่อนหลุดหรือหลวม การเดินด้วยไม้ค้ำยัน โดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ไม่ใส่โลหะดาม จนกว่ากระดูกติดดีหรือเมื่อแพทย์อนุญาต เพราะจะทำให้โลหะที่ดามไว้หักงอ หรือกระดูกไม่ติดได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องใช้ไม้ค้ำยันช่วยในการเดิน เพื่อหลีกเลี่ยงการลงน้ำหนักของข้างที่ใส่เหล็กดามดังกล่าว การเดินด้วยไม้ค้ำยันที่ถูกวิธี ผู้ป่วยต้องจับด้ามถือให้มั่นคง ข้อศอกผู้ป่วยงอประมาณ 20 องศา กดด้านบนของไม้ค้ำยันกับด้านข้างของทรวงอก ไม่เดินโดยกดรักแร้ทับด้านบนของไม้ค้ำยัน เพราะอาจเกิดอันตรายต่อเส้นประสาท (crutches palsy) ได้ การเดินด้วยไม้ค้ำยันจะเริ่มด้วยการยืนทรงตัวให้ตรง เริ่มเดินโดยยกไม้ค้ำยันทั้ง 2 ข้างไปข้างหน้า แล้วก้าวขาข้างที่บาดเจ็บโดยไม่รับน้ำหนักไประดับเดียวกับไม้ค้ำยัน (non weight) เมื่อยันน้ำหนักด้วยไม้ค้ำยันได้มั่นคงแล้ว ก้าวขาดีตามไป ส่วนการขึ้นลงบันได จะยึดหลักว่า “ ดีขึ้น เลวลง ” คือ เวลาขึ้นบันได เอาขาดีก้าวขึ้นก่อนจึงเอาไม้ตาม เวลาลงบันไดเอาไม้และขาข้างที่เจ็บลง ขาดีค่อยตามมาทีหลัง

2.2.3 การออกกำลังกาย

ผู้ป่วยควรหมั่นออกกายบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆเพื่อป้องกันการลีบเล็กอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและข้อติด เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และเพิ่มความสามารถในการเหยียดหรืองอตามข้อต่าง ๆ ช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตไปยังกล้ามเนื้อดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยในการเสริมสร้างและซ่อมแซมให้กระดูกติดกันเร็วขึ้น (วรรณี สัตยวิวัฒน์, 2539)

ก. การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (exercise for strength)

เนื่องจากผู้ป่วยกระดูกขาส่วนก้านหัก ภายหลังหลังผ่าตัด ขาข้างหักจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหว อาจเกิดการลีบเพราะไม่ได้ใช้งาน (Disuse atrophy) การออกกำลังกายประเภทนี้ผู้ป่วยจะต้องกระทำเอง (active exercise) เพราะฉะนั้นแล้วกล้ามเนื้อจะไม่มีความแข็งแรงขึ้นเลย สำหรับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ แบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. การออกกำลังกายแบบเกร็งกล้ามเนื้อ (isometric exercise) คือการออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อเฉพาะมัด ไม่มีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อ เป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยที่ข้อไม่เคลื่อนไหว ตัวอย่างการออกกำลังกายแบบเกร็งกล้ามเนื้อ สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล เช่นการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง สะโพก และกล้ามเนื้อเหยียดเข่า เพื่อเตรียมความพร้อมของกล้ามในการลุกเดิน การเกร็งกล้ามเนื้อแขนเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน เพื่อเตรียมผู้ป่วยในการเดินด้วยไม้ค้ำยัน หรือการได้รับการดึงถ่วงกระดูกเป็นต้น

2. การออกกำลังกายแบบคงความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Isotonic exercise) เป็นการออกกำลังกายโดยมีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อ เป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยมีการเคลื่อนไหวของข้อ การออกกำลังกานชนิดนี้ให้ผลดี เพราะข้อต่างๆ ของร่างกานมีการเคลื่อนไหว และกล้ามเนื้อหดรัดตัวและแข็งแรง การไหลเวียนเลือดดี

3. การออกกำลังกายแบบออกแรงต้าน (Resistive exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ให้แรงต้านต่อการทำงานของกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่นั้นๆ โดยแรงต้านนั้นอาจมาจากเครื่องมือต่างๆ หรือจากคน เช่น ระบบรอกและน้ำหนัก ตุ้มน้ำหนัก สปริง แรงต้านจากน้ำ จากมือผู้รักษาหรือผู้ป่วยเอง การออกกำลังกายแบบออกแรงต้านเป็นรูปการออกกำลังกายที่เป็นทั้ง isotonic และ/หรือ isometric exercise โดยในช่วงที่ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของข้อด้วย จะเป็นแบบ isotonic และในช่วงที่ต้านแรงเกร็งกล้ามเนื้อ จะเป็นแบบหนึ่งในการกระตุ้นให้กล้ามเนื้อให้แข็งแรงเร็วขึ้นในผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาอยู่บนเตียงนานๆ และมีภาวะกล้ามเนื้อลีบเกิดขึ้น ตัวอย่างการออกกำลังกายวิธีนี้ เช่น การให้ยกน้ำหนัก การใช้มือออกแรงดึงรอก การลุกนั่งโดยออกแรงดึงเชือกที่ผูกยึดกับปลายเตียง การออกแรงกดฝ่ามือบนที่นอนในท่านั่ง แล้วยกตัวรอยขึ้นจากที่นอนในท่านอนคว่ำหรือท่านั่งบนเตียงราบ

ข. การออกกำลังกายเพื่อการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (Exercise for range of motion) ประกอบด้วย

1. Range of motion (ROM) หมายถึงการเคลื่อนไหวได้เต็มที่ของข้อนั้นๆ ช่วงการเคลื่อนไหวของข้อ ในแต่ละคนมีมากน้อยแตกต่างกันไปตามกรรมพันธุ์ รูปแบบการเจริญเติบโต การเจ็บปวดและจำนวนของ กิจกรรมที่บุคคลนั้นปฏิบัติ ตามปกติการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ของร่างกายแต่ละแห่ง จะเคลื่อนไหวได้ในทางที่เฉพาะของข้อนั้นๆ

2. Range of motion exercise หมายถึง การเคลื่อนไหวของข้อต่อโดยไม่เกินช่วงการเคลื่อนไหวปกติของข้อต่างๆ

วัตถุประสงค์ของการออกกำลังเพื่อการเคลื่อนไหวของข้อต่อ

1. เพื่อคงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวปกติของข้อ
2. เพื่อป้องกันข้อยึดติด
3. เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของข้อในกรณีข้อยึดติดแล้ว

ประเภทของการออกกำลังกายเพื่อการเคลื่อนไหวของข้อต่อ

1. การออกกำลังกายข้อโดยมีผู้อื่นทำให้ (Passive range of motion exercise) กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อได้เอง พยาบาลเป็นผู้ช่วยทำให้เพื่อคงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวของข้อตามปกติ ไม่ให้เนื้อเยื่อเกี่ยวพันบริเวณรอบข้อหดยึดติดแข็ง

2. การออกกำลังข้อโดยผู้ออกกำลังกายเป็นผู้กระทำด้วยตนเอง และมีผู้อื่นช่วยด้วย (Active assistive range of motion exercise) กรณีนี้ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อพอที่จะเคลื่อนไหวข้อได้บ้าง ให้พยาบาลช่วยเคลื่อนไหวในบางช่วง โดยผู้ป่วยใช้กำลังเคลื่อนไหวข้อเท่าที่จะทำได้ และพยาบาลช่วยเคลื่อนไหวในช่วงที่ผู้ป่วยทำไม่ได้

3. การออกกำลังกายข้อโดยผู้ออกกำลังเป็นผู้กระทำด้วยตนเอง (Active range of motion exercise) กรณีผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวข้อได้เอง ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อได้อย่างอิสระ

4. การออกกำลังกายโดยผู้ออกกำลังออกแรงต้านกับแรงอื่น (Active resistive range of motion exercise) กรณีนี้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวข้อได้เอง โดยผู้ป่วยออกแรงต้านกับแรงอื่น เช่นการยกถุงทราย หรือตุ้มน้ำหนักเป็นต้น

2.3.4 การป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

การรักษาความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้าที่สวมใส่ รักษาความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัด โดยซับน้ำให้แห้งหลังอาบน้ำทุกครั้ง ไม่แกะเกาแผลอันทำให้เชื้อโรคเข้าสู่บาดแผลทำให้เกิดแผลอักเสบติดเชื้อได้ (ช่อราตรี สิริวัตถานันต์, 2530) พร้อมกันนี้หมั่นสังเกตอาการและอาการแสดงของแผลติดเชื้อคือ อาการปวด บวม แดง ร้อนรอบๆแผล หรือมีหนองไหลจากแผล (Monahan, Drake & Neighbors, 1994 : 1369; Taylor , Lillis & Le Mone, 1993 : 1268) หากมีอาการเช่นนี้เกิดขึ้นให้รีบกลับมาพบแพทย์โดยทันทีและแพทย์จะนัดผ่าตัดเอาเหล็กออกอีกครั้งภายหลังใส่ประมาณ 1 ½-2 ปี เพราะหากไม่เอาโลหะที่ดามไว้ออก กระดูกต้นขาส่วนที่มีโลหะดามจะบาง เนื่องจามีโลหะช่วยรับน้ำหนัก นอกจากนี้หากเกิดอุบัติเหตุกระดูกหักซ้ำยังทำให้รักษายากกว่าเดิมด้วย

2.3.5 การรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

การรับประทานยาให้ครบจำนวนและตรงตามเวลาทุกมื้อตามคำสั่งของแพทย์ เมื่อลืมรับประทานยามื้อใดมื้อหนึ่ง ไม่ควรเพิ่มในมื้อถัดไป ควรรับประทานยาในขนาดปกติ สำหรับยาหลังอาหาร จะต้องรับประทานหลังอาหารอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง ส่วนยาแก้ปวด แพทย์มักจะใช้ยาพาราเซตามอล ควรรับประทานเมื่อมีอาการปวดหรือมีไข้ โดยรับประทานครั้งละ 1-2 เม็ด หากมีอาการปวดอีก ควรทิ้งระยะให้ห่างจากมื้อที่แล้ว 4-6 ชั่วโมง หากไม่มีอาการปวดหรือไม่มีไข้ไม่จำเป็นต้องรับประทาน

2.3 ผลกระทบจากการที่มีพฤติกรรมการฟื้นฟูที่ไม่เหมาะสม

การบาดเจ็บกระดูกขาหักจากอุบัติเหตุย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ โดยเมื่อมีการบาดเจ็บอย่างรุนแรง ต้องเข้ารับการรักษาและต้องเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งจะส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจดังนี้

2.3.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผลกระทบทางด้านร่างกายที่พบอย่างเด่นชัดในผู้ป่วยกระดูกขาหัก พนิดา ชูสุวรรณ (2539) กล่าวไว้ดังนี้

ก. ความเจ็บปวดจากการได้รับบาดเจ็บและจากการผ่าตัด โดยจะมีอาการปวดมากในช่วงการอักเสบ (Inflammatory phase) คือ ตั้งแต่วันแรกของการบาดเจ็บถึงวันที่ 3 หรือ 4 หลังการบาดเจ็บ

ข. ไม่สามารถเคลื่อนไหวตามปกติได้ ต้องมีการจำกัดการเคลื่อนไหวหรือการเดินด้วยไม้ค้ำยัน จนกระทั่งกระดูกติดดี และต้องมีท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง สัมพันธ์กับการบาดเจ็บและการรักษา

ค. การมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จากการได้รับบาดเจ็บ เกิดบาดแผล การรักษาที่จะต้องมีโลหะยึดตรึง และการที่ต้องเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน นอกจากจะส่งผลกระทบทางด้านร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบทางด้านจิตสังคมร่วมด้วยถ้าผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับภาพลักษณ์ของตนเอง

2.3.2 ผลกระทบทางด้านจิตสังคม

ในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีผลกระทบทางด้านจิตสังคมควบคู่ไปด้วย เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยจึงมีการตื่นตระหนกต่อลักษณะอาการของตนเอง เนื่องจากไม่มีการเตรียมตัว หรือคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ผลกระทบด้านจิตสังคมที่พบมากในผู้ป่วย ได้แก่ (ปิยนุช เชาวน์วุฒิพันธ์ และสุวดี ชูสุวรรณ,2540; พนิดา ชูสุวรรณ, 2539)

ความเครียดและความวิตกกังวลจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น จากการได้รับบาดเจ็บ การต้องหยุดงานหรือขาดเรียน อันจะส่งผลทำให้ครอบครัวขาดรายได้ หรือต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษาพยาบาล ความเครียดหรือวิตกกังวลเกรงว่า จะไม่สามารถใช้อวัยวะส่วนที่หักได้ตามปกติ หรือการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะเมื่อไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งอาจจะนำไปสู่ความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงได้อีกด้วย

การทีต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม เช่น จากการเป็นหัวหน้างานมาเป็นบทบาทการเป็นผู้ป่วยอย่างกะทันหัน ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ตามปกติ ทั้งยังต้องมีการปรับตัวกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านสถานที่ และการปฏิบัติตัว

การที่ต้องปรับสภาพจิตใจให้ยอมรับกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อได้รับการบาดเจ็บ เช่น เกิดบาดแผล การรักษาที่ต้องมีโลหะยึดตรึง และการที่ต้องเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเมื่อเกิดการบาดเจ็บ และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆตามมา ซึ่งมากน้อยขึ้นกับสภาพการบาดเจ็บและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคนในการมีส่วนช่วยลดหรือขจัดผลกระทบดังกล่าว และการมีการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้การบาดเจ็บทุเลาลงอย่างรวดเร็ว และสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้เร็วที่สุด

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพ

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับการกระทำพฤติกรรมในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไปส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล (รัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2536) ในขณะเดียวกันก็พบว่า การกระทำของบุคคลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 2 ประการ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำดังที่ Bandura (1986) กล่าวไว้ ดังนั้นปัจจัยพื้นฐานจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำด้วย

2.4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีทั้งส่วนที่มีความสัมพันธ์ และส่วนที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งปัจจัยพื้นฐานบางประการที่ศึกษา ได้แก่

ก. อายุ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความมีวุฒิภาวะของบุคคลที่จัดการเกี่ยวกับเรื่องราวหรือปัญหาต่าง ๆ การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการ (Orem, 1995) ผู้ที่มีอายุมากกว่าจึงย่อมมีโอกาสมากกว่าที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆด้วยตนเอง และได้สังเกตเห็นตัวแบบการกระทำจากผู้อื่น ดังนั้นอายุที่แตกต่างกันจึงมี

ความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังเช่นการศึกษาของ Froman & Owen (1990) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารก และทักษะการดูแลทารกของมารดาในมารดา ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล จำนวน 200 ราย พบว่า อายุของมารดาเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และมีอำนาจในการทำนายการรับรู้สมรรถนะในการดูแลทารกในระดับสูง

ข. เพศ หมายถึง รูปลักษณะเฉพาะทางสระของร่างกายที่แสดงว่าเป็นหญิงหรือชาย แบ่งเป็น เพศชายและเพศหญิง

ค. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยพื้นฐานของการรู้คิด การตัดสินใจหรือพิจารณาเรื่องต่าง ๆ ช่วยให้บุคคลได้รับข่าวสาร พร้อมทั้งมีการเรียนรู้และเข้าใจข้อมูลต่าง ๆได้ง่าย รู้จักแสวงหาความรู้ และนำเอาความรู้ และประสบการณ์ที่ได้รับมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป ดังเช่นการศึกษาของรัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2536) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลิน จำนวน 200 ราย พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรรณ หอมนาน (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 150 คน พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองเช่นกัน

ง. รายได้ เป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ และเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น อันเป็นส่วนประกอบในการคิดและตัดสินใจในการกระทำต่าง ๆ และมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยได้มีผู้ศึกษาคือ Grembowski, et al.(1993) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ จำนวน 2,524 คน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจดีหรือมีรายได้สูงจะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจไม่ดี หรือมีรายได้ต่ำ ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของ กมลพรรณ หอมนาน (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 150 คน พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ นั่นคือ ไม่ว่า ผู้สูงอายุจะมีรายได้สูงหรือต่ำ ก็ไม่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

2.4.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ต่อพฤติกรรม

ก. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptiblity) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตาม

คำแนะนำด้านสุขภาพและในภาวการณ์เจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อ ป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้อง ของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรค ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วย (Becker,et al. 1974 : 205-216) ดังเช่น การศึกษาของ อรุณีย์ ศรีนวล (2548) ที่ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา วิสุทธิวรรณ (2542) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและอุปสรรคและพฤติกรรมการปฏิบัติตนดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (perceived severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรง ของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานาน ในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตาม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแต่ไม่รับรู้ต่อความ รุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ เบคเกอร์ (Becker,1974) ได้กล่าวว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับต่ำอาจทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่ถูกต้องและการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับที่สูงมากก็อาจจะทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเลย การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วยเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคในบุคคลที่มีสุขภาพดี และภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคในบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว ดังเช่นการศึกษาของ นัยนา

เมธา (2544) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Christensen (1999) ที่ศึกษาในกลุ่มสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานแคลเซียมเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McCausland (1990) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ค. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสภาพ Bandura (1997) กล่าวว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นตนประสบความสำเร็จ และกระทำพฤติกรรมดังกล่าวจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ถ้าบุคคลมีความคาดหวังในผลลัพธ์เพียงอย่างเดียว แต่ไม่มีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถร่วมด้วย ก็จะไม่สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นให้ประสบความสำเร็จได้ ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงเป็นสิ่งกำหนดทิศทาง หรือมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ฉะนั้นผู้วิจัยจึงจัดกระทำกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ซึ่งเมื่อผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ดังเช่นการศึกษาของเบญจวรรณ ละอองผล (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก จำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2.5 การประเมินพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ

การประเมินพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพเป็นการประเมินการกระทำที่แสดงออกด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบแบบประเมินการปฏิบัติด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ดังเช่น

เบญจวรรณ ละอองผล (2543) ได้สร้างแบบประเมินการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบเปิด ภายหลังรับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 31 ข้อ แบ่งเป็น 2 หมวด คือทางด้านร่างกายและจิตสังคม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .70

ทัศนีย์ ธนะศาล (2544) ได้สร้างแบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก โดยอาศัยแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้เท่ากับ .77

ศุภร เธียรมนตรี (2548) ได้สร้างแบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยอาศัยแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการใช้ข้อ และด้านการใช้วิธีลดปวด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้เท่ากับ .86

เครื่องมือสำหรับงานวิจัยนี้เป็นการประเมินพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยดัดแปลงจากแบบประเมินการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกของเบญจวรรณ ละอองผล (2543) โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงข้อคำถามในการประเมินพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เพื่อให้สอดคล้องกับผู้ป่วยที่ศึกษา และนำไปหาความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997) ที่ว่าการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมได้เมื่อมีแรงจูงใจ ได้เห็นตัวแบบ และการปฏิบัติด้วยตนเอง โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม

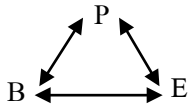
3. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของ Albert Bandura (1997) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการ

แสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษาที่ยืนยันว่าความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ต้องผ่านความรู้สึกนึกคิด (Self-referent thoughts) ของบุคคลก่อน (Schunk & Cabonari, 1984) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ (Lawrance & McLeroy, 1990) มีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางทางจิตใจและก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้” (I can do) (Ross, 1992)

3.1 แนวคิดพื้นฐานของการรับรู้สรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy)

เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Albert Bandura (1997) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environment factor) เพียงอย่างเดียว แต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) ร่วมด้วย และจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ตามหลักความเป็นเหตุผลกับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ประการ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

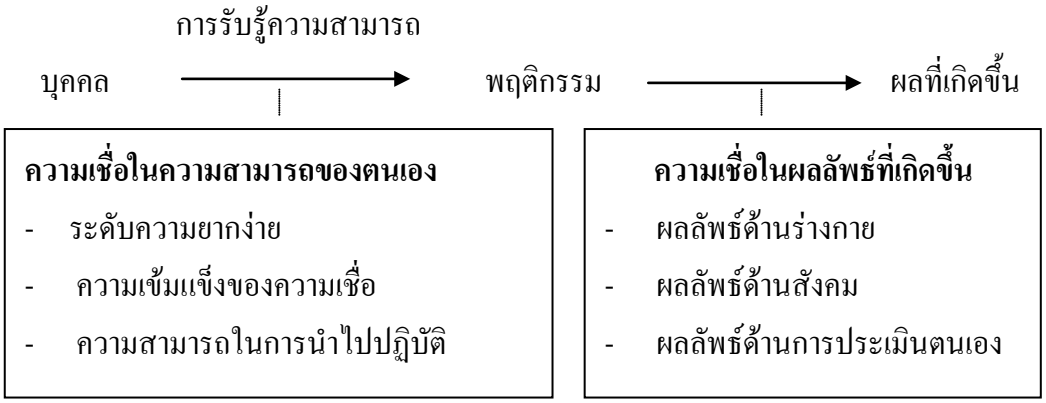


แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (P) สภาพแวดล้อม (E) และพฤติกรรม (B) ในการกำหนดซึ่งกันและกัน (แหล่งที่มา Bandura, 1977)

จากปัจจัยทั้ง 3 ประการ ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นมีอิทธิพลกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดพร้อมๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (Bandura, 1997) กล่าวคือพฤติกรรมของบุคคลอาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การรับรู้ความเชื่อ ในขณะเดียวกันปัจจัยภายในตัวบุคคลก็ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกและปัจจัยสภาพแวดล้อม ในทางกลับกันสภาพแวดล้อมก็เปลี่ยนไปตามพฤติกรรมของบุคคลและความเชื่อต่างๆ ที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นปัจจัยทั้ง 3 ประการ จึงเป็นระบบเกี่ยวพัน มีลักษณะเป็นเหตุเป็นปัจจัยซึ่งกันและกัน (Interlocking system) มีผลต่อการกระทำและการเรียนรู้ของบุคคล โดยอาศัยหลัก

ดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมา บุคคลจะรับรู้ในความสามารถของตนและเรียนรู้ถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ การตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดๆ ของบุคคล เกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997)

Bandura (1997) อธิบายว่า การที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือ การรับรู้ความสามารถของตน (Efficacy expectations) หมายถึง ความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่า ถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน Bandura ได้นำเสนอรูปแบบปัจจัยด้านความคาดหวังในความสามารถสัมพันธ์กับพฤติกรรมและผลลัพธ์ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไข และความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (แหล่งที่มา Bandura, 1997)

การรับรู้สมรรถนะของตนเองจะมีผลต่อบุคคลในด้านต่างๆดังนี้ (Bandura, 1977)

1. การเลือกกระทำพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล จะมีการคิดตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาว่า จะต้องกระทำพฤติกรรมใด หรือกระทำอย่างต่อเนื่องนานเท่าไร การเลือกกระทำพฤติกรรมใดในสถานการณ์ใดนั้น ส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากการรับรู้สมรรถนะของตนเอง บุคคลจะหลีกเลี่ยงงานหนัก และสถานการณ์ที่เขาเชื่อว่าเกินความสามารถ แต่จะมีการกระทำพฤติกรรมแน่นอนถ้าตัดสินใจแล้วว่ามีความสามารถ การประเมินสมรรถนะของตนเองได้อย่างถูกต้องจะช่วยส่งผลให้เกิดความสำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่ประเมินสมรรถนะของตนเองสูงเกินไปมักจะทำงานที่เกินความสามารถ และนำไปสู่ความล้มเหลวได้ อันจะส่งผลให้เขารู้สึกทุกข์ เครียด ผิดหวัง และ

ทำลายความเชื่อในความสามารถของเขาลงไป ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่ประเมินสมรรถนะของตนเองต่ำเกินไป มักจะเลือกทำงานง่ายๆ ซึ่งเป็นการจำกัดความสามารถของตนเอง และมักจะมีความสงสัยในความสามารถของตนเอง เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ขาดความพยายาม และขาดการพัฒนาความสามารถของตนเองให้ก้าวหน้าต่อไป

2. การใช้ความพยายามและความอดทนในการทำงาน สมรรถนะของตนเองที่บุคคลประเมินนั้น จะเป็นตัวกำหนดว่า เขาจะต้องใช้ความพยายามเท่าใด และจะต้องอดทนในการเผชิญกับอุปสรรคต่างๆได้นานเท่าใด ถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงเท่าใด ก็จะยิ่งมีความพยายามและความอดทนในการทำงานมากเท่านั้น อันจะส่งผลให้ประสบความสำเร็จ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ ก็มักจะมีความสงสัยในความ สามารถของตนเอง เมื่อเผชิญ กับอุปสรรคหรือพบกับงานที่รู้สึกว่ายาก ก็จะทำให้ไม่มีความพยายามและเลิก กระทำในที่สุด จากการศึกษาของซาโลมอน (Salomon, 1984 cited by Bandura, 1986) พบว่า นักเรียนที่รับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะสูง จะมีความพยายามในการเรียนสูง และเรียนรู้ได้ดีเมื่อเรียนจากสื่อการสอนที่เขารู้สึกว่ายาก ในขณะที่เขาจะใช้ความพยายามต่ำกว่า และเรียนรู้ได้ง่ายกว่า ถ้าเรียนจากสื่อการสอนที่รู้สึกว่าง่าย

3. รูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ การตัดสินเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองนั้นมีอิทธิพลต่อรูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ ระหว่างการกระทำพฤติกรรมจริงกับสิ่งที่คาดการณ์เกี่ยวกับการกระทำในอนาคต โดยบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะต่ำ มักจะรู้สึกว่างานนั้นยากลำบาก และเป็นเหตุการณ์ที่น่ากลัวกว่าความเป็นจริง มีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดและทำลายความสามารถของตนเอง ซึ่งเขามีโอกาสสร้างขึ้นได้จากการเรียนรู้ในงานที่ล้มเหลวนั้น ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะสูง จะมีการเอาใจใส่และมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมเมื่อพบกับอุปสรรค จะเป็นการกระตุ้นตนเองให้มีความพยายามมากขึ้น จากการศึกษาของโคล์ลินส์ (Collins,1982 cited by Bandura,1986) พบว่าในสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่ยาก บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง มักจะคิดว่าสาเหตุของความล้มเหลวนั้น เกิดจากการขาดความพยายาม ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ จะอธิบายว่าเกิดจากการขาดความสามารถของเขาเอง

4. ทำให้บุคคลเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะต่างกัน จะมีการกระทำพฤติกรรมที่ต่างกันคือ บุคคลที่มองตนเองว่ามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง จะกระทำในสิ่งที่ตนสนใจและเลือกทำงานที่ท้าทายและใช้ความพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ถ้าพบกับความล้มเหลวก็จะใช้ความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นให้ประสบความสำเร็จ ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ มักจะเอาความสามารถเป็นตัวทำนาย

พฤติกรรมในอนาคตของตน แต่ไม่พยายามใช้ความสามารถของตน โดยจะหลีกเลี่ยงงานที่ยาก เมื่อพบอุปสรรคก็จะล้มเลิกการกระทำนั้น ทำให้มีความปรารถนา ทะเยอทะยานต่ำ และต้องพบกับความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมาก

การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura ได้อธิบายถึงแหล่งข้อมูลในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การที่คนเราจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ (Bandura, 1977; 1986; 1997) 4 แหล่งดังนี้

1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเนื่องจากเป็น ประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลเชื่อว่าเขาสามารถ กระทำได้ ดังนั้นในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจำเป็นต้องมีการฝึกให้เขามี ทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับทำให้เขารับรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำ เช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รบการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2) การสังเกต “ตัวแบบ” (Model) หรือการสังเกตประสบการณ์ (Vicarious experience) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตรู้สึกว่า เขาก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงไม่ย่อท้อ การใช้ตัวแบบ (Modeling) ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้

กระบวนการที่ 1 กระบวนการตั้งใจ (Attentional processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจและรับรู้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่า บุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ แบ่งได้เป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมี ความตั้งใจในการสังเกต ต้องมีลักษณะที่เด่นชัด เป็นตัวแบบทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อนมากนัก และพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมาควรมีคุณค่า ในการใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบของผู้สงเกต ได้แก่ การเห็น การได้ยิน การรับรส การสัมผัส ความสามารถทางปัญญา ระดับความตื่นตัวและความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อนแล้ว

กระบวนการที่ 2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) บุคคลต้องจดจำลักษณะของตัวแบบ แล้วแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปของสัญลักษณ์และจัดโครงสร้างเพื่อให้จำได้ง่าย การที่บุคคลมีความจำ จึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามทันที หรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลัง การสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะหนึ่ง

กระบวนการที่ 3 กระบวนการกระทำ ทางกายหรือการแสดงออก (Production Process)

เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้นมากระทำ การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และการ เทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมการ เลียนแบบของตนจนเป็นที่พอใจ

กระบวนการที่ 4 กระบวนการจูงใจ (Motivational processes) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบอาจถูกแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ ย่อมขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจจากภายนอก ถ้าพฤติกรรม ของตัวแบบได้รบผลลัพธ์ที่น่าพอใจหรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจได้ จะมีแนวโน้ม เลียนแบบสูงเพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ หรือเกิดความรู้สึกแฝง ว่าตนคือผู้ที่ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจนั้น

การใช้ตัวแบบมี 2 ประเภท (Bandura, 1977) คือ ประเภทที่ 1 ตัวแบบที่เป็นชีวิตจริง (Actual model /Live model) เป็นการนำเสนอตัวแบบที่มีชีวิต ซึ่งทำให้ผู้สังเกตได้มีโอกาสสังเกตเห็นตัวแบบในสถานการณ์จริงและมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรงกับตัวแบบโดยไม่ต้องผ่านสื่อต่างๆ ข้อดีคือ ตัวแบบสามารถเพิ่มเติมหรือปรับปรุง พฤติกรรมเพื่อให้การแสดงพฤติกรรมชัดเจนหรือเหมาะสมกับสถานการณ์มากยิ่งขึ้น การเสนอตัวแบบวิธีนี้ช่วยให้ ผู้สังเกตเกิดความสนใจในตัวแบบและลอกเลียนพฤติกรรมของตัวแบบได้ดีกว่าการเสนอตัวแบบวิธีอื่น แต่การเสนอตัวแบบวิธีนี้ต้องระมัดระวังในเรื่องการควบคุมผลรวม เพราะอาจเกิดเหตุการณ์ ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า และประเภทที่ 2 ตัวแบบในรูปแบบสัญลักษณ์ (Symbolic model) คือ การนำเสนอตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ การเสนอตัวแบบจากคู่มือ คู่มือการให้ความรู้ หนังสือ ภาพพลิก เทปบันทึกเสียง ภาพยนตร์ วิดีโอเทป หนังสือ หุ่นกระบอก สถานการณ์จำลอง หรือใช้รูปแบบที่หลากหลายในตัวแบบอันหนึ่งก็ได้ เป็นต้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีการสังเกตนั้นจะต้องมีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีความเป็นไปได้ดึงดูดใจให้ปฏิบัติตามและมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ (Bandura, 1997) ซึ่งข้อดีของการนำเสนอแบบนี้ คือ สามารถเตรียมเรื่องราว ของตัวแบบไว้ล่วงหน้าเรียบร้อยแล้ว สามารถมุ่งเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรมและยังสามารถควบคุมพฤติกรรมและผลกระทบของตัวแบบได้ ทั้งยังสามารถเก็บไว้ใช้ในการให้ตัวแบบครั้งต่อไปได้ สามารถเร้าความสนใจและอยู่แวดล้อมกับตัวบุคคลอยู่ตลอดเวลา ใช้ได้กับกลุ่มคนจำนวนมากและสามารถใช้รูปแบบที่หลากหลายในตัวแบบอันหนึ่งก็ได้ในการนำเสนอ

ผลของการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ

การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลใน 3 ด้าน ดังนี้

1. ตัวแบบจะช่วยสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ใหม่ โดยช่วยให้บุคคลเรียนรู้

พฤติกรรมใหม่ๆ สามารถนำไปสร้างให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคได้

2. ตัวแบบจะช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เมื่อตัวแบบแดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลที่ไม่น่าพึงพอใจ แนวโน้มที่ผู้สังเกตจะไม่แสดงพฤติกรรมตามแบบนั้นจะมีสูงมาก ก็เท่ากับว่าตัวแบบทำหน้าที่ระงับ (Inhibit)

3. ตัวแบบจะช่วยเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยช่วยให้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออกหรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ไม่ค่อยได้แสดงออกเพิ่มมากขึ้น ผลของตัวแบบในลักษณะนี้จะทำหน้าที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการเสนอตัวแบบ

Perry and Furukawa (1986) ได้รวบรวมปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลประสิทธิภาพของการเสนอตัวแบบ ออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก คือ

1. ปัจจัยที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการเก็บจำ (Factors enhancing and retension) การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของผู้สังเกตที่จะสังเกตตัวแบบและความสามารถในการจำสิ่งที่สังเกตได้ ดังนั้นการวางแผนที่จะเสนอตัวแบบจึงควรพิจารณาถึงสิ่งต่างๆ ดังนี้

1.1 ลักษณะตัวแบบ

1.1.1 ตัวแบบควรมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตในด้านเพศ อายุ เชื้อชาติ และเจตคติ เพื่อให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าตนเองสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้อย่างเหมาะสมเช่นเดียวกับตัวแบบ

1.1.2 ตัวแบบควรเป็นผู้มีชื่อเสียงสำหรับผู้สังเกต แต่ไม่ควรมีชื่อเสียงมากเกินไป เพราะผู้สังเกตอาจรู้สึกว่าพฤติกรรมของตัวแบบนั้นไม่น่าจะเป็นสิ่งที่เขาสามารถกระทำได้

1.1.3 ตัวแบบควรมีระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพื่อให้ผู้สังเกตคิดว่าเขาสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้เช่นเดียวกับตัวแบบ

1.1.4 ตัวแบบควรมีลักษณะเป็นกันเองและอบอุ่น

1.1.5 ตัวแบบที่ได้รับการเสริมแรงหลังจากแสดงพฤติกรรมจะได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น เนื่องจากเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าผู้สังเกตจะได้รับการเสริมแรงเช่นเดียวกัน เมื่อเขาสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้เช่นเดียวกับตัวแบบ

1.2 ลักษณะของผู้สังเกต

1.2.1 ความสามารถในการดำเนินการและเก็บจำข้อมูล ซึ่งขึ้นอยู่กับ

ระดับสติปัญญาของผู้สังเกต

1.2.2 ความไม่แน่ใจในการแสดงพฤติกรรมบางอย่างของผู้สังเกต ซึ่งจะทำให้ผู้สังเกตให้ความสนใจต่อพฤติกรรมของตัวแบบ

1.2.3 ความวิตกกังวลของผู้สังเกตที่มากเกินไปจะรบกวนการสังเกตและกระบวนการเก็บจำพฤติกรรมของตัวแบบ จึงอาจจำเป็นต้องฝึกให้ผู้สังเกตรู้จักวิธีผ่อนคลายก่อนนำเสนอตัวแบบ

1.2.4 บุคลิกภาพอื่นๆของผู้สังเกต เช่นลักษณะสมาธิสั้น การรู้ถึงสถานภาพของตนเอง สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและเพศ ซึ่งควรพิจารณาก่อนเสนอตัวแบบ

1.3 ระยะเวลาของการนำเสนอตัวแบบ

ในเรื่องระยะเวลาการนำเสนอตัวแบบ Bandura ไม่ได้กล่าวไว้ว่าควรจะใช้ระยะเวลาเท่าใด ในแต่ละชุดควรนำเสนอตัวแบบจำนวนเท่าใดหรือควรให้ดูซ้ำกี่ครั้ง แต่ Wilson and O Leary (1980) แนะนำว่าการให้ผู้สังเกตดูตัวแบบหลายๆครั้งจะช่วยให้จดจำได้ดีขึ้น สำหรับงานวิจัยการใช้ระยะเวลาในการเสนอตัวแบบและจำนวนตัวแบบ ต่างกัน

3) การได้รับการชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา (verbal persuasion) การรับรู้สมรรถนะของตนเองอาจเกิดขึ้นได้หรือมีการเปลี่ยนแปลงได้ จากการที่บุคคลได้รับการชักจูงหรือชี้นำให้มีความเชื่อว่า เขามีความสามารถที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ในการที่จะกระทำกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายได้ แต่ความสำเร็จในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยวิธีนี้ ก็จะมีข้อจำกัดคือจะมีผลเพียงระยะสั้นๆ และมีผลต่อการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองได้ไม่มากนัก นอกจากนั้นยังอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความชำนาญของผู้ชักจูง ความรู้สึกไว้วางใจต่อผู้ชักจูง แรงจูงใจให้มีการกระทำพฤติกรรม รวมทั้งสถานการณ์นั้นๆด้วย

4) การกระตุ้นทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์ (Physiological and affective stage) การที่บุคคลนั้นมีการรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเต็มศักยภาพ การแสดงออกทางร่างกายและอารมณ์มีผลกระทบต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยผ่านกระบวนการตัดสินใจทำพฤติกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งของการกระตุ้นต่างๆ ระดับของการทำกิจกรรมและประสบการณ์ในการทำกิจกรรมของบุคคลที่ผ่านมาในอดีต เป็นกระบวนการรับรู้ทางปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ เพราะประสบการณ์ในการทำกิจกรรมที่ประสบความสำเร็จจะเป็นแรงกระตุ้นอารมณ์ทางบวกที่ช่วยให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ (Bandura, 1997) แต่ถ้าเมื่อบุคคลนั้นอยู่ในภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ลดลง ซึ่งโดยทั่วไปถ้าเป็นเช่นนั้นคนเรามักจะท้อถอยและคิดถึงความล้มเหลวมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จเมื่ออยู่ในภาวะเหนื่อยล้าหรือตึงเครียด

4. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) คู่มือแผนการสอนผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในของบุปผา จันทร์จรัส (2542) การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการยึดตรึงด้วยวัสดุภายในร่างกายของมรรยาท ณ นคร (2547) แนวคิดการให้ความรู้ในผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์ของ Roach,Tremblay, & Bowers (1995) และความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์ (‘need to know’) ของ Edwards (2003) มาประยุกต์ในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน คือกระตุ้นให้ผู้ป่วย เกิดการรับรู้ผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ และเพื่อกระตุ้นความสามารถของตนเอง โดยการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นอย่างมีแบบแผน ตามแหล่งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถที่สนับสนุน 4 แนวทางคือ

1. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion)

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience)

3. การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and effective states)

4. การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience)

โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดกิจกรรมตลอดการทดลองทั้ง 4 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา ประมาณ 45 - 60 นาที โดยมีรายละเอียดการจัดกิจกรรม ดังนี้

1. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) แบ่งออกเป็น

1.1 การใช้คำพูดชักจูง โดยผู้วิจัย ด้วยการให้ความรู้ คำแนะนำและการพูดชักจูงเพื่อให้ผู้ป่วย เกิดความเชื่อว่าตนเอง มีความสามารถที่จะกระทำท่าทางการเคลื่อนไหวขณะใส่โลหะยึดตรึงกระดูกต้นขาที่ถูกต้อง ตามแผนการสอนเรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน”โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกระดูก การรักษา 2) การรับประทานอาหาร 3) ท่าทางการเคลื่อนไหว เช่น การใช้ไม้คำยันรักแร้ , ท่านั่งในการขับถ่าย 4) การออกกำลังกาย 5) การป้องกันการติดเชื้อ และ 6) การรับประทานยา

1.2 การใช้คำพูดชักจูงโดยญาติ ด้วยการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการพูดชักจูงตามแนวคิดของ Bandura (1997) ได้กล่าวว่า การที่บุคคลอื่นได้แสดงออกโดยคำพูดว่า เขามีความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่กำหนดได้ จะทำให้

บุคคลเกิดกำลังใจและมีความพยายามในการกระทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จ ฉะนั้นการให้ความรู้และคำแนะนำในการฟื้นฟูสภาพ โดยการพูดชักจูงจากผู้วิจัยและญาติจะทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพได้

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ(Modeling) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยให้ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน สังเกตตัวแบบจริงจากผู้วิจัยในเรื่องการเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้ โดยผู้วิจัยทำการสาธิตการรับประทานอาหาร ท่าทางการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการรับประทานยา การได้เห็นตัวแบบจะทำให้ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง เกิดการเรียนรู้ จดจำ และเลียนแบบทำตามตัวแบบ เกิดความคล้อยตามและเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง การกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบจะรวมเอากระบวนการทางจิตวิทยา คือ การตั้งใจ การจดจำ การกระทำและการจูงใจไว้ด้วยกัน (Bandura,1986) ซึ่งการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง ได้เห็นตัวแบบจากผู้วิจัยร่วมกับการได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์จากวีดีโอ และคู่มือจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตนขณะใส่โลหะยึดตรึงที่ต้นขาเพื่อป้องกระดูกหักซ้ำได้

3. การกระตุ้นทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์ (Physiological and emotional arousal) ประกอบด้วย 1) การกระตุ้นทางด้านร่างกาย โดยการซักถามอาการ ประเมินสภาพทั่วไปและเตรียมร่างกายให้สะอาด สุขสบาย ก่อนดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ 2) การกระตุ้นทางด้านอารมณ์ โดยผู้วิจัยจัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติกิจกรรม สร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยด้วยการพูดคุย บรรยากาศผ่อนคลายด้วยการแสดงความเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่นุ่มนวลให้เกียรติ เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง ได้พูดระบายความรู้สึกภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้ การกระตุ้นทาง ร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงขีดความสามารถของตนเองและแสดงออกถึงความสามารถในพฤติกรรมท่าทางและการเคลื่อนไหว ซึ่งตามแนวคิดของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่าการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์เป็นอาการแสดงออกทางร่างกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นเมื่อเผชิญกับความเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลให้บุคคลรู้สึกตื่นกลัว วิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ถ้าบุคคลได้รับการกระตุ้นทางอารมณ์อยู่ในระดับที่เหมาะสม จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองและการแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้น

4. ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยทบทวนวิธีการการรับประทานอาหาร ท่าทางการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการรับประทานยา เพื่อให้สามารถนำกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้านได้ การที่ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง กระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จจะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเชื่อว่าเมื่อกระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือทำกิจกรรมที่คล้ายกัน ก็สามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเคย ความสำเร็จหลาย ๆ ครั้งจะช่วยสร้างความมั่นใจในความสามารถของตน

สรุป ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการคำพูดชักจูงด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะใส่โลหะยึดตรึงภายใน และวิธีปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผ่านตัวแบบจริงและตัวแบบสัญลักษณ์ วีดีโอ และคู่มือ การสร้างประสบการณ์ด้วยตนเองด้วยการฝึกการรับประทานอาหาร ท่าทางการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการรับประทานยา โดยมีการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมด้วยการจัดให้มีการอภิปรายและการแสดงความคิดเห็นด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลายเป็นกันเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่งผลให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจนเกิดเป็นพฤติกรรมซึ่งสรุปการจัดกิจกรรมดังแสดงในตารางที่ 1 ได้ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงแผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประยุกต์ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997)

วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	แนวทางประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม
วิธีที่ 1 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) **วัตถุประสงค์** เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในตนเองในการกระทำพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสาเหตุและอันตรายจากภาวะกระดูกขาหักรวมถึงแนวทางการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน และได้รับรู้ว่าหากปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่เหมาะสมจะสามารถทำให้เกิดกระดูกหักซ้ำหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้และลดอันตรายต่างๆที่จะตามมาได้	**กิจกรรมที่ 1** การให้คำแนะนำ การพูดชักจูง การให้ความรู้ คำแนะนำและการพูดชักจูงเพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในเกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพได้สำเร็จ โดยการสอน และผู้วิจัย ให้กำลังใจ การชักจูง ให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยจัดกิจกรรมดังนี้ **กิจกรรมที่ 1.1** การให้ความรู้ เรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน” ผ่านแผนการสอน และวีดีโอ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกระดูก การรักษา การรับประทานอาหาร ท่าทางการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ และ การรับประทานยา ซักถามเมื่อผู้ป่วยเกิดความสงสัยในการปฏิบัติพฤติกรรม **กิจกรรมที่ 1.2** ให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน อภิปรายถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ และวิธีการแก้ไขปัญหาโดยมีผู้วิจัยให้คำแนะนำ **กิจกรรมที่ 1.3** การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วย พูดกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ สนับสนุน เน้นย้ำว่าผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพได้

วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	แนวทางประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม
วิธีที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น(Vicarious experience) **วัตถุประสงค์** เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้รับประสบการณ์ทางอ้อม จากการสังเกตตัวแบบที่มีชีวิตจริง คือผู้วิจัยด้วยกันเอง และตัวแบบ สัญลักษณ์ คือ คู่มือ วีดีโอ ทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในเกิดการเรียนรู้ จดจำ และเลียนแบบทำตามแบบ เกิดความคล้อยตามและเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง	**กิจกรรมที่ 2** การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การสร้างการเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นโดยผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน สังเกตผ่านตัวแบบวีดีโอ และตัวแบบที่มีชีวิตจากผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ได้รับประสบการณ์ทางอ้อมจากการสังเกตตัวแบบของผู้วิจัยในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จดจำ และเลียนแบบทำตามแบบ เกิดความคล้อยตามและเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง และพยายามทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพนั้นๆ เช่นเดียวกัน โดยจัดกิจกรรมดังนี้ **กิจกรรมที่ 2.1** จัดให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ได้สังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านคู่มือพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกหักใส่โลหะยึดตรึงภายใน และวีดีโอตามแผนการสอนเรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน” **กิจกรรมที่ 2.3** จัดให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน อภิปรายเกี่ยวกับสถานการณ์ตัวแบบเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในและนำมาประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวันของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	แนวทางประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม
วิธีที่ 3 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ **(Physiological and effective states)** **วัตถุประสงค์** เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เกิดความรู้สึกตระหนัก รับรู้ถึงขีดความสามารถของตนเองและแสดงออกถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน	**กิจกรรมที่ 3** การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ประกอบด้วยกิจกรรมที่สนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมการการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและพูดระบายความรู้สึก รวมทั้งกระตุ้นทางอารมณ์โดยมีกิจกรรมดังนี้ **กิจกรรมที่ 3.1** โดยผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในด้วยการพูดคุย สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้ผ่อนคลายด้วยการแสดงความเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่นุ่มนวลให้เกียรติผู้ป่วย **กิจกรรมที่ 3.2** จัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติกิจกรรม โดยให้มีห้องทำกิจกรรมที่มิดชิดมีความเป็นส่วนตัว เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้มีส่วนร่วมในการประเมินความสามารถของตนเอง พูดระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ **กิจกรรมที่ 3.3** ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้พูดคุยระบายความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยผู้วิจัยรับฟัง ให้คำปรึกษา ชี้แนะ แก้ไขปัญหาตามความเหมาะสม

วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	แนวทางประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม
วิธีที่ 4 การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) **วัตถุประสงค์** เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน มีประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน การที่ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน กระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเชื่อว่าเมื่อกระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือทำกิจกรรมที่คล้ายกัน ก็สามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเคย ความสำเร็จหลายๆครั้งจะช่วยสร้างความมั่นใจในความสามารถของตน เมื่อผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ได้ร่วมกิจกรรมที่จัดไว้เป็นการสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้ว มักจะมีความมานะพยายามในการกระทำกิจกรรมที่กำหนดต่อถึงแม้จะมีอุปสรรค ซึ่งเมื่อผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน มีความมานะพยายามและมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะภายในอย่างต่อเนื่อง	**กิจกรรมที่ 4** การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะภายในเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น โดยหากเคยปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จก็จะทำให้มีแนวโน้มที่จะสามารถปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จได้อีก ซึ่งผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองโดยมีการจัดกิจกรรมดังนี้ **กิจกรรมที่ 4.1** จัดให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในอภิปรายเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม ปัญหา และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในและช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา **กิจกรรมที่ 4.2** จัดให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในฝึกการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยการฝึกการฝึกเดินและการออกกำลังกายด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดทักษะในการเดินด้วยไม้ค้ำยันและการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง และสามารถนำไปปฏิบัติใช้จริงจนประสบความสำเร็จได้ **กิจกรรมที่ 4.3** ผู้วิจัยให้รางวัลแก่ผู้ที่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมเพื่อเป็นกำลังใจในการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป **กิจกรรมที่ 4.4** จัดให้นำมาอภิปรายเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่ปฏิบัติพฤติกรรมถูกต้องคงปฏิบัติต่อไปและเป็นตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในคนอื่นต่อไป

5. บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยในปัจจุบัน จะเน้นการดูแลป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ โดยเน้นไปทาง Primary health care การที่จะให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ พยาบาลต้องให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น (สุชาดา ธนะพงศพร, 2542) บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน มีดังนี้

1. บทบาทด้านปฏิบัติการพยาบาล ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องทั้งโดยตรงและทางอ้อมแก่ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน โดยประสานงานกับทีมสุขภาพให้ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมด้วยการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และฟื้นฟูสุขภาพ สามารถนำความรู้ทางคลินิกที่มีหลักฐานสนับสนุน (Evidence- based practice) มาเป็นแนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาลกับทีมสุขภาพ ประยุกต์ความรู้ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นในการตรวจประเมินวินิจฉัย และวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อน ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย โดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

การประเมินสภาพ (Assessment) ต้องรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการให้ได้ครอบคลุมและถูกต้องด้วยทักษะต่าง ๆ เพื่อนำไปวิเคราะห์หาปัญหาของผู้รับบริการได้เที่ยงตรง แล้วนำไปจัดระบบ ตรวจสอบและบันทึกไว้เป็นข้อมูลเบื้องต้น โดยไม่ต้องสรุปหรือแปลความหมายข้อมูล

การวินิจฉัย(Diagnosis) ในขั้นตอนนี้ พยาบาลจะต้องนำข้อมูลที่ได้จัดระบบไว้ มาจัดกลุ่มข้อมูลใหม่ เพื่อวิเคราะห์กลุ่มข้อมูล และระบุปัญหาสุขภาพที่มีอยู่หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นทั้งจุดดีหรือจุดแข็งของผู้รับบริการ มาเขียนปัญหาและปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา เรียกว่าข้อวินิจฉัย

การวางแผน (Planning) พยาบาลต้องทำงานร่วมกับผู้รับบริการหรือผู้ดูแล ในการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลหรือผลลัพธ์ที่จะให้เกิดขึ้น หลังจากให้การพยาบาลแล้ว จากนั้นกำหนดกิจกรรมให้ครอบคลุม ติดตาม ช่วยเหลือ รักษา สอน และป้องกัน โดยให้สอดคล้องกับแต่ละข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แล้วนำแผนมาเขียนไว้สำหรับใช้เป็นแผนการดูแลผู้รับบริการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม รวมถึงต้องมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนแผนที่วางไว้ได้ตามความเหมาะสมเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการลงมือปฏิบัติ มอบหมายงานและบันทึกไว้เป็นหลักฐาน และนำกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดในแผนการพยาบาล ไปดูแลผู้รับบริการ จากนั้นบันทึกการดูแล และผลการปฏิบัติการพยาบาลในรายงาน

การประเมินผล (Evaluation) เป็นการตรวจสอบว่า การพยาบาลที่ให้ได้ผลหรือไม่ โดยเปรียบเทียบความก้าวหน้าของผู้รับบริการกับเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ หลังจากปฏิบัติการพยาบาล ถ้าไม่บรรลุผลสำเร็จตามเกณฑ์ สามารถปรับปรุงการพยาบาลใหม่ได้

2. บทบาทด้านการให้ความรู้ (Teaching role) มีทักษะในการสอนและชี้แนะผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการศึกษาครั้งนี้ โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็นแบบแผนการสอนอย่างมีระบบ พยาบาลต้องเป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสภาพ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับพฤติกรรมและปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม พัฒนาความรู้ของตนเองอย่างสม่ำเสมอ นำการปฏิบัติการพยาบาลให้ทันกับความก้าวหน้าทางการแพทย์และการพยาบาล เป็นมาตรฐานทางการพยาบาลและหลักประกันคุณภาพการพยาบาล ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

3. บทบาทด้านการเป็นที่ปรึกษา (Counseling) พยาบาลต้องให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยพยาบาลจะเป็นที่ปรึกษาและเป็นแหล่งประโยชน์แก่ผู้ป่วย ในการกระตุ้นให้เห็นผลดีของการเข้าร่วมโปรแกรม และร่วมกับผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการทำกิจกรรมตามโปรแกรมตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย รวมทั้งสามารถให้คำปรึกษากับเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล เพื่อควบคุมเทคนิคการให้การพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล ร่วมสร้างแนวปฏิบัติกับหน่วยงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการร่วมมือกับแพทย์ หรือทีมสุขภาพที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และวิธีแก้ไขที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ปลอดภัยและเหมาะสม

4. บทบาทในการติดต่อสื่อสาร (Communication role) พยาบาลต้องมีการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ในการขอความร่วมมือในด้านต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการการฟื้นฟูสภาพได้เหมาะสม

5. บทบาทในด้านการประสานงาน (Coordinating role) พยาบาลต้องมีการประสานงานกับผู้ป่วย บุคลากรและเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพได้เหมาะสม

6. บทบาทในด้านการป้องกัน (Protecting role) พยาบาลต้องมีบทบาทการป้องกันโดย

การประเมินสภาพผู้ป่วย ซักประวัติการรับประทานอาหาร และการส่งเสริมความรู้ ให้คำแนะนำด้านการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้เหมาะสม

7. บทบาทในการวิจัย มีความสามารถในการใช้ผลการวิจัย และการทำวิจัย นำผลงานทางวิชาการหรืองานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน เสนองานวิจัย เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลและบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้รับประโยชน์สูงสุด ลดจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลและกระดูกหักซ้ำ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ร่วมมือในการทำวิจัยกับทีมสุขภาพ รวมทั้งนำเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัยเผยแพร่ทางวาสารทางการพยาบาล

8. บทบาททางสังคม (Socializing role) พยาบาลต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ และให้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ เพื่อลดผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าจากบทบาทที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะในการศึกษานี้ ประกอบด้วย งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยกระดูกหักและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎี การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยกระดูกหัก

พนิดา ชูสุวรรณ (2539) ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่เหล็กดามภายใน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื้อหาในการสอน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายที่จะรบกวนการติดของกระดูก และการส่งเสริมความเป็นปกติของการดำเนินชีวิต

ณัฐชยา พลาชีวะ (2542) ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อความรู้และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนของ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้น จำนวน 30 คน โดยเปรียบเทียบความรู้การปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านกับกลุ่ม ที่ได้รับการบริการตามปกติ กลุ่ม

ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีกระดูกขาหักและได้ รับการรักษาโดยการผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่และใส่โลหะยึดไว้ ภายในซึ่งสอนในหัวข้อ การปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร การดูแลบาดแผล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติท่าทางในการออกกำลังกาย ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลตน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากัน เมื่อให้การดูแลสุขภาพที่บ้านในกลุ่ม ทดลองแล้วพบว่า ค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน การปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนภายหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน และพบว่าความรู้ในการดูแลตนกับ การปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนหลังการทดลองมีความสัมพันธ์กับทางบวกอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

เบญจวรรณ ละอองผล (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก จำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

มรรยาท ณ นคร และคณะ (2543) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ในการปฏิบัติตัวและความวิตกกังวลในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการทำผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงในร่างกาย จำนวน 40 คน การให้ข้อมูลในหัวข้อ ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค แผนการรักษาพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ซึ่งรวมถึงการให้ข้อมูลในเรื่องการทำกายภาพบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการรักษาโดยการทำผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงในร่างกายที่ได้รับข้อมูลโดยใช้แผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความรู้ในการปฏิบัติตัวมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลตามปกติจากพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ทัศนีย์ ธนะศาล (2544) ศึกษาพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกขาหักโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 72 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักโดยรวมอยู่ในระดับดี และรายด้าน คือ ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายที่บ้าน และด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับดี ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ขวัญชนก หัตถา (2545) ได้จัดทำโครงการสอนในผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนก้านหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกแบบภายใน ขณะอยู่โรงพยาบาล ประกอบด้วยแผนการสอนผู้ป่วยที่มีสื่อการสอน คือภาพพลิก และคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนก้านหักที่ได้รับ

การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกแบบภายใน หัวข้อการสอนประกอบด้วย บทบาทและหน้าที่ที่สำคัญของกระดูก ความหมายของกระดูกต้นขาส่วนก้านหัก ความสำคัญกระดูกหักแบบมีแผลและไม่มีแผล การรักษากระดูกต้นขาหัก เปรียบเทียบการรักษาโดยวิธีผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ปัญหาแทรกซ้อนที่ต้องระวังหลังผ่าตัดใส่โลหะดามกระดูก กระบวนการซ่อมแซมกระดูกหัก ผลการะทบต่อบุคคลเมื่อเกิดกระดูกหัก การบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ข้อแนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด และประโยชน์และหลักการบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้และด้านความสามารถในการปฏิบัติตัวภายหลังการสอนสูงกว่าก่อนสอนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมศรี ศรีเจริญจิระ (2546) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกต้นขาหัก โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการฟื้นฟูสภาพใน ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกต้นขาหัก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกต้นขาหัก จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน โปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วยกลวิธีสร้างสัมพันธภาพ การบรรยายให้ความรู้รายบุคคล มอบคู่มือการปฏิบัติตัว การสาธิต และการฝึกปฏิบัติทักษะรายบุคคลโดยมีระยะการดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ 3 ครั้ง คือ ก่อนหลังการทดลองและระยะติดตามผล และประเมินร่างกายได้แก่กล้ามเนื้อฝ่อลีบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และข้อเข่าติด ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังใน ประสิทธิผลของการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความยาวเส้นรอบของกล้ามเนื้อต้นขา ควอดไดรเซ็บส์ หลังการทดลองของขาข้างปกติกับขาข้างบาดเจ็บของกลุ่มทดลองไม่มีความ แตกต่างกัน องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยองศาการเคลื่อนไหว ของข้อเข่าของกลุ่มทดลองข้อเข่าข้างปกติและข้อเข่าข้างที่บาดเจ็บไม่มีความแตกต่างกัน และกำลังกล้ามเนื้อต้นขาของกลุ่มทดลองหลังการทดลองขาข้างที่บาดเจ็บอยู่ในระดับดี ทั้งหมดร้อยละ 100 จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมีผลช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกต้นขาหักได้

นิรมล จิตต์จำนง (2548) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะจำนวน 100 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิภาพร โชติรัตน์ (2550) ศึกษาการรับรู้ความสามารถแห่งตน การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตน และการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สมรรถภาพทางกายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถภาพทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นงเยาว์ ภูริวัฒนกุล, วิลาวรรณ ทิพย์มงคล และ กาญจนา วงษ์เลี้ยง (2550) ศึกษาผลการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกฟีเมอร์หักระยะพักฟื้น พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับดีทั้งในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 และพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 และ 3ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์มีผลในการเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกฟีเมอร์หักและได้รับการผ่าตัดดามเหล็กไว้ภายใน

ขนิษฐา ชวนานนท์ (2552) ศึกษาภาวะกระดูกขาหักซ้ำที่บ้านในผู้ป่วยผ่าตัดดามโลหะที่ขา กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลน่าน พบว่า วิถีชีวิตสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสภาพบ้านที่อยู่อาศัย เป็นบ้านสองชั้น มีพื้นที่ต่างระดับในบ้าน บ้านเรือนตั้งอยู่บนภูเขาสูง ที่ราบระหว่างเขา บ้านกับห้องน้ำห้องส้วมอยู่คนละส่วน ครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ป่วยมีภาระหน้าที่ที่จะทำให้ไม่สามารถหยุดพักฟื้น รักษาอาการป่วยได้นาน กระบวนการสอนไม่เอื้อให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ ผู้ป่วยไม่ทราบถึงความจำเป็นของการใช้ไม้ค้ำยัน ไม่ทราบระยะเวลาที่ต้องใช้ไม้ค้ำยัน มีความเข้าใจว่า ดามโลหะแล้ว สามารถเดินได้เลย ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลไม่ครบถ้วนเกี่ยวกับการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน ระยะเวลาการใช้ไม้ค้ำยัน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดการเดินลงน้ำหนักที่ขาข้างที่หัก การวางแผนจำหน่ายของสหสาขาวิชาชีพยังไม่ครอบคลุม เช่น แพทย์มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่หลังผ่าตัด และพยาบาลไม่มีการวางแผนจำหน่ายเฉพาะโรคในผู้ป่วยผ่าตัดดามโลหะ แต่มีการปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายของแพทย์ ส่วนนักกายภาพบำบัดมีการวางแผนจำหน่ายเฉพาะในผู้ป่วยผ่าตัดดามโลหะแต่ยังไม่ครอบคลุม ส่วนใหญ่การจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในยังขึ้นกับวิชาชีพแพทย์โดยไม่มีการดูความพร้อมที่ประเมินจากสหสาขาวิชาชีพ การสื่อสารความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงลักษณะการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจต่อเนื่องที่ตึกผู้ป่วยนอก เป็นการสื่อสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการเดินจากการเดินไม่ให้ลงน้ำหนัก เป็นการลงน้ำหนักได้เล็กน้อย ที่ขาข้างที่หัก โดยแพทย์เป็น

ผู้สื่อสารกับผู้ป่วยทางเดียวไม่มีการประสานงานกับนักกายภาพบำบัดเพื่อสอนเดิน และที่สำคัญคือแพทย์มีการสื่อสารที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกันทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ถูกต้อง

ต้อม จันทรศัพท์และคณะ (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะดามกระดูกต้นขาของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียการยึดตรึง ได้แก่ เพศ โรคเบาหวาน สูบบุหรี่ หรือมีกระดูกหักร่วมในขาข้างเดียวกัน เทคนิคการผ่าตัด การปลูกถ่ายกระดูก การลงน้ำหนักก่อนแพทย์อนุญาต ที่อยู่อาศัย เดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินไม่ถูกต้องและไม่ชำนาญก่อนกลับบ้าน

งานวิจัยในต่างประเทศ

Roach, Tremblay and Bowers (1995) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์จำนวน 463 คน ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยการสอน การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนและหลังการผ่าตัด การอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด อีกทั้งการดูแลในขั้นตอนหลังจากได้รับการผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนเรื่องการออกกำลังกาย การจัดการความปวด เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่า ผลของโปรแกรมทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง

Lithner and Zilling (1999) ได้ศึกษาความต้องการด้านข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลในขณะนอนโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด และอาการหลังได้รับการผ่าตัด โดยต้องการข้อมูลจากการอธิบายและข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร

Edwards (2003: 18-25) ได้ศึกษาและสำรวจความต้องการรู้ข้อมูลต่างๆในผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์จำนวน 19 ราย พบว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลตั้งแต่ช่วงก่อนได้รับการผ่าตัด หลังได้รับการผ่าตัด ขณะนอนโรงพยาบาล และเมื่อกลับบ้าน โดยต้องการทราบรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนในด้านต่างๆ ข้อมูล รายละเอียดการปฏิบัติตนตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ภาพเทคนิคการผ่าตัด ข้อมูลจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรักษา ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเพื่อการตัดสินใจ หรือสิ่งที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้เพื่อประโยชน์ในการรักษา และการเตรียมทางด้านจิตใจในการเข้ารับการผ่าตัดและการเตรียมตัวเพื่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังได้รับการผ่าตัด การออกกำลังกายและคำแนะนำภายหลังได้รับการผ่าตัด เช่น การลงน้ำหนัก การเดิน รวมไปถึงการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์และผู้ป่วยศัลยกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์และผู้ป่วยศัลยกรรมพบว่า มีการศึกษาใน ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในส่วนใหญ่ศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการหายของกระดูก และการให้ข้อมูลที่มีเนื้อหาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่เกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกระดูกหัก การปฏิบัติตนตามแผนการดูแลรักษา การปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเอง ความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ สิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด ซึ่งแต่ละงานวิจัยมีความครอบคลุมในแต่ละเรื่องแตกต่างกัน โดยผลลัพธ์ที่ต้องการวัดประกอบด้วยอัตมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับร่างกาย ความรู้ การปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพ ระดับความวิตกกังวล การรับรู้ประสบการณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ จึงยังไม่มีผู้ใดศึกษาผลลัพธ์ด้านการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน และจากการศึกษาพบว่าการให้ข้อมูลในผู้ป่วยควรมีขั้นตอน แบบแผน และคำนึงความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะโรค ควรสอนเป็นรายบุคคล ระยะเวลาของการสอนที่ให้ผลดีที่สุดคือ สอนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เนื่องจากพยาธิสภาพ วิธีการผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพ ในแต่ละโรคมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์ซึ่งมีความวิตกกังวลต่อโรค การกลับไปดำเนินชีวิตที่ปกติ และมีระยะเวลาฟื้นสภาพภายหลังได้รับการผ่าตัดยาวนานกว่าโรคอื่นๆ (Edwards, 2003)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง และแก้ปัญหาการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม และมีความต่อเนื่อง โดยประยุกต์ใช้มโนทัศน์การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ของ Bandura จากทั้ง 4 แหล่ง เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

เบญจวรรณ ละอองผล (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

รวิชา หงส์โรจนภาคย์ (2545) ศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมน้ำหนักเกิน ระดับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีอายุระหว่าง 40 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า สตรีวัยกลางคนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน และมีการปฏิบัติ

เพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินโดยรวมและด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับพอใช้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน ($r = .674$, $p < .01$)

จุฑาวดี วงษ์สมบัติ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต ของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกินจำนวน 90 คนที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดกระบี่ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตซิสโตลิคและไดแอสโตลิคของกลุ่มตัวอย่าง (ทั้งกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตซิสโตลิคและไดแอสโตลิคของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ธิรานี โหมขุนทด และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35-59 ปี ที่มารับการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 60 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าคะแนนของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

พรทนา พฤกษ์ธรางกูร (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและได้รับการรักษาด้วยยา จำนวน 40 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Aya Unsal and May firet kara kasikci (2010) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยข้อเสื่อม จำนวน 80 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยข้อเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยข้อเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในยังมีปัญหา โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะภายใน สมารถแบ่งได้ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ 2) ปัจจัยในการรับรู้ต่อพฤติกรรม คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสภาพ

การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของทฤษฎีกับความคาดหวังผลลัพธ์ในผู้ป่วยกระดูกขาหัก ส่วนการนำทฤษฎีมาเป็นส่วนหนึ่งของการให้ความรู้ของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในยังไม่มี ส่วนใหญ่โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ศึกษาดีขึ้น

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการให้ความรู้ในผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์ของ Roach,Tremblay, & Bowers (1995) ความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์ (‘need to know’) ของ Edwards (2003) และมโนทัศน์การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ของ Bandura จากทั้ง 4 แหล่ง เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมเพื่อมุ่งเน้นแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่มีปัญหา เพื่อให้มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีความต่อเนื่อง

แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy)

1. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion)

1.1 จากผู้วิจัย ด้วยการให้ความรู้ คำแนะนำและการพูดชักจูงเรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน” โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกระดูก การรักษา

2) การรับประทานอาหาร

3) ท่าทางการเคลื่อนไหว เช่น การใช้ไม้คำยันรักแร้ , ท่านั่งในการขับถ่าย

4) การออกกำลังกาย

5) การป้องกันการติดเชื้อ

6) การรับประทานยา

1.2 จากญาติโดยให้มีส่วนร่วมในการให้กำลังใจ และมีส่วนร่วมในการฝึกประสบการณ์

2.การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Modeling) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience)

โดยให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้จากตัวแบบจริง เรื่องการรับประทานอาหาร ท่าทางการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการรับประทานยา และตัวแบบสัญลักษณ์ คือ วีดีโอ เรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน”

3.การกระตุ้นทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์(Physiological and emotional arousal)

ประกอบด้วย

1) การกระตุ้นทางด้านร่างกาย โดยการซักถามอาการ ประเมินสภาพทั่วไปและเตรียมร่างกายให้สะอาดสุขสบาย ก่อนดำเนินกิจกรรมให้ความรู้

2) การกระตุ้นทางด้านอารมณ์ โดยผู้วิจัยจัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติกิจกรรม สร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยด้วยการพูดคุย บรรยากาศผ่อนคลายด้วยการแสดงความเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่นุ่มนวลให้เกียรติ เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วย ได้พูดระบายความรู้สึกภายหลังการปฏิบัติกิจกรรม

4. ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience)

โดยผู้วิจัยทบทวนการรับประทานอาหาร ท่าทางการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการรับประทานยา และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

→ **พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ**

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) แบบแผนการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (The Posttest – Only With Nonequivalent Groups) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) โดยมีกลุ่มควบคุม (Control Group) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการพยาบาลปกติต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ โดยมีรูปแบบการศึกษาดังนี้

X	O_1	กลุ่มทดลอง
.	O_2	กลุ่มควบคุม

X หมายถึง การใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

O_1 หมายถึง คะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

O_2 หมายถึง คะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุกระดูกต้นขาหักที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐและได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในร่างกาย เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลตรัง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน 2555 โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักแบบปิดของขาข้างใดข้างหนึ่ง ไม่มีการหัก การบาดเจ็บ

ของอวัยวะอื่นร่วมด้วยและได้รับการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงภายในร่างกายเป็นครั้งแรก

1.2 อายุ 15 – 59 ปี มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย

1.3 ไม่มีการบาดเจ็บของไขสันหลัง ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ และไม่มีโรคของกล้ามเนื้อหรือบาดเจ็บของเส้นประสาทขา เช่นโปลิโอ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ฯลฯ

1.4 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรน้อยกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรจะมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้นและมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลงทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn & Grove, 2005) โดยการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน

2. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Purposive selection) จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 25 คน เข้ากลุ่มทดลอง และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุด (Homogeneous group) (Mann, 2001) ในด้านต่อไปนี้ เพศ และอายุ

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ตรัง เพื่อขออนุญาตดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลศูนย์ตรัง

2. เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายลักษณะของการเข้าร่วมการวิจัย ลักษณะงานวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากผลการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ

4. เมื่อได้รายชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน จากทะเบียนรายชื่อ และแฟ้มประวัติการรักษา หากมีคุณสมบัติครบและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยประเมินความพร้อมทางร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง

4.2 จับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม โดยควบคุมให้กลุ่มทั้งสองมีลักษณะคล้ายคลึงกันที่สุดในด้านลักษณะของบุคคล ได้แก่ เพศเดียวกัน อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี

4.3 ในการวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Purposive selection) จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยแต่ละคนและบันทึกลักษณะของตัวแปรควบคุมของผู้ป่วย หลังจากนั้นคัดเลือกตัวอย่างอีก จำนวน 25 คน เข้ากลุ่มทดลอง และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) โดยให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศเดียวกัน อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ซึ่งประกอบด้วยสื่อต่างๆ ดังนี้

1.1.1 แผนสอนเรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน”

1.1.2 วีดีโอ เพื่อใช้ประกอบการสอน เรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน”

1.1.3 คู่มือเรื่อง “พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกหักใส่โลหะยึดตรึงภายใน”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และระดับการศึกษา

2.2 แบบสอบถาม พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบสอบถาม การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน

1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมเรื่อง “การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน”โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) และการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยมีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม ดังนี้

1.1 ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

1.2 กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรม ประกอบด้วย 4 แนวทาง คือ การให้คำแนะนำและการใช้คำพูดชักจูง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์

1.3 กำหนดเนื้อหากิจกรรมให้ครอบคลุมตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) ประกอบด้วย 4 แนวทาง คือ การให้คำแนะนำและการใช้คำพูดชักจูง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง ๆ ละประมาณ 45 -60 นาที ให้แก่ผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1.3.1 การใช้คำพูดชักจูงจากผู้วิจัยด้วยการให้ความรู้ คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพด้วยตนเองได้สำเร็จ ตามแผนสอน และเน้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

1.3.2 การได้เห็นตัวแบบ โดยให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ได้เห็นตัวแบบจากสัญลักษณ์ คือวีดีโอและคู่มือ ตัวแบบจริงจากผู้วิจัยในการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหาร ท่าทางการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการรับประทานยา การได้เห็นตัวแบบจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ จดจำ

และเลียนแบบทำตามตัวแบบทำให้เกิดความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพได้

1.3.3 ประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยทบทวน ท่าทางการทรงตัวเพื่อทรงสมดุลตัว ท่าเดิน 3 จุด การรับประทานอาหารส่งเสริมการหายของกระดูก ท่านั่งที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การรับประทานยาตามแผนการรักษา การป้องกันการติดเชื้อ ท่าทางการเคลื่อนไหวให้กับผู้ป่วยจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อให้เกิดทักษะ สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้และสามารถนำไปปฏิบัติต่อที่บ้านได้

1.3.4 กระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ โดยการประเมินความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ จัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งให้มีการมีส่วนร่วมในการอภิปราย โดยผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง ไม่เกิดความเครียดทำให้สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่เหมาะสม ทำให้รับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้

1.4 จัดทำแผนสอนเรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน” โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาดังนี้ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกระดูก การรักษา การรับประทานอาหาร ท่าทางการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ และ การรับประทานยา ตามแนวคิดการให้ความรู้ในผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์ของ Roach,Tremblay, & Bowers (1995) ความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยออร์โธปิดิคส์ (‘need to know’) ของ Edwards (2003)

1.5 จัดทำวีดีโอ เพื่อใช้ประกอบการสอน เรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน”

1.6 จัดทำคู่มือเรื่อง “พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกหักใส่โลหะยึดตรึงภายใน”โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหาดังนี้ การปฏิบัติตนขณะใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน การรับประทานอาหาร ท่านั่งในการขับถ่าย การออกกำลังกาย การรับประทานยา ป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด พฤติกรรมท่าทางการเคลื่อนไหว และข้อควรปฏิบัติเพื่อป้องกันกระดูกหักซ้ำหรือโลหะที่ตรึงไว้หัก เคลื่อนหรือหลุด

1.7 จัดทำคู่มือการดำเนินกิจกรรม ตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน คือ การใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเองด้วยการฝึกปฏิบัติ และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ โดยมีการจัดกิจกรรม 4 ครั้ง

2. เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และระดับการศึกษา

ลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา และอาชีพ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติและจากการสอบถามประวัติส่วนบุคคลจากผู้ป่วย

2.2 แบบสอบถาม พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน ซึ่ง เบญจวรรณ ละอองผล (2543) สร้างขึ้นมาปรับใช้ แบบสัมภาษณ์ดังกล่าวมีข้อคำถาม 31 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .70 ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามให้เหมาะสมและเข้าใจง่ายและตัดข้อ 6,10,13,17,19,20 และ22 - 31 ออก ซึ่งเป็นเนื้อหาที่ซ้ำซ้อนและปรับคำให้ชัดเจนมากขึ้นและสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ และในการตัดข้อคำถามยังคงมีเนื้อหาครบคลุมในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การขับถ่าย การออกกำลังกาย ท่าทางการเคลื่อนไหว และการสังเกตอาการผิดปกติ ยังคงเหลือข้อคำถามในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 15 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) เพื่อง่ายต่อการทำความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่ปฏิบัติเลย (1)	หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย
ปฏิบัติน้อย (2)	หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อย (ปฏิบัติทุก 1-2 วัน/สัปดาห์)
ปฏิบัติปานกลาง (3)	หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นปานกลาง (ปฏิบัติทุก 3-4 วัน/สัปดาห์)
ปฏิบัติมาก (4)	หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก (ปฏิบัติทุก 5-6วัน/สัปดาห์)
ปฏิบัติมากที่สุด (5)	หมายถึง ท่านทำปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากที่สุด (ปฏิบัติทุกวัน)

เกณฑ์การแบ่งคะแนน

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน จำนวน 15 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 15-75 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
15-44	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับต้องปรับปรุง
45-60	ร้อยละ 60-80	ระดับพอใช้
61-75	มากกว่าร้อยละ 80	ระดับดี

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบสอบถาม การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน ซึ่ง เบญจวรรณ ละอองผล (2543) สร้างขึ้นมาปรับใช้ แบบสัมภาษณ์ดังกล่าวมีข้อคำถาม 31 ข้อ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .77 ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถาม และตัดข้อ 6,8,10,19,22,23,24,25,26,27 และ 29 ออก ซึ่งเป็นเนื้อหาที่ซ้ำซ้อนและปรับคำให้ชัดเจนมากขึ้นและสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการและในการตัดข้อคำถามยังคงมีเนื้อหาครบคลุมในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การขับถ่าย การออกกำลังกาย ท่าทางการเคลื่อนไหว และการสังเกตอาการผิดปกติ ยังคงเหลือข้อคำถามในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง มั่นใจน้อยมาก/ไม่มีความมั่นใจ (1 คะแนน) เพื่อง่ายต่อการทำความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีความมั่นใจ (1)	หมายถึง ท่านไม่มีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้
มั่นใจน้อย (2)	หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้น้อย
มั่นใจปานกลาง (3)	หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ปานกลาง
มั่นใจมาก (4)	หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้มาก
มั่นใจมากที่สุด (5)	หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้อย่างแน่นอน

เกณฑ์การแบ่งคะแนน

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน จำนวน 20 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 20-100 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
20-59	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับต้องปรับปรุง
60-80	ร้อยละ 60-80	ระดับพอใช้
81-100	มากกว่าร้อยละ 80	ระดับดี

เกณฑ์ประเมินผลกำกับการทดลอง

ก. ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ นั่นคือกลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพอย่างน้อย 80 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน

ข. ในกรณีที่ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบข้อที่ผู้ป่วยตอบ (มั่นใจน้อย ถึงมั่นใจน้อยมาก/ไม่มั่นใจเลย) พร้อมทั้งทบทวนเนื้อหาสั้น ๆ และร่วมอภิปรายกับ กลุ่มตัวอย่างถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และอุปสรรคที่เกิดขึ้น และร่วมหาแนวทางในการขจัดอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้น โดยส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ถึงผลดีที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพ และเน้นย้ำว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ แล้ววัดผลใหม่อีกครั้ง จนกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทุกคนเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง นั่นคือ มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักมากกว่าร้อยละ 80

3.2 แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งทุกคนต้องเข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 3 ครั้ง ประกอบด้วยข้อมูลการวินิจฉัยโรค การผ่าตัด จำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรม และพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่ปฏิบัติ โดยออกแบบให้ทำเครื่องหมายแทนการบันทึก ทั้งนี้เพื่อลดการเขียนเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายและลำบากในการบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พร้อมทั้ง แผนการสอน และวีดีโอ เรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน คู่มือพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมกระดูก จำนวน 1 คน แพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านกายภาพบำบัด 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 2 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงซึ่งเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลออร์โธปิดิกส์จำนวน 1 คน

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลดังนี้ คือ

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน โดยมีข้อเสนอแนะให้แก้ไขในบางประเด็น ดังนี้

1. ปรับภาษาที่ใช้ให้เป็นภาษาที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย ไม่ใช้ภาษาทางวิชาการเกินไป
2. เนื้อหาปรับให้สั้นกระชับเข้าใจง่าย
3. ปรับสีและตัวอักษรให้ชัดเจน

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไข ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ได้รับการปรับแก้แก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้(Try out) กับผู้ป่วยกระดูกขาหักที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิคส์ โรงพยาบาลตรังโดยทดลองดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 3 - 5 คน เพื่อประเมินแผนสอน วีดีโอ และคู่มือ ก่อนนำไปใช้จริง ผลการดำเนินกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในเนื้อหา เห็นวีดีโอและคู่มือชัดเจน เข้าใจในวีดีโอและคู่มือ ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมประมาณ 1 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ไปให้

อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถาม แล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) (Polit and Hungler, 1995) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Davis, 1992) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม และ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม (Polit & Beck, 2004)

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1) แบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน CVI = .87

2. นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลตรัง จำนวน 30 คนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถาม แล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) (Polit and Hungler, 1995) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Davis, 1992) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความ

คิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม และ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม (Polit and Beck, 2004)

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน CVI = .95

2. นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลตรัง จำนวน 30 คนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขออนุญาตในทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัย ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ผู้วิจัย จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มอย่างง่าย ดังรายละเอียด การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง

5. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพในสัปดาห์ที่ 8 ของการทดลอง

วิธีดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการทดลอง เป็น 3 ขั้นตอนได้แก่ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง ขั้นที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง และขั้นที่ 3 ระยะหลังการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยรวบรวม สร้าง และทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะอนุกรรมการวิจัยในมนุษย์องค์การแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ตรัง เพื่อขออนุญาตศึกษาวิจัยในมนุษย์ในโรงพยาบาล

1.3 ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ตรัง เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตในการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูล

1.4 การเตรียมตัวของผู้วิจัย เพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่เหมาะสม

1. ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

2. ผู้วิจัยเตรียมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม แผนการสอน วีดีโอ และคู่มือ

3. ผู้วิจัยรวบรวม สร้าง และทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยศึกษารายงานประวัติของผู้ป่วยที่รับรักษาไว้ในแผนกศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลศูนย์ตรังและเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 25 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 25 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง

2.1.1 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม ดังนี้

1) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม โดยพูดคุย แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและพิทักษ์สิทธิ์ในการร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

2) หลังได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลทั่วไป และนัดผู้ป่วยอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8

3) ในระยะเวลา 7 สัปดาห์ก่อนวันนัดผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

2.1.2 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง ดังนี้

1) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง โดยพูดคุย แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและพิทักษ์สิทธิ์ในการร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

2) หลังได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยกระดูกขาหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลทั่วไป และทำการนัดผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ในการเข้าร่วมกิจกรรมอีกในวันที่ 2 หลังผ่าตัด เพื่อเริ่มจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน และนัดผู้ป่วยอีกครั้งหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 หลังการทดลองเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน (Post-test) โดยผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียง เพื่ออธิบายเมื่อกลุ่มตัวอย่างสงสัยหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบ

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง ทั้งหมด 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 หลังผ่าตัด 2 วัน เนื่องจาก ในระยะนี้อาการปวดของผู้ป่วยเริ่มทุเลา ปริมาณเลือดในขวดระบายเริ่มออกน้อยลง ผู้วิจัยจะจัดกิจกรรม โดยการพูดชักจูง การจัดให้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์ การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ใช้เวลา 45 – 60 นาที ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. เตรียมความเรียบร้อยของสถานที่และอุปกรณ์ในการสอน จัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วน ปราศจากสิ่งรบกวนต่างๆ ดูแลให้บรรยากาศถ่ายเทได้สะดวกและมีแสงสว่างพียงพอ

2. เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจให้ผู้ป่วย ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้

3. ชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ หัวข้อการเรียนรู้ กำหนดวันการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและประโยชน์ของการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผาตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

4. จัดกิจกรรมให้ความรู้ตามแผนการสอนที่เตรียมไว้ 45 – 60 นาที โดยผู้วิจัยใช้คำพูดชักจูงด้วยการให้ความรู้และคำแนะนำตามแผนการสอน โดยการบรรยายร่วมกับให้ดูวีดีโอเรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน” ประกอบด้วย 1) ความเสี่ยงและความรุนแรงจากการที่กระดูกหักซ้ำ 2) การรับประทานอาหาร 3) ท่าทางการเคลื่อนไหว 4) การออกกำลังกาย 5) การป้องกันการติดเชื้อและการสังเกตอาการผิดปกติ 6) การรับประทานยาตามแผนการรักษา พร้อมทั้งใช้คำพูดชักจูงให้ความมั่นใจ กำลังใจเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง เน้นให้ตระหนักถึงความเสี่ยง ความรุนแรงที่เกิดจากมีพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพไม่ถูกต้องและเน้นให้เห็นความสำคัญของพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหัก ระหว่างสอนเปิดโอกาสให้ซักถามได้ หากผู้ป่วยไม่เข้าใจผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติม

5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม แสดงความคิดเห็นและ เมื่อผู้ป่วยบอกวิธีการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ผู้วิจัยกล่าวยกย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยตอบผิดผู้วิจัยได้อธิบายซ้ำ

6. นัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 ในวันต่อไปพร้อมแจ้งให้ทราบถึงกิจกรรมในครั้งที่ 2

จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นขั้นที่ใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้มากขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์ดี มีความสนใจ มีการซักถามปัญหา ถาม-ตอบ และตอบคำถามในประเด็นต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยซักถามไป และมีการสอบถามในสิ่งที่ไม่แน่ใจหรือสงสัย ทำให้บรรยากาศขณะดำเนินกิจกรรม เป็นไปอย่างเป็นกันเอง กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ โดยระหว่างนั้นผู้วิจัยได้ให้แรงเสริมเป็นระยะๆ ตลอดจนให้กำลังใจว่าผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้จริงตามตัวแบบ นอกจากนี้ผู้วิจัยสังเกตจากสีหน้าของผู้ป่วยพบว่า มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสทำให้บรรยากาศผ่อน คลาย ซึ่งถือเป็นการกระตุ้นร่างกายและอารมณ์เป็นอย่างดี หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดในครั้งต่อไป กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและยินดีที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไปตามนัด

ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัด 3 วัน จัดกิจกรรมโดยการใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบจริง การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ การมีประสบการณ์หรือการประทำที่ประสบผลสำเร็จ ด้วยตนเองใช้เวลา 60 – 90 นาที โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับในครั้งที่ 1 โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้วิจัยบรรยาย สาธิตการเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้ เน้นย้ำความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยขาดซึ่งทราบจากการซักถามก่อนสอน ขณะสอนหรือหลังสอน รวมทั้งสังเกตการฝึกหัดเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้และให้คำแนะนำจนผู้ป่วยมั่นใจว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 2

3. ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมท่าทางการออกกำลังกาย ท่าที่ 2 – ท่าที่ 6 สังเกตการณ์พฤติกรรมฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมจนผู้ป่วยมั่นใจว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง

4. แจกแบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม ฝึกการบันทึกและบันทึกการรับประทานอาหารประจำวัน การปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ชื่นชมแก่ผู้ป่วยในปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพได้ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีกำลังใจได้มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตนในการมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้มากขึ้น

5. นัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไปพร้อมแจ้งให้ทราบถึงกิจกรรมในครั้งที่ 3

จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยให้ความสนใจและ ร่วมมือในการฝึกการออกกำลังกายหลังผ่าตัดเป็นอย่างดี มีการซักถามปัญหา ถาม-ตอบและตอบคำถามในประเด็นต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยซักถามไป สำหรับการบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารประจำวันและการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในผู้ป่วยสามารถบันทึกได้ถูกต้อง โดยระหว่างนั้นผู้วิจัยได้ให้แรงเสริมเป็นระยะๆ ตลอดจนให้กำลังใจว่าผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้หากปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามที่ได้เรียนรู้มาแล้ว

นอกจากนี้ผู้วิจัยสังเกตจากสีหน้าของผู้ป่วยพบว่า มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ทำให้บรรยากาศผ่อนคลาย ซึ่งถือเป็นการกระตุ้นร่างกายและอารมณ์เป็นอย่างดี หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดครั้งต่อไป กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและยินดีที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไปตามใบนัด

ครั้งที่ 3 ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน 1 วัน จัดกิจกรรมโดยการใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ใช้เวลา 30 - 45 นาที โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 3

2. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับในครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และเน้นความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้วิจัยบรรยาย การดูวีดีโอและสาธิตการเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้ เน้นย้ำความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยขาดซึ่งทราบจากการซักถามก่อนสอน ขณะสอนหรือหลังสอน รวมทั้งสังเกตการฝึกหัดเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้ของผู้ป่วย และท่าทางในการออกกำลังกายและให้คำแนะนำจนผู้ป่วยมั่นใจว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง

3. แจกแบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม ฝึกการบันทึกและบันทึกการรับประทานอาหารประจำวัน การปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ชื่นชมแก่ผู้ป่วยในปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพได้ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีกำลังใจได้มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตนในการมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้มากขึ้น

4. ผู้วิจัย สรุปถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขเพื่อให้มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน และช่วยกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินเครื่องมือกำกับการทดลอง คือแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เพื่อวัดสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่เหมาะสมมากขึ้น เกณฑ์กำกับการทดลอง กลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนนรวมของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 จึงจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักในระดับสูง ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในอย่างสั้นๆเพิ่มเติมในครั้งต่อไป โดยจะประเมินซ้ำอีกครั้งหลังจากให้ความรู้เพิ่มเติมไปแล้ว 1 สัปดาห์ และนัดหมายพร้อมแจ้งให้ทราบถึงกิจกรรมครั้งต่อไป

จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 3 ได้มีการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในของกลุ่มตัวอย่างหลังจากให้กิจกรรม

ผ่านไปแล้ว 2 ครั้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในดีขึ้น มีการออกกำลังกายมากขึ้น ผู้วิจัยให้คำชมเชยและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวต่อไป จากการซักถามปัญหาและข้อสงสัยจากการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน และการบันทึกการปฏิบัติตัวในแบบบันทึกพบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติต่อเนื่อง ขณะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจและร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี มีสีหน้าท่าทางแจ่มใส ซึ่งเมื่อประเมินการกำกับการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองทั้ง 25 คน ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดครั้งต่อไป กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและยินดีที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไปตามนัด

ครั้งที่ 4 การโทรศัพท์ติดตาม ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 2 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือสัปดาห์ที่ 3 และสอบถามปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 4 พบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้มากขึ้น มีการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง และมีการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยสังเกตจากการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยยินดีที่จะรับโทรศัพท์และยินดีที่จะตอบคำถามแก่ผู้วิจัย และผู้ป่วยรู้สึกยินดีที่ได้รับการโทรศัพท์ติดตาม ซึ่งถือเป็นการกระตุ้นร่างกายและอารมณ์เป็นอย่างดี หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดครั้งต่อไป กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและยินดีที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไปตามใบนัด

3. ระยะเก็บรวมรวมข้อมูล

ในสัปดาห์ที่ 8 ของการทดลอง เป็นการประเมินผลหลังการทดลอง

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่นัดหมายไว้ พูดคุยขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน (Post - test) โดยผู้วิจัยอยู่ใกล้ ๆ เพื่ออธิบายเมื่อผู้ป่วยมีข้อสงสัย จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม
2. ผู้วิจัยมอบคู่มือ การปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในแก่กลุ่มควบคุม พร้อมทั้งฝึกท่าทางการออกกำลังกาย การเดินด้วยไม้ค้ำยัน เพื่อให้กลุ่มควบคุม สามารถกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้านได้
3. ผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดระยะการเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ และขอบคุณ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย โรงพยาบาลศูนย์ตรัง และคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลักผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัว ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการหรือการบำบัดรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการ หรือการบำบัดรักษาที่ได้รับเช่นกัน ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอ ข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างได้รับความผิดปกติเนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย โดยต้องแจ้งความผิดปกติให้ผู้ทำการวิจัยทราบทันที หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form) สำหรับกลุ่มควบคุม หลังจากที่ดำเนินการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และให้ทั้ง 2 กลุ่มทำ Post-test แล้ว ผู้วิจัยมอบหนังสือคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในแก่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม เพื่อเป็นการขอบคุณในความร่วมมือ

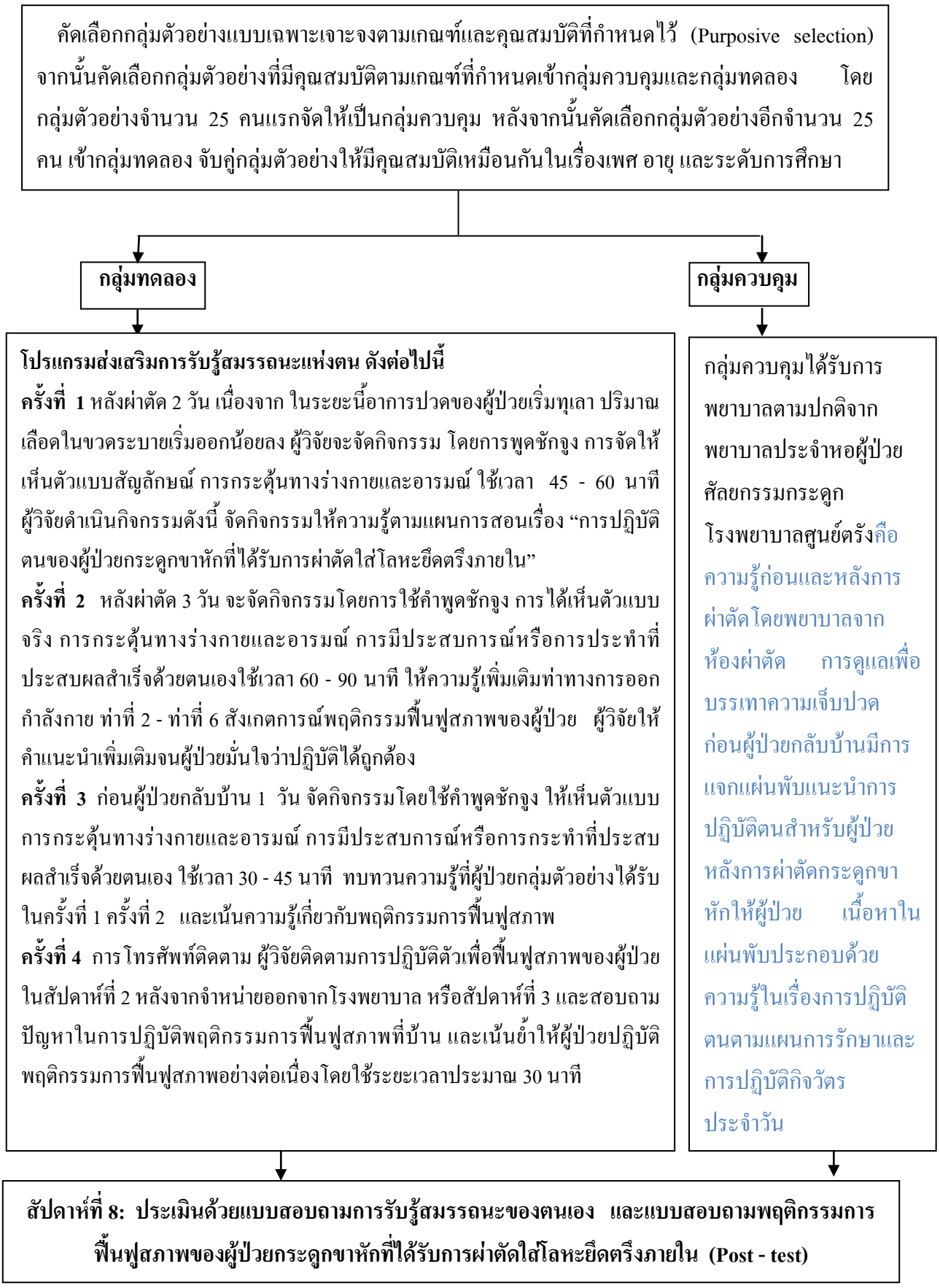
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน (Posttest) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติที (Independent t-test)

แผนภูมิที่ 4 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) แบบแผนการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (The Posttest – Only With Nonequivalent Groups) โดยมีกลุ่มควบคุม (Control Group) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการพยาบาลปกติต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในร่างกายครั้งแรก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลตรัง จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน กำหนดคุณสมบัติให้คล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ และระดับการศึกษา โดยกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1: การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3

ตอนที่ 2: เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังแสดงในตารางที่ 4- 5

ตอนที่ 1: การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เสนอผลการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ดังแสดงในตาราง

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (N=25)		กลุ่มทดลอง (N=25)		รวม (N=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	18	72	18	72	36	72
หญิง	7	28	7	28	14	28
อายุ (ปี)						
15 – 20	2	8	1	4	3	6
21 – 40	12	48	13	52	25	50
41 – 59	11	44	11	44	22	44
อายุเฉลี่ย($\overline{X}$)	38.48		37.8		38.14	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	11.19		11.55		11.26	
สถานภาพ						
โสด	5	20	5	20	10	20
คู่	17	68	17	68	34	68
หม้าย	1	4	1	4	2	4
หย่าร้าง	2	8	2	8	4	8
ศาสนา						
พุทธ	23	92	23	92	46	92
อิสลาม	2	8	2	8	4	8

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (N=25)		กลุ่มทดลอง (N=25)		รวม (N=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา						
ไม่ได้ศึกษา	1	4	1	4	2	4
ประถมศึกษา	11	44	9	36	20	40
มัธยมศึกษา	4	16	8	32	12	24
อาชีวศึกษา	8	32	6	24	14	28
อุดมศึกษา	1	4	1	4	2	4
อาชีพ						
นักเรียน นักศึกษา	1	4	1	4	2	4
รับราชการ	4	16	2	8	6	12
ค้าขาย	3	12	3	12	6	12
ทำสวน	10	40	11	44	21	42
รับจ้าง	7	28	8	32	15	30
การวินิจฉัยโรค						
กระดูกต้นขาขวาหัก	14	56	14	56	28	56
กระดูกต้นขาซ้ายหัก	11	44	11	44	22	44
ชนิดของโลหะที่ใช้						
แผ่นเหล็กร่วมกับสกรู	10	40	10	40	20	40
แผ่นเหล็ก	8	32	8	32	16	32
แผ่นเหล็กร่วมกับลวด	7	28	7	28	14	28

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 25 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 72 มีอายุระหว่าง 21 -40 ปี และอายุระหว่าง 41 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 44 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่และโสด คิดเป็นร้อยละ 68 และ ร้อยละ 20 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและศาสนา

อิสลาม คิดเป็นร้อยละ 92 และร้อยละ 8 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและอาชีวศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40 และร้อยละ 28 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพทำสวนและรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 42 และ ร้อยละ 30 ตามลำดับ การวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค คือ กระดูกต้นขาขวาหัก รองลงมาคือ กระดูกต้นขาซ้ายหัก คิดเป็นร้อยละ 56 และ ร้อยละ 44 ตามลำดับ และชนิดของโลหะที่ยึดตรึงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแผ่นเหล็กร่วมกับสกรู รองลงมาเป็นแผ่นเหล็ก คิดเป็นร้อยละ 40 และร้อยละ 32 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 25) และกลุ่มควบคุม (n = 25) จำแนกเป็นรายข้อ

พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ	กลุ่มควบคุม (n = 25)			กลุ่มทดลอง (n = 25)		
	$\overline{X}$	SD	ระดับ	$\overline{X}$	SD	ระดับ
1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	3.00	.645	ปานกลาง	4.28	.737	มาก
2. รับประทานไข่อย่างน้อยวันละ 2 ฟอง	2.80	.913	ปานกลาง	4.04	.676	มาก
3. รับประทานผักใบเขียว เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง	3.28	.678	ปานกลาง	4.24	.831	มาก
4. รับประทานผลไม้ เช่น ส้มหรือมะละกอสุก อย่างน้อยวันละ 1-2 ผล	1.84	.850	น้อย	4.08	.862	มาก
5. ดื่มนมอย่างน้อยวันละ 2 กล่อง	3.08	.702	ปานกลาง	4.52	.586	มากที่สุด
6. รับประทานยาครบและตรงเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์	3.20	.408	ปานกลาง	4.32	.802	มาก
7. ใช้วิธีการขับถ่ายที่เหมาะสมกับสภาพการบาดเจ็บไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ทำผ่าตัด	2.76	.831	ปานกลาง	4.12	.781	มาก
8. บริหารร่างกายหลังผ่าตัดทุกส่วนทั้งแขนขาข้างดีและข้างบาดเจ็บทุกวัน	2.64	.757	ปานกลาง	4.28	.614	มาก

ตารางที่ 4 (ต่อ)

พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ	กลุ่มควบคุม (n = 25)			กลุ่มทดลอง (n =25)		
	$\overline{X}$	SD	ระดับ	$\overline{X}$	SD	ระดับ
9. บริหารกล้ามเนื้อต้นขาโดยการนอนหงายราบ ใช้ผ้าขนหนูรองใต้เข่าออกแรงกดเข่าลงบนผ้าขนหนู โดยให้ปลายเท้ากระดกขึ้น	2.92	.702	ปานกลาง	4.44	.768	มาก
10. บริหารกล้ามเนื้อต้นขา โดยการนอนหงายราบ เหยียดเข่าข้างที่ผ่าตัดชันเข่าข้างปกติ ยกขาข้างผ่าตัดขึ้นเล็กน้อย	3.16	.624	ปานกลาง	4.20	.913	มาก
11. ตรวจสอบสภาพความพร้อมของไม้ค้ำยันรักแร้ก่อนใช้ทุกครั้ง	2.96	.611	ปานกลาง	4.40	.816	มาก
12. เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ทุกครั้งในระยะที่แพทย์อนุญาต	2.80	.913	ปานกลาง	4.08	.640	มาก
13. ยกเท้าข้างที่ได้รับผ่าตัดให้ลอยจากพื้น ในขณะที่เดินหรือยืน โดยไม่ลงน้ำหนักก่อนได้รับอนุญาตจากแพทย์	3.28	.678	ปานกลาง	4.28	.737	มาก
14. สังเกตการบวม แดง มีหนองซึมบริเวณแผลทุกวัน	2.00	1.041	น้อย	4.04	.889	มาก
15. ดูแลบาดแผลผ่าตัดไม่ให้สกปรกโดนน้ำ และไม่แกะเกาบริเวณบาดแผล	3.08	.702	ปานกลาง	4.36	.638	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพฯ ในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมน้อยกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมฯ ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกข้อ โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ เรื่อง การรับประทานผักใบเขียวและการยกเท้าข้างที่ได้รับผ่าตัดให้ลอยจากพื้นในขณะที่เดินหรือยืนด้วยไม้ค้ำยันรักแร้ โดยไม่ลงน้ำหนักก่อนได้รับอนุญาตจากแพทย์ มากที่สุด ($\overline{X}$ =3.28, SD = 0.68) รองลงมา ได้แก่ การรับประทานยาครบและตรงเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ ($\overline{X}$ =3.20, SD = 0.41) ส่วนพฤติกรรมที่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมปฏิบัติน้อย ได้แก่ การรับประทานผลไม้ ($\overline{X}$ 1.84, SD = 0.85)

ในกลุ่มทดลอง พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพฯ ที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมาก ได้แก่ การดื่มนมอย่างน้อยวันละ 2 กล่อง ($\overline{X}$ = 4.52, SD = 0.59) รองลงมา ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาโดยการนอนหงายราบ ใช้ผ้าขนหนูรองใต้เข่าออกแรงกดเข่าลงบนผ้าขนหนู โดยให้ปลายเท้ากระดกขึ้น ($\overline{X}$ =4.44, SD = 0.77)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 25) และกลุ่มควบคุม (n = 25)

พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ	$\overline{X}$	ระดับพฤติกรรม	SD	df	t	*p* -value
กลุ่มควบคุม	42.80	ปรับปรุง	7.67	48	12.47	.0001
กลุ่มทดลอง	63.68	ดี	3.35			

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ในภาพรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพฯ ของผู้ป่วยกระดูกขาหักในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 42.80 (SD = 7.67) ส่วนคะแนนเฉลี่ยฯ ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 63.68 (SD = 3.35) โดยแปลผลคะแนนได้ว่ากลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการทดลองอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการทดลองอยู่ในระดับดี

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ (Independent t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 25) และกลุ่มควบคุม (n = 25)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	$\overline{X}$	ระดับการรับรู้	SD	df	t	*p* -value
กลุ่มควบคุม	57.36	ปรับปรุง	7.67	48	12.47	.000
กลุ่มทดลอง	82.88	ดี	3.35			

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองเท่ากับ 57.36 และ 82.88 ตามลำดับ โดยแปลผลคะแนนได้ว่ากลุ่มควบคุมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลองอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลองอยู่ในระดับดี

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการพยาบาลปกติต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ ศึกษาสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (The Posttest – Only With Nonequivalent Groups) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มทดลอง (Experimental Group) คือ ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

กลุ่มควบคุม (Control Group) คือ ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทำให้กระดูกหักที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในร่างกายครั้งแรก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลตรัง โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักแบบปิดของขาข้างใดข้างหนึ่ง ไม่มีการหัก การบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วยและได้รับการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงภายในร่างกายครั้งแรก

2. อายุ 15 – 59 ปี มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย

3. ไม่มีการบาดเจ็บของไขสันหลัง ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ และไม่มีโรคของกล้ามเนื้อหรือบาดเจ็บของเส้นประสาทขา เช่น โปลิโอ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ฯลฯ

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจำนวนตัวอย่างควรจะมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้นและมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลงทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn & Grove, 2005) โดยการศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน

โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในจากทะเบียนรายชื่อและแฟ้มประวัติการรักษา หากมีคุณสมบัติครบและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยประเมินความพร้อมทางร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง

2. จับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม โดยควบคุมให้กลุ่มทั้งสองมีลักษณะคล้ายคลึงกันที่สุดในด้านลักษณะของบุคคล ได้แก่ เพศเดียวกัน อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยแต่ละคนและบันทึกลักษณะของตัวแปรควบคุมของผู้ป่วย หลังจากนั้นคัดเลือกตัวอย่างอีก จำนวน 25 คน เข้ากลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่างพักในหอผู้ป่วยสามัญซึ่งลักษณะเป็นห้องรวม ผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยแต่ละคนและบันทึกลักษณะของตัวแปรควบคุมของผู้ป่วย หลังจากนั้นดำเนินการคัดเลือกและดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองโดยอาศัยความคล้ายคลึงกันตามเกณฑ์การจับคู่

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จนครบ 25 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเรื่อง “การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน” ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอน เรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน”

1.2 วีดีโอประกอบการสอน เรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน”

1.3 คู่มือ พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกหักใส่โลหะยึดตรึงภายใน

เครื่องมือวิจัยและสื่อการสอนได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข และได้นำไปทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และระดับการศึกษา

ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .87 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขและทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายในที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลศูนย์ตรัง หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้เท่ากับ .88

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. แบบสอบถาม การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายในที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .95 แล้วนำมาปรับปรุง

แก้ไขและทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายในที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลตรัง หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .86

การดำเนินการทดลอง มีวิธีการดังนี้

1. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน จากทะเบียนรายชื่อและแฟ้มประวัติการรักษา หากมีคุณสมบัติครบและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประเมินความพร้อมทางร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง จับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม โดยควบคุมให้กลุ่มทั้งสองมีลักษณะคล้ายคลึงกันที่สุดในด้านลักษณะของบุคคล ได้แก่ เพศเดียวกัน อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี จัดกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจับคู่แล้วเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยแต่ละคนและบันทึกลักษณะของตัวแปรควบคุมของผู้ป่วย หลังจากนั้นคัดเลือกตัวอย่างอีก จำนวน 25 คน เข้ากลุ่มทดลอง รวมกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 50 คน

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกจัดให้แก่ผู้ป่วย ในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค กิจกรรมออกกำลังกายและพฤติกรรมการปฏิบัติตัว

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จัดกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง โดยใช้เวลาในการทดลองทั้งหมด 8 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที

3. การประเมินผล โดยเก็บข้อมูลหลังการดำเนินการทดลอง (Posttest) ในสัปดาห์ที่ 8 ด้วยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน (Posttest) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติที (Independent t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิต ($p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยการนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพภายหลังการใส่โลหะยึดตรึงภายในที่ถูกต้องป้องกันกระดูกหักซ้ำ โดยใช้การจัดวิธีการเรียนรู้ 4 แนวทาง เพื่อนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) การใช้ตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง และ 4) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมและตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้น โดยประเมินจาก แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน ซึ่งมีรายละเอียดในการจัดกิจกรรมที่สามารถอภิปรายได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การใช้คำพูดชักจูง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมด้วยการให้ความรู้ คำแนะนำและการ

พูดชักจูงเพื่อให้ผู้ป่วยกระดูขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพได้สำเร็จโดยการสอนประกอบแผนการสอนผ่านวีดีโอ เรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน” ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานยาตามแผนการรักษา และท่าทางการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้นำความรู้ ที่ได้จากสิ่งที่ผู้วิจัยสอน แนะนำ มาประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวันของตนเองประกอบกับการพูดชักจูงของผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงสาเหตุและอันตรายจากการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม รวมถึงแนวทางการปฏิบัติเพื่อได้รับรู้ว่าหากปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมจะสามารถทำให้เกิดกระดูกหักซ้ำหรือภาวะกระดูกไม่ติดกันได้และลดอันตรายต่างๆที่จะตามมาได้ การจัดกิจกรรมดังกล่าวย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต้องการที่จะปฏิบัติตาม

นอกจากนี้ผู้วิจัยและญาติการพูดกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เน้นย้ำว่าผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน สามารถมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมได้และสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพนั้น เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมออกมา การให้ความรู้โดยการสอนเป็นแนวทางหนึ่งในการให้คำแนะนำ และการใช้คำพูดชักจูง การให้ความรู้ คำแนะนำเป็นปัจจัยขั้นแรกและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติขั้นต่อไป ความรู้จึงเป็นวิธีการที่นำไปสู่การปฏิบัติได้ (พรศรี ศรีอัษฎาพร และคณะ, 2542; Bandura, 1997) ส่วนการพูดชักจูง การแนะนำ การอธิบาย ชักชวนให้ความรู้เพื่อให้บุคคลเชื่อในความสามารถของตนเอง จะเป็นการส่งเสริมให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง (self-doubts) ทำให้เกิดกำลังใจ มีความมั่นใจ และมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำกิจกรรมให้สำเร็จ ทำให้บุคคลนั้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นได้ (Bandura, 1997)

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยสนทนากับตัวแบบคือผู้วิจัยในการมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ โดยแจกคู่มือ พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกหักใส่โลหะยึดตรึงภายในเป็นแนวทางในการเรียนรู้ การได้เห็นตัวแบบจริง คือผู้วิจัย และตัวแบบสัญลักษณ์ คือ คู่มือพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกหักใส่โลหะยึดตรึงภายใน วีดีโอตามแผนการสอนเรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน” ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ จดจำ และเลียนแบบทำตามแบบ เกิดความคล้อยตามและเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้

ด้วยตนเอง การกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบจะรวมเอากระบวนการทางจิตวิทยา คือ การตั้งใจ การจดจำ การกระทำและการจูงใจไว้ด้วยกัน (Bandura, 1997) การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้เห็นตัวแบบจากผู้วิจัยในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ร่วมกับการได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์จากวีดีโอ และคู่มือทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้

กิจกรรมที่ 3 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ด้วยการพูดคุย สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้ผ่อนคลายด้วยการแสดงความเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่นุ่มนวลให้เกียรติผู้ป่วย จัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติกิจกรรม โดยให้มีห้องทำกิจกรรมที่มิดชิดมีความเป็นส่วนตัว เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง พูดระบายความรู้สึกและ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในและรางวัลแก่ผู้ป่วย เพื่อให้การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยอยู่ในระดับเหมาะสม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงขีดความสามารถของตนเองและแสดงออกถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ถ้าบุคคลได้รับการกระตุ้นทางอารมณ์อยู่ในระดับที่เหมาะสมจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองและการแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้น ฉะนั้นการที่ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังหารผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยผู้วิจัยรับฟัง ให้คำปรึกษา ชี้แนะ แก้ไขปัญหาตามความเหมาะสมเพื่อลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ และกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยโดยการให้รางวัลแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้

กิจกรรมที่ 4 การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในร่วมอภิปรายเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติ และช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา และสามารถนำไปปฏิบัติใช้จริงจนประสบความสำเร็จได้ แล้วกระตุ้นให้ ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่ปฏิบัติพฤติกรรมถูกต้องคงปฏิบัติต่อไปและเป็นตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยคนอื่นต่อไป การที่ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเชื่อว่าเมื่อกระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือทำกิจกรรมที่คล้ายกัน ก็สามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเคย ความสำเร็จหลายๆครั้ง จะช่วยสร้างความมั่นใจในความสามารถของตน เมื่อ

ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมที่จัดไว้เป็นการสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้ว มักจะมีความมานะพยายามในการกระทำกิจกรรมที่กำหนดต่อถึงแม้จะมีอุปสรรค (Bandura, 1997) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความมานะพยายามและมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในอย่างต่อเนื่อง

สะท้อนให้เห็นว่า ผลการจัดกิจกรรมการพยาบาลไม่ใช่การให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ควรมีการจัดกิจกรรมเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้มีการเรียนรู้ผ่าตัวแบบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์และสังเกตโดยตรง และสามารถทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากวีดีโอ และคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน การเรียนรู้ผ่านตัวแบบเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ซึ่งการเรียนรู้โดยส่วนใหญ่ของบุคคลเกิดจากการสังเกตตัวแบบ โดยตัวแบบส่งผลต่อการเรียนรู้ ส่งเสริมความตั้งใจ การเก็บจำของผู้สังเกตและนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปปฏิบัติตาม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต,2550) เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามตัวแบบที่สังเกตเห็นเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติตนเองทำให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ ขณะเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ กลุ่มทดลองยังได้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ด้วยการฝึกปฏิบัติร่วมกับผู้วิจัยในการเลือกออกกำลังกาย ฝึกการเดินด้วยไม้ค้ำยัน และการลงบันทึกในแบบบันทึกการออกกำลังกายและการเดินด้วยไม้ค้ำยัน และยังมีการโทรศัพท์ติดตามเป็นการใช้คำพูดชักจูง ให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ได้แก่ ความรู้ด้านต่างๆ การปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทั้งนี้ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพเป็นเพียงหัวข้อย่อยเท่านั้นก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในจึงไม่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพด้วยการใช้คำพูดชักจูง การเห็นตัวแบบ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นเพียงความรู้ทั่วไปซึ่งไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้ จึงทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม เมื่อประเมินคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพและการ

รับรู้สมรรถนะแห่งตนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจึงอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งอยู่ในระดับดี

จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายมา จึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมการการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยจัดกิจกรรมด้วยการนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้ทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เกิดทักษะและมีทัศนคติที่ดีต่อการมีพฤติกรรมการ ฟื้นฟูสภาพ มีการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในได้อย่างถูกต้องต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จนทำให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมการการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยในอดีต เช่น การวิจัยของบังเอิญ แพรุ้งสกุล (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 รายและกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และภายหลังการได้รับโปรแกรมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการจัดให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ คำแนะนำ โดยการสอน การอภิปรายทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม ประกอบกับการพูดชักจูงจากผู้วิจัยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น โดยการใช้คำพูดชักจูงตามแนวคิดของ Bandura (1997) ได้กล่าวว่าการที่บุคคลอื่นได้แสดงออกโดยคำพูดว่า เขามีความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลนั้น ว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่กำหนดได้ การพูดชักจูงให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนจะทำให้บุคคลเกิดกำลังใจและมีความพยายามในการกระทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จ ฉะนั้นการให้ความรู้และคำแนะนำในการมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในโดยเน้นให้เห็นผลลัพธ์ของพฤติกรรมนั้นร่วมกับการพูดชักจูงให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ใน

ความสามารถของตนเอง จะทำให้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่ต้องการได้

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ผ่านมาที่นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การศึกษาของบังเอิญ แพรุ้งสกุล (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 รายและกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และภายหลังการได้รับโปรแกรมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของเกศสุดา มณีกระจ่าง (2544) ซึ่งศึกษาผลการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่มีผู้สูงอายุในความดูแลเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งเข้ารับการรักษา ณ คลินิกออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี จำนวน 20 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแล การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลจากการดูแลดีกว่าก่อนการเข้าร่วมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลจากการดูแลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของเบญจวรรณ ละอองผล (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก จำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และจากการศึกษาของ Aya Unsal and May firet kara kasikci (2010) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยข้อเสื่อม จำนวน 80 คน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยข้อเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้ป่วยข้อ

เสื่อมที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้นับเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้านพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ โดยใช้ช่องทางการเรียนรู้ตามแนวคิดของ Bandura (1997) อันได้แก่ การจัดให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่สำเร็จ การจัดให้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูงและการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์นั้น สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในมีพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ผลการวิจัยยังยังสอดคล้องกับการวิจัยในอดีตทั้งในและต่างประเทศที่ได้ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ให้กับผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน สามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านการบริหาร โดยการนำเสนอผลการวิจัยต่อผู้บริหาร บุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบเพื่อให้การสนับสนุนในการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่เหมาะสมและป้องกันกระดูกหักซ้ำ รวมทั้งให้การสนับสนุนในด้านงบประมาณ สถานที่ โสตทัศนูปกรณ์ เอกสารต่างๆ

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.1 ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรในทีมสุขภาพเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในตั้งแต่ระยะแรกหลังการผ่าตัด โดยการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ในการปฏิบัติการพยาบาลประจำวัน

2.2 ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดยจัดเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน และใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.3 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและเห็นประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการเชื่อมต่อของกระดูก การสังเกตบาดแผล และการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

3. ด้านการศึกษา ควรสนับสนุนให้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน และควรจัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในสำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในเพื่อสนับสนุนให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ เกิดทักษะในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่มีความเฉพาะแตกต่างจากผู้ป่วยประเภทอื่นๆ

4. ด้านการวิจัย

4.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกหักส่วนอื่นๆ ต่อไป

4.2 ควรมีการดำเนินการวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลของปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในเป็นระยะๆ ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4.3 ควรมีการดำเนินการวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ข้อจำกัดการวิจัย

- ไม่สามารถวัดได้ว่าผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในมีกระดูกหักซ้ำหรือไม่ เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา ซึ่งเวลาที่จะสามารถประเมินได้คือระยะเวลา 3 – 6 เดือน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กลุ่มสถิติแรงงาน สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม. (2553). สรุปผลที่สำคัญการสำรวจความปลอดภัยในการเดินทางทางถนน พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

กลุ่มงาน PCT orthopedic โรงพยาบาลตรัง. (2552). รายงานการประชุมของกลุ่มงานประจำปี 2552. โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง.

กฤษณ์ กาญจนฤกษ์. (2546). หลักการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อน. ใน เอกชัย จุลเสวก,ดุษฎี ทัตตานนท์ และสุพิชัย เจริญอารีกุล (บรรณาธิการ), Orthopaedics for Medical student, หน้า 61 – 66. นนทบุรี : เอสอาร์พริ้นติ้ง.

กิ่งแก้ว ปาจารีย์. (2542). การฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังกระดูกหัก. ใน บรรจง มไหสวริยะ (บรรณาธิการ), การยึดตรึงกระดูกหักด้วยแกนดามกระดูก, หน้า 594 - 602. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

ก้องเขต เหรียญสุวรรณ. (2546). กระดูกหักเปิด. วารสารพยาบาลศัลยกรรมอุบัติเหตุ. ปีที่ 4 (กันยายน 2546) : 34-37.

เกศสุดา มณีกระจ่าง. (2544). ผลการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ขนิษฐา ชวนานนท์. .(2552). การศึกษาภาวะกระดูกขาหักซ้ำที่บ้านในผู้ป่วยผ่าตัดดามโลหะที่ขา กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลน่าน. น่าน : โรงพยาบาลน่าน.

ขวัญชนก หัตถา. (2545). โครงการสอนผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนก้านหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก แบบภายใน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ตรัง.(2550).แนวทางการปฏิบัติงานและมาตรฐานเชิงโครงสร้าง. โรงพยาบาลศูนย์ตรัง

เจริญ โชติกวณิชย์. (2539). กระดูกหักข้อเคลื่อนในผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ.(2543). สถานะสุขภาพคนไทย.นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

จุฑาวดี วงษ์สมบัติ และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,22

(พิเศษ),57 – 72.

ช่อราตรี สิริวัฒถานันต์. (2540). การพยาบาลออร์โธปิดิกส์ละเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพฯ : คุรุสภาลาดพร้าว.

ชายธวัช งามอุโฆษ. (2539). กระดูก tibia และ fibula หัก. ใน เจริญ โชติกวณิชย์ (บรรณาธิการ), กระดูกหัก ข้อเคลื่อนในผู้ใหญ่, หน้า 643-660. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

ชาญวิทย์ สุมนวงศ์. (2541). ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์และการฟื้นฟูสภาพ. กรุงเทพฯ : อักษรไทยการพิมพ์.

ชาญยุทธ ศุภชาติวงศ์. (2547). หลักการพื้นฐานของกระดูกหักและข้อเคลื่อน. ใน วิวัฒน์ วัจนะวิศิษฐ (บรรณาธิการ), ออร์โธปิดิคส์ ,หน้า 63-74. กรุงเทพ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

ณัฐชยา พลาชีวะ. (2542). ผลการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อความรู้และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ต้อม จันทรศัพท์, ณัฐชนก แก่นยิ่ง และพัทยา วัดสิงห์. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะดามกระดูกต้นขาของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทัศนีย์ ธนะศาล. (2544). พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,เชียงใหม่.

ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ. (2544). การรับรู้สมรรถนะของตนเองในงานวิจัยทางการพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 16 (3): 1-12.

ทัศนีย์ นะแส. (2542). การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา : เหมการพิมพ์.

ธิรานี โหมขุนทด และ สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, *32* (3), 19 - 28.

นงเยาว์ จันทร์จรัส. (2548). ผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเสนเจริญพานิชย์ จำกัด.

นงเยาว์ ภูริวัฒนกุล,วิลาวรรณ ทิพย์มงคล และกาญจนา วงษ์เลี้ยง. (2550).ผลการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกฟีเมอร์หักระยะพักฟื้น.สงขลา

นครินทร์เวชสาร. 25(1) : 19 – 24.

นิภาพร โชติรัตน์. (2550). การรับรู้ความสามารถแห่งตน การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ และสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นิรมล จิตจำนง. (2548). การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็ก.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

เนตรนภา คู่พันธวี และช่อละดา พันธุเสนา. (2541). หลักการพยาบาลผู้ป่วยกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ. ในช่อละดา พันธุเสนา (บรรณาธิการ). ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 2 (ทางศัลยศาสตร์),หน้า 114 – 191 . สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

บรรจง มไหสวริยะ.(2542). การยึดตรึงกระดูกหักด้วยแกนดามกระดูก. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์

บุญสิน บูรณะพาณิชย์กิจ. (2547). การดามกระดูกหัก. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: บุ๊คเน็ท.

เบญจวรรณ ละอองผล. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ประดิษฐ์ ศักดิ์ศรี. (2530). กระดูกหักแผลเปิด. ใน ช่อราตรี สิริวัตถานันต์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลทางออร์โธปิดิคส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู, หน้า 71-100. กรุงเทพ: คุรุสภาลาดพร้าว.

ปิยะนุช เชาวน์วุฒิพันธ์ และสุวดี ชูสุวรรณ.(2540). คุณภาพบริการพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก. วารสารวิชาการเขต 12,8(3): 1-9.

ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง. สถิติผู้ป่วยในจำแนกตาม ICD 10.โรงพยาบาลศูนย์ตรัง, 2553.

พนิดา ชูสุวรรณ. (2539). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่เหล็กดามภายใน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พรทนา พฤกษ์ธรางกูร. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและได้รับการรักษาด้วยยา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะ

พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไพรัช ประสงค์จีน. (2541). กระดูกหักและข้อเคลื่อน (Fracture and Dislocation) . พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มรรยาท ณ นคร. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการยึดตรึงด้วยวัสดุภายในร่างกาย. เชียงใหม่: นันทพันธ์พริ้นติ้ง .

มรรยาท ณ นครและคณะ. (2544). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ในการปฏิบัติตัวและความวิตกกังวลในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการทำผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงในร่างกาย . เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มรรยาท ณ นคร. (2542). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกระดูกหัก. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มานพ ประภายานนท์. (2543). กายภาพบำบัดเพื่อสุขภาพ. วารสารใกล้หมอ,24(9): 104 – 106.

รวิชา หงส์โรจนภาคย์. (2545). การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรรณี สัตยวิวัฒน์. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์.พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ไพศาลศิลป์การพิมพ์.

วิภา แซ่เซี้ย และ อนงค์ ประสาธน์วนกิจ. (2548). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ. เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.อัดสำเนา.

วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม และคณะ. (2539). ตำราออร์โธปิดิกส์ เล่ม 2 . สมาคมออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ออฟเซท.

วิศาล คันธารัตนกุล. (2543). คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู.ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2536). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์.

สมศรี ศรีเจริญจิระ.(2545).ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยศัลยกรรม กระดูกต้นขาหัก. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. วิทยาศาสตร์ (สุขศาสตร์และ

พฤติกรรมศาสตร์)มหาวิทยาลัยมหิดล.

สรศักดิ์ ศุภผล. (2547). กระดูกหักและข้อเคลื่อนที่ข้อเข่าและหน้าแข้ง. ใน วิวัฒน์วัจนะวิศิษฐ (บรรณาธิการ), ออร์โธปิดิคส์, หน้า 63-74. กรุงเทพ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

อวยพร ภัทรภักดีกุล , โสเพ็ญ ชูนวล และ มัลลิกา สุนทรวิภาต .(2553). การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาในโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 25(1) :100-111

อรุณรัศมี บุนนาค, เรณู วงษ์อาน, พิภพ จิรภิญโญ, นฤมล เด่นทรัพย์สุนทร และนุชน้อย ธรรมมนศิริ. (2545). ผลของการเข้าค่ายฤดูร้อนต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมน้ำหนัก ของเด็กอ้วน. วารสารศิริราช 54 (3): 159-166.

ภาษาอังกฤษ

Altizer, L. (2002). Fractures. Orthopaedic Nursing 21: 51-59.

Aya Unsal and May firet kara kasikci .(2010).Effect of Education on Perceived Self-Efficacy for Individuals with Arthritis.Internationnal Journal of Caring Sciences 3:3-11.

Azer,I. , and Rankin,S. (1994). Hip protectors improve falls self – efficacy [Electronic version].Age and Ageing,29:57 – 62

Bandura, A. (1977). Social Learning Theory**.** Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action: A Social Cognitive Theory**.** Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1997). Self-Efficacy The exercise of control**.** New York: W.H. Freeman and Company.

Burns, N., and Grove, S. K. (2005). The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization. 4th ed. Philadelphia: W.B.Saunders.

Edwards, c. (2003). Exploration of the orthopaedic patient's 'need to know'. Journal of Orthopaedic Nursing 7: 18 – 25.

Lawrance, L., & Mcleroy, k.r. (1990). Self-efficacy and health education. Journal of School Health 56(8): 317.

Lithner, M., and Zilling, T. (2000). Pre- and postoperative information needs. Patient Education and Counseling 40: 29-37.

McLain, R. F., and Weinstein, J. N. (2003). Orthopaedic surgery. In R. Melzack, and P. D. Wall (eds.), Handbook of Pain Management, pp.435-541. Philadelphia:Churchill Livingstone.

Pender, N.J. (2002). Health promotion in nursing practice. 4th ed. Newyork: Appletome Century Crofta.

Phipps, W.J. (1999). Medical Surgical Nursing : Concepts and Clinical Practice. 5th ed.St.Louis:Mosby.

Polit, D.F., and Beck, C.T. (2004). Nursing Research Principles and Methods**.** 6th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Roach, J. A., Trembly, L. M., and Bowers, D.L. (1995). A preoperative assessment and education program: implementation and outcomes. Patient Education and Counselling 25: 83 – 88.

Wick, M., Muller, E. J., and Ekkernkamp, A. (1998). The motorcyclist: easy rider or easy victim? An analysis of motorcycle accidents in germany. American Journal of Emergency Medicine 16: 320-323.

Winningham,M.L. (1991). Exercise program for people with cancer : Getting started. Cancer Nursing, 14(5):270 – 276.

Wosornu,L. (1982). Principles of surgery care in the tropics. London : Pitman.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผศ.สุนันท์ ศลโกสุม
   กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์
   มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. รศ.ดร.สุรีพร ธนศิลป์
   รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
   จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นางสาวธิติมา ศิริมาตยาพันธุ์
   นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
   กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลตรัง
4. นางสาวพรสรรค์ โรจนกิตติ
   พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์(APN)
   หอผู้ป่วยเจริญสมศรี ชั้น ๔ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. นางสาววิลาสินี แผ้วชนะพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
   อาจารย์พยาบาลหัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
   วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน และโปรแกรมประกอบด้วยสื่อต่างๆ ดังนี้

1.1.1 แผนสอนเรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน”

1.1.2 วีดีโอ เพื่อใช้ประกอบการสอน เรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน”

1.1.3 คู่มือเรื่อง “พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกหักใส่โลหะยึดตรึงภายใน”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และระดับการศึกษา

2.2 แบบสอบถาม พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบสอบถาม การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน

ตัวอย่าง

แผนดำเนินการ ตามโปรแกรม

เรื่อง"ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหัก ที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน" จัดกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง

.....

กิจกรรมครั้งที่ 1 หลังผ่าตัดวันที่ 2
เรื่อง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

ปัญหาและความต้องการทางการเรียนรู้ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่กระดูกขาหักและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อใส่โลหะยึดตรึงภายใน ผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตบางอย่างจากที่เคยปฏิบัติ ไม่สามารถทำงานหนักๆ ได้เหมือนเดิม ต้องใช้ไม้ค้ำยันในการเดินไม่สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่มีพยาธิสภาพได้ อีกทั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภายหลังผ่าตัดได้ เช่น การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด กล้ามเนื้อลีบ และข้อติดแข็ง การหักซ้ำของกระดูก เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีความรู้ในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อนำความรู้เหล่านั้นไปปฏิบัติเพื่อให้ความฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติเร็วที่สุด โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยสามารถ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะใส่โลหะตรึงภายในที่ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องขณะใส่โลหะตรึงภายใน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติตนขณะใส่โลหะตรึงภายในได้ถูกต้อง

สถานที่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลตรัง

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพ และเปิดโอกาสพูดคุย เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างความเป็นกันเอง เตรียมความเรียบร้อยของสถานที่และอุปกรณ์ในการสอน จัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วน

ปราศจากสิ่งรบกวนต่างๆ ดูแลให้บรรยากาศถ่ายเทได้สะดวกและมีแสงสว่างพียงพอ เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจให้ผู้ป่วย ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ (5 นาที)

2. ผู้นำกลุ่ม (ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย) ชี้แจงวัตถุประสงค์ชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์หัวข้อการเรียนรู้ กำหนดวันการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและประโยชน์ของการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผาตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน (5 นาที)

3. อภิปรายตามแผนการสอน โดยการบรรยายร่วมกับให้ดูวีดีโอเรื่อง “การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน” ประกอบด้วย 1) ความเสี่ยงและความรุนแรงจากการที่กระดูกหักซ้ำ 2) การรับประทานอาหาร 3) ท่าทางการเคลื่อนไหว 4) การออกกำลังกาย 5) การป้องกันการติดเชื้อและการสังเกตอาการผิดปกติ 6) การรับประทานยาตามแผนการรักษา พร้อมทั้งใช้คำพูดชักจูงให้ความมั่นใจ กำลังใจเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง เน้นให้ตระหนักถึงความเสี่ยง ความรุนแรงที่เกิดจากมีพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพไม่ถูกต้องและเน้นให้เห็นความสำคัญของพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหัก ระหว่างสอนเปิดโอกาสให้ซักถามได้ หากผู้ป่วยไม่เข้าใจผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติม(45 นาที)

4. แจกสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม

5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม แสดงความคิดเห็นและ เมื่อผู้ป่วยบอกวิธีการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ผู้วิจัยกล่าวยกย่องชมเชยแต่ถ้าตอบผิดผู้วิจัยจะอธิบายซ้ำ (5 นาที)

6. แจกคู่มือ เรื่อง “พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกหักใส่โลหะยึดตรึงภายใน”

กิจกรรมครั้งที่ 2 หลังผ่าตัดวันที่ 3

ขั้นตอนกิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับในครั้งที่ 1 โดยจะเน้นความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้วิจัยจะบรรยาย สาธิตการเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้ เน้นย้ำความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยขาดซึ่งทราบจากการซักถามก่อนสอน ขณะสอนหรือหลังสอน รวมทั้งสังเกตการฝึกหัดเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้และให้คำแนะนำจนผู้ป่วยมั่นใจว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง (10นาที)

2. ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมท่าทางการออกกำลังกาย ท่าที่ 2 – ท่าที่ 6 สังเกตการณ์พฤติกรรมฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมจนผู้ป่วยมั่นใจว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง (40นาที)

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม แสดงความคิดเห็นและ เมื่อผู้ป่วยบอกวิธีการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ผู้วิจัยกล่าวยกย่องชมเชยแต่ถ้าตอบผิดผู้วิจัยจะอธิบายซ้ำ (10 นาที)

กิจกรรมครั้งที่ 3 ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน 1 วัน

ขั้นตอนกิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับในครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และจะเน้นความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้วิจัยจะบรรยาย การดูวีดีโอและสาธิตการเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้ เน้นย้ำความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยขาดซึ่งทราบจากการซักถามก่อนสอน ขณะสอนหรือหลังสอน รวมทั้งสังเกตการฝึกหัดเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้ของผู้ป่วย และท่าทางในการออกกำลังกาย และให้คำแนะนำจนผู้ป่วยมั่นใจว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง (50 นาที)

กิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 2 หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ขั้นตอนกิจกรรม

การโทรศัพท์ติดตาม ผู้วิจัยจะติดตามการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 2 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือสัปดาห์ที่ 3 และสอบถามปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

ตัวอย่างแผนการสอน

เรื่อง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

จัดทำโดย

นางนันทยา เสนีย์ รหัสนิสิต 5277632036

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (Flexible Learning)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอน

เรื่อง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

ผู้เรียน ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน

ปัญหาและความต้องการทางการเรียนรู้ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่กระดูกขาหักและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อใส่โลหะยึดตรึงภายใน ผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตบางอย่างจากที่เคยปฏิบัติ ไม่สามารถทำงานหนักๆ ได้เหมือนเดิม ต้องใช้ไม้ค้ำยันในการเดินไม่สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่มีพยาธิสภาพได้ อีกทั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภายหลังผ่าตัดได้ เช่น การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด กล้ามเนื้อลีบ และข้อติดแข็ง การหักซ้ำของกระดูก เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีความรู้ในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อนำความรู้เหล่านั้นไปปฏิบัติเพื่อให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติเร็วที่สุด โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการสอน

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะใส่โลหะตรึงยึดภายในที่ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องขณะใส่โลหะตรึงยึดภายใน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติตนขณะใส่โลหะยึดตรึงภายในได้ถูกต้อง

มโนทัศน์

พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมขณะอยู่ที่บ้านในเรื่อง การรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการหายของกระดูก การขับถ่ายให้เป็นไปตามปกติ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การป้องกันอันตรายที่จะรบกวนการติดของกระดูก การส่งเสริมความเป็นปกติของการดำเนินชีวิตส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายกลับคืนสู่ ภาวะปกติ บรรลุภาวะสุขภาพได้เร็ว

หัวข้อที่ให้ความรู้

1. การสร้างความตระหนักในการดูแตนเองขณะใส่โลหะยึดตรึงภายใน
2. การรับประทานอาหาร
3. การออกกำลังกาย
    ประโยชน์การออกกำลังกาย
    ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย
    ท่าในการออกกำลังกาย
4. การป้องกันการติดเชื้อ
5. การรับประทานยาตามแผนการรักษา
6. ท่าทางการเคลื่อนไหว

กิจกรรมการสอน

1. การบรรยายประกอบวีดีโอ
2. การสาธิต
3. การซักถาม

สื่อการสอน

1. วีดีโอการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน
2. อุปกรณ์ที่ใช้การประกอบบรรยาย : ไม้ค้ำยันรักแร้
3. คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

การประเมินผล

โดยการซักถามก่อนสอน ขณะสอน และภายหลังสอน

วันที่สอน

หลังผ่าตัดวันที่ 2,3 ก่อนกลับบ้าน 1 วัน และสัปดาห์ที่ 2 หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ระยะเวลาในการสอน

ประมาณ 45 - 60 นาทีต่อครั้ง

วิธีการสอน

สอน ตามขั้นตอนดังนี้

สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยการแนะนำตนเอง และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหา และข้อสงสัยต่างๆ โดย การตอบคำถามด้วยท่าทางที่เป็นมิตร และให้เป็นความเป็นกันเอง

ประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง โดยการซักถาม เพื่อประเมินความรู้ที่ผู้ป่วยขาดก่อนทำการสอนอย่างมีแบบแผน

ทำการสอนตามแผนการสอน โดยแบ่งเนื้อหาการสอนเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สอนหัวข้อเรื่องการสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองขณะใส่โลหะยึดตรึงภายใน เรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับประทานอาหาร ท่าทางการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย และการป้องกันการติดเชื้อ

ตอนที่ 2 สอนหัวข้อเรื่อง ท่าทางและการเคลื่อนไหว

ติดตามใช้คำแนะนำและสอนซ้ำในบางเรื่องที่ผู้ป่วยขาดความรู้ หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ตลอดจนสนับสนุน และให้กำลังในการปฏิบัติ จนกระทั่งผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
หลังจากสิ้นสุดการสอนนี้แล้วผู้ฟังสามารถ บอกผลกระทบของกระดูกหักและโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ที่เกิดจากภาวะกระดูกหักซ้ำได้	**บทนำ** กระดูกต้นขาหักต้องใช้เวลานานในการรักษาให้กระดูกติดดี หลังจากตัดไหมหรือฝึกเดินด้วยไม้ค้ำยันเรียบร้อยแล้วแพทย์จึงอนุญาตให้กลับไปพักฟื้นที่บ้านต่อ เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตบางอย่าง ต้องดูแลตนเองให้สอดคล้องกับการรักษาทั้งนี้เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุดส่งเสริมการหายของกระดูกและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง การติดเชื้อของกระดูก โดยเฉพาะกระดูกหักซ้ำ ซึ่งส่งผลให้ต้องกลับมารับการรักษาซ้ำ สูญเสีย เวลา และ เศรษฐกิจ หรือเกิดความพิการชนิดถาวรได้	- กล่าวทักทายผู้ฟังและแนะนำตนเอง - บอกวัตถุประสงค์ของการเรียน - พูดคุยซักถาม โดยมีข้อคำถาม คำถาม “ท่านควรดูแลตนเองในเรื่องใดบ้างขณะมีโลหะยึดตรึงภายในกระดูกต้นขา” คำถาม“ หลังจากผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ถ้าปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ท่านคิดว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง”	- วีดีโอเรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่ผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เพื่อป้องกันกระดูกหักซ้ำ 1.การสร้างความตระหนักในการดูแตนเองขณะใส่โลหะยึดตรึงภายใน 2. การรับประทานอาหาร 3. ท่าทางการเคลื่อนไหว 4. การออกกำลังกาย 5. การป้องกันการติดเชื้อ 6. การรับประทานยาตามแผนการรักษา	จากการตอบคำถามมีเนื้อหาถูกต้องร้อยละ 70

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
-บอกชนิดของอาหารที่ช่วยในการหายของกระดูกได้ถูกต้อง	ดังนั้นผู้ป่วยควรมีความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะใส่โลหะยึดตรึงภายใน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง **การปฏิบัติตนขณะใส่โลหะยึดตรึง** **1. การรับประทานอาหาร** อาหารที่ช่วยในการส่งเสริมการติดกันของกระดูก ได้แก่ อาหารประเภทโปรตีน แคลเซียม วิตามินสูง อาหารโปรตีน อาจเป็นโปรตีนจากพืช ได้แก่ ถั่วต่างๆ หรือโปรตีนจากสัตว์ ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ เช่น หมู วัว ไก่ เป็ด ไข่ กุ้ง หอย ปู ปลา เครื่องในสัตว์ นม เพื่อช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย และช่วยให้ร่างกายแข็งแรง	- โยงเนื้อหาและกล่าวนำไปสู่ความสำคัญของการดูแลตนเองขณะใส่โลหะยึดตรึงภายในขา เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงความรุนแรง ของการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้โลหะที่ยึดตรึงภายใน หลวมหรือหัก กระดูกหักซ้ำได้ - พูดคุย ซักถามผู้ป่วย คำถาม “อาหารชนิดใดบ้างที่ช่วยในการหายของกระดูก” - เสริมคำตอบของผู้ป่วยในส่วนที่ขาดและแก้ไขส่วนที่ไม่ถูกต้อง โดยใช้วีดีโอประกอบ	- วีดีโอ แสดงชนิดของอาหารที่มีโปรตีนสูงและอาหารส่งเสริมการติดกันของกระดูก	-จากการตอบคำถามมีเนื้อหาถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	ควรรับประทานเนื้อสัตว์อย่างน้อยวันละ 1 / 2-1 ขีด ไข่ วันละ 1 ฟอง หรือถั่วต้มสุก 1 / 2 ถ้วย 2) อาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ นม ปลาเล็กปลาน้อย ปู หอย ควรดื่มนมวันละ 1 แก้วทุกวัน ประโยชน์ ช่วยในการสร้างและเสริมความแข็งแรงของกระดูก 3) อาหารที่มีวิตามินซีสูง เช่น ส้ม มะนาว ฝรั่ง มะเขือเทศ มะละกอ ควรรับประทานผลไม้ประเภทส้ม อย่างน้อยวันละ 1 ผล ผลไม้อื่นๆ เช่น มะละกอ 1 ชิ้นหรือฝรั่งอีก 1 ผล ประโยชน์ช่วยเร่งการสร้างเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเชื่อมเซลล์ต่างๆ ให้ติดกัน ป้องกันและต้านทานโรคทำให้ร่างกาย แข็งแรง		- วีดีโอแสดงชนิดของอาหารที่มีแคลเซียมสูง -วีดีโอแสดงชนิดของอาหารที่มีวิตามินซีสูง	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
บอกประโยชน์และข้อควรปฏิบัติของการออกกำลังกายได้ถูกต้อง	**2. การออกกำลังกาย** ผลจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและการไม่ได้ใช้งานตามปกติของขาข้างที่หัก ส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง และลีบเล็กลง นอกจากนี้การจำกัดการเคลื่อนไหว ยังมีผลต่อการเกิดข้อติดแข็งตามมาได้ การออกกำลังกายเป็นวิธีที่สำคัญในการป้องกันภาวะเหล่านี้ **2.1 ประโยชน์ของการออกกำลังกาย** 1) ป้องกันการลีบเล็ก อ่อนแรงของกล้ามเนื้อ และการติดของข้อเข่า 2) เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเพิ่มความสามารถในการเหยียด หรืองอข้อเข่า 3) ช่วยในการไหลเวียนของโลหิตไปยังกล้ามเนื้อดีขึ้น เสริมสร้างและซ่อมแซมให้กระดูกติดเร็วขึ้น	- คำถาม “ ท่านทราบหรือไม่ว่า การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวขาและการไม่ได้ใช้งานตามปกติ เนื่องจากต้นขาหักทำให้เกิดผลเสียต่อกล้ามเนื้อและกระดูกอย่างไร” - เสริมคำตอบของผู้ป่วยในส่วนที่ขาดและแก้ไขคำตอบที่ไม่ถูกต้อง - ถาม “การป้องกันภาวะเหล่านั้น ท่านคิดว่าควรทำอย่างไร” - บรรยายเพิ่มเติมประโยชน์ของการออกกำลังกายและข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย โดยใช้ภาพพลิกประกอบ	- วีดีโอ การออกกำลังกาย - วีดีโอ ประโยชน์ของการออกกำลังกาย	- จากการตอบคำถามมีเนื้อหาถูกต้อง - จากการตอบคำถามมีเนื้อหาถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
- สาธิตย้อนกลับการ ออกกำลังกายแต่ละท่าได้ถูกต้อง	**2.2 ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย** 1) ควรบริหารแบบค่อยเป็นค่อยไปเพิ่มจำนวนครั้งในแต่ละท่าทีละน้อย ไม่ควรหักโหม 2) ควรฝึกบริหารเป็นประจำทุกวันวันละ 4 ครั้ง ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง หลังตื่นนอนเช้า ก่อนอาหารกลางวัน เย็นและก่อนนอน 3) ควรบริหารขาข้างปกติด้วยเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ **2.3 ท่าในการออกกำลังกาย** **ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1-2** เพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า **ท่าที่ 1** - นอนหงายราบขาเหยียดตรงในท่าพัก ใช้ผ้าเช็ดตัวหนา กว้างประมาณ6-8 นิ้วยาวประมาณ 8-10 นิ้ว หนาประมาณ 3 นิ้ว สอดบริเวณใต้เข่า	- บรรยายข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย โดยใช้ภาพประกอบ - บรรยายท่าการออกกำลังกายประกอบภาพ - หลังจากผู้สอนบรรยายประกอบภาพจบท่าที่ 1 ผู้สอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามทันทีและให้กำลังใจในการฝึกปฏิบัติพร้อมแก้ไขท่าที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	- วีดีโอ ข้อความข้อควรปฏิบัติของการออกกำลังกาย - วีดีโอแสดงท่าการออกกำลังกาย ท่าที่ 1 ภาพผู้ป่วยนอนหงายราบกดเข่ากับหมอน แสดงการกดบริเวณข้อเข่าลงบนผ้าเช็ดตัว ปลายเท้ากระดกเข้าหาตัว	จากการตอบคำถามมีเนื้อหาถูกต้อง - ผู้ป่วยแสดงท่าการออกกำลังกายท่าที่ 1 ได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	- สูดหายใจเข้าพร้อมออกแรงกดบริเวณข้อเข่าให้มากที่สุด ปลายเท้ากระดกชี้เข้าหาตัว เกร็งกล้ามเนื้ออยู่ในท่านี้ 5 วินาที (นับ 1-5 ในใจ) - ค่อยๆผ่อนลมหายใจออก พร้อมกับคลายกล้ามเนื้อในท่าพัก 5 วินาที เริ่มทำใหม่จนครบ 10 ครั้ง **ท่าที่ 2** - นอนหงายราบ สูดหายใจเข้าพร้อมกดเข่าติดที่นอน กระดกปลายเท้าเข้าหาตัว เกร็งไว้ท่านี้นาน 5 วินาที (นับ 1-5ในใจ) - ค่อยๆผ่อนลมหายใจออก แล้วคลายกล้ามเนื้อในท่าพัก 5 วินาที เริ่มทำใหม่จนครบ 10 ครั้ง	- บรรยายท่าการออกกำลังกายประกอบภาพ - หลังจากผู้สอนบรรยายประกอบภาพจบท่าที่ 2 ผู้สอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามทันทีและให้กำลังใจในการฝึกปฏิบัติพร้อมแก้ไขท่าที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	- วีดีโอที่มีภาพแสดงท่าในการออกกำลังกาย ท่าที่ 2 ภาพผู้ป่วยนอนหงายราบพร้อมกดเข่าติดที่นอน กระดกปลายเท้าเข้าหาตัว	- ผู้ป่วยแสดงท่าการออกกำลังกายท่าที่ 2 ได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 3 ออกกำลังกายท่าที่ 1 และ 2 เหมือนเดิม และเพิ่มเติม **ท่าที่ 3** - นอนหงายราบ ชันเข่าข้างปกติ - เหยียดเข่าข้างที่ผ่าตัด พร้อมยกขาข้างผ่าตัดขึ้นในลักษณะเหยียดตรงให้ส้นเท้าสูงขึ้นเล็กน้อย ค้างไว้ท่านี้นาน 5 วินาที (นับ 1-5 ในใจ) - ค่อยๆผ่อนลมหายใจออก พร้อมกับวางขาลงในลักษณะพักท่าเดิมประมาณ 5 วินาที (นับ 1-5 ในใจ) เริ่มทำใหม่จนครบ 10 ครั้ง **ท่าที่ 4** - นอนหงายราบ แขม่วท้อง ขมิบก้นค้างไว้นับ 1-5 จากนั้นพัก และทำซ้ำ 10 ครั้ง	- บรรยายท่าการออกกำลังกายประกอบภาพ - หลังจากผู้สอนบรรยายประกอบภาพพลิกจบท่าที่ 3 ผู้สอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามทันทีและให้กำลังใจในการฝึกปฏิบัติพร้อมแก้ไขท่าที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง - บรรยายท่าการออกกำลังกายประกอบภาพ - หลังจากผู้สอนบรรยายประกอบภาพพลิกจบท่าที่ 4 ผู้สอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามทันที	- วีดีโอแสดงท่าในการออกกำลังกาย ท่าที่ 3 นอนหงายราบ ชันเข่าข้างปกติ เหยียดเข่าข้างที่ผ่าตัดยกขาขึ้นเล็กน้อย - วีดีโอแสดงท่าในการออกกำลังกาย **ท่าที่ 4** - นอนหงายราบ แขม่วท้อง ขมิบก้นค้างไว้	- ผู้ป่วยแสดงท่าการออกกำลังกายท่าที่ 3 ได้ถูกต้อง - ผู้ป่วยแสดงท่าการออกกำลังกายท่าที่ 4 ได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	ท่าที่ 5 - นอนหงายราบ กระดกปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง ขึ้นลง ทำซ้ำ 10 ครั้ง **ท่าที่ 6** - นอนหงายราบ กางขาออกช้าๆ ค่อยๆหุบขา ให้ทำทีละข้าง ทำซ้ำ ข้างละ 10 ครั้ง **ท่าที่ 7** - นั่งบนเก้าอี้ ขาข้างหนึ่งวางอยู่บนพื้น ยกขาอีกข้างขึ้นพร้อมกระดกข้อเท้า ค้างไว้ นับ 1-5 จากนั้นพัก ทำซ้ำ ข้างละ 10 ครั้ง	- บรรยายท่าการออกกำลังกายประกอบภาพ - หลังจากผู้สอนบรรยายประกอบภาพจบท่าที่ 5 - 7 ผู้สอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามทันที	- วีดีโอแสดงท่าในการออกกำลังกาย **ท่าที่ 5** - นอนหงายราบ กระดกปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง ขึ้นลง **ท่าที่ 6** - นอนหงายราบ กางขาออกช้าๆ ค่อยๆหุบขา ให้ทำทีละข้าง **ท่าที่ 7** - นั่งบนเก้าอี้ ขาข้างหนึ่งวางอยู่บนพื้น ยกขาอีกข้างขึ้นพร้อมกระดกข้อเท้าค้างไว้	- ผู้ป่วยแสดงท่าการออกกำลังกายท่าที่ 5 -7 ได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 4 - 7 ออกกำลังกายท่าที่ 1- 7 เหมือนเดิม และเพิ่มเติม **ท่าที่ 8 ออกกำลังกายท่ายืน ห้ามลงน้ำหนักขาข้างผ่าตัด** - ยกขาข้างผ่าตัดขึ้นช้าๆ ห้ามยกเหนือลำตัว ค้างไว้ นับ 1-5 จากนั้นพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง - กางขาข้างผ่าตัดออกช้าๆ ค่อยๆหุบขา ทำซ้ำ 10 ครั้ง - ยกขาข้างผ่าตัดไปด้านหลังช้าๆ นับ 1-5 จากนั้นพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง	การออกกำลังกายหัวข้อนี้ ผู้สอนจะพูดคุยกับผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด หลังจากที่แพทย์สั่ง Off Drain และเตรียมที่จะหัดเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้ - บรรยายท่าการออกกำลังกายประกอบภาพ - หลังจากผู้สอนบรรยายประกอบภาพจบท่าที่ 8ผู้สอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามทันที	- วีดีโอแสดงท่าในการออกกำลังกาย **ท่าที่ 8 ออกกำลังกายท่ายืนห้ามลงน้ำหนักขาข้างผ่าตัด** - ยกขาข้างผ่าตัดขึ้นช้าๆ ห้ามยกเหนือลำตัว ค้างไว้ - กางขาข้างผ่าตัดออกช้าๆ ค่อยๆหุบขา - ยกขาข้างผ่าตัดไปด้านหลังช้าๆ	- ผู้ป่วยแสดงท่าการออกกำลังกายท่าที่ 8 ได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
- บอกวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดได้ถูกต้อง	**3. ป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้** 3.1 รักษาความสะอาดของร่างกาย โดยอาบน้ำทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น 3.2 สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด 3.3 รักษาความสะอาดของแผล 3.4 ระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ กรณีแผลโดนน้ำ ซับแผลด้วยผ้าสะอาดให้แห้งหลังอาบน้ำทุกครั้ง 3.5 ไม่แกะเกาแผลเพราะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่แผลได้ 3.6 สังเกตอาการ ปวดบวม แดง ร้อน หรือมีหนองออกมาจากแผลหากมีอาการเหล่านี้ควรไปพบแพทย์ทันที	- คำถาม “ ท่านมีวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดอย่างไรบ้าง” - คำถาม “ ถ้าแผลมีการติดเชื้อ จะส่งผลต่อกระดูกอย่างไร ” - เสริมคำตอบของผู้ป่วยในส่วนเนื้อหาที่ขาด และแก้ไขคำตอบที่ไม่ถูกต้องโดยการบรรยายประกอบภาพ และเน้นเรื่องการสังเกตลักษณะแผลติดเชื้อ	- วีดีโอแสดงแผลมีลักษณะบวม แดง มีน้ำเหลืองออกมาจากแผล	- จากการตอบคำถามมีเนื้อหาถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
- บอกวิธีปฏิบัติในการรับประทานยาที่ได้รับกลับบ้านได้ถูกวิธี	**4. รับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ** โดยทั่วไปผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวด ยาบำรุงร่างกาย หรือยาบำรุงกระดูกไปรับประทานต่อที่บ้าน สิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติในการรับประทานยาคือ 4.1 รับประทานยาให้ถูกชนิด จำนวน และเวลา ตามคำสั่งแพทย์ 4.2 ยาหลังอาหาร ควรรับประทานหลังอาหารครึ่งชั่วโมง 4.3 เมื่อลืมรับประทานยามื้อหนึ่ง ไม่ควรรับประทานเพิ่มในมื้อถัดไปควรรับประทานยาในขนาดปกติ 4.4 ยาแก้ปวด ควรรับประทานเมื่อมีอาการปวดหรือมีไข้ และทิ้งระยะห่าง 4-6 ชั่วโมง หากไม่มีอาการปวดไม่ต้องรับประทาน	- ถาม “ ท่านมีวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างไร” - เสริมคำตอบของผู้ป่วยในส่วนที่ขาดและแก้ไขคำตอบที่ไม่ถูกต้องโดยใช้ภาพประกอบ	- ยา MTV - ยาพาราเซตามอล - ยา dicloxacillin - ภาพแสดงผู้ป่วยรับประทานยา	- จากการตอบคำถามมีเนื้อหาถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
- บอกความสำคัญของการมาตรวจตามแพทย์นัดได้ถูกต้อง - บอกระยะเวลาที่ผ่าตัดเอาเหล็กออกได้ถูกต้อง	4.5 มาตรวจตามแพทย์นัด เนื่องจากการหายของกระดูกต้องใช้เวลานานแพทย์จะนัดมาดูอาการเป็นระยะ ๆ เพื่อดูความก้าวหน้าของการติดของกระดูกพร้อมประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นดังนั้นผู้ป่วยควรมาตรวจมาแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอทุกครั้ง หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นสามารถมาพบแพทย์ได้ทันที ไม่ต้องรอให้ถึงวันนัดและแพทย์จะนัดผ่าตัดเอาเหล็กออกอีกครั้ง ภายหลังใส่เหล็กประมาณ $1_{1/2}$ - 2 ปี	- บรรยายความสำคัญของการมาตรวจตามนัดและระยะเวลาในการเอาเหล็กดามออก - ให้ผู้ป่วยบอกความสำคัญของการมาตรวจตามแพทย์นัด และระยะเวลาในการเอาเหล็กดามออก	- ภาพแสดงผู้ป่วยมาตรวจตามนัด	- จากการตอบคำถามมีเนื้อหาที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
- บอกผลเสียของการลงน้ำหนักขาข้างที่ใส่เหล็กดามก่อนกำหนดได้ถูกต้อง	**5. พฤติกรรมท่าทางและการเคลื่อนไหว** การเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้โดยไม่ลงน้ำหนักขาที่ใส่เหล็กดามก่อนกำหนดจนกว่ากระดูกจะติดดี หรือเมื่อแพทย์อนุญาตเพราะทำให้เหล็กที่ดามไว้ หักหรือกระดูกไม่ติดได้ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ไม้ค้ำยันช่วยในการเดินและควรปฏิบัติให้ถูกต้องทั้งท่าทางการเดินและเคลื่อนไหว เพราะถ้าหากขาข้างที่ผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในรับน้ำหนักหรือผู้ป่วยลื่นล้มจากการเดิน จะทำให้โลหะที่ยึดตรึงไว้หลวมและหักได้	ผู้สอนใช้แนวคิดของแบนดูรา (1991) ตามขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอน 1 การพูดชักจูง (Verbal persuasion) ด้วยการให้ความรู้ คำแนะนำและการพูดสร้างความตระหนักเพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่วัสดุดามภายใน รับรู้ความเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้น ผู้สอนซักถาม - คำถาม “การเดินลงน้ำหนักขาข้างที่ใส่เหล็กดามก่อนกำหนดจะเกิดผลเสียอย่างไร” - เสริมคำตอบของผู้ป่วยในส่วนที่ขาดและแก้ไขคำตอบที่ไม่ถูก	วีดีโอแสดงผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ	- จากการเดินด้วยไม้คำยันได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
- สาธิตการเดินด้วยไม้ค้ำยันโดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ใส่เหล็กดามได้ถูกต้อง	วิธีการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้เดินบนพื้นราบ ดังนี้ 1) ยืนตัวตรง ใช้มือจับด้ามถือ งอข้อศอก 20 องศา ให้ด้านบนของไม้ค้ำยันอยู่บริเวณสีข้างทรวงอก ไม่เดินโดยกดรักแร้ทับด้านบนของไม้ค้ำยันเพราะอาจเกิดอันตรายต่อเส้นประสาททำให้เกิดอัมพาตของแขนได้ 2) ช่วงแรกผู้ป่วยจะเดินโดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่รับบาดเจ็บ ด้วยการ ยกไม้ค้ำยันทั้ง 2 ข้างไปข้างหน้า แล้วก้าวขาที่เจ็บโดยไม่ลงน้ำหนักไประดับเดียวกับไม้ 3) ก้าวขาข้างดีเลยพ้นระดับไม้ไปข้างหน้า	ขั้นตอน 2 การได้เห็นตัวแบบ (Modeling) ด้วยการบรรยายหลักการเดินด้วยไม้ค้ำยันที่ถูกต้อง โดยใช้ภาพพลิกประกอบ หลังจากนั้นผู้สอนสาธิตวิธีเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้ที่ถูกวิธี ขั้นตอน 3 ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) หลังจากผู้สอนสาธิตการเดินแล้ว ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย จากนั้นให้ผู้ป่วยสาธิตการเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้โดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน ผู้สอนให้แรงเสริม	- ไม้คำยันรักแร้ 1-2 คู่ - ภาพพลิกแสดง หลักการเดินด้วยไม้ค้ำยัน	- จากการเดินด้วยไม้คำยันได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	5.1 การขึ้น - ลงบันได หรือ พื้นต่างระดับ <u>การขึ้นบันได</u> เอาข้างที่ดีขึ้นก่อน ยกไม้วางบนขั้นบันไดเดียวกันและก้าวขาข้างที่เจ็บตามขึ้นไปบนขั้นบันไดเดียวกัน <u>การลงบันได</u> เอาไม้ลงที่ขั้นบันไดต่ำลงไป 1 ขั้น ก้าวขาเจ็บลงมาที่ขั้นบันไดพื้น และก้าวขาดีตามที่ขั้นบันไดเดียวกัน ในกรณีที่การทรงตัวและขายังไม่แข็งแรงให้รวมไม้ไว้ที่มือข้างใดข้างหนึ่ง ส่วนมืออีกข้างหนึ่งใช้เกาะราวบันได ก็จะทำให้มั่นคงและปลอดภัย			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
- บอกวิธีป้องกันอุบัติเหตุจากการลื่น หกล้มได้ถูกต้อง	การเดินด้วยไม้ค้ำยันโดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่หัก ทั้งนี้ผู้ป่วยจะเริ่มลงน้ำหนักขาข้างที่หักได้บางส่วน หลังผ่าตัด 4-6 สัปดาห์ เมื่อกระดูกงอกมากขึ้นประมาณ 12 สัปดาห์ และไม่มีอาการปวด จึงเริ่มใช้ขาข้างที่หักรับน้ำหนักมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งการเดินลงน้ำหนักขาข้างที่หักได้เต็มที่ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์โดยดูจากสภาพความแข็งแรงของร่างกาย อายุ ชนิดของโลหะที่ตามกระดูกภายในและผลการ งอกของกระดูกซึ่งดูจากเอ็กซ์เรย์ ซึ่งในช่วง 1 เดือนแรกผู้ป่วยมีโอกาสที่ลื่นหกล้ม เป็นเหตุให้กระดูกหักซ้ำได้ง่าย	คำถาม“ท่านสามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หักได้เต็มที่เมื่อใด” คำถาม“ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ลงน้ำหนักขาข้างที่หักเร็วคืออะไร” - เสริมคำตอบของผู้ป่วยในส่วนที่ขาดและแก้ไขคำตอบที่ไม่ถูกต้อง - คำถาม “ ท่านจะป้องกันอุบัติเหตุจากการลื่นหกล้มได้อย่างไร - เสริมคำตอบของผู้ป่วยในส่วนที่ขาด และแก้ไขส่วนไม่ถูกต้อง โดยใช้ภาพพลิกประกอบ		- จากการตอบคำถามมีเนื้อหาถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
- บอกลักษณะของส้วมที่ประยุกต์ใช้กับตนเองได้เหมาะสม	**5.2 ท่านั่งในการขับถ่าย** จากการที่ผู้ป่วยใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ในช่วงแรกที่ไม่สามารถนั่งงอเข่า หรือใช้ขาข้างที่ผ่าตัดรองรับน้ำหนักตนเอง ท่านั่งในการขับถ่ายจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้เนื่องจากถ้าใช้ส้วมในการขับถ่าย ขาของผู้ป่วยต้องรับน้ำหนักทั้งสองข้าง ทำให้กระดูกที่ยังไม่ติดหักซ้ำได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้ ผู้ป่วยควรใช้ส้วมแบบนั่ง(ชักโครก) หากไม่มีส้วมแบบนั่งอาจประยุกต์ใช้เก้าอี้เจาะรูตรงกลางครอบเหนือโถส้วม หรือนำกระโถนมาวางบนเก้าอี้แทน หรือหาซื้อเก้าอี้เจารูตรงกลางจากท้องตลาดได้	- บรรยายการประยุกต์ใช้ส้วมเพื่อลดการรับน้ำหนักตนเองแก่ขาข้างที่ทำผ่าตัดในระยะแรก โดยใช้ภาพพลิกประกอบ - คำถาม “ท่านจะเลือกใช้ส้วมแบบใดเพื่อลดการรองรับน้ำหนักของร่างกายขณะถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะในช่วงแรกที่ยังไม่สามารถใช้ขาข้างที่หักรับน้ำหนักตนเองได้”	- วีดีโอแสดงส้วมแบบนั่ง(ชักโครก),เก้าอี้เจาะรูตรงกลาง	- จากการตอบคำถามมีเนื้อหาถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
บอกข้อควรปฏิบัติเพื่อป้องกระดูกหักซ้ำหรือโลหะที่ตรึงไว้หัก เคลื่อนหรือหลุดได้	**ข้อควรปฏิบัติเพื่อป้องกระดูกหักซ้ำหรือโลหะที่ตรึงไว้หัก เคลื่อนหรือหลุด** **1. การเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้** 1.1. ก่อนใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ควรสำรวจความเรียบร้อยก่อน เช่น ความแน่นของมือจับตัวน็อตที่ยึดอยู่บนไม้ค้ำยันรักแร้ทุกตำแหน่งว่าหลวมหรือหลุดหรือไม่และตรวจส่วนปลายของไม้คำยันว่ามียางหุ้มอยู่หรือไม่หรือถ้ามียางหุ้มต้องดูว่ายางชำรุดไปหรือไม่ พร้อมทั้งดูสิ่งสกปรกติดอยู่ที่ปลายไม้ค้ำยัน เช่น ดิน หมากฝรั่ง ฯลฯ ถ้ามีต้องทำความสะอาดก่อน เพราะสิ่งต่างๆที่กล่าวมาทำให้ผู้ป่วยลื่นล้มได้ในเวลาเดิน 1.2. ควรเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ทั้ง 2 ข้างช่วยเดิน การใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ข้างเดียวเดินมีความเสี่ยงสูงต่อการลื่นหกล้มได้ 1.3. ศีรษะต้องตั้งตรง ยืดคางขึ้น ไม่ก้มหน้าดูพื้น			- จากการตอบคำถามมีเนื้อหาถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	1.4. ไม้ค้ำยันรักแร้ ถ้าวางห่างจากลำตัวเวลาก้าวเดิน จะทำให้การทรงตัวเสียไป เพื่อการทรงตัวที่ดี ควรวางไม้ค้ำยันรักแร้ให้ห่างจากปลายเท้าไปทางด้านหน้าและทางด้านข้างของลำตัวประมาณ 4 นิ้ว ฟุต 1.5. ข้อมืออยู่ในท่ากระดกข้อมือขึ้น ใช้ฝ่ามือดันไม้ค้ำยันรักแร้เลื่อนไปข้างหน้าเวลาก้าวเดิน ลงน้ำหนักลงบนข้อมือและฝ่ามือไม่ให้ลงน้ำหนักตัวลงบนบาร์ที่อยู่ใต้รักแร้ขณะเดิน เพราะถ้าบาร์ไปกดกับรักแร้ จะทำให้กดเส้นประสาทบริเวณนั้นจะทำให้แขนชาหรือเป็นอัมพาตได้ 1.6. เวลาก้าวเท้าไปข้างหน้าต้องก้าวออกไปตรงๆ ไม่บิดปลายเท้าไปด้านนอกหรือด้านในลำตัว เป็นการป้องกันการเดินส่ายตะโพก และขณะเดินควรให้ตะโพกอยู่ในแนวเดียวกับเท้า ไม่เอนตัวไปข้างหน้าหรือห่อไหล่			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	1.7 การเดินไม่ควรเร่งรีบเกินไป 1.8 ไม่ควรเดินลงน้ำหนักขาข้างที่บาดเจ็บก่อนที่แพทย์จะอนุญาต **2. สถานที่พักอาศัย** 2.1 ควรนอนชั้นล่างของบ้าน หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันได 2.2 ดูแลพื้นห้องให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ มีแสงสว่างเพียงพอ 2.3 ควรเก็บข้าวของภายในบ้านให้เป็นระเบียบเพื่อมิให้กีดขวางทางเดิน 2.4 ระวังอุบัติเหตุจากการลื่นหกล้มบริเวณที่เปียกลื่น เช่น ในห้องน้ำ หรือเดินบนพื้นที่เรียบไม่เสมอกัน **3. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** ความเจ็บป่วยจากกระดูกต้นขาหักและใส่โลหะยึดตรึงภายใน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและต้องใช้			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	ไม้ค้ำยันรักแร้ในการเดิน ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย ดังนี้ 3.1 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามความสามารถของร่างกาย ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ 3.2 ปรับบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและหน้าที่การงาน สามารถทำงานเบาๆได้ เมื่อแพทย์อนุญาตให้ทิ้งไม้ค้ำยันรักแร้ จึงสามารถทำงานปกติได้ แต่ไม่ควรยกของหนัก 3.3 หลีกเลี่ยงการนั่งคุกเข่า เพราะโลหะที่ใส่ไว้ต้องรับน้ำหนักตัวทำให้หักได้ 3.4 ระมัดระวังในการลุกหรือเดิน โดยเฉพาะเมื่อขึ้นลงบันไดหรือเข้าห้องน้ำ 3.5 ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	สรุป ในระยะ 4-6 สัปดาห์แรกหลังได้รับการผ่าตัด ใส่โลหะยึดตรึงภายใน การปฏิบัติตนเพื่อช่วยส่งเสริมความแข็งแรงการติดกันและของกระดูก เรื่องการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น ปลาเล็กปลาน้อย นม หรือผลไม้ที่มีวิตามินสูง การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติเป็นสิ่งที่สำคัญ นอกจากนี้การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากท่าทางการเคลื่อนไหวที่ทำให้โลหะยึดตรึงภายในหลุด หรือหัก ซ้ำได้ ได้แก่การเดินด้วยไม้ค้ำยันโดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่หัก การเคลื่อนไหวร่างกาย โดยระมัดระวังหรือการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ให้เป็นระเบียบ มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน พื้นทางเดินเรียบไม่ลื่น หรือควรนอนพักชั้นล่างของบ้าน หลีกเลี่ยงการนั่งคุกเข่า ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใส่โลหะยึดตรึงภายในหายและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติโดยเร็ว			

รายการอ้างอิง

คณาจารย์จากโรงพยาบาลเลิดสิน. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์.(พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: ปาปิรุส.

ดุษฎี ทัตตานนท์ม, ธไนนิธย์ โชตนภูติ และศักดิ์สม กู้เกียรตินันท์, บรรณาธิการ. (2548). Orthopaedicsfor Medical Students. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ : นำอักษร.

ดลณชา อิสริยภานันท์. ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วย**วัยรุ่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2546.

ที. ดักเวิร์ค แปลโดยอภิชัย คงเสรีพงศ์. (2542)**.** LECTURE NOTES ON Orthopaedics and Fracture.(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : บุ๊คเน็ท.

ธนิต วัชรพุกก์. ความปวดหลังผ่าตัด. ใน ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ),(2544) ตำราศัลยศาสตร์, หน้า 7-21. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญสิน บูรณะพาณิชย์กิจ. (2547). การดามกระดูกหัก. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ : บุ๊คเน็ท.

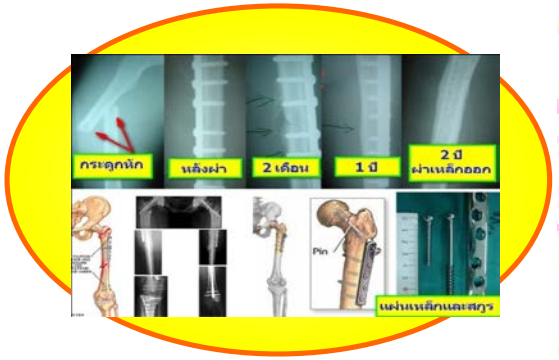
ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. สถิติผู้ป่วยในจำแนกตามกI CD 10. โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2547-2549.

ไพรัช ประสงค์จีน. (2541). กระดูกหักและข้อเคลื่อน. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ :จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มรรยาท ณ นคร. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการยึดตรึงด้วยวัสดุภายในร่างกาย.(พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

คู่มือ

ปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ



ขณะใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน

จัดทำโดยนันทยา เสนีย์
นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

การที่กระดูกขาหักและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิม การปฏิบัติตนที่ถูกต้องจะช่วยส่งเสริมการติดกันของกระดูก ลดอันตรายที่เกิดขึ้น

“ คู่มือปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพขณะใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน ”มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยที่กระดูกขาหักและได้รับการใส่โลหะยึดตรึงภายในมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่ดี และมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

ผู้จัดทำ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน ส่งเสริมกระดูกติดกัน ลดภาวะกระดูกหักซ้ำและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

สารบัญ

	หน้า
บทนำ	1
การปฏิบัติตนขณะใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในต้นขา	
การรับประทานอาหาร	2
ท่านั่งในการขับถ่าย	3
การออกกำลังกาย	4
การรับประทานยา	14
ป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด	16
พฤติกรรมท่าทางการเคลื่อนไหว	18
ข้อควรปฏิบัติเพื่อป้องกระดูกหักซ้ำหรือโลหะที่ตรึงไว้หัก เคลื่อนหรือหลุด	29

บทนำ

ผู้ป่วยที่กระดูกขาหักและได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ต้องใช้ระยะเวลาเวลานานในการรักษาให้กระดูกติดดี แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้โดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดละและให้กลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตบางอย่าง ต้องดูแลตนเองให้สอดคล้องกับการรักษาทั้งนี้เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุด ส่งเสริมการหายของกระดูกและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง การติดเชื้อของกระดูก โดยเฉพาะการเกิดกระดูกหักซ้ำ ซึ่งภาวะเหล่านี้อาจจะทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษา ทำให้สูญเสีย เวลา และเศรษฐกิจ หรือเกิดความพิการชนิดถาวรได้ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะใส่โลหะยึดตรึงภายในที่ถูกต้อง

การปฏิบัติตน

1. การรับประทานอาหาร

อาหารโปรตีน อาจเป็นโปรตีนจากพืช ได้แก่ ถั่วต่างๆ หรือโปรตีนจากสัตว์ ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ เช่น หมู วัว ไก่ เป็ด ไข่ กุ้ง หอย ปู ปลา เครื่องในสัตว์ นม เพื่อช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย และช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ควรรับประทานเนื้อสัตว์อย่างน้อยวันละ 1 / 2 - 1 ขีด ไข่วันละ 1 ฟอง หรือถั่วต้มสุก 1 / 2 ถ้วย อาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ นม ปลาเล็กปลาน้อย ปู หอย ควรดื่มนมวันละ 1 แก้วทุกวัน

ผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ส้ม มะนาว ฝรั่ง มะเขือเทศ มะละกอ ควรรับประทานส้ม อย่างน้อยวันละ 1 ผล หรือมะละกอ 1 ชิ้นหรือฝรั่ง 1 ผล

2. ท่านั่งในการขับถ่าย

จากการที่ผู้ป่วยใส่โลหะยึดตรึงภายใน ช่วงแรกที่ไม่สามารถนั่งงอเข่า หรือใช้ขาข้างที่ผ่าตัดรองรับน้ำหนักตนเองได้ จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงท่านั่งในการขับถ่าย ทั้งนี้เนื่องจากถ้าใช้ส้วมซึมในการขับถ่าย ขาของผู้ป่วยต้องรับน้ำหนักทั้งสองข้าง ทำให้กระดูกที่ยังไม่ติดหักซ้ำได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรใช้ส้วมแบบนั่ง หากไม่มีส้วมแบบนั่งอาจประยุกต์ใช้เก้าอี้เจาะรูตรงกลางครอบเหนือโถส้วม หรือนำกระโถนมาวางบนเก้าอี้แทน หรือหาซื้อเก้าอี้เจาะรูตรงกลางจากท้องตลาดได้

3. การออกกำลังกาย

3.1 ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

❶ ป้องกันการลีบเล็ก อ่อนแรงของกล้ามเนื้อ และการติดของข้อเข่า

❷ เพิ่มความเข็งแรงของกล้ามเนื้อและเพิ่มความสามารถในการเหยียด หรืองอ ของข้อเข่า

❸ ช่วยในการไหลเวียนของโลหิตไปยังกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น เสริมสร้างและซ่อมแซมให้กระดูกติดเร็วขึ้น

3.2 ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย

❶ ควรบริหารแบบค่อยเป็นค่อยไปเพิ่มจำนวนครั้งในแต่ละท่า ทีละน้อย ไม่ควรหักโหม

❷ ควรฝึกบริหารเป็นประจำทุกวัน วันละ 4 ครั้ง ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง หลังตื่นนอนเช้า ก่อนอาหารกลางวัน เย็นและก่อนนอน

❸ ควรบริหารขาข้างปกติด้วย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

ท่าในการออกกำลังกาย

ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1-2

เพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า

ท่าที่ 1

นอนหงายราบขาเหยียดตรงในท่าพัก ใช้ผ้าเช็ดตัวหนา กว้างประมาณ6-8 นิ้วยาวประมาณ 8-10 นิ้ว หนาประมาณ 3 นิ้ว สอดบริเวณใต้เข่า

สูดหายใจเข้าพร้อมออกแรงกดบริเวณข้อเข่าให้มากที่สุด ปลายเท้ากระดกชี้เข้าหาตัว เกร็งกล้ามเนื้ออยู่ในท่านี้ 5 วินาที (นับ 1-5 ในใจ)

ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก พร้อมกับคลายกล้ามเนื้อในท่าพัก 5 วินาที เริ่มทำใหม่จนครบ 10 ครั้ง

ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 3

ออกกำลังกายท่าที่ 1 เหมือนเดิม และเพิ่มเติม

ท่าที่ 2

นอนหงายราบ ชันเข่าข้างปกติ

เหยียดเข่าข้างที่ผ่าตัด พร้อมยกขาข้างผ่าตัดขึ้นในลักษณะเหยียดตรงให้ส้นเท้าสูงขึ้นเล็กน้อย ค้างไว้ท่านี้นาน 5 วินาที (นับ 1-5 ในใจ)

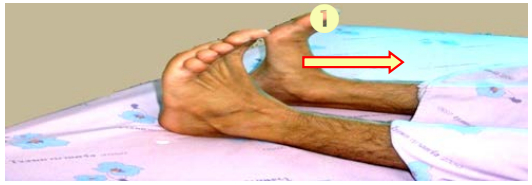
ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก พร้อมกับวางขาลงในลักษณะพักท่าเดิม ประมาณ 5 วินาที (นับ 1-5 ในใจ) เริ่มทำใหม่จนครบ 10 ครั้ง

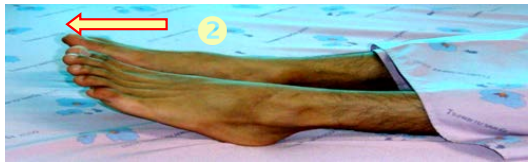
ท่าที่ 3

นอนหงายราบ แขม่วท้อง ขมิบก้นค้างไว้ นับ 1-5 จากนั้นพัก และทำซ้ำ 10 ครั้ง

ท่าที่ 4

นอนหงายราบกระดกปลายเท้าทั้ง 2 ข้างขึ้นลงทำซ้ำ 10 ครั้ง





ท่าที่ 5

นอนหงายราบ กางขาออกช้า ๆ ค่อย ๆ หุบขา ให้ทำทีละข้าง ทำซ้ำ ข้างละ 10 ครั้ง

ท่าที่ 6

นั่งห้อยขาทั้ง 2 ข้างลงข้างเตียง ใช้ขาข้างปกติสอดใต้ขาบาดเจ็บบริเวณข้อเท้าด้านหลัง สูดหายใจเข้าแล้วค่อยๆ ยกขาขึ้นในท่าเหยียดตรงให้มากที่สุด เกร็งไว้ 10 วินาที จากนั้นค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกพร้อมกับวางขาในลักษณะพักท่าเดิม ประมาณ 5 วินาที เริ่มทำตามขั้นตอนเดิมจนครบ 10 ครั้ง

ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 4 - 7

ออกกำลังกายท่าที่ 1- 6 เหมือนเดิม และเพิ่มเติม

ท่าที่ 7

ออกกำลังกายท่ายืน ห้ามลงน้ำหนักขาข้างผ่าตัด ยกขาข้างผ่าตัดขึ้นช้าๆ ห้ามยกเหนือลำตัว ค้างไว้ นับ 1-5 จากนั้นพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง

กางขาข้างผ่าตัดออกช้าๆ ค่อยๆหุบขา ทำซ้ำ 10 ครั้ง

ยกขาข้างผ่าตัดไว้ด้านหลังช้าๆ นับ 1-5 จากนั้นพัก ทำซ้ำ 10 ครั้ง

4. รับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

โดยทั่วไปผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวด ยาบำรุงร่างกาย หรือยาบำรุงกระดูกไปรับประทานต่อที่บ้าน สิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติในการรับประทานยาคือ

4.1 รับประทานยาให้ถูกชนิด จำนวนและเวลา ตามคำสั่งแพทย์

4.2 ยาหลังอาหาร ควรรับประทานหลังอาหารครึ่งชั่วโมง

4.3 เมื่อลืมรับประทานยามื้อหนึ่ง ไม่ควรรับประทานเพิ่มในมื้อถัดไปควรรับประทานยาในขนาดปกติ

4.4 ยาแก้ปวด ควรรับประทานเมื่อมีอาการปวดหรือมีไข้ และทิ้งระยะห่าง 4-6 ชั่วโมง หากไม่มีอาการปวดไม่ต้องรับประทาน

4.5 มาตรวจตามแพทย์นัด เนื่องจากการหายของกระดูกต้องใช้เวลานานแพทย์จะนัดมาดูอาการเป็นระยะ ๆ เพื่อดูความก้าวหน้าของการติดของกระดูกพร้อมประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

5. ป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ผู้ป่วยควรปฏิบัติตัวดังนี้

5.1 รักษาความสะอาดของร่างกาย โดยอาบน้ำ ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น

5.2 สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด

5.3 รักษาความสะอาดของแผล

5.4 ระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ กรณีแผลโดนน้ำ ให้ซับแผลด้วยผ้าสะอาดให้แห้ง

5.5 ไม่แกะเกาแผลเพราะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่บาดแผลได้

5.6 สังเกตอาการ ปวดบวม แดง ร้อน หรือมีหนองออกมาจากแผลหากมีอาการเหล่านี้ ควรไปพบแพทย์ทันที

6. พฤติกรรมท่าทางและการเคลื่อนไหว

ในระยะแรกผู้ป่วยต้องใช้อุปกรณ์ช่วยในการเดิน คือ ไม้ค้ำยันรักแร้โดยไม่ลงน้ำหนักขาที่ ใส่โลหะยึดตรึงกระดูกต้นขา ดังนั้นผู้ป่วยต้องปฏิบัติให้ถูกต้องทั้งท่าทางการเดินและเคลื่อนไหว เพราะถ้าหากขาข้างที่ผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในรับน้ำหนักหรือผู้ป่วยลื่นล้มจากการเดิน จะทำให้โลหะที่ยึดตรึงไว้หลวมและหักได้

วิธีการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้

เดินบนพื้นราบ

① ยืนตัวตรง ใช้มือจับด้ามถือ งอข้อศอก 20 องศา ให้ด้านบนของไม้ค้ำยัน อยู่บริเวณสีข้างทรวงอก

② ช่วงแรกผู้ป่วยจะเดินโดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่รับบาดเจ็บ ด้วยการยกไม้ค้ำยันทั้ง 2 ข้างไปข้างหน้า แล้วก้าวขาที่เจ็บโดยไม่ลงน้ำหนักไประดับเดียวกับไม้

③ ก้าวขาข้างดีเลยพ้นระดับไม้ไปข้างหน้า

การลุก นั่ง มี 2 วิธี

วิธีที่ 1 ยืนหันหลังให้เก้าอี้ เปลี่ยนลักษณะของมือที่จับบนมือจับ ค่อยๆหมุนออกจากรักแร้ให้อยู่นอกตัว ทั้ง 2ข้าง ลงน้ำหนักบนมือจับและขาข้างดี ค่อยๆนั่งลง วิธีการนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีขาแข็งแรงและการทรงตัวมั่นคง

ยืนหันหลังให้เก้าอี้ เปลี่ยนลักษณะของมือที่จับบนมือจับ

ลงน้ำหนักบนมือจับและขาข้างดี ค่อยๆนั่งลง

วิธีที่ 2 ยืนหันแขนดีชิดเก้าอี้ เปลี่ยนลักษณะมือที่จับบนมือจับ ค่อยๆหมุนออกจากรักแร้ ให้อยู่นอกลำตัวทั้ง 2 ข้าง รวบไม้มาไว้ที่มือข้างขาเจ็บทั้ง 2 อัน ลงน้ำหนักบนมือจับและขาข้างดี ค่อยๆก้มตัวลง ใช้มือข้างเดียวกับขาข้างดี ยันที่พื้นเก้าอี้ ค่อย ๆ ย่อเข่าลงนั่งบนเก้าอี้

การขึ้น – ลงบันได หรือ พื้นต่างระดับ

การขึ้นบันได

1. ท่าเตรียมไม่ลงน้ำหนักขาข้าง ที่บาดเจ็บ

2. ก้าวขาข้างดีขึ้น

3. ยกไม้วางบนขั้นบันไดเดียวกัน

4.ก้าวขาข้างที่เจ็บตามขึ้นไปบนขั้นบันไดเดียวกัน

การลงบันได

1. เอาไม้ลงที่ขั้นบันไดต่ำลงไป 1 ขั้น

2. ก้าวขาเจ็บมาที่บันได โดยไม่ลงน้ำหนักขา ข้างที่ใส่โลหะลงมาที่ขั้นบันไดพื้น

3. ก้าวขาดีตามที่ขั้นบันไดเดียวกัน

ในกรณีที่การทรงตัวและขายัง ไม่แข็งแรง ให้รวมไม้ไว้ที่มือข้างใดข้างหนึ่ง ส่วนมืออีกข้างหนึ่งใช้เกาะราวบันได ก็จะทำให้มั่นคง และปลอดภัย

ข้อควรปฏิบัติเพื่อป้องกระดูกหักซ้ำหรือโลหะที่ตรึงไว้หัก เคลื่อนหรือหลุด

1. การเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้

1.1 ก่อนใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ควรสำรวจความเรียบร้อยก่อน เช่น ความแน่นของมือจับ ตัวน็อตที่ยึดอยู่บนไม้ค้ำยันรักแร้ทุกตำแหน่งว่าหลวมหรือหลุดหรือไม่และตรวจส่วนปลายของไม้ค้ำยันรักแร้ว่ามียางหุ้มอยู่หรือไม่หรือถ้ามียางหุ้มต้องดูว่ายางชำรุดไปหรือไม่ พร้อมทั้งดูสิ่งสกปรกติดอยู่ที่ปลายไม้ค้ำยัน เช่น ดิน หมากฝรั่ง ฯลฯ ถ้ามีต้องทำความสะอาดก่อน เพราะสิ่งต่างๆที่กล่าวมาทำให้ผู้ป่วยลื่นล้มได้ในเวลาเดิน

1.2. ควรเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ทั้ง 2 ข้างช่วยเดิน **การใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ข้างเดียวเดินมีความมเสี่ยงสูงต่อการ ลื่นหกล้มได้**

1.3 ศีรษะต้องตั้งตรง ยืดคางขึ้น ไม่ก้มหน้าดูพื้น

1.4 ไม้ค้ำยันรักแร้ ถ้าวางห่างจากลำตัวเวลาก้าวเดินจะทำให้การทรงตัวเสียไป เพื่อการทรงตัวที่ดี ควรวางไม้ค้ำยันรักแร้ให้ห่างจากปลายเท้าไปทางด้านหน้าและทางด้านข้างของลำตัวประมาณ 4 นิ้วฟุต

ห่าง 4นิ้ว

1.5 ข้อมืออยู่ในท่ากระดกข้อมือขึ้น ใช้ฝ่ามือดันไม้ ค้ำยันรักแร้เลื่อนไปข้างหน้าเวลาก้าวเดิน ลงน้ำหนักลงบนข้อมือและฝ่ามือไม่ให้ลงน้ำหนักตัวลงบนบาร์ที่อยู่ใต้รักแร้ขณะเดิน เพราะถ้าบาร์ไปกดกับรักแร้ จะทำให้กดเส้นประสาทบริเวณนั้นจะทำให้แขนชาหรือเป็นอัมพาตได้

1.6 เวลาก้าวเท้าไปข้างหน้าต้องก้าวออกไปตรง ๆ ไม่บิดปลายเท้าไปด้านนอกหรือด้านในลำตัว เป็นการป้องกันการเดินส่ายตะโพกและขณะเดินควรให้ตะโพกอยู่ในแนวเดียวกับเท้า ไม่เอนตัวไปข้างหน้าหรือห่อไหล่

1.7 การเดินไม่ควรเร่งรีบเกินไป

1.8 ไม่ควรเดินลงน้ำหนักขาข้างที่บาดเจ็บก่อนที่แพทย์จะอนุญาต

2. สถานที่พักอาศัย

2.1 ดูแลพื้นห้องให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ มีแสงสว่างเพียงพอ

2.2 ควรเก็บข้าวของภายในบ้านให้เป็นระเบียบ เพื่อมิให้กีดขวางทางเดิน

2.3 ระวังอุบัติเหตุจากการลื่นหกล้มบริเวณที่เปียกลื่น เช่น ในห้องน้ำ หรือเดินบนพื้นที่เรียบไม่เสมอกัน

3. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3.1 หลีกเลี่ยงกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การนั่งคุกเข่า การนั่งยอง การนั่งพับเพียบ เพราะโลหะที่ใส่ไว้ต้องรับน้ำหนักตัวทำให้หักได้ หากต้องทำพิธีละหมาดให้ใช้วิธีอื่นแทน

3.2 ระมัดระวังไม่ให้อวัยวะส่วนนั้นเกิดบาดแผลหรือได้รับการกระทบกระเทือนซ้ำอีก เช่น การหกล้ม

3.3 ปรับบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและหน้าที่การงาน สามารถทำงานเบาๆได้ เมื่อแพทย์อนุญาตให้ทิ้งไม้ค้ำยันรักแร้ จึงสามารถทำงานปกติได้ แต่ไม่ควรยกของหนัก

3.4 หลีกเลี่ยงการนั่งคุกเข่า เพราะโลหะที่ใส่ไว้ต้องรับน้ำหนักตัวทำให้หักได้

3.5 ระมัดระวังในการลุกหรือเดิน โดยเฉพาะเมื่อขึ้นลงบันไดหรือเข้าห้องน้ำ

3.6 ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น

บทสรุป

ในระยะ 4-6 สัปดาห์แรกหลังได้รับการผ่าตัด ใส่โลหะยึดตรึงภายใน การปฏิบัติตนเพื่อช่วยส่งเสริมความแข็งแรงการติดกันและของกระดูก เรื่องการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น ปลาเล็กปลาน้อย นม หรือผลไม้ที่มีวิตามินสูง การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติเป็นสิ่งที่สำคัญ นอกจากนี้การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากท่าทางการเคลื่อนไหวที่ทำให้โลหะยึดตรึงภายในหลุด หรือหัก ซ้ำได้ ได้แก่การเดินด้วยไม้ค้ำยันโดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่หัก การเคลื่อนไหวร่างกาย โดยระมัดระวังหรือการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ให้เป็นระเบียบ มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน พื้นทางเดินเรียบ ไม่ลื่น หรือควรนอนพักชั้นล่างของบ้าน หลีกเลี่ยงการนั่งคุกเข่า ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใส่โลหะยึดตรึงภายในหายและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติโดยเร็ว

บรรณานุกรม

ขวัญชนก หัตถา.(2545). โครงการสอนผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนก้านหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกแบบภายใน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญสิน บูรณะพาณิชย์กิจ. (2545). การดามกระดูกหัก.สงขลา : คณะแพทยศาสตร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

มรรยาท ณ นคร. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการยึดตรึงด้วยวัสดุภายในร่างกาย. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ช่อราตรี ศิริวัฒชานันท์.(2540). การพยาบาลทางออร์โธปิดิคส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพ : คุรุสภาลาดพร้าว.

ตัวอย่าง วีดีโอ

วีดีโอ
ปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ
ขณะใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน
จัดทำโดยนันทยา เสนีย์
นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างแบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม

ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ
   - ☐ 1. ชาย
   - ☐ 2. หญิง

2. อายุ .....ปี

3. สถานภาพสมรส
   - ☐ 1. โสด
   - ☐ 2. คู่
   - ☐ 3. หม้าย
   - ☐ 4. หย่า
   - ☐ 5. แยกกันอยู่

4. ศาสนา
   - ☐ 1. พุทธ
   - ☐ 2. คริสต์
   - ☐ 3. อิสลาม
   - ☐ 4. อื่นๆ ระบุ

   ……...

5. การศึกษา
   - ☐ 1. ไม่ได้รับการศึกษา
   - ☐ 2. ประถมศึกษา
   - ☐ 3. มัธยมศึกษา
   - ☐ 4. อาชีวศึกษา
   - ☐ 5. อุดมศึกษา

6. อาชีพ
   - ☐ 1. นักเรียน นักศึกษา
   - ☐ 2. รับราชการ
   - ☐ 3. ค้าขาย
   - ☐ 4. ทำสวน
   - ☐ 5. รับจ้าง (ระบุ).....
   - ☐ 6. อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้เป็นข้อความในเรื่องพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วย กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของผู้ป่วย เพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์การเลือกคำตอบดังนี้

คะแนน 5 เท่ากับ ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากที่สุด (ปฏิบัติทุกวัน)

คะแนน 4 เท่ากับ ปฏิบัติมาก หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก (ปฏิบัติทุก 5-6 วัน / สัปดาห์)

คะแนน 3 เท่ากับ ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นปานกลาง (ปฏิบัติทุก 3-4 วัน / สัปดาห์)

คะแนน 2 เท่ากับ ปฏิบัติน้อย หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อย (ปฏิบัติทุก 1-2 วัน / สัปดาห์)

คะแนน 1 เท่ากับ ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

ลำดับ	ข้อคำถาม	ระดับพฤติกรรม				
		1	2	3	4	5
1	ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยเน้นประเภทเนื้อสัตว์ ปลาเล็กปลาน้อย					
2	ท่านรับประทานไข่อย่างน้อยวันละ 2 ฟอง					
3	.					
4	.					
5	.					
6	.					
7	.					
8	.					
9	.					
10	.					
11	.					
12	.					
13	.					
14	.					
15	ท่านดูแลบาดแผลผ่าตัดไม่ให้สกปรก โดนน้ำ และไม่แกะเกาบริเวณบาดแผล					

ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 3 การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่โลหะยึดตรึงภายใน

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้เป็นข้อคำถามในเรื่องการรับรู้สมรรถนะของตนเองในพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วย กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของผู้ป่วย เพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกคำตอบดังนี้

มั่นใจมากที่สุด (5) หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้อย่างแน่นอน

มั่นใจมาก (4) หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้มาก

มั่นใจปานกลาง(3) หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ปานกลาง

มั่นใจน้อย(2) หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้น้อย

ไม่มีความมั่นใจ(1) หมายถึง ท่านไม่มีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้

ลำดับ	ข้อคำถาม	ระดับความมั่นใจ				
		1	2	3	4	5
1	ในแต่ละวันท่านมีความมั่นใจว่าจะรับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยเน้นประเภทเนื้อสัตว์ ปลาเล็กปลาน้อย					
2	ท่านมีความมั่นใจว่าจะรับประทานไข่อย่างน้อยวันละ 1 ฟอง					
3	.					
4	.					
5	.					
6	.					
7	.					
8	.					
9	.					
10	.					
11	.					
12	.					
13	.					
14	.					
15	.					
16	.					
17	.					
18	.					
19	.					
20	ท่านยอมรับการที่ต้องเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้เมื่ออยู่ในสังคมขณะกระดูกยังไม่ติดได้					

ภาคผนวก ค

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย….....……

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นันทยา เสนีย์ ที่อยู่ 339 หมู่ 2 ต. บ้านโพธิ์ อ.เมือง จ. ตรัง ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงกระบวนการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ของการศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมในกระบวนการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมในกระบวนการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในกระบวนการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมในกระบวนการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุแล้วในข้างต้น

ลงชื่อ..... .....

(....นางนันทยา เสนีย์.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

ชื่อผู้วิจัย นางนันทยา เสนีย์ นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ที่อยู่ 92 ถ.โคกขัน ต.ทับเที่ยง อ. เมือง จ. ตรัง 92000 โทรศัพท์ที่ทำงาน 075 – 211298 โทรศัพท์มือถือ 085-1323200 E-mail: ple_ple15@hotmail.com

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

3. การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในมีพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม โดย

ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะได้รับ

- การปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ ตามมาตรฐานการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โรงพยาบาลตรัง

- การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ในสัปดาห์ที่ 8 ของการผ่าตัด

ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะได้รับ การปฏิบัติการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 4 ครั้ง ดังต่อไปนี้ ครั้งที่ 1 หลังผ่าตัด 2 วัน โดยการพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์ การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ใช้เวลา 45 – 60 นาที ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัด 3 วัน จะจัดกิจกรรมโดยการใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบจริง การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ การมีประสบการณ์หรือการประทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองใช้เวลา 60 – 90 นาที ครั้งที่ 3 ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน 1 วัน จัดกิจกรรมโดยการใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบ การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ การมี

ประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ใช้เวลา 30 - 45 นาที และครั้งที่ 4 การโทรศัพท์ติดตาม ผู้วิจัยจะติดตามการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 2 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือสัปดาห์ที่ 3 และสอบถามปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้ระยะเวลาประมาณ30 นาที โดยผู้วิจัย

- การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ในสัปดาห์ที่ 8 ของการผ่าตัด

4. ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยที่ระบุถึงผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะถูกถอดเป็นรหัส ผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม จะไม่มีชื่อและที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ยกเว้นได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมในการวิจัยจึงเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชนได้

5. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในการวิจัยนี้

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในร่างกายครั้งแรก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลตรัง การเลือกกลุ่มตัวอย่างจะเลือกแบบสะดวก ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติแล้ว ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ 25 คน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 25 คน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการจับคู่ ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด

ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือ สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ได้รับโทษหรือสูญเสียประโยชน์ที่พึงได้

6. ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเพื่อเป็นการยืนยันการวิจัยทางคลินิกและข้อมูลอื่น ๆ โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ในการปิดบังข้อมูลของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้ นอกจากนี้ในการเซ็นให้ความยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้แทนตามกฎหมายจะมีสิทธิ์ในการตรวจสอบและมีสิทธิ์จะได้รับโปรแกรมเช่นกัน

7. ไม่มีค่าตอบแทน หรือค่าใช้จ่ายแก่ของประชากรตัวอย่าง

8. ระยะเวลาที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับงานวิจัยมีระยะเวลา 8 สัปดาห์

9. ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับงานวิจัยมี 40 คน

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ภาคผนวก ง
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย โรงพยาบาลศูนย์ตรัง

โรงพยาบาลศูนย์ตรัง
๒๙ ถ.โคกยัง ต.ทับเที่ยง อ.เมือง จ.ตรัง ๙๒๐๐๐
โทร ๐๗๕-๒๘๓๐๐๘ โทรสาร ๐๗๕-๒๐๙๘๗๙

Trang Hospital
๒๙ Kokkhan Rd., Thaptheing, Muang, Trang ๙๒๐๐๐
Tel. ๐๗๕-๒๘๓๐๐๘ Fax ๐๗๕-๒๐๙๘๗๙

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลศูนย์ตรัง

เลขที่ .....๑๙๖/๒๕๕๕.....

ชื่อโครงการ	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นสู่สภาพของผู้ป่วยกระดูกสะโพกที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๑๙๖/๐๙๒๕๕๕
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางนันทยา เสนีย์
ที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติสากลของ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศูนย์ตรัง

ลงนาม .....
(นายอุกฤษฏ์ คุณาลวน)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม .....
(นายชัยยุทธ ศักดิ์ศรชัย)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ตรัง

วันที่รับรอง...13 ธ.ค. 2555.....

ภาคผนวก จ
ค่าความเที่ยง และตารางวิเคราะห์ข้อมูล

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	B1	3.5000	1.2247	30.0
2.	B2	3.8000	.6103	30.0
3.	B3	3.7000	.9154	30.0
4.	B4	3.5000	.6823	30.0
5.	B5	3.9000	.8449	30.0
6.	B6	3.8000	.9965	30.0
7.	B7	3.6000	.8137	30.0
8.	B8	4.2000	.6103	30.0
9.	B9	3.8000	1.1861	30.0
10.	B10	3.3333	1.0933	30.0
11.	B11	3.5000	1.2247	30.0
12.	B12	3.7667	.6261	30.0
13.	B13	3.7000	.9154	30.0
14.	B14	3.5000	.6823	30.0
15.	B15	3.9000	.8449	30.0
		N of Cases =	30.0	

Reliability Coefficients 15 items

Alpha = .8179 Standardized item alpha = .8323

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	P1	3.5000	1.2247	30.0
2.	P2	3.8000	.6103	30.0
3.	P3	3.7000	.9154	30.0
4.	P4	3.5000	.6823	30.0
5.	P5	3.9000	.8449	30.0
6.	P6	3.8000	.9965	30.0
7.	P7	3.6000	.8137	30.0
8.	P8	4.2000	.6103	30.0
9.	P9	3.8000	1.1861	30.0
10.	P10	3.3333	1.0933	30.0
11.	P11	3.5000	1.2247	30.0
12.	P12	3.8000	.6103	30.0
13.	P13	3.7000	.9154	30.0
14.	P14	3.5000	.6823	30.0
15.	P15	3.9000	.8449	30.0
16.	P16	3.9000	.9595	30.0
17.	P17	3.6333	.8087	30.0
18.	P18	4.2333	.6261	30.0
19.	P19	3.8333	1.2058	30.0
20.	P20	3.4333	1.0726	30.0

N of Cases = 30.0

Reliability Coefficients 20 items

Alpha = .8623 Standardized item alpha = .8775

ตารางที่ 2 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา

คู่ที่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา
1	ชาย	46	ประถมศึกษา	ชาย	45	ประถมศึกษา
2	หญิง	41	อาชีวศึกษา	หญิง	40	มัธยมศึกษา
3	ชาย	18	อาชีวศึกษา	ชาย	20	มัธยมศึกษา
4	ชาย	21	อาชีวศึกษา	ชาย	18	มัธยมศึกษา
5	ชาย	40	ประถมศึกษา	ชาย	43	ประถมศึกษา
6	ชาย	48	อาชีวศึกษา	ชาย	46	มัธยมศึกษา
7	ชาย	22	อาชีวศึกษา	ชาย	25	อาชีวศึกษา
8	ชาย	30	ประถมศึกษา	ชาย	28	ประถมศึกษา
9	ชาย	25	ประถมศึกษา	ชาย	22	ประถมศึกษา
10	ชาย	28	มัธยมศึกษา	ชาย	32	ประถมศึกษา
11	หญิง	35	อุดมศึกษา	หญิง	38	อาชีวศึกษา
12	ชาย	50	มัธยมศึกษา	ชาย	48	อาชีวศึกษา
13	ชาย	38	ไม่ได้ศึกษา	ชาย	35	ประถมศึกษา
14	ชาย	55	อาชีวศึกษา	ชาย	56	มัธยมศึกษา
15	หญิง	36	อาชีวศึกษา	หญิง	34	มัธยมศึกษา
16	ชาย	47	มัธยมศึกษา	ชาย	46	อุดมศึกษา
17	หญิง	26	อาชีวศึกษา	หญิง	24	มัธยมศึกษา
18	หญิง	40	ประถมศึกษา	หญิง	32	ไม่ได้ศึกษา
19	ชาย	55	ประถมศึกษา	ชาย	57	อาชีวศึกษา
20	หญิง	47	ประถมศึกษา	หญิง	44	อาชีวศึกษา
21	ชาย	50	ประถมศึกษา	ชาย	49	มัธยมศึกษา
22	ชาย	51	ประถมศึกษา	ชาย	52	อาชีวศึกษา
23	ชาย	28	มัธยมศึกษา	ชาย	25	ประถมศึกษา
24	ชาย	37	ประถมศึกษา	ชาย	36	ประถมศึกษา
25	ชาย	48	ประถมศึกษา	ชาย	50	ประถมศึกษา

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 25) และกลุ่มควบคุม (n = 25) จำแนกเป็นรายข้อ

พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		*t*
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	
1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ทุกวัน	3.00	.645	4.28	.737	6.532
2. รับประทานไข่อย่างน้อยวันละ 2 ฟอง	2.80	.913	4.04	.676	5.459
3. รับประทานผักใบเขียว เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง	3.28	.678	4.24	.831	4.476
4. รับประทานผลไม้ เช่น ส้มหรือมะละกอสุก อย่างน้อยวันละ 1-2 ผล	1.84	.850	4.08	.862	9.248
5. ดื่มนมอย่างน้อยวันละ 2 กล่อง	3.08	.702	4.52	.586	7.871
6. รับประทานยาครบและตรงเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์	3.20	.408	4.32	.802	6.222
7. ใช้วิธีการขับถ่ายที่เหมาะสม	2.76	.831	4.12	.781	5.964
8. บริหารร่างกายหลังผ่าตัดทุกส่วนทั้งแขน ขาข้างดีและข้างบาดเจ็บทุกวัน	2.64	.757	4.28	.614	8.413
9. บริหารกล้ามเนื้อต้นขาโดยการนอนหงายราบ ใช้ผ้าขนหนูรองใต้เข่า	2.92	.702	4.44	.768	7.302
10. บริหารกล้ามเนื้อต้นขา โดยการนอนหงายราบ เหยียดเข่าข้างที่ผ่าตัด	3.16	.624	4.20	.913	4.701

ตารางที่ 7 (ต่อ)

พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มควบคุม		*t*
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	
11. ตรวจสอบสภาพความพร้อมของไม้ค้ำยันรักแร้ก่อนการใช้งาน	2.96	.611	4.40	.816	7.060
12. เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ทุกครั้งในระยะที่แพทย์อนุญาต	2.80	.913	4.08	.640	5.740
13. ยกเท้าข้างที่ได้รับผ่าตัดให้ลอยจากพื้น ในขณะที่เดินหรือยืน โดยไม่ลงน้ำหนักก่อนได้รับอนุญาตจากแพทย์	3.28	.678	4.28	.737	4.992
14. สังเกตผิวหนัง บริเวณแผลผ่าตัดทุกวันว่ามีลักษณะแผลบวมแดง มีหนองซึมหรือไม่	2.00	1.041	4.04	.889	7.452
15. ดูแลบาดแผลผ่าตัดไม่ให้สกปรก โดนน้ำ และไม่แกะเกาบริเวณบาดแผล	3.08	.702	4.36	.638	6.746

จากตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้การทดสอบที (t – test independent sample) จากการวิเคราะห์พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 25) และกลุ่มควบคุม (n = 25) จำแนกเป็นรายข้อ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		*t*
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	
1. ในแต่ละวันมั่นใจว่ารับประทานอาหารที่มีประโยชน์	3.00	.645	4.28	.737	6.532
2. มั่นใจว่ารับประทานไข่อย่างน้อยวันละ 2 ฟอง	2.80	.913	4.04	.676	5.459
3. มั่นใจว่ารับประทานผักใบเขียว เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง	3.28	.678	4.24	.831	4.476
4. มั่นใจว่ารับประทานผลไม้ เช่น ส้มหรือมะละกอสุก อย่างน้อยวันละ 1-2 ผล	1.84	.850	4.08	.862	9.248
5. มั่นใจว่าดื่มนมอย่างน้อยวันละ 2 กล่อง	3.08	.702	4.52	.586	7.871
6. มั่นใจว่ารับประทานยาครบและตรงเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์	3.20	.408	4.32	.802	6.222
7. มั่นใจว่าใช้วิธีการขับถ่ายที่เหมาะสม	2.76	.831	4.12	.781	5.964
8. มั่นใจว่าบริหารร่างกายหลังผ่าตัดทุกส่วนทั้งแขน ขาข้างดีและข้างบาดเจ็บทุกวัน	2.64	.757	4.28	.614	8.413
9. มั่นใจว่าบริหารกล้ามเนื้อต้นขาโดยการนอนหงายราบ ใช้ผ้าขนหนูรองใต้เข่า	2.92	.702	4.44	.768	7.302
10. มั่นใจว่าบริหารกล้ามเนื้อต้นขา โดยการนอนหงายราบ เหยียดเข่าข้างที่ผ่าตัด	3.16	.624	4.20	.913	4.701
11. มั่นใจว่าตรวจสอบสภาพความพร้อมของไม้ค้ำยันรักแร้ ก่อนการใช้เพื่อป้องกันอุบัติเหตุขณะเดิน	3.20	.408	4.40	.816	6.573

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		*t*
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	
12. มั่นใจว่าเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ทุกครั้งในระยะที่แพทย์อนุญาตให้เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้	2.76	.831	4.08	.640	6.293
13. มั่นใจว่าไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่โลหะดามภายในก่อนได้รับอนุญาตจากแพทย์	2.64	.757	4.28	.737	7.760
14. ท่านมีความมั่นใจว่าจะเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้อย่างถูกวิธี	2.92	.702	4.04	.889	4.943
15. ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถหลีกเลี่ยงการนั่งคุกเข่า การนั่งพับเพียบ การนั่งยอง ที่จะทำให้ขาข้างที่ได้รับผ่าตัดรับน้ำหนักได้	3.16	.624	4.36	.638	6.722
16. ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถดูแลบาดแผลไม่ให้สกปรก โดนน้ำ และไม่แกะเกาแผลผ่าตัด	2.96	.611	3.84	.987	3.792
17. ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถสังเกตอาการปวด บวมแดงร้อน บริเวณแผลผ่าตัดทุกวัน	2.80	.913	3.76	.831	3.889
18. ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	3.28	.678	4.28	.614	5.466
19. ท่านยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นหลังจากการเจ็บป่วยและการรักษาโดยใส่โลหะยึดตรึงได้	1.88	.833	3.88	1.201	6.841
20. ท่านยอมรับการที่ต้องเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้เมื่ออยู่ในสังคมขณะกระดูกยังไม่ติดได้	3.08	.702	3.44	1.121	1.361

จากตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้การทดสอบที (t – test independent sample) จากการวิเคราะห์พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความแตกต่างของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

คู่ที่	**กลุ่มควบคุม**	**กลุ่มทดลอง**
1	44.00	66.00
2	43.00	64.00
3	55.00	66.00
4	41.00	63.00
5	39.00	68.00
6	43.00	61.00
7	45.00	57.00
8	45.00	64.00
9	41.00	56.00
10	46.00	67.00
11	42.00	62.00
12	43.00	65.00
13	27.00	59.00
14	31.00	66.00
15	27.00	64.00
16	46.00	63.00
17	38.00	62.00
18	39.00	68.00
19	41.00	58.00
20	41.00	68.00
21	41.00	66.00
22	56.00	66.00
23	56.00	64.00
24	56.00	65.00
25	44.00	64.00
รวม	1,070	1,592
MEAN	42.80	63.68
S.D.	3.35	7.67
ระดับ	ปรับปรุง	ดี

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางนันทยา เสนีย์ เกิดเมื่อวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2526 ที่จังหวัดตรัง สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เมื่อปีการศึกษา 2549 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2552 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง