

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ ความสามารถในการดูแล และการฟื้นฟูสภาพ หลังผ่าตัด ของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล

THE Effects of Caregivers Empowerment Program on Knowledge, Caring Capabilities and Postoperative

Recovery in Older Patients Undergoing Hip Fracture, Satun Hospital

นัยนา ธัญธาดานันท์¹, เรณูการ์ ทองคำรอด², บุญทิพย์ สิริธรรังศรี³

Naiyana Thanthadapan¹, Renukar Thongkhamrod², Boonthip Siritarangsri³

(Received: February 14,2020; Accepted: March 19,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักต่อความรู้ของผู้ดูแล 2) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และ 3) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักใน รพ. สตูล จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 15 คนและกลุ่มทดลอง 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ผู้วิจัยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันเป็นแนวทาง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดูแล 3 ส่วน ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (2) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด และ (3) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด และ 2) แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P<0.05$) 2) ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง มีการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P<0.05$) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล, ความรู้ความสามารถผู้ดูแล, การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate 1) the effects of caregivers empowerment program on caregiver's knowledge 2) the effects of caregivers empowerment program on caregiver's caring capabilities and 3) the effects of caregivers empowerment program on postoperative recovery in older patients undergoing hip fracture. Purposive sampling with inclusion criteria was divided into two groups 1) caregiver and 2) older patients undergoing hip fracture in Satun Hospital 30 persons. Divided into 15 comparison group and 15 experimental group. The research tool for using in experimental group was the empowerment program developed by researcher based on Gibson's empowerment concept. The research tool for collecting data were the questionnaire for knowledge, caring capabilities and postoperative recovery data form. There was a content validity index between .80-.90. The data were analyzed by descriptive statistics, and inferential statistics, Paired t-test.

The results revealed that 1) caregivers in the experimental group had higher knowledge than the control group 2) caregivers in the experimental group had higher caring capabilities knowledge than the control group and 3) The older patients in the experimental group had postoperative recovery higher than the control group with statistical significant ($p<0.05$). However, the postoperative ability to perform daily activities were not different between the two groups.

Keywords: Empowerment Caregiver , Caring Capabilities Caregiver , Postoperative Recovery in Older

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาลมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

² อาจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

³ รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

บทนำ

กระดูกสะโพกหัก เป็นปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก จำนวนผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักทั่วโลกในปี พ.ศ. 2568 จะสูงมากถึง 2 ล้าน 6 แสนราย โดยร้อยละ 37 อยู่ในทวีปเอเชีย และในพ.ศ. 2593 หรืออีก 40 ปีข้างหน้า จะเพิ่มเป็น 4 ล้าน 5 แสนราย โดยร้อยละ 45 อยู่ในทวีปเอเชีย ประเทศไทย มีรายงานว่ามีอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุสูงขึ้น โดยพบมากในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีปัญหากระดูกพรุน กระดูกเปราะบาง ร่วมกับสายตาสั้นและการทรงตัวลดลง ทำให้เกิดอุบัติเหตุและพลัดตกหกล้มได้ง่าย พบได้มากถึงร้อยละ 59-66 โดยในรอบ 10 ปี เพศหญิงป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 153 ส่วนชายป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 136⁽¹⁾

ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก จึงควรได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว การรักษาที่ได้ผลดี คือ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน⁽²⁾ การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการรักษาเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของข้อสะโพก และบรรเทาอาการปวด มีเป้าหมายเพื่อให้ร่างกายสามารถเคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงกับก่อนกระดูกสะโพกหักมากที่สุด แต่ยังพบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการผ่าตัดมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว^(3,4) ไม่กล้าขยับหรือเคลื่อนไหวตัวลงจากเตียง (Ruiz, 2000) นอนนิ่งกับที่เพราะกลัวแผลแยก⁽⁵⁾ ร้อยละ 30-73 กลัวการหกล้ม ทำให้ไม่ยอมเดินหรือเดินน้อยลง ออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง⁽⁶⁾ จนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้^(7,8) พบปัญหาแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การติดเชื้อทางระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจและแผลกดทับได้ และที่พบมากคือ การเลื่อนหลุดของข้อสะโพกซ้ำ⁽⁹⁾ ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) และหลอดเลือดดำชั้นลึกอุดตัน (Deep Vein Thrombosis)⁽¹⁰⁾ และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตและการสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา⁽¹¹⁾

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักยังต้องใช้ระยะเวลานานในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักต้องสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือดูแลตนเองได้ลดลง เช่น ความสามารถเกี่ยวกับการรับประทาน

อาหารด้วยตนเอง การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การสวมใส่เสื้อผ้า และการขึ้นลงบันได และร้อยละ 26-75 ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตรอดแต่ไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตการเคลื่อนไหวร่างกายและการพึ่งพาตนเองได้เหมือนก่อนที่จะมีภาวะกระดูกสะโพกหัก โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรก (Bradley & Kozak, 1995) และพบว่าจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักต้องกลายมาเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น⁽¹³⁾ ต้องการการดูแลจากครอบครัวมากขึ้น ซึ่งญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่จะคอยช่วยเหลือและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁴⁾

กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสตูลปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2561 มีจำนวน 49, 53 และ 58 รายต่อปี เข้ารับการผ่าตัด 38, 45, 49 รายตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการหกล้ม สาเหตุรองจากอุบัติเหตุรถและตกจากที่สูง (ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลสตูล, 2561)) ผลลัพธ์จากการเกิดกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษากลับรวบรวมข้อมูลจากเพิ่มประวัติผู้ป่วยในปี 2561 พบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ (ร้อยละ 29.78) ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 17.02) ติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 4.25) เส้นเลือดดำอุดตันและเสียชีวิต (ร้อยละ 2.12) ส่วนด้านการฟื้นฟูสภาพ พบว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันขณะจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยบางรายต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันเกือบทุกกิจกรรม ผู้ป่วยที่สามารถเดินได้ด้วยเครื่องช่วยพยุงเดิน (walker) ภายหลังการผ่าตัด 5 วันมีเพียงร้อยละ 57.2 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเกิน 14 วัน ร้อยละ 85.10 ปัญหาที่พบจากประสบการณ์การปฏิบัติงานพบว่าในหน่วยงานยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกันในการให้การพยาบาลผู้ป่วยการให้การพยาบาลจะแตกต่างกันออกไปตามความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน อีกทั้งการสอนของ บุคลากรทีมสุขภาพยังขาดรูปแบบที่ชัดเจน ในการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการช่วยจัดการกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจึงขาดความมั่นใจไม่กล้ามีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสภาพ ไม่มั่นใจว่าจะช่วยเหลือหลังผ่าตัดให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างไรจึงจะถูกต้อง และมีคุณภาพ ไม่ขัดกับแผนการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น⁽¹⁵⁾ ผู้สูงอายุที่

ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลจากผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องรับผลกระทบ เกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ เหนื่อยล้า เบื่อหน่าย ซึมเศร้า และขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลสูญเสียพลังอำนาจ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแล จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถต่อสู้กับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ผู้ดูแลเกิดการรับรู้พลังอำนาจสามารถควบคุมเหตุการณ์หรือ สถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ขึ้น⁽¹⁶⁾ โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสานงาน ช่วยเหลือ สนับสนุนพฤติกรรมการเรียนรู้จากการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง เพื่อพัฒนาการรับรู้ภาระการดูแล ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อพัฒนาการตระหนักคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลและขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเพื่อพัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล หากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากการใช้โปรแกรมดังกล่าว คาดว่าจะส่งผลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแล และผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสตูล จำนวน 30 ราย แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มทดลอง 15 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แผนการพยาบาลตามปกติก่อน จนครบ 15 ราย แล้วจึงดำเนินการทดลอง โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล มีคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไป ทั้งหญิงและชาย 2) เป็นบุคคลที่รับผิดชอบในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยตรง และมีเวลาให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอมากที่สุด ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและที่บ้าน 3) มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือทางสายเลือดกับผู้ป่วย โดยเป็น บิดา มารดา สามิ ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือญาติที่อยู่ในครอบครัว โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือค่าจ้างในการดูแลผู้ป่วย 4) สามารถโทรศัพท์ติดตามที่บ้านได้ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 2) สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 3) ต้องมีญาติผู้ดูแล 4) ไม่มีการบาดเจ็บรุนแรงของอวัยวะในระบบอื่นของร่างกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ และความสามารถของผู้ดูแล ปรับปรุงและดัดแปลงจากฉบับของมานี หาทรัพย์ และคณะ (2014)⁽¹⁴⁾

1.1 แบบประเมินความรู้ เป็นคำถามให้ตอบ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 44 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0-1 คะแนน และกำหนดเกณฑ์ การแปลระดับความรู้ 0-44 คะแนน แบ่งคะแนน ระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งความรู้แบบอิงเกณฑ์⁽¹⁴⁾ ผู้ดูแลมีความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (35-44 คะแนน) ผู้ดูแลมีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 (26-34 คะแนน) ผู้ดูแลมีความรู้ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 59 (0-25 คะแนน)

1.2 แบบวัดความสามารถของผู้ดูแล มี 9 ด้าน 28 กิจกรรมย่อย แต่ละข้อมีคะแนน 3 ระดับ จาก 0-2 คะแนน คะแนนความสามารถสูงสุด 56 คะแนน และน้อยสุด 0 คะแนน คะแนนที่ได้ในแต่ละกิจกรรมของข้อย่อย ในแต่ละด้านจะนำมา รวมกันแล้วแปลความหมาย เป็นความสามารถของผู้ดูแล 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งความสามารถแบบอิงเกณฑ์⁽¹⁴⁾ ผู้ดูแล มีความสามารถระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (44-56 คะแนน) ผู้ดูแลมีความสามารถระดับปานกลาง คะแนน ร้อยละ 60 - 79 (34-43 คะแนน) ผู้ดูแลมีความสามารถระดับต่ำ คะแนน ต่ำกว่าร้อยละ 59 (0-33 คะแนน)

1.3 แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ผู้วิจัยพัฒนา ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมี 6 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึก ข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัด แบบบันทึก จำนวนวันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังผ่าตัด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเลือกใช้นวัตกรรม ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันเป็นแนวทาง มีสื่อ อุปกรณ์ประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ วิดีทัศน์ แผ่น ภาพพลิกกิจกรรมสะท้อนคิด 13 คำถาม - 13 คำตอบ และคู่มือ ส่งเสริมความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูก สะโพก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พิจารณาความ ถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้และการจัดลำดับเนื้อหา โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน นำไปตรวจสอบค่าดัชนีความตรง ตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้ค่าเท่ากับ .98

2. การตรวจสอบความเที่ยง แบบวัดความรู้ ผู้วิจัยตรวจ ความเที่ยงโดย นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างใน โรงพยาบาลสตูลจำนวน 5 ราย และ นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอน บาค ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 แบบวัด ความสามารถ ผู้วิจัยตรวจความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างใน โรงพยาบาลสตูล จำนวน 2 ราย และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธีหาค่า

สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสตูลหนังสือ รับรองเลขที่ ETA 005 /005

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมี กิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ใช้เวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวม ข้อมูล ตามขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 1 ชม. ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (การพัฒนาการ รับรู้การดูแล) เป็นกิจกรรมครั้งที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในวัน รับใหม่ สร้างสัมพันธภาพ ให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมิน ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก คู่มือ ทัศน์ ร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ของผู้ดูแล แลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัด กระดูกสะโพกหัก โดยภาพพลิก กิจกรรมสะท้อนคิด 13 คำถาม - 13 คำตอบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบและสะท้อนคิดได้ถึง สถานการณ์และปัญหาที่ตนเองพบ ยังขาดทักษะหรือมีปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้านใด และสถานการณ์ที่เกิดจากการ ดูแล และอ่านบททบทวนให้กลุ่มตัวอย่างทราบอีกครั้ง นัดหมาย กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อพบกันครั้งที่ 2 ในวันถัดไป

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (การพัฒนาความตระหนักคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล) เป็น กิจกรรมครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในวันที่สองของการ Admit ให้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กล่าวทบทวนประเด็นปัญหา และ สถานการณ์ที่พบจริง จากการทำกิจกรรมครั้งที่ 1 ให้กลุ่ม ตัวอย่าง นำเสนอเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่เกิดจากการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการดูแล ปัจจัยที่ยังขาด รวมถึง สภาพแวดล้อม และเศรษฐกิจที่ส่งผลการแก้ปัญหาได้สำเร็จ ประเมินทักษะกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติในการดูแล พร้อมแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้ศึกษาประกอบการดูแล ร่วมเรียนรู้

เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อการดูแล โดยการให้ข้อมูลและ สาธิตโดยผู้วิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (การพัฒนาศักยภาพในการดูแล) เป็นกิจกรรมครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมในวันผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมและความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ผู้วิจัยประเมินทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคที่พบจากการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วย ติดตามให้ข้อมูลสนับสนุน ส่งเสริมความรู้ ฝึกทักษะและสาธิตการปฏิบัติกิจกรรม ในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการฟื้นฟูสภาพ และด้านจิตใจ ซึ่งกิจกรรมจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 4 การทวนซ้ำซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (การพัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล) เป็นกิจกรรมครั้งที่ 4 ดำเนินกิจกรรมในวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินผลการแก้ไขปัญหาเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ สนับสนุนการทวนซ้ำซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแล ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้ในการดูแลของผู้ดูแล แจ้งการนัดหมายติดตามหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

และ กิจกรรมครั้งที่ 5 ติดตามหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นการติดตามทาง Line Application และ โทรศัพท์ โดยมีการติดตามในวันที่ 7 หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ pair t-test

ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุก่อนที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักในวันจำหน่ายในกลุ่มทดลอง มีคะแนนอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 66.7 ระดับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความสามารถส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.7 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางและระดับน้อย ร้อยละ 46.7

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักในกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง (n=15)

ตัวแปร	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ความรู้ (โดยรวม)	32.93	2.93	40.33	1.58	28	9.38	<.001
ความสามารถ (โดยรวม)	34.20	2.95	49.87	3.33	28	13.61	<.001

* (p<.05)

จากตาราง 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และความสามารถโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุฯ ในกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<.05)

2. ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดที่ผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความปวดหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ

ระดับคะแนนความปวดหลังผ่าตัด	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
หลังผ่าตัดวันที่ 1	6.73	1.09	5.00	.65	-5.24	0.00
หลังผ่าตัดวันที่ 2	5.06	.59	3.66	.723	-5.79	0.00

หลังผ่าตัดวันที่ 3	4.33	.72	2.60	.50	-7.59	0.00
วันจำหน่าย	2.53	.51	2.00	.00	-4.00	0.01

* ($p<0.05$)

จากตาราง 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของอาการปวด (0-10) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วันที่ 1 หลังผ่าตัด วันที่ 2 หลังผ่าตัด และวันที่ 3 หลังผ่าตัดกลุ่มควบคุมมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 4.33 และ กลุ่มทดลอง 2.60 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

วันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังการผ่าตัดของทั้งสองกลุ่ม พบว่าส่วนใหญ่อยู่หลังผ่าตัดวันที่ 5 ในกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 46.6 และกลุ่มทดลองร้อยละ 53.3 และกลุ่มทดลองสามารถเดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังผ่าตัดในวันที่ 4 ได้ร้อยละ 33.4 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 20

ตาราง 3 เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
Feeding (การให้อาหาร)	1.26	.45	2.13	0.00	6.20	.00
Transfer (ลูกนั่งจากที่นอนหรือเก้าอี้)	1.26	.45	2.13	.51	4.86	.00
Grooming (การล้างหน้า)	1.00	.00	1.13	.51	1.00	.326
Toilet Use (การใช้ห้องน้ำ)	1.33	.48	1.80	.41	2.82	.009
Bathing (การอาบน้ำ)	1.00	.00	1.00	0.00		
Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน)	20.00	.53	24.00	.50	2.10	.045
Dressing (การสวมเสื้อผ้า)	1.40	.50	1.73	.45	1.89	.069
Bowels (การกลืนอุจจาระ)	1.86	.35	1.93	.25	5.92	.559
Bladder (การกลืนปัสสาวะ)	1.86	.35	1.93	.25	5.92	.559

* ($p<0.05$)

จากตาราง 3 พบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกัน

อาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดของผู้สูงอายุ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน 5 ราย (33.3 %) คือ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และการยึดติดของข้อ ส่วนกลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อน 1 ราย (6.7 %) ได้แก่ การยึดติดของข้อ

สรุปและอภิปรายผล

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 40.33 และ 32.93 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถ มีค่าเฉลี่ย 49.87 และ 34.20

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหักสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ย 40.33 และกลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ย 32.87 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ย 49.87 และกลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ย 34.20

ทั้งนี้อธิบายสมมติฐานข้อ 1 และ 2 ได้ว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เน้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล ตั้งแต่แรกเริ่ม โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ การมีแผนภาพลิกคำถามสะท้อนคิด 13 คำถาม – 13 คำตอบ คู่มือดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักสำหรับผู้ดูแล เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์จริงของตนตรงตามสภาพความเป็นจริง ซึ่ง

คุณค่าของสื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้นจากการเห็นภาพจริง ประกอบการอธิบายและใช้เวลาน้อยลง ช่วยให้ผู้ดูแลมีความสนใจในการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เกิดความมั่นใจและจดจำได้นาน ช่วยส่งเสริมการคิด และการแก้ปัญหาในการเรียนรู้และมีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา ด้วยการสะท้อนความคิดถึงสาเหตุของปัญหา ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้และไตร่ตรอง เพื่อแสวงหาวิธีการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการส่งเสริมสร้างพลังอำนาจแต่จากการศึกษาใช้ระยะเวลาติดตามผลในช่วงสั้นๆ ซึ่งผู้ดูแลยังสามารถจดจำและมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวได้ก่อนการจำหน่าย ดังนั้นควรมีการประเมินและติดตามผลในระยะยาว เพื่อเป็นการติดตามและประเมินผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลที่ได้รับ การผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมานี หาททรัพย์ มงคลชัย หาททรัพย์ ทศนีย์ นะแสง (2557)⁽¹⁴⁾ ที่ทำการศึกษาระดับความรู้และความสามารถของผู้ดูแลหลัก ในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ใช้กรอบแนวคิด เรื่องความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และแนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายและหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 59 ราย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดก่อนจำหน่าย มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นอย่างมาก ระดับความรู้ของผู้ดูแลหลักในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 75) ปานกลาง (ร้อยละ 25) และจากการสังเกตระดับความสามารถในการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.63) ระดับสูง (ร้อยละ 28.81) และระดับต่ำ (ร้อยละ 13.56)

3. ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีกว่าผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.1 ผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีอาการปวดน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของอาการปวด (0-10) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบวันที่ 1 หลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 6.73 และ 5.00 วันที่ 2 หลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 5.06 และ 3.66 วันที่ 3 หลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 4.33 และ 2.60 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีอาการปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมวิธีเนื้อเยื่อกระดูกอ่อน โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทั้ง 4 ขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีกว่าโดยมีอาการปวด ในวันที่ 3 หลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยมีค่าเฉลี่ยของลำดับที่ของอาการปวดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.83 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 24.17 ($p = 0.001$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3.2 ผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีระยะวันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังการผ่าตัด เร็วกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า วันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังการผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีวันนอนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.40 และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีวันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังการผ่าตัดเฉลี่ยวันที่ 6.53 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ (2553) ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมวิธี

เนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทั้ง 4 ขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีกว่า โดยมีระยะวันที่ลุกเดินได้เร็วหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3.3 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

3.4 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่าพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีภาวะแทรกซ้อน 1 ราย (6.7%) ได้แก่ การยึดติดของข้อ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีภาวะแทรกซ้อน 5 ราย (33.3 %) คือ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และการยึดติดของข้อ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถลุกหรือเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัดเร็ว จะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

3.5 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีระยะวันนอนหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของระยะวันนอนหลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม วันนอนหลังผ่าตัดในวันที่ 3-4 มีค่าเฉลี่ย 3.33 และ 26.66 ในวันหลังผ่าตัดวันที่ 5-7 มีค่าเฉลี่ย 66.6 และ 73.33 ในวันหลังผ่าตัดวันที่ 8-10 พบได้แก่กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 20 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียมวิธี

เนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีระยะวันนอนหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมีค่าเฉลี่ยของลำดับที่ (Mean rank) ของระยะวันนอนหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่า 14.56 และ 15.22 ($p = 0.024$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของสุมาลี ขัดอุโมงค์ (2551) ทำการศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามัญ และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์พิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ เดือนมีนาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2551 จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากผลการศึกษาที่กล่าวมา สรุปได้ว่า การสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล การสนับสนุนและให้ความรู้ การให้ญาติหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้ เป็นวิธีที่นำมาพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแล โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาในทุกๆ ด้าน สามารถคิดวิเคราะห์สถานการณ์ และตัดสินใจหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถโดยมีบุคลากรทางสุขภาพคอยสนับสนุนช่วยเหลือ การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย และสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ทำให้มีพลัง มีความผาสุก และตระหนักในศักยภาพของตนเอง ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ตั้งแต่หอผู้ป่วย

จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและให้เกิดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรนำเสนอผลงานการวิจัยแก่พยาบาล เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยน ความรู้ระหว่างกันและเป็นการนำความรู้ทางการวิจัยนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในระยะยาว เพื่อติดตามประเมินผล ความยั่งยืนของการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลควรมีการติดตามวัดผลลัพธ์ ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมในแต่ละ ขั้นตอน เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนขึ้น

3. กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาควรมีจำนวนมากกว่า 30 คน

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560 . <https://pr.moph.th> สืบค้นวันที่ 31/5/2019
- 2.Christmas, M. (2006). Medical care of the hip fracture patient. *Clinical Geriatrics*, 14(4), 40-45.
- 3.Penrod, J. D., Litke, A., Hawkes, W. G., Magaziner, J., Doucette, J. T., & Koval, K. J. (2008). The association of race, gender, and comorbidity with mortality and function after hip fracture. *The Journal of Gerontology*, 63(8), 867-872.
- 4.ธนพร รัตนธรรมวัฒน์ ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและ ครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก วารสารพยาบาลตำรวจ ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2561 หน้า 288-297
- 5.เสาวภา อินผา. (2550). โปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพศึกษาและ พฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 6.Roach, S. S. (2001). *Introductory gerontological nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 7.ธนวรรณ แสนปัญญา. (2554). ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. วารสารโรงพยาบาลแพร่, 19, 18–27.
- 8.วัชร ภูมิพระบุญ. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ. วารสาร โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์, มหาสารคาม, 19(1), 66-75.
- 9.Kenzora, J. E., Magaziner, J., Hud-son, J., Hebel, J. R., Young, Y., Hawkes, W., Felsenthal, G., Zimmerman, S. I., & Provenzano, G. Outcome after hemiarthroplasty for femoral neck fracture in the elderly. *Clinical Orthopaedic and Related Research* 1998; 348: 51-58.
- 10.Morgan, M., Black, J., Bone, F., Fry, C., Harris, S., & Hogg, S. Clinician-led surgical site infection surveillance of orthopaedic procedures: A UK multi-center pilot study. *Journal of Hospital Infection*. 2005; 60: 201-12
- 11.อุไรวรรณ พลชา, (2560) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลอุดรธานี วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 25(3) กันยายน – ธันวาคม หน้า 259-282
- 12.Christine F Bradley, PHD; Cindy Kozak. (1995) Nursing Care and Management of The Elderly HipFractured Patient *Journal of Gerontological Nursing*, 21(8):15-22
- 13.Stone, J. T., Wyman, J. T., & Salisbury, S. A. (1999). *Clinical gerontological nursing* (2nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- 14.มานี หาทรัพย์, มงคลชัย หาทรัพย์, และทัศนีย์ นะแสง (2557) ความรู้ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
- 15.จิรสุดา กาญจนสถิตย์กุล. (2552). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติเพื่อฟื้นฟูสภาพ ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 16.Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*. 21, 1201-1210.