

#### บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ ออร์โธปิดิกส์ และหอผู้ป่วยพิเศษออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2551 ผลของการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แสดงค่าคะแนนของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 30 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย และกลุ่มควบคุม 15 ราย จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ชนิดของกระดูกสะโพกหัก ชนิดของการผ่าตัด โรคประจำตัว คะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมอง และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนผ่าตัด ดังแสดงในตาราง 1-2

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ และสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ชนิดของกระดูกสะโพกหัก ชนิดของการผ่าตัด โรคประจำตัว และการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					.072 <sup>†</sup>
Mean (S.D.)	78.93 (6.49)		74.27 (7.14)		
Range	62-87		62-86		
60-74 ปี	2	13.33	7	46.67	
75-84 ปี	11	73.33	7	46.67	
> 84 ปี	2	13.33	1	6.67	
เพศ					.12 <sup>‡</sup>
ชาย	3	20.00	7	46.70	
หญิง	12	80.00	8	53.30	
สถานภาพสมรส					.27 <sup>‡</sup>
โสด หม้าย หย่า	10	66.70	7	46.70	
คู่	5	33.30	8	53.30	
ระดับการศึกษา					.12 <sup>‡</sup>
ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา	12	80.00	8	53.33	
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	3	20.00	7	46.7	
อาชีพ					1.00 <sup>†</sup>
ไม่ได้ทำงาน/ข้าราชการบำนาญ	13	86.70	12	80.00	
รับจ้างทำสวน/ธุรกิจส่วนตัว	2	13.30	3	20.00	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					1.00 <sup>†</sup>
< 5,000 บาท	12	80.00	12	80.00	
≥ 5,000 บาท	3	20.00	3	20.00	

Independent t-test<sup>†</sup> Chi-square test<sup>‡</sup>, Fisher's exact test<sup>††</sup>

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ และสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ชนิดของกระดูกสะโพกหัก ชนิดของการผ่าตัด โรคประจำตัว และการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ชนิดของกระดูกสะโพกหัก					.44 <sup>†</sup>
Fracture neck of femur	4	26.70	6	40.00	
Intertrochanteric fracture	11	73.30	9	60.00	
ชนิดการผ่าตัด					.43 <sup>†</sup>
Hemiarthroplasty	3	20.00	6	40.00	
Closed Reduction and Internal Fixation	12	80.00	9	60.00	
โรคประจำตัว					1.00 <sup>†</sup>
ไม่มีโรคประจำตัว	2	13.33	1	6.67	
มีโรคประจำตัว	13	86.67	14	93.33	
ความดันโลหิตสูง	10	66.70	10	66.70	
เบาหวาน	5	33.30	2	13.30	
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1	6.70	4	26.70	
ไตวายเรื้อรัง	2	13.30	2	13.30	
โรคหัวใจ	2	13.30	0	0.00	
ไทรอยด์	0	0.00	2	13.30	

Chi-square test<sup>†</sup>, Fisher's exact test<sup>†</sup>

ตาราง 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในด้านของ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ชนิดของกระดูกสะโพกหัก ชนิดของการผ่าตัด และโรคประจำตัว กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย  $78.93 \pm 6.49$  ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย  $74.27 \pm 7.14$  ปี กลุ่มทดลองมีเพศชาย 3 ราย เพศหญิง 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 20.00 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม มีผู้ป่วยเพศชาย 7 ราย เพศหญิง 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.70 และ 53.30

ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า หรือ โสด ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรส คู่ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท สำหรับชนิดของกระดูกสะโพกหักนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคแรกรับ คือ กระดูกต้นขาหักที่อินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก ร้อยละ 73.30 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 60.00 ในกลุ่มควบคุม สำหรับการรักษากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน คือร้อยละ 80.00 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 60.00 .ในกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 โรค ขึ้นไป โรคที่พบ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไทรอยด์ โรคหอบหืด โรคเกาต์ วัณโรค และโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถภาพสมองเฉลี่ย เท่ากับ  $25 \pm 1.19$  และเท่ากับ  $25.33 \pm 1.19$  ในกลุ่มควบคุม สำหรับคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนผ่าตัดในกลุ่มทดลองเท่ากับ  $8.67 \pm .72$  และเท่ากับ  $8.33 \pm 1.17$  ในกลุ่มควบคุม และเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมอง และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนผ่าตัด มาเปรียบเทียบกับกันระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 2

## ตาราง 2

เปรียบเทียบลักษณะความเท่าเทียม คะแนนสมรรถภาพสมอง และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติทดสอบแมนน์-วิทนียู (Mann-Whitney U Test)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		z	p-value
	Mean	Sum of	Mean	Sum of		
	rank	rank	rank	rank		
คะแนนสมรรถภาพสมอง	15.63	234.50	15.37	230.50	-0.09	.93
คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนผ่าตัด	16.63	249.50	14.37	215.50	-.84	.40

p > .05

## ส่วนที่ 2 แสดงค่าคะแนนของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้แสดงข้อมูลเกี่ยวกับดัชนีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้แก่ ปริมาณการใช้น้ำแก้ปวดชนิดฉีดหลังผ่าตัดวันที่ 1 2 จำนวนครั้งของการใช้น้ำแก้ปวดชนิดรับประทาน หลังผ่าตัดวันที่ 1 2 และ 3 คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และจำนวนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งมีรายละเอียดดังแสดงในตาราง 3

### ตาราง 3

แสดง ปริมาณการใช้น้ำแก้ปวดชนิดฉีดหลังผ่าตัดวันที่ 1 และ 2 จำนวนครั้งการใช้น้ำแก้ปวดชนิดรับประทาน หลังผ่าตัดวันที่ 1 2 และ 3 คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และจำนวนภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ดัชนีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD
ปริมาณการใช้น้ำแก้ปวด (มิลลิกรัม)						
หลังผ่าตัดวันที่ 1	0-27	5.20	6.94	1-10	6.13	5.91
หลังผ่าตัดวันที่ 2	0-13	.87	3.35	0-11	2.27	4.13
จำนวนครั้งการใช้น้ำแก้ปวด						
หลังผ่าตัดวันที่ 1	0-2	.53	.74	1-3	.67	.90
หลังผ่าตัดวันที่ 2	0-1	.47	.51	0-3	.80	.94
หลังผ่าตัดวันที่ 3	0-2	.43	.63	0-3	.53	.91
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	11-16	13	1.19	11-13	12.53	.64
ภาวะแทรกซ้อน	0	0	0	0-1	.27	.45

จากตาราง 3 แสดงคะแนนดัชนีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มทดลองมีปริมาณการใช้น้ำแก้ปวดชนิดฉีดเฉลี่ย หลังผ่าตัดวันที่ 1 เท่ากับ 5.20 มิลลิกรัม และเท่ากับ .87 มิลลิกรัมในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ส่วนในกลุ่มควบคุมมีปริมาณการใช้น้ำแก้ปวดชนิดฉีดเฉลี่ย เท่ากับ 6.13 มิลลิกรัม ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และ เท่ากับ 2.27 มิลลิกรัม ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีการใช้น้ำแก้ปวดชนิดฉีดในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ส่วนจำนวนครั้งเฉลี่ยของการใช้น้ำแก้ปวดชนิดรับประทาน วันที่ 1 2 และ 3 หลังผ่าตัด ในกลุ่มทดลองเท่ากับ .53 .47 .43

ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการใช้ยาแก้ปวดชนิดรับประทาน เท่ากับ .67 .80 .53 ตามลำดับ สำหรับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 13 และเท่ากับ 12.53 ในกลุ่มควบคุม นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มทดลองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีจำนวนเฉลี่ยของภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ .27 และเมื่อพิจารณาการเกิดภาวะแทรกซ้อนพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน 4 ราย และ มีการเกิดเพียงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งเท่านั้น ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะจำนวน 2 ราย และแผลกดทับจำนวน 2 ราย

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แสดงค่าคะแนนของข้อมูลเกี่ยวกับดัชนีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด (ความรู้สึกรู้สึกปวดแผลผ่าตัด และความรู้สึกรู้สึกทุข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด) การใช้ยาแก้ปวด (ปริมาณการใช้ยาแก้ปวดชนิดฉีด และจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดชนิดรับประทาน) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ซึ่งมีรายละเอียดดังตาราง 4-7

#### ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการปวดแผลผ่าตัด และความรู้สึกรู้สึกทุข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด หลังผ่าตัด วันที่ 1 2 และ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test)

ดัชนีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD		
อาการปวดแผลผ่าตัด								
หลังผ่าตัดวันที่ 1	0-6	3.27	1.87	1-7	4.20	1.42	1.54	.07
หลังผ่าตัดวันที่ 2	0-5	2.73	1.83	0-7	2.87	2.95	.18	.43
หลังผ่าตัดวันที่ 3	0-6	2.67	1.92	0-6	2.67	2.02	-.28	.39
ความรู้สึกรู้สึกทุข์ทรมาน								
จากอาการปวดแผลผ่าตัด								
หลังผ่าตัดวันที่ 1	0-6	3.07	2.02	0-7	4.00	2.10	1.24	.11
หลังผ่าตัดวันที่ 2	0-6	2.33	1.99	0-7	2.93	2.46	.73	.23
หลังผ่าตัดวันที่ 3	0-6	2.20	1.99	0-6	2.40	1.92	.00	.50

p > .05

จากตาราง 4 พบว่าทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดแผลผ่าตัด และความรู้สึกรู้สึกทุข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด ในวันที่ 1 2 และ 3 หลังผ่าตัด ไม่แตกต่างกัน



ตาราง 5

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณการใช้ยาแก้ปวดชนิดฉีดหลังผ่าตัดวันที่ 1 2 และค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดชนิดรับประทาน หลังผ่าตัดวันที่ 1 2 และ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบแมนน์-วิทนียู (Mann-Whitney U Test)

ดัชนีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		z	p-value
	Mean rank	Sum of rank	Mean rank	Sum of rank		
ปริมาณการใช้ยาแก้ปวด						
หลังผ่าตัดวันที่ 1	13.07	196.00	17.93	269.00	-1.56	.06
หลังผ่าตัดวันที่ 2	14.13	212.00	16.87	253.00	-1.31	.20
จำนวนครั้งการใช้ยาแก้ปวด						
หลังผ่าตัดวันที่ 1	15.00	225.00	16.00	240.00	-.35	.38
หลังผ่าตัดวันที่ 2	14.30	214.50	16.70	250.50	-.83	.23
หลังผ่าตัดวันที่ 3	15.30	229.50	15.70	235.50	-.15	.45

p > .05

จากตาราง 5 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยปริมาณการใช้ยาแก้ปวดชนิดฉีดหลังผ่าตัดในวันที่ 1 2 และค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดชนิดรับประทาน หลังผ่าตัดในวันที่ 1 2 และ 3 ไม่แตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับยาที่เหมือนกัน โดยวันที่ 1 หลังผ่าตัดจะได้รับยาแก้ปวดชนิดฉีดคือ มอร์ฟินที่ให้เมื่อผู้ป่วยร้องขอเมื่อมีอาการปวด หรือการให้ยามอร์ฟินด้วย PCA ซึ่งมีการตั้งโปรแกรมการทำงานของเครื่องโดยให้ยาออกมาเมื่อผู้ป่วยกด โดยจะให้ต่อเนื่องในวันที่ 1 จนถึงวันที่ 2 หลังผ่าตัด หรือได้รับยาพาราเซตามอลชนิดรับประทาน เมื่อผู้ป่วยร้องขอเมื่อมีอาการปวด ภายหลังจากที่คำสั่งการให้ยามอร์ฟินสิ้นสุดลง โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับยามอร์ฟินเมื่อมีอาการปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1 จำนวน 14 ราย และ 12 รายในกลุ่มควบคุม ส่วนการให้ยามอร์ฟินที่ให้โดยวิธีที่ผู้ป่วยควบคุมการให้ยาด้วยตนเองหลังผ่าตัดวันที่ 1 และ 2 ในกลุ่มทดลองมีจำนวน 1 ราย และในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 3 ราย



ตาราง 6

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และค่าเฉลี่ยจำนวนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบแมนน์-วิตนีย์ยู (Mann-Whitney U Test)

ดัชนีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		z	p-value
	Mean	Sum of	Mean	Sum of		
	rank	rank	rank	rank		
ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	17.03	255.50	13.97	209.50	-1.09	.17
ภาวะแทรกซ้อน	13.50	202.50	17.50	262.50	-2.11	.11

p > .05

จากตาราง 6 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และค่าเฉลี่ยจำนวนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน

ตาราง 7

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test)

ดัชนีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD		
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	3-9	6	1.65	5-16	8.67	4.68	2.08	.02*

\*p < .05

จากตาราง 7 กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก จำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายจำนวน 15 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 15 ราย อภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานดังนี้

ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมีการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดย

สมมติฐานที่ 1 คะแนนเฉลี่ยของอาการปวดแผลผ่าตัด หลังผ่าตัดวันที่ 1 2 และ 3 น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานที่ 2 ปริมาณการใช้ยาแก้ปวดชนิดฉีดหลังผ่าตัดวันที่ 1 และ 2 น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานที่ 3 จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดชนิดรับประทานหลังผ่าตัดวันที่ 1 2 และ 3 น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการปวดแผลผ่าตัด ปริมาณการใช้ยาแก้ปวดชนิดฉีด หลังผ่าตัด วันที่ 1 และ 2 และ จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด ชนิดรับประทานหลังผ่าตัด ในวันที่ 1 2 และ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (ตาราง 4 และตาราง 5) ดังนั้น จึงไม่สนับสนุนสมมติฐานในข้อที่ 1 2 และ 3 ทั้งนี้อาจเนื่องจาก แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย โดยพยาบาลเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) กับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักตั้งแต่ในระยะก่อนการผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ซึ่งพยาบาลประเมินข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ ค่านิยมประสบการณ์ในอดีต การรับรู้เกี่ยวกับอาการปวด ตลอดจนความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับอาการปวดของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นพยาบาลจึงนำข้อมูลที่ได้นำมาแลกเปลี่ยนกับ กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกันทั้งสองฝ่าย แล้วจึงมีการค้นหาปัญหาของอาการปวด มีการกำหนดเป้าหมายการแก้ปัญหา ร่วมกัน (mutual goal setting) ซึ่งมีเป้าหมายหลักคืออาการปวด และการใช้ยาแก้ปวดลดลง โดยมีเป้าหมายย่อย คือ กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินอาการปวดของตนเอง และรายงานอาการปวดให้พยาบาลทราบได้ สามารถเลือกใช้ชีวิตบรรเทาอาการปวดแบบไม่ใช้ยาได้ตามความชอบของตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ ความรุนแรง ของอาการปวด แนะนำวิธีประเมินอาการปวด การป้องกันอาการปวด เสนอวิธีการจัดการกับอาการปวดแก่กลุ่มตัวอย่าง และให้เลือกวิธีปฏิบัติในการจัดการกับอาการปวดที่เป็นไปได้ และตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง (agree on

mean) แล้วนำไปสู่การปฏิบัติตามบทบาทของตนเอง (transaction) โดยมีการประเมินผลร่วมกันเป็นระยะ ซึ่งจากกระบวนการ ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้นทำให้กลุ่มทดลองได้รับการสอนและคำแนะนำในการจัดการกับอาการปวด ด้วยวิธีต่างๆ ได้แก่ การประเมินอาการปวดด้วยตัวเอง สอนวิธีการผ่อนคลายด้วยการหายใจเข้าออกลึกๆ คำแนะนำวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยวิธีต่างๆ การเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้อง โดย กลุ่มทดลองทุกรายมีปัญหาวาดแผลผ่าตัด และสามารถประเมินอาการปวดด้วยตนเองได้ ตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด และกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการผ่อนคลายด้วยการหายใจเข้า ออกลึกๆ จำนวน 7 ราย ดูรายการโทรทัศน์จำนวน 3 ราย พุดคุยกับญาติจำนวน 3 ราย และทำสมาธิจำนวน 2 ราย และทุกรายมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้อง (ภาคผนวก จ) จากการที่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองสามารถประเมินอาการปวดด้วยตนเอง ทำให้สามารถรายงานอาการปวดให้พยาบาลรับทราบได้เมื่อมีอาการปวด จึงทำให้ได้รับการจัดการอาการปวด ด้วยการใช้ยาแก้ปวดที่เหมาะสม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการช่วยลดอาการปวดได้ตามที่กล่าวข้างต้นทำให้อาการปวดไม่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ ความรุนแรง และระยะเวลาของอาการปวด ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ทำให้ลดความกลัวสามารถเผชิญกับอาการปวด และความทุกข์ทรมานขณะที่มีอาการปวดได้เป็นอย่างดี ด้วยเหตุนี้จึงพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการปวด และความทุกข์ทรมานจากอาการปวดอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังผ่าตัดวันที่ 1 และลดลงในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด (ตาราง 4) ส่งผลให้ปริมาณการใช้ยาแก้ปวดชนิดฉีด และจำนวนครั้งการใช้ยาแก้ปวดชนิดรับประทานลดลงตามไปด้วย (ตาราง 3)

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงอาการปวดแผลผ่าตัด ปริมาณการใช้ยาแก้ปวดชนิดฉีด และจำนวนครั้งการใช้ยาแก้ปวดชนิดรับประทาน หลังผ่าตัดในวันที่ 1 2 และ 3 ของทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจึงพบว่าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก และการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน (ตาราง 1) ซึ่งถือว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่จะมีอาการปวดในระดับรุนแรง เป็นชนิดเฉียบพลัน และชั่วคราวโดยเฉพาะใน 24 ถึง 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งตามแนวทางการดูแล ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2008) ให้ใช้ยากลุ่มมอร์ฟีน และการได้รับยาแบบต่อเนื่อง แบบพีซีเอ (PCA) จึงช่วยให้บรรเทาอาการปวด แต่เมื่อเวลาผ่านไป 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดจะเริ่มมีกระบวนการหายของแผล ระดับของสารเคมีที่ปล่อยมาจากเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายลดลง ทำให้อาการปวดลดลงเรื่อยๆ ยาที่ได้รับจึงเป็นยาแก้ปวดชนิดรับประทาน ในการศึกษาครั้งนี้ แพทย์ผู้ผ่าตัด และวิสัญญีแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจในการเลือกชนิด และวิถีทางสำหรับการให้ยาแก้ปวดแก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับยาที่เหมือนกัน โดยวันที่ 1 หลังผ่าตัดจะได้รับ มอร์ฟีนชนิดฉีดเมื่อผู้ป่วยร้องขอ (pm) หรือการให้ยา มอร์ฟีนด้วยเครื่องพีซีเอ (PCA) ซึ่งจะให้ต่อเนื่องในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด หรือได้รับยาพาราเซตามอล

เมื่อผู้ป่วยร้องขอ ภายหลังจากที่คำสั่งการให้ยามอร์ฟินสิ้นสุดลง นอกจากยาแก้ปวดดังกล่าวข้างต้น ที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับเหมือนกันแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ตั้งแต่วันที่ 1 หลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (ทุกราย) ได้รับยาแก้ปวดชนิดวิคโอปิออยด์ (weak opioid) และยากลุ่มต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ชนิดรับประทานร่วมด้วย จึงทำให้สามารถควบคุมอาการปวดได้ และอาการปวดไม่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้มีปัจจัยอื่นๆที่ทำให้มีอาการปวดแผลผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ เทคนิคการผ่าตัดชนิดที่ มีการจัดกระดูกที่หัก ภายนอกผิวหนัง (closed reduction) และมีการนำเอกซเรย์ฟลูออโรสโคป (fluoroscope) มาช่วยในการจัดกระดูก ซึ่งช่วยลดการทำลายเส้นเลือดและเนื้อเยื่อ โดยเนื้อเยื่ออ่อนที่บริเวณรอยหักไม่ได้รับการบาดเจ็บซ้ำเติมจากกระบวนการผ่าตัดมากนักทำให้อาการปวดหลังผ่าตัดมีอาการไม่รุนแรง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายในด้วยการจัดกระดูกที่หักภายนอกผิวหนัง (Closed Reduction and Internal Fixation) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัดน้อย นอกจากเทคนิคการผ่าตัดแล้วตำแหน่งของการผ่าตัด เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่ออาการปวดหลังผ่าตัด โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีตำแหน่งการผ่าตัดบริเวณสะโพก ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการเคลื่อนไหวน้อย ทำให้มีความเจ็บปวดน้อย (ปิยดา บุญทรง, 2546) นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ มีการตื่นตัวในการจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัด และมีการริเริ่มพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการอาการปวดภายหลังการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ถึงแม้จะยังไม่ได้มีการนำมาใช้อย่างเต็มรูปแบบ แต่ทำให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมได้รับการสอน และการแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับอาการปวด ซึ่งเป็นการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับตามปกติ จึงทำให้การจัดการกับอาการปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงทำให้อาการปวดแผลผ่าตัดและความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ และส่งผลให้ปริมาณการใช้จ่ายแก้ปวดหลังผ่าตัดในวันที่ 1 2 และจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด หลังผ่าตัดในวันที่ 1 2 และ 3 ลดต่ำตามทั้งสองกลุ่ม ทำให้สมมติฐานข้อ 1-3 ไม่ได้รับการสนับสนุน

สมมติฐานที่ 4 จำนวนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน (ตาราง 6) ดังนั้นผลการศึกษา จึงไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4 ทั้งนี้ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับคำแนะนำ และการดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การป้องกันการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะโดยการมีการกระตุ้นให้มีการดื่มน้ำ มีการกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว และใช้หมอนนุ่มรองบริเวณปุ่มกระดูก

เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ กระตุ้นการหายใจเข้า ออกลึกๆ ให้ลูกนั่งบนเตียงในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบ ภายหลังการวิจัยพบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจำนวน 4 ราย โดยมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 2 ราย และเกิดแผลกดทับ 2 ราย ซึ่งแตกต่างกับในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย โดยการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับกลุ่มตัวอย่าง มีการประเมินภาวะเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน แล้วนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อกำหนดเป้าหมายในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดปอดอักเสบ การเกิดแผลกดทับ และการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม โดยมีการเลือกวิธีปฏิบัติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนร่วมกับผู้วิจัย เพื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปปฏิบัติตามบทบาทของตนเอง ตามจุดมุ่งหมายของการกระทำที่รับรู้ ทำให้กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามที่ได้ตกลงร่วมกับผู้วิจัย ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ตามเป้าหมาย (ภาคผนวก จ) และแม้ว่าบางกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างจะไม่สามารถปฏิบัติได้ในบางวัน เช่น ในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย และ จำนวน 6 ราย ดื่มน้ำได้น้อยกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ เนื่องจากเป็นช่วงระยะแรกของการผ่าตัด และได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยามอร์ฟิน ทำให้มีอาการคลื่นไส้ ประกอบกับการที่ร่างกายมีอาการอ่อนเพลียจากการผ่าตัด จึงรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อยลง และพบว่ามีกลุ่มทดลองจำนวน 2 ราย กลั้นปัสสาวะในตอนกลางคืนวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด เนื่องจากแพทย์มีคำสั่งให้อาสาสมัครปัสสาวะออก และกลุ่มตัวอย่างรู้สึกเกรงใจพยาบาล จึงไม่กล้าขอหมอนอน นอกจากนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย แกะเกาแผลผ่าตัดในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และจำนวน 1 ราย ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด เนื่องจากมีอาการคันบริเวณแผลผ่าตัด สำหรับความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติของแผลผ่าตัด ในวันที่ 1 2 และ 3 หลังผ่าตัดนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติของแผลผ่าตัดไม่ได้ (ภาคผนวก จ) อาจเนื่องจากยังคงมีอาการปวดแผลผ่าตัด และรู้สึกไม่สบายจากอาการคลื่นไส้จากอาการข้างเคียงของยามอร์ฟิน จึงทำให้ไม่มีความสนใจในการปฏิสัมพันธ์กับผู้วิจัย ประกอบกับในผู้สูงอายุ มีความจำระยะสั้นไม่ดี จึงทำให้จำเนื้อหาที่ได้รับการสอนจากผู้วิจัยก่อนผ่าตัด เกี่ยวกับอาการผิดปกติของแผลผ่าตัดไม่ได้ ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง คำแนะนำ และการช่วยเหลือ รวมทั้งการเน้นย้ำถึงคำแนะนำที่จำเป็นบ่อยๆ และให้อย่างสั้นๆ เพื่อให้ง่ายในการจดจำสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทั้งสองกลุ่มแล้วไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง และไม่ได้นำมาควบคุม หรือศึกษาในครั้งนี้ เช่น ระยะเวลาในการผ่าตัด โรคที่กลุ่ม



ตัวอย่างเป็นอยู่ เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคเบาหวาน การใช้ยาต่างๆที่มีผลต่อการติดเชื้อ เช่น สเตียรอยด์ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 50 ถึง 60 นาที กลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัว คือ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำนวน 1 ราย และโรคเบาหวาน จำนวน 2 ราย ส่วนในกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน จำนวน 2 ราย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดโดยเฉลี่ย คือ  $6 \pm 1.65$  วันในกลุ่มทดลอง และ  $8.67 \pm 4.68$  วันในกลุ่มควบคุม (ตาราง 7) ซึ่งไม่อาจประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนบางประเภท เช่น การติดเชื้อ ที่มีระยะเวลาแสดงอาการเกินกว่า 2 สัปดาห์ เช่น การศึกษาของฮัวทารี (Huotari, 2007) ที่สำรวจการติดเชื้อของแผลผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ข้อเข่า และการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน จำนวน 11,812 การผ่าตัด พบว่าระยะเวลาที่พบการติดเชื้อในระดับต้น คือ 8 วัน การติดเชื้อในระดับลึก คือ 18 วัน และติดเชื้อที่กระดูก คือ 77 วัน เทียบจากการศึกษาของริดจ์เวย์ และคณะ ในปี ค.ศ 2005 (Ridgeway et al., 2005) ที่พบว่าระยะเวลาหลังการผ่าตัดมีผลต่อการค้นพบการติดเชื้อของแผลผ่าตัด โดยได้รวบรวมอุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัดภายหลังการเปลี่ยนข้อสะโพก จากโรงพยาบาล 102 แห่ง ในประเทศอังกฤษ พบว่าระยะเวลาที่พบการติดเชื้อภายหลังผ่าตัด คือ 8 วัน สำหรับการติดเชื้อระดับต้น 11 วันสำหรับการติดเชื้อในระดับลึก และการติดเชื้อที่กระดูกและข้อ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างทุกรายในการศึกษาครั้งนี้ได้รับยาปฏิชีวนะชนิดฉีด เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด จากสาเหตุต่างๆทั้งหมดดังกล่าว จึงทำให้จำนวนภาวะแทรกซ้อนที่พบในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

สมมติฐานที่ 5 คะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (ตาราง 7) จึงไม่สนับสนุนสมมติฐานในข้อที่ 5 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทั้งหมด มีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด โดยเข้าใจผิดว่าในวันแรกหลังผ่าตัดยังไม่สามารถลุกนั่งบนเตียงเพื่อล้างหน้า แปรงฟัน รับประทานอาหาร เนื่องจากเข้าใจว่าการลุกนั่งจะทำให้เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก หรือวัสดุที่ใช้สำหรับการยึดตรึงกระดูก และคิดว่าภายหลังการผ่าตัดไม่สามารถเดินได้ เนื่องจากยังคงมีอาการปวดแผลอยู่ และแผลผ่าตัดยังไม่หายสนิท ผู้วิจัยจึงได้แลกเปลี่ยนข้อมูลที่ถูกต้องกับกลุ่มตัวอย่าง และมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันคือ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และกลุ่มตัวอย่างทุกรายต้องการที่จะเดินได้ภายหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยจึงได้ให้คำแนะนำ และสอนวิธีการลุกนั่งบนเตียง การลุกนั่งจากที่นอนไปยังเก้าอี้ การเดิน ตลอดจนวิธีการช่วยเหลือตัวเองในการล้างหน้า แปรงฟัน การรับประทานอาหาร และการแต่งตัว ภายหลังการผ่าตัดผู้วิจัยติดตามเยี่ยมเพื่อ

ประเมินผล และปัญหาอุปสรรคของการทำกิจกรรมต่างๆ แล้วนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนกับกลุ่มตัวอย่าง และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าวันที่ 1 ภายหลังจากผ่าตัด กลุ่มทดลองทุกคน สามารถลุกนั่งบนเตียงเพื่อทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ได้แก่ การล้างหน้า การแปรงฟัน การรับประทานอาหารด้วยตนเอง มีกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ที่สามารถเดินด้วยคอกช่วยเดิน (walker) และมีคนช่วยพยุงในวันที่ 3 หลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถสวมใส่เสื้อผ้าเองได้ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้น้อยในช่วงแรกของการผ่าตัด คือ การใช้หมอนอนเพื่อจับถ่ายด้วยตนเองสำหรับกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำไม่ได้ในระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล คือ การอาบน้ำด้วยตนเอง (ภาคผนวก จ) เมื่อประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่าสูงกว่าในระยะก่อนผ่าตัด โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 13 ซึ่งอยู่ในภาวะพึ่งพาเล็กน้อย อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมก็ได้รับการกระตุ้น และส่งเสริมให้ลุกนั่งในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองภายหลังการผ่าตัด และมีการส่งทำกายภาพบำบัดภายหลังการผ่าตัด จาก หอผู้ป่วยที่มีแผนการปฏิบัติอยู่ตามปกติ เมื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงพบว่าดีขึ้นกว่าในระยะก่อนผ่าตัด โดยมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 12.53 และอยู่ในภาวะพึ่งพาเล็กน้อย เช่นเดียวกับในกลุ่มทดลอง

นอกจากนี้เหตุผลที่ทำให้การศึกษาในครั้งนี้ไม่สนับสนุนสมมุติฐาน อาจเนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังการผ่าตัดให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องใช้เวลาาน เนื่องจากผู้สูงอายุมีความจำกัดในการเคลื่อนไหว และต้องใช้พลังงานมากในกิจกรรมที่เกี่ยวกับการเคลื่อนย้าย ประกอบกับการผ่าตัดกระดูกสะโพกเป็นการผ่าตัดกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ที่มีความสำคัญต่อการทรงตัว และการเดิน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง โดยมีอายุเฉลี่ย  $78.93 \pm 6.49$  ปี ในกลุ่มทดลอง และ  $74.27 \pm 7.14$  ปี ในกลุ่มควบคุม (ตาราง 1) ระยะเวลาเฉลี่ยการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดก่อนข้างสั้น  $6 \pm 1.65$  วัน ในกลุ่มทดลอง และ  $8.67 \pm 4.68$  วันในกลุ่มควบคุมตามลำดับ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ ทั้งสองกลุ่มในวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในภาวะพึ่งพาเล็กน้อย และไม่มีมีความแตกต่างกันซึ่งเป็นไปตามการศึกษาของ อธิฐาน สุมาลย์เจริญ (Sumarnjaroen, 2003) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนญาติต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก และความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการพยาบาลที่ได้รับ โดยพบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่



ในภาวะพึ่งพา และไม่มี ความแตกต่างกัน สนับสนุนจากการศึกษาแวน บาริน และคณะ (van Balen et al., 2001) ในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจำนวน 102 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และติดตามผลในอีก 4 เดือนต่อมา พบว่า มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 17 ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับเดียวกับก่อนที่จะมีกระดูกสะโพกหัก นอกจากนี้ที่ผ่านมามีการศึกษาพบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ และการศึกษาของเอรินซอนและคณะ (Arinzon, Fidelman, Zuta, Peisakh, & Berner, 2005) ในการเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีอายุ 65-74 ปี กับผู้ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไปจำนวนทั้งหมด 78 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัด พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า มีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังได้รับการผ่าตัด ต้องใช้เวลานาน และมีจำนวนน้อยที่สามารถกลับมา มีความสามารถได้เท่าเดิมเหมือนก่อนที่จะมีกระดูกสะโพกหัก

ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้น จึงไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของทั้งสองกลุ่ม

สมมติฐานที่ 6 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) (ตาราง 7) จึงสนับสนุนสมมติฐานในข้อ 6 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายเพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติ ที่ผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ทำให้เกิดความไว้วางใจ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างมีการพูดคุยสร้างปฏิสัมพันธ์ เพื่อการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ ปัญหาในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดขณะที่อยู่โรงพยาบาล ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันนี้ มีการประเมินกันระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างจะประเมินความต้องการ และความคาดหวังของตน เกี่ยวกับกิจกรรมและความรู้ในการส่งเสริมการการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลแผลผ่าตัด และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขณะเดียวกันผู้วิจัยประเมินปัจจัยที่ผลต่อการการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง และแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน เพื่อให้มีการรับรู้ที่ถูกต้องของทั้งสองฝ่าย การรับรู้ที่ถูกต้องตรงกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง จะนำไปสู่ปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมาย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมิน และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกันกำหนดปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพ หลังจากนั้นจึงตั้งเป้าหมายร่วมกัน คือ การลดอาการปวด

หลังผ่าตัด ลดปริมาณ และจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัด ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และลดจำนวนวันการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ร่วมกันเสนอวิธีในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และเลือกวิธีในการแก้ไขปัญหานั้นที่ทั้งสองฝ่ายมีความเห็นสอดคล้องกัน ลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้ตกลงเลือกร่วมกันตามบทบาทของตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การจัดการกับอาการปวด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันแผลกดทับ และการป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม

จากกระบวนการปฏิสัมพันธ์แบบมีเป้าหมายที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้นจึงทำให้บรรลุผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ คือ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของอาการปวด ความรู้สึกทุกข์ทรมานอยู่ในระดับปานกลางในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อยในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัด ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลอง แต่เกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มควบคุมจำนวน 4 ราย ดังนั้นจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าในกลุ่มควบคุม ถึงแม้จะมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาลภายหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก แต่มีการศึกษาที่ผ่านมาที่สนับสนุนถึงผลของภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด เช่น มีการศึกษาพบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในระดับลึก ทำให้ผู้สูงอายุมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่สูงกว่า กลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อ (Partanen, Syrjala, Vahanikkila, & Jalovaara, 2006) การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ทำให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น (Kamel, 2005; Merchant, Lui, Wong, & Sitoh, 2005)

กล่าวโดยสรุปผลการวิจัยในครั้งนี้ สนับสนุนกรอบแนวคิดเพียงบางส่วน กล่าวคือ เมื่อพยาบาลและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมาย ทำให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันนั้น หมายถึง การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีกว่า ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดลดลง ถึงแม้ว่าจะไม่ทำให้อาการปวดหลังผ่าตัด การใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้จากผลการวิจัยดังกล่าว คาดว่าเป็นผลเนื่องมาจากมีปัจจัยเกี่ยวข้องอื่นๆที่ไม่ได้อยู่ในการศึกษาคั้งนี้ เช่น ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งควรมีการคำนึงถึงในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป เพื่อยืนยัน

ประสิทธิผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และเพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างของผลลัพธ์ภายหลังได้รับการพยาบาลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved