

บทความวิจัย (Research article)

ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อความรู้
การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก
หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสงขลา

The Effects of Promoting Self-Care Program to Knowledge,
Self-efficacy, and Self-care Behaviors of Patients with Hip Surgery
at Orthopedics Ward, Songkhla Hospital

ศุภพร ศรีพิมาน^{1*}, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา², ชุติวรรณ ปุรินทรภิบาล²

Suppaporn Sripiman^{1*}, Pratyanan Thiangchanya², Shutiwarn Purinthapibal²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: suppaporns307@gmail.com) โทรศัพท์ 093-5398236

(Received: May 18, 2020; Revised: July 10, 2020; Accepted: August 16, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสงขลา จำนวน 27 คน เครื่องมือการวิจัย คือ 1) โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก และ 2) แบบสอบถามผลโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งแบบสอบถามความรู้ มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร K-R 20 เท่ากับ .74 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

¹พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลสงขลา

Register nurse (Professional level), Songkhla hospital

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Assistant professor, Faculty of nursing, Prince of Songkla University

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกนี้ไปใช้ เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง, ความรู้, ความสามารถตนเอง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, การผ่าตัดกระดูกสะโพก

Abstract

This one group pre-posttest design quasi-experimental research aimed to study the effects of self-care promoting program on knowledge, self-efficacy, and self-care behaviors of patients with hip surgery. Twenty-seven patients with hip surgery at Orthopedics Ward, Songkhla Hospital, were selected to participate in this study. Research instruments were 1) The promoting program on self-care behaviors for patient with hip surgery and 2) questionnaires related to hip surgery comprised of four parts: socio-demographic data, knowledge of self-care, self-efficacy, and self-care behaviors of the patients with hip surgery which were verified the content validity by three experts. The result of self-care knowledge questionnaires that used K-R 20 formula for reliability value was .74. Self-efficacy and self-care behavior questionnaires were tested by Cronbach's Alpha coefficient and resulted in .84 and .89 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

The study revealed that after implementing the self-care promoting program, the scores of knowledge, self-efficacy in self-care and self-care behaviors related to hip surgery were higher in statistical significance.

Nurses may implement this self-care promoting program to patients with hip surgery for better recovery outcomes after the operation.

Keywords: Promoting self-care program, Knowledge, Self-efficacy, Self-care behaviors, Hip surgery

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การหักของกระดูกสะโพก (Hip fracture) เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยกระดูกและข้อ ส่งผลต่อความพิการ คุณภาพชีวิตและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น อัตราการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักเพิ่มขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยที่มีกระดูกข้อสะโพกหักประมาณ 1.5 ล้านคน (Cheng et al., 2011) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี (Brauer, Coca-Perrailon, Cutler, & Rosen, 2009) ความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสะโพกหักเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยเพิ่มเป็น 2 เท่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ทุก 5-6 ปี (American Academic of Orthopedic Surgeons, 2014) ในประเทศไทย มีรายงานอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักสูงถึง 151.2 ต่อแสนประชากร ในการสำรวจผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และ 185.2 ต่อแสนประชากร ในการสำรวจชุมชน และจะเพิ่มเป็น 450-750 ต่อแสนประชากรภายในปี พ.ศ. 2568 (Phadungkiat et al., 2002) กระดูกสะโพกหักมีผลกระทบต่อแบบแผนชีวิตทุกด้าน มีความเจ็บปวด ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในหนึ่งเดือนแรก อาจทำให้มีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อ หลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน มีการเผาผลาญโปรตีนในร่างกายมากกว่าปกติ ทำให้สูญเสียมวลกล้ามเนื้อ 7-9 กิโลกรัม ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ทำให้อ่อนเพลีย น้ำหนักลดลง และแผลหายช้า (Nikkel et al, 2012) ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Mak, Cameron, & March, 2010) จึงมักส่งผลสุขภาพจิต อารมณ์ซึมเศร้า และการรับรู้ที่ไม่ปกติหลังภาวะกระดูกสะโพกหัก อายุของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีความสัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิต (Marques, Lourenco, & Silva, 2015) และมีอัตราตายสูงเป็น 10 เท่าของผู้สูงอายุทั่วไป (สุชีลา จันทรวิทยานุชิต, 2554) ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็ว

การรักษาที่ได้ผลดีสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก คือการผ่าตัดจัดเรียงกระดูกให้เข้าที่ด้วยการใส่เหล็กหรือสกรู รวมทั้งการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Scottish Committee for Orthopaedics and Trauma, Royal College of Emergency Medicine National Board for Scotland, & British Geriatrics Society, 2018) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย การผ่าตัดกระดูกเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการผ่าตัดกระดูกและข้อที่มีจำนวนมากที่สุด ติดอันดับ 1 ใน 5 ของการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลหลายแห่ง (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และบังอร ชาตริยานุโยค, 2554) รวมทั้งในโรงพยาบาลสงขลา รับผู้ป่วยกระดูกหักเข้ารับการผ่าตัด ในปี พ.ศ. 2560 - 2562 จำนวน 1,901, 1,964 และ 2,139 ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก จำนวน 116, 165 และ 160 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่เหล็กตามภายในและเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 106 ราย (ร้อยละ 91.37), 159 ราย (ร้อยละ 96.36) และ 149 ราย (ร้อยละ 86.98) ตามลำดับ (หน่วยสถิติ โรงพยาบาลสงขลา, 2563) การดูแลหลังผ่าตัดมีเป้าหมายเพื่อลดอาการปวด เพิ่มการเคลื่อนไหวข้อสะโพก และส่งเสริมการประกอบกิจวัตรประจำวันให้เป็นไปตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ (Scottish Committee for Orthopaedics and Trauma et al., 2018) แต่หากการผ่าตัด

และการดูแลหลังผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพ จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น ระบบประสาทบาดเจ็บ การติดเชื้อ ข้อสะโพกเลื่อนหลุด ลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ และแผลกดทับ (Cushner, Agnelli, Fitzgerald, & Warwick, 2010) หนึ่งในสามของผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ จะพบปัญหาการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง ทำให้ระยะเวลาอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สองสัปดาห์แรกหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ผู้ป่วยร้อยละ 29-50 ไม่สามารถทำกิจกรรมและดูแลตนเองได้ เช่น การยืนในระยะเวลาสั้น การขึ้นลงบันได การเดินในบ้าน หรือการเดินในระยะทาง 2 ช่วงตึก (Bertram et al., 2012; วิภาพร ลีเลิศมงคลกุล, สุพร ดนัยคุชฎีกุล, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวนิชย์, และพัชรพล อุดมเกียรติ, 2556) ผู้ป่วยหลายรายต้องเข้าโรงพยาบาลซ้ำด้วยสาเหตุที่พบบ่อย คือ ข้อสะโพกหลุด ติดเชื้อ และการยึดติดของข้อสะโพก (Abbas, Murtaza, Umer, Rashid & Qadir, 2012) สำหรับโรงพยาบาลสงขลา พ.ศ.2561 และ พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยการติดเชื้อของแผลผ่าตัด 2 ราย (ร้อยละ 0.94, 0.62) และ พ.ศ. 2562 ข้อสะโพกเลื่อนหลุด 1 ราย (ร้อยละ 0.67) มีอุบัติเหตุล้มและมีข้อสะโพกหักซ้ำ 2 ราย (ร้อยละ 1.25) (หน่วยสถิติโรงพยาบาลสงขลา, 2563)

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นว่ายังคงมีผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำ สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการขึ้นลงบันไดและการยืนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด (วิภาพร ลีเลิศมงคลกุล และคณะ, 2556) ส่วนผลการศึกษาปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกมีการฟื้นฟูสภาพและสามารถดูแลตนเองได้ดีพบว่ามีหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ ภาวะสุขภาพก่อนผ่าตัด และระยะเวลาการผ่าตัด (Wallace & Ellington, 2014) รวมทั้ง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายในการฟื้นฟูสุขภาพตนเอง การให้ความรู้ การได้รับการสนับสนุนที่ดี และการส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย (Taylor, Harding, Dowling, & Harrison, 2010) ตลอดจนการมีโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก (ธนพร รัตนธรรมวัฒน์ และทัศนาศูววรรณะปรกรณ์, 2561)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง และมีบทบาทสำคัญในการพัฒนางานเพื่อฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตลอดจนเป็นผู้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันพบว่า การให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักเป็นแบบตั้งรับ ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นกับความรู้ความสามารถของพยาบาลแต่ละคน โดยไม่ได้นำหลักการสำคัญของการให้ความรู้ที่ต้องมุ่งเน้นที่ตัวผู้รับความรู้และให้ความสำคัญกับปัจจัยสำคัญที่จะนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง คือความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติและความเชื่อในความสามารถหรือสมรรถนะของตนเองที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายในผลลัพธ์ที่ต้องการ หรือความเชื่อมั่นในสมรรถนะที่จะสามารถดูแลตนเองได้ (Bandura, 1977) อีกทั้ง การให้ความรู้แบบเดิมไม่มีความจำเพาะเจาะจงกับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ขาดการกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการฝึกของผู้ป่วย ดังนั้น เพื่อให้การให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นแบบเชิงรุก มีแนวทางที่

ชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ 2 แนวคิดหลัก คือ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยปรับปรุงจากโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมของเสาวภา อินผา (2550) ร่วมกับการให้ผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่แรกรับโปรแกรมนี้ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และไม่มีภาวะกระดูกหักซ้ำหลังผ่าตัดภายใน 1 ปี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก

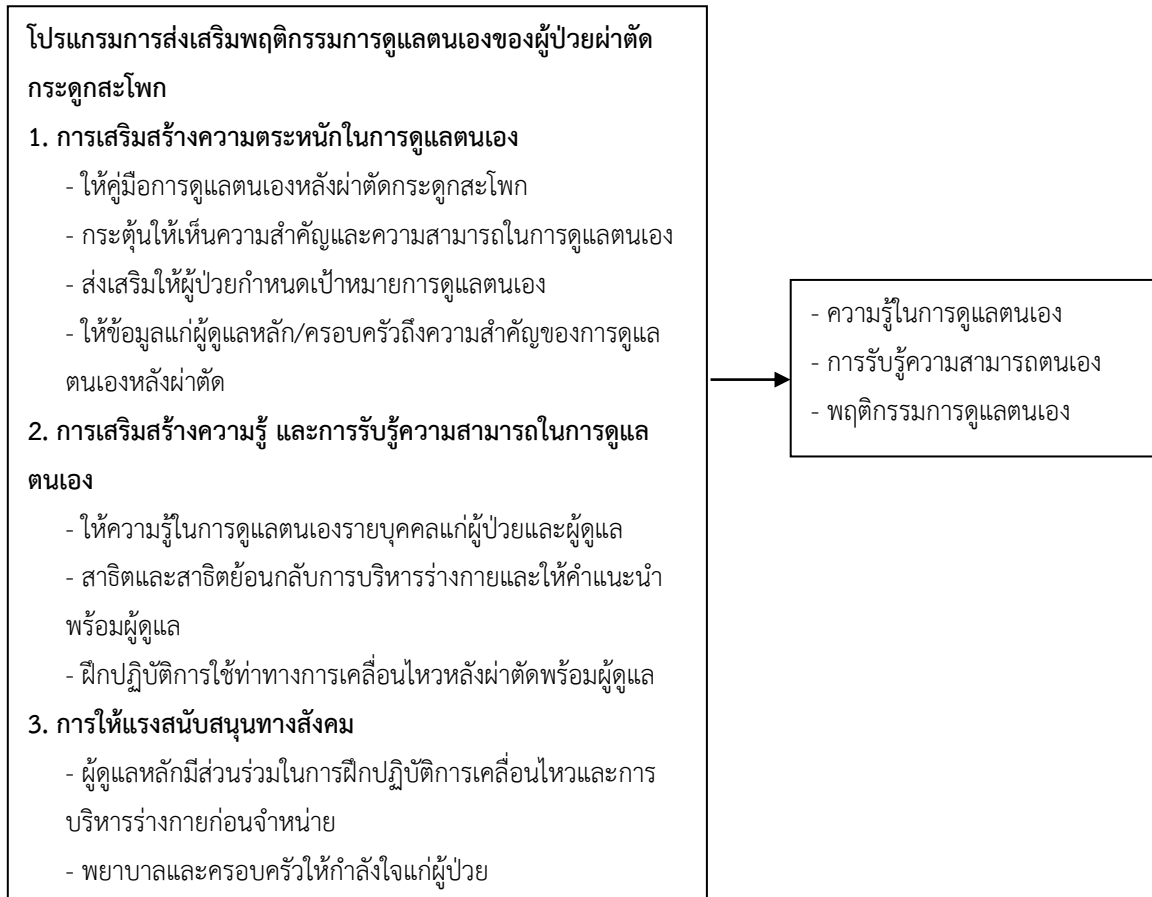
สมมติฐานการวิจัย

คะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกภายหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมของเสาวภา อินผา (2550). ซึ่งมีการออกแบบกิจกรรมตามแนวคิดของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ (Self-efficacy theory) (Bandura, 1977) ที่อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองในด้านการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้บรรลุความสามารถในการปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้ เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง ทั้งนี้ การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใดขึ้นกับสองปัจจัย คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectancies) และความเชื่อในความสามารถหรือสมรรถนะของตนเองที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายในผลลัพธ์ที่ต้องการ (Efficacy beliefs) และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) (Wills & Ainette, 2012) จากผู้ดูแลหลักผู้ป่วยและพยาบาลที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองได้รับการสนับสนุนเอาใจใส่ดูแลจากบุคคลที่สำคัญ คือ ครอบครัวและพยาบาลผู้ดูแล

โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เริ่มต้นจากการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ได้แก่ สามารถฟื้นฟูร่างกายได้เร็ว ลูกเดินได้หลังผ่าตัด เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้ดี โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนผ่านการสอนให้ความรู้รายบุคคล การทดลองปฏิบัติ การกระตุ้นการปฏิบัติตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคน การจัดเตรียมสื่อที่เข้าใจง่าย ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยในการร่วมฝึกและให้กำลังใจผู้ป่วย ดึงภาพกรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยกระดูกสะโพกและได้รับการผ่าตัดโดยใส่เหล็กตามภายใน หรือการผ่าตัดยึดด้วยสกรู หรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสงขลา ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2562 - เดือนมกราคม พ.ศ.2563

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power เลือก Difference between two dependent means (Matched pair) เลือกการทดสอบทางเดียว กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ .50 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 และค่ากำลังการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไม่มีภาวะวิกฤติของทางเดินหายใจ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่อยู่ในระยะอันตรายจากโรคอื่นๆ และไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท 3) หลังผ่าตัดวันที่ 3 แพทย์มีแผนการรักษาให้เริ่มเคลื่อนไหว บริหารร่างกาย ทำกายภาพบำบัด 4) ไม่มีปัญหาการได้ยินและสื่อสารภาษาไทยได้ 5) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini Mental State Exam-Thai, 2002) และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดออกคือ มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถเข้าร่วมได้ หรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบถ้วนตามระยะเวลาของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย ผ่าตัดกระดูกสะโพก ประกอบด้วย

1.1 ส่วนนำ ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการกำหนดเป้าหมาย เป็นกิจกรรมที่พยาบาล พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อกำหนดเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการหลังผ่าตัด ได้แก่ เป้าหมายการหายของแผล การทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ การหัดเดิน การปฏิบัติตัวที่บ้าน และ 2) กิจกรรมเพิ่มความมั่นใจในการที่จะทำให้ตนเอง บรรลุเป้าหมายที่ต้องการหลังผ่าตัด ได้แก่ การพูดคุยให้ผู้ป่วยตระหนักในความสามารถของตนเองที่กระทำการต่างๆ ให้สำเร็จ และการสรุปให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของตนเองในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการใน

1.2 แนวทางการให้ความรู้แบบรายบุคคล ประกอบด้วย แผนการสอนสำหรับ การสอนครั้งละ 45-60 นาที รวม 4 ฉบับ ทุกฉบับประกอบด้วย เนื้อหาและวิธีสอน ได้แก่ การอธิบาย สาธิต การกระตุ้นการปฏิบัติ การสร้างแรงจูงใจ และแนวทางการสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลัก/ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการฝึกปฏิบัติและให้กำลังใจผู้ป่วย ทุกแผนการสอนมีสื่อรูปภาพและคลิปวิดีโอสั้นๆ ประกอบด้วยท่าทางการเคลื่อนไหว การบริหารร่างกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการสังเกตอาการผิดปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ดัดแปลงจากแบบสอบถามของเสาวภา อินผา (2550) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการเดินก่อนการผ่าตัดครั้งนี้ และลักษณะการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ประกอบด้วย การบริหารร่างกายส่วนต่างๆ การทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ถูก เท่ากับ 1 คะแนน และผิด เท่ากับ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจัดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550)

ระหว่าง 13.34 - 20.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

ระหว่าง 6.67 - 13.33 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

ระหว่าง 0.00 - 6.66 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ประกอบด้วย การบริหารร่างกายส่วนต่างๆ การทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัดจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ทำไม่ได้ = 0 คะแนน ทำได้แต่ไม่ถูกต้อง = 0.5 คะแนน และทำได้อย่างถูกต้อง = 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนของการรับรู้ความสามารถ ออกเป็น 3 ระดับตามค่าพิสัย ดังนี้

ระหว่าง 10.01-15.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในระดับสูง

ระหว่าง 5.01-10.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในระดับปานกลาง

ระหว่าง 0.00-5.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ประกอบด้วยการบริหารร่างกายส่วนต่างๆ การทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ดูแลตนเองไม่ได้ = 0 คะแนน ดูแลตนเองได้บางส่วน = 0.5 คะแนน และดูแลตนเองได้ทั้งหมด = 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ออกเป็น 3 ระดับตามค่าพิสัย ดังนี้

ระหว่าง 10.01-15.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง

ระหว่าง 5.01-10.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

ระหว่าง 0.00-5.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก และแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ นักกายภาพบำบัด และพยาบาลที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกและข้อ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective -item Congruence :IOC) ระหว่าง .66 – 1.00 ได้ทำการปรับปรุง

แก้ไขบางคำถามเพื่อเป็นไปตามบริบทพื้นที่ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเอง โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น .74 และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .84 และ .89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน รายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงขลา ภายหลังจากที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยมนุษย์แล้ว ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.2 ดำเนินการเตรียมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหออผู้ป่วย ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสงขลา เกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รายละเอียดของกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.3 เมื่อมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หออผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์และผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การชี้แจงประโยชน์และสิทธิในการตอบรับ/ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล การทำลายข้อมูลวิจัย 1 ปี ภายหลังจากเผยแพร่ รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและญาติซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ จากนั้นจึงให้ลงนามแสดงความยินยอมในการเป็นอาสาสมัครการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลหลักและกลุ่มตัวอย่าง อธิบายขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมฯ และทำการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนใช้โปรแกรม

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ให้การพยาบาลรายบุคคลที่หออผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ตามโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองให้การพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

2.1 กิจกรรมสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ประกอบด้วยให้ข้อมูลถึงความสำคัญของการดูแลตนเองหลังผ่าตัด กระตุ้นให้เห็นความสำคัญและความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเอง รวมถึงพูดคุยกับผู้ดูแลหลัก/ครอบครัวถึงความสำคัญของการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องหลังผ่าตัด

2.2 กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหักและการปฏิบัติตัวก่อน หลัง การผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ตามแผนการสอน โดยใช้สื่อรูปภาพและคลิปวิดีโอสั้นๆ ประกอบด้วย ท่าทางการเคลื่อนไหว การบริหารร่างกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการสังเกตอาการผิดปกติ รวมทั้งเปิด โอกาสให้พูดคุย ซักถามและระบายความรู้สึก พร้อมเน้นย้ำถึงเป้าหมายการดูแลตนเอง

2.3 กิจกรรมเยี่ยมหลังผ่าตัด ครั้งที่ 1 (หลังการผ่าตัด 3 วัน) ใช้เวลา 45-60 นาที ได้แก่ การประเมินสภาวะความพร้อมร่างกายในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม พร้อมสร้างแรงจูงใจให้ ปฏิบัติตามโปรแกรม ด้วยการให้กำลังใจและชมเชยเมื่อปฏิบัติถูกต้องร่วมกับผู้ดูแลหลัก/ครอบครัว และ ทบทวนเป้าหมายการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

2.4 กิจกรรมเยี่ยมหลังผ่าตัด ครั้งที่ 2 (หลังการผ่าตัด 4 วัน) ใช้เวลา 45-60 นาที ร่วมวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคต่อพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ร่วมเป็นที่ปรึกษา กระตุ้นให้เกิดการฝึกปฏิบัติต่อเนื่อง

2.5 กิจกรรมเยี่ยมหลังผ่าตัด ครั้งที่ 3 (หลังการผ่าตัด 5 วัน) ใช้เวลา 45-60 นาที กรณีที่ผู้ป่วยบอกรู้เกี่ยวกับความรู้ การเคลื่อนไหวท่าทาง ถูกต้อง ผู้วิจัย ครอบครัว ชื่นชม ให้กำลังใจ ผู้วิจัย ทบทวนและให้ความรู้และการปฏิบัติเพิ่มเติม กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติและติดตามพฤติกรรมดูแลตนเอง ต่อเนื่อง

2.6 เยี่ยมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (หลังการผ่าตัด 7-10 วัน) เน้นการ กระตุ้นการบริหารร่างกาย ท่าทางการเคลื่อนไหว กิจกรรมสนทนา ปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติยังไม่สามารถ ปฏิบัติได้ ร่วมแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ดูแลหลัก/ครอบครัว รวมทั้งประเมินบาดแผล อาการทั่วไป แนวทางการ ปฏิบัติและพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มเติม พร้อมสรุปถึงเป้าหมายและความสำคัญการดูแลตนเองกับผู้ป่วย และผู้ดูแล/ครอบครัว

3. ชั้นหลังการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการทำ Post-test ในวันที่จำหน่ายออก จากโรงพยาบาล เพื่อประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และ พฤติกรรมดูแลตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์คะแนน เฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยใช้ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถ ในการดูแลตนเอง และ พฤติกรรมดูแลตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติการทดสอบที่ แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองและอนุมัติให้ทำวิจัยได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาล สงขลา เลขที่ SKH IRB 2019 Nrt-IN3-2609 8 98 2562 ลงวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก จำนวน 27 คน ทุกคนนับถือศาสนา พุทธ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.10 อายุมากกว่า 79 ปี ร้อยละ 66.70 สถานภาพคู่ ร้อยละ 55.60 มี การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.70 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 70.30 ก่อนเจ็บป่วยครั้งนี้ สามารถเดินได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย ร้อยละ 51.90 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กตาม ภายใน ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และผ่าตัดด้วยสกรู คิดเป็นร้อยละ 59.30, 22.20 และ 18.50 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ($M = 16.88, SD = 1.15$) และสูงกว่าก่อนการเข้า ร่วมโปรแกรม ($M = 2.25, SD = .76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก ($n = 27$)

ความรู้ในการดูแลตนเอง	M	SD	df	t	p
ก่อนใช้โปรแกรม	2.25	.76	26	53.60*	.00
หลังใช้โปรแกรม	16.88	1.15			

* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 14.50 คะแนน ($SD = .07$) และสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($M = 10.00, SD = .26$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก (n = 27)

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	M	SD	df	t	p
ก่อนใช้โปรแกรม	10.00	.26	26	36.07*	.00
หลังใช้โปรแกรม	14.50	.07			

* $p < .05$

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองหลังการใช้โปรแกรมฯ เท่ากับ 14.50 (SD = .13) และสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ ($M = 9.50$, $SD = .24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก (n = 27)

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง	M	SD	df	t	p
ก่อนใช้โปรแกรม	9.50	.24	26	28.70**	.00
หลังใช้โปรแกรม	14.50	.13			

* $p < .05$, ** $p < .01$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง ภายหลังจากใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองสูงกว่า ($M = 16.88$, $SD = 1.15$) ก่อนใช้โปรแกรม ($M = 2.25$, $SD = .76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ที่หอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และให้ความรู้โดยมีสื่อประกอบที่เป็นรูปภาพและคลิปวิดีโอสั้นๆ ซึ่งเป็นภาพเคลื่อนไหว สามารถนำเสนอผ่านสัมผัสทางตาและหูหรือทั้งภาพและเสียง รวมทั้งสามารถหยุดและนำเสนอซ้ำได้ตามต้องการ ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุเห็นภาพ ได้ฟังเสียง ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน ส่งผลให้คะแนนความรู้ภายหลังจากใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของวิณา วงษ์งาม, กนกพร สุคำวัง, และภารดี นานาศิลป์ (2557) ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในระยะพักฟื้น ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในระยะพักฟื้น มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 การเรียนรู้ที่ใช้สื่อที่เป็นภาพหรือคลิปประกอบนั้นเปรียบได้กับ

ประสบการณ์ขั้นที่ 2 ตามแนวคิดกรวยประสบการณ์ของเดล (Dale's cone of experiences) ที่นำมาใช้ในการเรียนการสอนเพื่อทดแทนประสบการณ์ที่อาจหาได้ยากในสถานการณ์จริงหรือนำมาเป็นประสบการณ์ในการเรียนรู้ก่อนเข้าสู่การเรียนรู้ในสถานการณ์จริง ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ดีขึ้น (Lee & Reeves, 2007)

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง หลังจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงกว่า ($M = 14.50, SD = .07$) ก่อนการใช้โปรแกรมฯ ($M = 10.00, SD = .26$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของชฎานันท์ ช่วยบุตดา, ศิริพรรณ ศรีเปารยะ, และเพ็ญศรี ยาวสง (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากตัวโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นได้ออกแบบให้มีกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่ มีอายุมากกว่า 79 ปี (ร้อยละ 74.10) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์เมื่อได้รับการสนับสนุนให้มีความมั่นใจ ก็จะทำให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลตนเองได้ เมื่อพิจารณาในการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวศัล โกสีย์ไกรนิรมล, วัลย์ธดา ฉันท์เรืองวนิชย์, อรพรรณ โตสิงห์, และชลเวช ชวศิริ (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวของลำไส้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้ เป็นไปตามกรอบแนวคิด Bandura (1977) ที่อธิบายว่าการส่งเสริมให้บุคคลประสบความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองโดยการส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติสูงขึ้น

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง ภายหลังจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่า ($M = 14.50, SD = .13$) ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($M = 9.50, SD = .24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของธนพร รัตนารธรรมวัฒน์ และทัศนาศูววรรณะปรกรณ์ (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมนี้มีการให้ความรู้ที่มีการจัดกลุ่มเนื้อหาชัดเจน ทั้งทำทางการเคลื่อนไหว การบริหารร่างกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งจำเป็นสำหรับการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติที่มีครอบครัวสนับสนุน และให้เวลาในการฝึกจนผู้ปฏิบัติมั่นใจ สอดคล้องกับลักษณะของการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่ (Adult learning) ที่อธิบายด้วยการเรียนรู้ตามปิรามิดของมิลเลอร์ (Miller's pyramid) คือเริ่มจากส่งเสริมให้

เกิดความรู้ พัฒนาไปสู่การสร้างสมรรถนะ ต่อด้วยการลงมือทำ แล้วสุดท้ายจึงเกิดเป็นการปฏิบัติหรือพฤติกรรม (Taylor & Hamdy, 2013)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นได้ เนื่องจากโปรแกรมมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการดูแล รวมถึงการฝึกปฏิบัติเพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมาก นอกจากนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมศักยภาพบุคลากรให้มีความสามารถในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม จะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในความสามารถของตนเองและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำศึกษาครั้งต่อไป

ควรนำโปรแกรมที่ได้ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อกลุ่มอื่น รวมทั้งการวิจัยติดตามผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ชฎานันท์ ชาญบุตดา, ศิริพรรณ ศรีเปารยะ, และเพ็ญศรี ยาวสง. (2552). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันการหักข้ำของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โรงพยาบาลกระบี่. *กระบี่เวชสาร*, 2(2), 9-16.
- ธนพร รัตนารธรรมวัฒน์, และทัศนาศูววรรณะปรกรณ์. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(2), 289-295.
- เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, และบังอร ชาตรียานุโยค. (2554). ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม: การศึกษาเปรียบเทียบย้อนหลัง. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 17(1), 20-35.
- วิภาพร ลีเลิศมงคลกุล, สุพร ดนัยคุชฎีกุล, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์, และพัชรพล อุดมเกียรติ. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ความเจ็บปวดและการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะฟื้นฟูตัว ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(2), 26-37.
- วีณา วงษ์งาม, กนกพร สุคำวัง, และภารดี นานาศิลป์. (2557). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น. *พยาบาลสาร*, 41(2), 72-82.

- สุชีลา จันทร์วิทยานูชิต. (2554). The challenging treatment in osteoporosis patient. ใน สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, *การประชุมวิชาการสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ.2554* (pp. 19-21). กรุงเทพฯ: สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย.
- สุวคล โกสีย์ไกรนิรมล, วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวณิชย์, อรพรรณ โตสิงห์, และชลเวช ชวศิริ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวของลำไส้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(2), 58-66.
- เสาวภา อินพา (2550). *โปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม* โรงพยาบาลศิริราช (วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- หน่วยสถิติ โรงพยาบาลสงขลา. (2563). *สถิติผู้ป่วย พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2562*. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลา.
- Abbas, A. K., Murtaza, G., Umer, M., Rashid, H., & Qadir, I. (2012). Complications of total hip replacement. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 22(9), 575-578.
- American Academic of Orthopedic Surgeons. (2014). *American academy of orthopaedical surgeons clinical practice guideline on management of hip fractures in the elderly*. Retrieved from <https://www.guidelinecentral.com/summaries/american-academy-of-orthopaedic-surgeons-clinical-practice-guideline-on-management-of-hip-fractures-in-the-elderly/#section-society>.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychology Review Issues*, 84(2), 191-215.
- Bertram, M., Norman, R., Kemp, L., & Vos, T. (2011). Review of the long –term disability association with hip fracture. *Injury Prevention*, 17(6), 365-370.
- Brauer, C. A., Coca-Perraillon, M., Cutler, D. M., & Rosen, A. B. (2009). Incidence and mortality of hip fractures in the United States. *Journal of American Medical Association*, 302(14), 1573-1579.
- Cheng, S. Y., Levy, A. R., Lefavre, K. A., Guy, P., Kuramoto, L., & Sobolev, B. (2011). Geographic trends in incidence of hip fractures: A comprehensive literature review. *Osteoporosis International*, 22(10), 2575–2586.
- Cushner, F., Agnelli, G., Fitzgerald, G., & Warwick, D. (2010). *Complications and functional outcomes after total hip arthroplasty and total knee arthroplasty: Results from the Global Orthopaedic Registry (GLORY)*. *American Journal of Orthopedics*, 39(9), 22-28.

- Feng, L., Scherer, S. C., Tan, B. Y., Chan, G., Fong, N. P., & Ng, T. P. (2010). Comorbid cognitive impairment and depression is a significant predictor of poor outcomes in hip fracture rehabilitation. *The Psychologist, 22*(2), 246-253.
- Lee, S. J., & Reeves, T. C. (2007). Edgar Dale: A significant contributor to the field of educational technology. *Educational Technology, 47*(6), 56-59.
- Mak, J. C. S., Cameron, I. D., & March, L. M. (2010). Evidence-based guidelines for the management of hip fractures in older persons: An update. *The Medical Journal of Australia, 192*(1), 37-41.
- Marques, A., Lourenco, O., & Da Silva, J. A. P. (2015). The burden of osteoporotic hip fractures in Portugal: Costs, health related quality of life and mortality. *Osteoporosis International, 26*(Suppl2), 2623-2630.
- Nikkel, L. E., Fox, E. J., Black, K. P., Davis, C., Andersen, L., & Hollenbeak, C. S. (2012). Impact of comorbidities on hospitalization costs following hip fracture. *The Journal of Bone & Joint Surgery, 94*(1), 9-17.
- Phadungkiat, S., Chariyalertsak, S., Rajatanavin, R., Chienngthong, K., Suriyawongpaisal, P., & Woratanarat, P. (2002). Incidence of hip fracture in Chiang Mai. *Journal of Medical Association of Thailand, 85*(5), 565-571.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (9th ed). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Scottish Committee for Orthopaedics and Trauma, Royal College of Emergency Medicine National Board for Scotland, & British Geriatrics Society. (2018). *Scottish standards of care for hip fracture patients 2018*. Retrieved from https://www.shfa.scot.nhs.uk/_docs/2018/Scottish-standards-of-care-for-hip-fracture-patients-2018.pdf
- Taylor, N. F., Harding, K. E., Dowling, J., & Harrison, G. (2010). Discharge planning for patients receiving rehabilitation after hip fracture: A qualitative analysis of physiotherapists' perceptions. *Journal Disability and Rehabilitation, 32*(6), 492-499.
- Taylor, D. C. M., & Hamdy, H. (2013). Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No.83. *Medical Teacher, 35*(11), e1561-1572.

-
- Wallace, S., & Ellington, B. J. (2014). Factors affecting postsurgery hip fracture recovery. *Journal of Osthopaedics, Trauma and Rehabilitation, 18*, 54-58.
- Wills, T. A., & Ainette, M. C. (2012). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 465–492). Washington DC: Psychology Press.