

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารตำรา วารสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย โดยครอบคลุมหัวข้อดังนี้

1. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ
 - 1.1 กายวิภาคศาสตร์ของกระดูกสะโพก
 - 1.2 ความหมาย ชนิดของกระดูกสะโพกหัก
 - 1.3 พยาธิสภาพของกระดูกสะโพกหัก
 - 1.4 การรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ
 - 1.5 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก
2. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก
 - 2.1 ระยะการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก
3. การดูแลตนเองและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น
 - 3.1 ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - 3.2 ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง
 - 3.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น
 - 3.4 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม
 - 3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง
4. แผนการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น

กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ

กายวิภาคศาสตร์ของกระดูกสะโพก

กระดูกสะโพกเป็นกระดูกข้อต่อที่ใหญ่ที่สุดในร่างกาย ประกอบด้วยส่วนหัว (head) และส่วนคอ (neck) ทั้งสองส่วนรวมกับเบ้าของเชิงกราน (acetabulum) เกิดเป็นข้อสะโพกขึ้น ซึ่งอยู่ภายในอุ้งของเชิงกราน (innominate bone) เบ้าของกระดูกเชิงกรานที่ประกอบเป็นข้อสะโพกจะประกอบด้วยกระดูก 3 ชิ้น คือ กระดูกปีกสะโพก (ilium) กระดูกก้น (ischium) และกระดูกหัวหน้า (pubis) ในส่วนของพื้นผิวของกระดูกข้อจะถูกปกคลุมด้วยกระดูกอ่อน ซึ่งกระดูกอ่อนที่ปกคลุมหัวกระดูกจะหนาที่ส่วนยอดและจะบางลงมาที่ขอบล่าง บนหัวกระดูกจะมีรอยบุ๋ม (fovea centralis) เป็นที่เกาะของเอ็น (ligamentum teres) ส่วนบนของลำกระดูกที่อยู่ต่ำลงมาจากคอกระดูกต้นขาคือปุ่มกระดูกโคนขาใหญ่ (greater trochanter) จะเป็นที่ยึดเกาะของกล้ามเนื้อสำหรับกางของข้อสะโพก (abductors) และจากขอบล่างของคดกระดูกลงมาทางด้านในจะเป็นปุ่มกระดูกโคนขาเล็ก (lesser trochanter) เป็นที่ยึดเกาะของกล้ามเนื้ออิลิโอโซแอส (iliopsoas) ระหว่างปุ่มกระดูกโคนขาใหญ่และปุ่มกระดูกโคนขาเล็ก จะมีสันกระดูกที่เรียกว่าอินเตอร์โทรแคนเทอริกไลน์ (intertrochanteric line) ถัดลงมาจากส่วนคอจะเป็นส่วนบนของกระดูกต้นขา (proximal) และลำกระดูก (shaft) ข้อสะโพกสามารถกาง หุบ และหมุนได้ มีหน้าที่รับน้ำหนักตัวและเปลี่ยนทิศทางขณะเดินในคนปกติ เมื่อเกิดการบาดเจ็บจึงมีผลต่อการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ

ความหมายของกระดูกสะโพกหัก

กระดูกสะโพกหัก เป็น การหักของกระดูกต้นขาบริเวณสะโพก ที่มีการหักเหนือหรือที่ระดับกระดูกโคนขาเล็ก (lesser trochanter) และรวมถึงบริเวณที่อยู่ต่ำลงมาจากกระดูกโคนขาเล็ก ไม่เกิน 5 เซนติเมตร (Bucholz, Heckman, & Court-Brown, 2010)

ชนิดของกระดูกสะโพกหัก

กระดูกสะโพกหักโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตามตำแหน่งที่หัก ได้แก่ การหักของกระดูกที่เกิดขึ้นภายในข้อและเบ้าของข้อสะโพก (intracapsular fracture) และการหักของกระดูกที่เกิดขึ้นภายนอกข้อและเบ้าของข้อสะโพก (extracapsular fracture)

1. การหักของกระดูกที่เกิดขึ้นภายในข้อและเบ้าของข้อสะโพก (intracapsular fracture) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ การหักของกระดูกส่วนหัวของกระดูกต้นขา (femoral head fractures) และการหักของกระดูกส่วนคอของกระดูกต้นขา (femoral neck fractures)

1.1 การหักของกระดูกส่วนหัวของกระดูกต้นขา (femoral head fractures) เป็นการหักของกระดูกสะโพกบริเวณส่วนหัวของกระดูกต้นขา การหักในส่วนนี้มักเกิดจากอุบัติเหตุที่รุนแรงและเกิดในผู้อายุน้อย การจำแนกชนิดใช้วิธีการจำแนกของไพป์คิน (Pipkin, 1972 cite in Bucholz, Heckman, & Court-Brown, 2010) โดยจำแนกออกเป็น 4 ชนิด คือ

- ชนิดที่ 1 มีการหักของกระดูกผ่านโฟเวีย (fovea)
- ชนิดที่ 2 มีการหักของกระดูกผ่านเหนือโฟเวีย (fovea)
- ชนิดที่ 3 มีการหักของกระดูกผ่านเข้าไปส่วนหัวและคอของกระดูกสะโพก
- ชนิดที่ 4 มีการหักของกระดูกร่วมกับมีการหักของบริเวณเบ้าของข้อสะโพก

1.2 การหักของกระดูกส่วนคอของกระดูกต้นขา (femoral neck fractures) เป็นการหักของกระดูกสะโพกบริเวณส่วนคอของกระดูกต้นขา การจำแนกประเภทนิยมจำแนกตามวิธีของการ์เดน (Garden, 1964 cite in Bucholz, Heckman, & Court-Brown, 2010) ซึ่งเป็นการแบ่งตามลักษณะของรอยร้าวและความมากน้อยของระยะที่ขึ้นกระดูกเคลื่อนหลุดออกจากกัน โดยจำแนกออกเป็น 4 ชนิดคือ

- ชนิดที่ 1 การหักของกระดูกเป็นลักษณะยุบตัว
- ชนิดที่ 2 การหักของกระดูกแล้วไม่มีการเคลื่อนออกจากกัน
- ชนิดที่ 3 การหักของกระดูกแล้วมีการเคลื่อนที่บางส่วน
- ชนิดที่ 4 การหักของกระดูกแล้วมีการเคลื่อนแยกออกจากกัน

การจำแนกชนิดการหักของกระดูกจะช่วยในการเลือกวิธีการรักษาและการพยากรณ์ของโรคอยู่ในกลุ่มรูปแบบเดียวกันและเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการจำแนกประเภทตามวิธีของพอเวลล์ (Pauwel, 1935 cite in Bucholz, Heckman, & Court-Brown, 2010) แบ่งประเภทของกระดูกสะโพกหักออกเป็น 3 ประเภท โดยวัดมุมระยะห่างระหว่างแนวกระดูกหักแนวตั้งกับเส้นสมมุติแนวนอน ได้แก่ ชนิดที่ 1 30 องศา ชนิดที่ 2 50 องศา และ ชนิดที่ 3 70 องศา

2. การหักของกระดูกที่เกิดขึ้นภายนอกข้อและเบ้าของข้อสะโพก (extracapsular fracture) แบ่งออกเป็น 4 ชนิด คือ การหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอริก (intertrochanteric fractures) การหักของปุ่มกระดูกโคนขาใหญ่ (greater trochanters fractures) การหักของปุ่มกระดูกโคนขาเล็ก (lesser trochanters fractures) และการหักของกระดูกใต้อินเตอร์โทรแคนเทอริก (subtrochanteric fractures)

2.1 การหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอริก (intertrochanteric fractures) เป็นการหักของกระดูกภายนอกข้อสะโพกบริเวณระหว่างปุ่มกระดูกโคนขาใหญ่ (greater trochanters) กับปุ่มกระดูกโคนขาเล็ก (lesser trochanters) ส่วนต้นของกระดูกต้นขา มีการจำแนกประเภทนิยมจำแนกตามวิธีของอีวานส์ (Evans, 1949 cite in Bucholz, Heckman, & Court-Brown, 2010) ซึ่งจะแบ่งตามเสถียรภาพของรอยหัก (stability)

ชนิดที่ 1 พิจารณาจากรอยหักปลายทั้งสองด้านที่เป็นตำแหน่งที่รับน้ำหนัก ถ้าหากไม่แตกหักเป็นหลายชิ้นหรือแตกย่อยและปลายทั้งสองด้านสบกันได้ หรือค้ำกันอยู่ก็ถือว่าเป็นกระดูกหักแบบเสถียร

ชนิดที่ 2 พิจารณาจากรอยกระดูกหักเฉียงผกกลับและไม่เสถียร รอยหักจะเฉียงขึ้นจากด้านนอกเข้าด้านใน ทำให้กระดูกหักท่อนปลายถูกกล้ามเนื้อ adductor ดึงให้เคลื่อนเข้าด้านในเสมอ จึงไม่สามารถธำรงรอยหักให้เสถียรได้

2.2 การหักของกระดูกไดอินเตอร์โทรแคนเทอริก (subtrochanteric fractures) เป็นการหักของกระดูกต้นขา ระหว่างระดับของปุ่มกระดูกโคนขาเล็ก (lesser trochanter) และส่วนที่ต่ำลงไป 5 เซนติเมตร กระดูกหักบริเวณนี้หายช้าและติดผิครูปบ่อย เนื่องจากกระดูกบริเวณนี้เป็นกระดูกเนื้อแข็ง (cortical bone) กระดูกบริเวณนี้รับแรงกระทำสูงมากและมีแรงดึงจากกล้ามเนื้อรอบบริเวณกระดูกหัก

2.3 การหักของปุ่มกระดูกโคนขาใหญ่ (greater trochanters fractures) การหักของปุ่มกระดูกโคนขาเล็ก (lesser trochanters fractures) การรักษาโดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องผ่าตัด

ในการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีการหักของกระดูกสะโพกทั้ง 2 ชนิด คือการหักของกระดูกที่เกิดขึ้นภายในข้อและเบ้าของข้อสะโพก (intracapsular fracture) และการหักของกระดูกที่เกิดขึ้นภายนอกข้อและเบ้าของข้อสะโพก (extracapsular fracture)

พยาธิสภาพของกระดูกสะโพกหัก

การเกิดกระดูกสะโพกหัก เกิดจากแรงที่มากระทำต่อกระดูก เมื่อแรงกระทำนั้นมีมากกว่าความแข็งแรงของกระดูก จึงทำให้เกิดกระดูกหัก เมื่อมีภาวะกระดูกสะโพกหักจะไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อสะโพกและอวัยวะใกล้เคียงได้ตามปกติ เนื่องจากในระยะแรกที่กระดูกหักจะมีอาการชา และอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อเกิดขึ้น จากนั้นกล้ามเนื้อที่อยู่รอบๆกระดูกที่หักจะมีการหดเกร็ง ทำให้เกิดอาการปวดและกดเจ็บ และจากการฉีกขาดของเยื่อหุ้มกระดูกภายใน (endosteum) เยื่อหุ้มกระดูกภายนอก (periosteum) และเนื้อเยื่อที่อยู่รอบๆ ประกอบด้วย กล้ามเนื้อ

(muscle) เอ็น (tendon) เอ็นยึด (ligament) ทำให้เกิดความเจ็บปวด โดยสาเหตุเกิดจากเนื้อเยื่อที่ฉีกขาดหลังสารเคมีออกมา ได้แก่ ฮิสตามีน (histamine) แบรดิกินิน (bradykinin) พรอสตาแกรนดิน (prostaglandin) ซีโรโทนิน (serotonin) สารพี (substance P) และอะเซทิลโคลีน (acetylcholine) ซึ่งสารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทที่รับรู้ความรู้สึก ให้มีความไวต่อการกระตุ้น ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อความเจ็บปวด นอกจากนี้การฉีกขาดของเส้นเลือดยังทำให้มีเลือดออกบริเวณปลายกระดูกที่หัก หรือจากเนื้อเยื่อรอบๆ กระดูกหัก ทำให้เกิดอาการบวม เกิดการเสียน้ำที่และความมันของอวัยวะ ตลอดจนทำให้รูปร่างของกระดูกเสียไป เกิดลักษณะผิดรูป โดยกระดูกที่หักบริเวณสะโพกจะมีความยาวสั้นลง ซึ่งเกิดจากแรงดึงของกล้ามเนื้อตามแกนยาวของกระดูก

การรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ

โดยทั่วไปการรักษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ การรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด และการรักษาแบบผ่าตัด

การรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด หรือเรียกว่า วิธีอนุรักษ์นิยม เป็นการรักษาแบบประคับประคอง การรักษาจะทำโดยวิธีการดึงถ่วงน้ำหนัก (Buck's extension skin traction) โดยใช้น้ำหนักประมาณ 2-3 กิโลกรัม ดึงนานประมาณ 6 สัปดาห์ (Rosdahl & Kowalski, 2008) จะใช้ทำการรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยอายุมาก มีโรคประจำตัวหลายโรค เมื่อมีการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยแล้วไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ (กฤษฎา สาเขตร์, 2551) การรักษาที่มีจุดมุ่งหมายคือ เพื่อลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน ลดอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และเพื่อคงปริมาณของเลือดที่ไปเลี้ยงหัวกระดูกต้นขา จำกัดการเคลื่อนที่ของบริเวณกระดูกหักทำให้กระดูกติดในตำแหน่งที่ยอมรับ (acceptable position) นอกจากนี้ยังใช้รักษาในผู้ป่วยที่รอทำการผ่าตัด

การรักษาแบบผ่าตัด เป็นการรักษาที่นิยมมากในปัจจุบัน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองได้ พ้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็ว รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดจากการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน (Lee, Chua & Howe, 2007) การผ่าตัดเพื่อยึดตรึงกระดูกให้เข้าที่ มีหลักการคือ การใช้วัสดุตามกระดูกทำหน้าที่เป็นโครงสร้างให้ความแข็งแรง (mechanical support) ชั่วคราวระหว่างรอการติดของกระดูก ทำให้กระดูกอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม (acceptable alignment) และสามารถเคลื่อนไหวได้โดยเร็ว การยึดตรึงกระดูกหักสามารถเลือกได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและรูปแบบการหักของกระดูก ซึ่งจะพิจารณาเป็นแต่ละกรณีไป โดยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา เพื่อให้ได้ผลดีกับผู้ป่วยแต่ละราย และมีให้อุปกรณ์ที่ใช้ยึดตรึงเกิดการหักหลุด (fatigue failure) ก่อนที่กระดูกจะเชื่อมติดกัน การผ่าตัด

กระดูกสะโพกที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มี 2 ชนิด ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน (ชาญยุทธ สุภาดิวงษ์, 2550)

1. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ใช้ในกรณีที่มีการหักของคอกระดูกต้นขา แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะหัวกระดูกต้นขา (hemiarthroplasty) และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแบบทั้งหมด (total hip arthroplasty) คือส่วนเบ้า ส่วนหัวและส่วนก้านที่จะถูกยึดอยู่ในโพรงกระดูกต้นขา โดยการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะหัวกระดูกต้นขา มีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด คือ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี มีการหักของคอกระดูกต้นขา ชนิดการ์เดน 3 และ 4 (Garden type III & type IV) มีภาวะกระดูกพรุนมากจนไม่สามารถใช้วิธีการยึดกระดูกไว้ภายในให้มีความมั่นคงและแข็งแรงได้ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้ก่อนหรือหลังกระดูกหัก ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดที่ใช้เวลานานๆ ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแบบทั้งหมด มีข้อบ่งชี้ คือ มีการหักของหัวกระดูกต้นขาและเบ้า การมีพยาธิสภาพที่ข้อสะโพกอยู่ก่อนแล้ว เช่น ข้อสะโพกอักเสบรูมาตอยด์ มีการเสื่อมของผิวข้อสะโพก มีภาวะหัวกระดูกตายจากขาดเลือดไปเลี้ยง และการผ่าตัดซ้ำในกรณีที่ทำการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะหัวกระดูกต้นขาล้มเหลว

2. การผ่าตัดเพื่อยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน เป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่งที่นิยม โดยทำการยึดตรึงกระดูกที่หักให้อยู่กับที่ชั่วคราว ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักคือ ให้กระดูกอยู่นิ่งเพื่อให้เกิดการติดตามธรรมชาติ การใช้โลหะเพื่อการยึดตรึงกระดูกอาจเป็นชนิดใส่เข้าโพรงกระดูก (intramedullary nail) หรือเป็นชนิดแผ่นตามกระดูก (plate) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้เร็ว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ ปอดบวม ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ภายหลังการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกแล้ว จะต้องพยายามให้ผู้ป่วยออกกําลังกายโดยเร็ว เพื่อผลการรักษาที่ดี ในผู้สูงอายุการหักของกระดูกสะโพกที่ใช้วิธีการรักษาด้วยการยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน คือตำแหน่งการหักของกระดูกที่เกิดขึ้นภายนอกข้อและเบ้าของข้อสะโพก (extracapsular fracture)

ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการศึกษาผู้สูงอายุที่ทำการผ่าตัดทั้ง 2 ชนิด คือผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและการผ่าตัดเพื่อยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน ซึ่งในผู้สูงอายุที่ทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจะเพิ่มเติมในเรื่องของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกเกิดขึ้นได้หลายอย่าง มีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันไป ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุในระยะพักฟื้น ทำให้การ

ฟื้นฟูสภาพทำได้ช้ากว่าปกติ หรืออาจรุนแรงจนกระทั่งเกิดความพิการตามมา ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในหลังผ่าตัดระยะแรก มีดังต่อไปนี้

1. หลอดเลือดดำอุดตัน (venous thromboembolism) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก และการผ่าตัดอื่นๆ ที่พบได้บ่อยมี 2 ชนิดคือ การเกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis) และหลอดเลือดที่ปอดอุดตัน (pulmonary embolism) อุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันและหลอดเลือดที่ปอดอุดตันในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักสูงถึงร้อยละ 50 และร้อยละ 7.5 ตามลำดับ โดยมีปัจจัยจากอายุที่มากขึ้น การมีโรคร่วม การไม่มีการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (Della-Valle, et al., 2002) การเกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันมักจะเริ่มเป็นที่หลอดเลือดดำบริเวณน่องก่อน สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งขาข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดและขาข้างที่ผ่าตัด โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับขาข้างที่ผ่าตัดมากกว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกการปวดแผลผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหวขาข้างที่ผ่าตัด นอนเหยียดข้อสะโพกและข้อเข่าพยายามไม่ขยับตัว การนอนเหยียดข้อสะโพกและข้อเข่ามากเกินไป มีโอกาสทำให้เส้นเลือดดำใหญ่บริเวณนั้นถูกยืดออกและแฟบลง แรงกดที่เกิดขึ้นนี้จะทำให้มีการหยุดนิ่งของกระแสเลือด ประกอบกับอาการบวมจากแผลผ่าตัดทำให้เกิดแรงกดต่อหลอดเลือด จะทำให้การไหลเวียนเลือดช้าลง มีการกั่งของเลือดเกิดขึ้น ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักภายหลังการผ่าตัดจึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงภายในหลอดเลือดไปในทางที่เสื่อมของผู้สูงอายุได้แก่ ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้นทำให้การแลกเปลี่ยนอาหารและของเสียลดลง ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลงเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของเส้นใยคอลลาเจน เส้นใยอีลาสตินมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว อัตราการเดินของชีพจรลดลงตามอายุ รู้นหลอดเลือดแคบเข้า ปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมให้มีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย

การเกิดภาวะหลอดเลือดที่ปอดอุดตัน อาจเนื่องมาจากในขณะที่ผ่าตัดกระดูกซึ่งเป็นกระดูกยาว (long bone) โพรงของกระดูกยาวจะมีไขกระดูกอยู่ภายใน อาจเกิดก้อนเลือด ก้อนไขมันหรืออากาศหลุดเข้าไปในเส้นเลือด ไหลไปตามกระแสเลือด เกิดการอุดตันหลอดเลือดตามอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ สมอง ไต ปอด เยื่อปอดและผิวหนัง ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจเร็วมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที หายใจลำบาก เจ็บว มีจุดแดง (petechial rash) บริเวณหน้าอก ไหล่ รักแร้ เยื่อปอดเปลือกตาล่าง มีไข้สูง มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ชีพจรสับสน ชักและหมดสติ (Della-Valle, Steiger, & Dicesare, 2006) ถือว่าเป็นภาวะที่อันตรายและถ้าให้การประคับประคองและช่วยเหลือไม่ทันผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้

2. การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ มีรายงานการเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในผู้สูงอายุภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกประมาณร้อยละ 5.5 (Bottle,

& Aylin, 2006) อาจเนื่องมาจากภายหลังการผ่าตัด ผู้สูงอายุถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การไม่เคลื่อนไหวนานๆ จะทำให้การขยายตัวและการเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง ทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ และจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลง การเปลี่ยนแปลงของกระดูกสันหลังและกระดูกซี่โครงมีแคลเซียมมาเกาะที่กระดูกอ่อน ทำให้ผนังทรวงอกแข็งขึ้น ปริมาตรความจุของปอดลดลงจากการที่กระดูกสันหลังเสื่อมทำให้หลังค่อมลง จากสาเหตุดังกล่าวทำให้ปอดมีการยืดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจลดลง อากาศและเสมหะคั่งค้างอยู่ในปอดมากขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดปอดอักเสบติดเชื้อ (hypostatic pneumonia) ได้ ขณะเดียวกันการทำงานของขนกวัด ของทางเดินหายใจลดลง รีเฟล็กซ์และประสิทธิภาพการไอลดลง ประกอบกับผู้สูงอายุมักมีโรคที่เกิดเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของอายุ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไตวาย และโรคมะเร็ง ซึ่งมีผลทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมากขึ้น (Janssens, & Krause, 2004) นอกจากนี้การนอนนานยังทำให้การทำงานของฝาปิดกล่องเสียง อ่อนแอ ไม่แข็งแรง การหดตัวไม่ดีเท่าที่ควร อาจทำให้เกิดการติดเชื้อจากการสำลัก (aspirate pneumonia) ได้

3. การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ มีการศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก พบอุบัติการณ์การติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 52.3 (Nyman, Johansson, Persson, & Gustafsson, 2011) และพบว่าการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับชนิดของการผ่าตัด โดยผู้ป่วยที่มีกระดูกหักภายในข้อ มีการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะสูงกว่าเป็นสองเท่าของผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกภายนอกข้อ ระยะเวลาในการผ่าตัดที่นาน อายุของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทำให้เพิ่มอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมากขึ้น และการติดเชื้อพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Kamel, 2005) สาเหตุที่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุหญิง ได้แก่ การที่มีการหย่อนยานของกล้ามเนื้อหูรูด และกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ทำให้เกิดปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ความสามารถในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง และจากการที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวอยู่บนเตียง การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการผ่าตัดอาจไม่สะอาด เนื่องจากในผู้หญิงจะมีท่อปัสสาวะสั้นและอยู่ใกล้กับทวารหนัก อาจทำให้เกิดการติดเชื้อย้อนกลับเข้าท่อปัสสาวะได้ง่าย เชื้อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้ออีโคไล (E. coli) (Davis, 2013) นอกจากนี้การขาดความเป็นส่วนตัวหรือไม่เคยชินกับการนอนถ่ายปัสสาวะ จะมีผลต่อการขับถ่ายปัสสาวะคือ ถ่ายปัสสาวะได้ลำบาก มีการกลั้นปัสสาวะ เกิดการคั่งค้างปัสสาวะ มีการสะสมของเชื้อโรค ทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะได้

4. แผลกดทับ (pressure ulcer) ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับตั้งแต่ร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 66 (Haleem, 2008) บริเวณที่พบได้บ่อยคือ ก้นกบ ด้านข้างของสะโพก ส้นเท้า ตาตุ่ม โดยมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้แก่ อาการปวดภายหลังจากการผ่าตัด ทำให้ไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจากมีแผลผ่าตัด ส่งผลให้มีการนอนท่าเดียวนานๆ ทำให้ผิวหนังบริเวณที่กดทับกับที่นอน เกิดการขาดเลือดมาเลี้ยง การขาดเลือดไปเลี้ยงประมาณ 2-3 ชั่วโมง ผิวหนังบริเวณนั้นจะเริ่มตาย เจ็บ เปลี่ยนเป็นสีแดงหรือม่วง เกิดการตายของเนื้อเยื่อ กลายเป็นแผลกดทับขึ้นมาได้ และจากกระบวนการสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงระบบผิวหนังที่มีลักษณะบางลง เส้นใยอีลาสตินลดลงทำให้ผิวหนังขาดความยืดหยุ่น ฉีกขาดได้ง่าย น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น ประกอบกับการไหลเวียนเลือดที่ผิวหนังลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย นอกจากนี้การเคลื่อนย้าย การเลื่อนไหลจากการนั่งหรือการนอนตามแรงโน้มถ่วงของโลก แรงเสียดทานกับที่นอน ร่วมกับความเปียกชื้นของเหงื่อ ปัสสาวะและอุจจาระทำให้ผิวหนังเปื่อย เกิดเป็นแผลถลอกได้ อีกทั้งยังมีปัจจัยอื่นๆที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ ได้แก่ อายุ โรคเบาหวาน ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ต่ำกว่าระดับสติปัญญา ความสมบูรณ์ของร่างกาย และการเคลื่อนไหวบกพร่อง

5. ภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยภายหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันที่ 7 (Lenze et al., 2007) หลังผ่าตัดโดยมากเกิดขึ้นในวันที่ 1 หรือ 2 หลังผ่าตัด (Goldenberg et al., 2006) อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการผ่าตัดกระดูกสะโพก พบได้ตั้งแต่อายุ 5 จนถึงร้อยละ 61 (Edelstein et al., 2004) ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้บกพร่อง ความสามารถช่วยเหลือตนเองลดลง และมีโรคประจำตัวหลายโรค (Veronica & Mohammad, 2011) ผลจากภาวะสับสนเฉียบพลันทำให้เพิ่มความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพช้าลง และทำให้การนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (Lenze et al., 2004) ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการสนับสนุนการให้ความรู้ทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล กระตุ้นให้มีการลุกเดินโดยเร็ว มีการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลความสมดุลการได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การบำบัดรักษาอาการปวด ก็เป็นแนวทางสำหรับป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ (Veronica & Mohammad, 2011)

เมื่อผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ภาวะแทรกซ้อนภายหลังที่สามารถเกิดขึ้นได้ ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพและการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ได้แก่

1. การติดเชื้อของแผลผ่าตัด มีการศึกษาสำรวจการติดเชื้อของแผลผ่าตัดของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกที่เปลี่ยนทั้งข้อและหัวกระดูก หรือเปลี่ยนเฉพาะหัวกระดูก การผ่าตัดใส่

วัสดุเพื่อยึดตรึงไว้ภายใน และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้า รวมจำนวนการผ่าตัดทั้งหมด 5,405 การผ่าตัด พบอัตราการเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดทั้งหมด ร้อยละ 2.4 โดยส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อในระดับตื้นร้อยละ 77.3 มีการติดเชื้อในระดับลึกร้อยละ 16.4 และมีการติดเชื้อที่อวัยวะภายในร่างกายร้อยละ 6.2 นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น (Morgan et al., 2005) และในการศึกษาของพาร์ทานเนน และคณะ (Partanen, Syrjala, Vahanikkila, & Jalovaara, 2006) เรื่องผลกระทบจากการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในระดับลึกต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและอัตราการตายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก จำนวน 2,276 ราย อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป พบว่ามีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในระดับลึกร้อยละ 1.3 ทำให้เกิดการบกพร่องในการเดิน ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน และอัตราการตายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.4 แม้ว่ามีอุบัติการณ์การเกิดที่ต่ำแต่มีความรุนแรง และอาจทำให้เสียชีวิตได้ ในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น เนื่องจากการมีบาดแผลผ่าตัดทำให้มีทางผ่านสำหรับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น และจากการเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการบาดเจ็บของระบบภูมิคุ้มกันต่างๆ จึงทำให้เกิดการอักเสบขึ้น แต่ในผู้สูงอายุนั้นปฏิกิริยาตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันต่อการอักเสบหรือการติดเชื้อจะช้าลงจึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (Degler, 2004)

2. การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก มีโอกาสเกิดในผู้สูงอายุทุกรายที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก อุบัติการณ์การเกิดพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 0.3 ถึง ร้อยละ 10 สามารถเกิดได้ตั้งแต่ช่วง 2 วัน ถึง 6 เดือนหลังผ่าตัด (Gebuhr, Stentzer, Thomsen, & Levi, 2000) อัตราการเกิดจะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 28 เมื่อผู้ป่วยเคยมีประวัติการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกมาก่อน (Parvizi, Picinic & Sharkey, 2008) สาเหตุที่ทำให้เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกมีหลายปัจจัย ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขนาดของหัวกระดูกเทียมไม่เหมาะสม การจัดทำ และเทคนิคการผ่าตัด (Veitch & Jones, 2009) โดยที่เทคนิคการผ่าตัดเข้าทางด้านหลังเป็นปัจจัยที่ทำให้มีการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกมากกว่าการผ่าตัดวิธีอื่นๆ พบได้ร้อยละ 5.8 (Woo & Morrey, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเองยังเป็นสาเหตุให้เกิดข้อสะโพกเคลื่อนหลุดได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้บกพร่อง พบได้ร้อยละ 22 และยังพบได้ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 80 ปี เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีแนวโน้มที่จะเกิดการหกล้ม และการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหลังผ่าตัด (Patel, Potts, & Froimson, 2007)

3. ข้อยึดติดและกล้ามเนื้อตึง การจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากอาการปวด หรือเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุพยายามอยู่นิ่งๆ ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย จะทำให้เกิดการตึงตัวของเอ็นยึดข้อ เกิดการดึงรั้งข้อในท่างอหรือเหยียดจนเกิดข้อติดแข็ง หรือเกิดจากการมีแคลเซียมไปเกาะที่กล้ามเนื้อรอบๆ ข้อ ทำให้ข้อถูกยึดติดแข็ง ไม่สามารถขยับข้อได้จน

สудพิสัยการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ เมื่อเกิดข้อยึดติด ไม่มีการยืดและหดตัวของมัดกล้ามเนื้อ จะมีกระบวนการเสื่อมสลาย (wasting process) เกิดขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการอ่อนแรงและฝ่อลีบ

4. กระดูกติดผิดรูป (malunion) หมายถึง การติดของกระดูกภายในระยะเวลาการติดปกติ แต่รูปร่างการติดของกระดูกไม่อยู่ในลักษณะที่ถูกต้องตามแนวของกระดูก ทำให้กระดูกเกิดการผิดรูปของอวัยวะ เช่น มีการโก่ง โคง งอ หรือคดของอวัยวะ ซึ่งอาจมีผลต่อการใช้งานของอวัยวะต่อไปในภายหลัง (บุญสิน บุรณะพานิชย์กิจ, 2547) สาเหตุที่ทำให้กระดูกติดผิดรูปคือ ไม่สามารถจัดกระดูกให้เข้าที่ได้ตั้งแต่แรกหรือไม่สามารถรักษาแนวกระดูกไว้ได้ในระหว่างที่รอให้มีการสมานกระดูกภายหลังการผ่าตัดและอีกสาเหตุอาจมาจากความเข้าใจไม่ถูกต้อง ซึ่งมีผู้ป่วยบางคนคิดว่าหายแล้ว เพราะไม่มีอาการปวด โดยเฉพาะในระยะ 4 - 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด จึงใช้แรงเต็มที่หรือลงน้ำหนักเต็มที่ ทำให้เหล็กตามกระดูกและกระดูกที่เริ่มติด เคลื่อนออกจากแนวกระดูก ทำให้กระดูกติดผิดรูป (ธนรัฐ จันทอุปพ, 2546)

5. กระดูกหักติดช้า (delayed union) กระดูกหักติดช้าจะพิจารณาจากระยะเวลาที่กระดูกควรจะสมานกัน ภายหลังเวลาปกติที่ควรจะมีการเชื่อมติดกันแล้ว รวมทั้งตำแหน่งและรูปแบบของกระดูกหัก โดยปกติกระดูกเริ่มติดใช้ระยะเวลา 3-4 สัปดาห์หลังผ่าตัด (ชาญยุทธ ศุภชาติวงศ์, 2550) สาเหตุที่ทำให้กระดูกหักติดช้า คือการใช้แรงดึงหรือแรงถ่วงมากเกินไปทำให้เกิดโพรงหรือช่องว่างระหว่างกระดูกที่หักมาก ประกอบกับการสร้างเนื้อกระดูกไม่ดีพอ การได้รับสารอาหารและแร่ธาตุประเภทแคลเซียม และฟอสฟอรัสไม่เพียงพอในการช่วยเสริมสร้างกระดูกใหม่ การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงบริเวณที่หักไม่เพียงพอ จึงทำให้กระดูกติดช้า (ธนรัฐ จันทอุปพ, 2546)

6. กระดูกต่อไม่ติด (nonunion) จะพิจารณาจากการตรวจร่างกายและภาพรังสี โดยดูจากภาวะที่กระดูกไม่สามารถสมานกันได้เลย ทั้งในระยะเวลาที่กำหนดและระยะเวลาที่เกินกำหนด โดยกำหนดให้ไม่เกิน 3 เดือน (บุญสิน บุรณะพานิชย์กิจ, 2547) สาเหตุที่กระดูกต่อไม่ติดคือ ระยะเวลาการจัดให้กระดูกอยู่นิ่งไม่เพียงพอ การขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณปลายกระดูกที่หักซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะหัวกระดูกต้นขาตายเหตุขาดเลือด (avascular necrosis) เนื่องจากเป็นบริเวณที่หลอดเลือดมาเลี้ยงมาได้ทิศทางเดียว (Bhandari et al, 2003)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดดังกล่าว เป็นความผิดปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยจะส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องโดยผ่านแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก

ความหมายของการฟื้นฟูสภาพ

การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) เป็นกระบวนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถฟื้นฟูสภาพได้โดยเร็วที่สุด ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมไปถึงความแก้ไขความพิการ เพื่อช่วยให้สามารถทำหน้าที่ได้สูงสุด โดยพยาบาลมีหน้าที่ช่วยเพิ่มทักษะ และสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว (The Commuter, 2012) และยังเป็นกระบวนการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจจากการได้รับอุบัติเหตุหรือความเจ็บป่วย ให้กลับมาแข็งแรง สามารถทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด (The National Cancer Institute, 2007) นอกจากนี้ยังหมายความถึงเป็นกระบวนการปรับตัว หรือการฟื้นฟูสภาพ ของบุคคลจากการถูกจำกัดความสามารถเนื่องจากความเจ็บป่วย ให้กลับมามีความสามารถการทำหน้าที่ได้สูงสุด และกลับคืนสู่สภาพปกติดังเดิม (Remsburg & Carson, 2006)

กล่าวโดยสรุป การฟื้นฟูสภาพหมายถึง กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การช่วยเหลือ ฟื้นฟูสภาพของร่างกาย และจิตใจ ให้แข็งแรง และสามารถทำหน้าที่ได้สูงสุด ใกล้เคียงปกติ

ระยะการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก

ภายหลังจากผู้สูงอายุทำการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักแล้ว ร่างกายจะเข้าสู่ระยะพักฟื้น เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว หากไม่มีข้อห้าม การฟื้นฟูสภาพจะเริ่มโดยเร็วที่สุด เพื่อปรับสภาวะร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ให้สามารถทำหน้าที่ตามสภาพร่างกายที่ทำได้ สามารถดูแลตนเองได้โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยการฟื้นฟูสภาพร่างกายจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากญาติ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ ส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (ภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) ได้แก่

1. ระยะหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดทันที (immediate recovery phase) เป็นระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ระยะนี้จะจัดให้ผู้สูงอายุนอนราบ กระตุ้นให้หายใจเข้าออกถี่ๆ อย่างน้อย

10-20 ครั้งทุก 1-2 ชั่วโมง ช่วยพลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง โดยมีหมอนรองรับขาข้างที่ผ่าตัด จัดขาข้างที่ผ่าตัดไม่ให้หมุนเข้าในหรือหมุนออกนอก

2. ระยะหลังผ่าตัดช่วงแรก (early recovery phase) เป็นระยะในช่วงสัปดาห์แรกของการผ่าตัดจนถึงพร้อมกลับบ้าน ในวันที่ 1-2 หลังผ่าตัด ดูแลให้ผู้สูงอายุออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา โดยกดเข่าลงบนที่นอน และกระดกข้อเท้าขึ้นลง หมุนข้อเท้าเป็นวงกลม ทำข้างละ 5 รอบ วันละ 3-4 ครั้ง สามารถไขเตียงให้นั่งได้ประมาณ 30 องศา ในวันที่ 3-6 หลังผ่าตัด กระตุ้นให้นั่งบนเตียงไขเตียงให้นั่งได้ 60-90 องศา ขณะนั่งห้ามโน้มตัวมาข้างหน้า สามารถให้ผู้สูงอายุเริ่มหัดยืนและหัดเดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง กระตุ้นให้ออกกำลังข้อสะโพกและข้อเข่าข้างผ่าตัด

3. ระยะท้าย (late recovery phase) เป็นช่วงเวลาหลังจากสัปดาห์แรกถึง 1 เดือนหลังการผ่าตัด ซึ่งอยู่ในช่วงที่ผู้สูงอายุเตรียมพร้อมจะกลับบ้านจนกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ระยะนี้ผู้สูงอายุจะได้รับการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมในเรื่องเกี่ยวกับ การดูแลบาดแผล การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การใช้ยาตามแผนการรักษา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายหลังผ่าตัด และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ในการศึกษาครั้งนี้จะเริ่มฟื้นฟูสภาพในระยะหลังผ่าตัดช่วงแรก (early recovery phase) ตั้งแต่วันที่ 3 หลังผ่าตัด ซึ่งผู้สูงอายุเริ่มมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ในระดับหนึ่ง โดยระยะนี้ จะได้รับการถอดสายน้ำเกลือ สายระบายเลือด และสายสวนปัสสาวะออก (สุจินทร์ พงษ์ประไพ, 2548) และจากกระบวนการหายของแผลทำให้อาการปวดแผลผ่าตัดทุเลาลงมาก ผู้วิจัยจึงเลือกฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในระยะนี้

การดูแลตนเองและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น

ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่บุคคลคนหนึ่งกระทำการดูแลตนเอง ลูกๆ ครอบครัว และผู้อื่น ให้มีความเป็นอยู่อย่างพอดี ให้มีภาวะสุขภาวะที่ดีทั้งทางด้านกายภาพ และภายในจิตใจ โดยมีการตอบสนองด้านความต้องการทางสังคม ทางจิตใจ มีการป้องกันความเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุ รวมถึงมีการดูแลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย จนถึงการเจ็บป่วยในระยะยาว ตลอดจนมีการรักษาสุขภาพให้มีสุขภาพดีภายหลังจากการเจ็บป่วย จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Department of Health, 2005) เป็นความสามารถของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาสุขภาพ ตลอดจนรับมือกับความเจ็บป่วย ความ

พิการ โดยอาจได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการทางสาธารณสุขหรือไม่ก็ได้ (WHO, 2009) รวมถึงความรับผิดชอบของบุคคลในการเลือกเกี่ยวกับวิถีทางการดำเนินชีวิตในชีวิตประจำวัน สามารถจัดการเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ไปถึงในระดับที่รุนแรง จนถึงการฟื้นตัว และสามารถกลับมาดูแลตนเองได้อีกครั้งหนึ่ง โดยรู้จักเลือกใช้บริการจากบุคลากรผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ (Self care forum, 2013) นอกจากนี้ยังหมายถึงการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัวกลุ่มเพื่อน กลุ่มเพื่อนร่วมงานและชุมชนโดยรวมความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ควบคุมอาการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสุขภาพ (WHO, 2006) โดยการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองโดยเป็นการกระทำที่มีรูปแบบ เป็นระบบระเบียบและเป็นขั้นตอน เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้ โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปจนถึงขีดสูงสุด (Orem, 2001)

จากแนวคิดในการดูแลตนเองดังกล่าวพอสรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง เป็นการกระทำของบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองและครอบครัวให้มีความเป็นอยู่ที่ดี โดยรู้จักพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ มีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ควบคุมอาการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสุขภาพ ให้มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านกายภาพและภายในจิตใจ จนสามารถกลับมาดูแลตนเองได้ดีอีกครั้งหนึ่งเมื่อหายจากการเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงอยากส่งเสริมให้ผู้สูงอายุก่อเกิดความรู้และทักษะ ได้คิดและตัดสินใจจากการชี้แนะของผู้วิจัย เพื่อการริเริ่มกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็ว ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่ง บุคคล ครอบครัว ชุมชน ทำหน้าที่ดูแลตนเองนับตั้งแต่การป้องกันโรคไม่ให้เจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย (ศูนย์พัฒนาทรัพยากรการศึกษา (CARD) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2006) โดยเป็นการกระทำอย่างจริงจัง และมีเป้าหมายและกลายป็นสัจนิสัยติดตัว เมื่อปฏิบัติไปได้ระยะหนึ่งบุคคลนั้นจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายาม หรือความรู้สึกเป็นภาระ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษกระดูกสะโพกหักโดยการผ่าตัด มีเป้าหมายที่สำคัญคือ เพื่อ บรรเทาจากอาการปวด และฟื้นฟูสภาพร่างกายให้หายใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด จากเอกสาร ตำรา ผู้สูงอายุควรมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ดังนี้

1. การได้รับอาหารอย่างเพียงพอ วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องการอาหารเพื่อส่งเสริม สุขภาพให้แข็งแรงเช่นเดียวกับวัยอื่นๆ ภายหลังการผ่าตัดผู้สูงอายุควรได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อ การซ่อมแซมเนื้อเยื่อและกระดูก โดยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบทั้ง 5 หมู่ เน้น อาหารที่มีธาตุเหล็ก วิตามินซี และแคลเซียมสูง เพื่อช่วยบำรุงเลือดและกระดูก ได้แก่ นม เต้าหู้ ปลาเล็กปลาน้อย งาคั่ว ผลไม้ ผักใบเขียว หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน อาหารที่ใช้การทอด ขนมหวาน ผลไม้ที่มีรสหวานมาก และควบคุมน้ำหนักตัวอย่าให้อ้วน

2. การได้รับน้ำที่เพียงพอ ควรดื่มน้ำประมาณวันละ 6-8 แก้ว เนื่องจากมีประโยชน์ เป็นตัวทำลายสารอาหารชนิดต่างๆ ควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย เป็นส่วนประกอบของ โครงสร้างของเซลล์

3. การดูแลแผลผ่าตัด ดูแลแผลผ่าตัดให้แห้งเสมอ ระวังไม่ให้เปียกน้ำและตัดไหม ตามแพทย์นัด ประมาณ 10-14 วันหลังผ่าตัด เมื่อตัดไหมแล้ว แผลแห้งและติดกันดีให้โดนน้ำได้

4. แนะนำรับประทานยาตามแผนการรักษาจนหมด และสังเกตอาการแพ้ยา เช่น ผื่นคัน ปวดศีรษะรุนแรง เวียนศีรษะ ตาลาย แน่นหน้าอก ให้หยุดยาแล้วไปพบแพทย์พร้อมนำซองยาไป ด้วย และไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

5. ให้คำแนะนำ สอนและสาธิตท่าทางการเคลื่อนไหว

5.1 ไม่ควรงอข้อสะโพกมากเกินไป 90 องศา เพราะในท่านี้อาจทำให้ข้อสะโพก เทียมที่ใส่ไว้หลุดได้

5.2 ไม่ควรไขว้ขาในขณะที่อยู่ในท่านอน นั่งหรือยืน โดยเฉพาะเอาขาข้างทำ ผ่าตัดไขว้ขาข้างดี

5.3 ไม่ควรนั่งเก้าอี้เตี้ยหรือนั่งยองๆ ควรเลือกเก้าอี้ที่สูงพอที่จะทำให้ข้อ สะโพกงอเกิน 90 องศา ควรปรับเก้าอี้ให้สูงพอโดยใช้หมอนรองนั่งให้สูงขึ้น ไม่นั่งส้วมซึม แบบของๆ ควรใช้ส้วมแบบโถนั่ง หรือใช้เก้าอี้สุขภัณฑ์วางครอบบนที่นั่งส้วมซึม ความสูงของ ส้วมอย่างน้อย 21 นิ้ว

5.4 การเลือกนั่งเก้าอี้ควรเลือกเก้าอี้มีที่วางแขน เพราะที่วางแขนจะช่วยให้นั่งลุก ขึ้นยืนหรือเปลี่ยนอิริยาบถได้สะดวก

5.5 ไม่ควรรีบร้อนลุกขึ้นยืนจนกว่าจะได้เตรียมท่าที่พร้อมในการลุกเรียบร้อยแล้ว คือ เลื่อนตัวมาริมเก้าอี้ที่นั่ง แล้วเหยียดขาข้างทำผ่าตัดออกไปให้อยู่หน้าขาข้างดีและงอขาข้างดีเล็กน้อยแล้วจึงดันตัวขึ้นยืน พยายามให้ขาข้างทำผ่าตัดอยู่ด้านหน้าเสมอ

5.6 ไม่ควรหมุนข้อสะโพกทั้งเข้าและออก พยายามอยู่ในท่าตรงปกติ ทั้งขณะนั่ง นอน และเดิน

5.7 หากนอนตะแคงทับขาข้างดีควรมีหมอนรองระหว่างขาทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันขาข้างทำการผ่าตัดหุบเข้ามากเกินไป

5.8 อย่าพยายามโน้มตัวมากเกินไปเมื่อเก็บของจากพื้น ถ้าจำเป็นให้เหยียดขาข้างทำการผ่าตัดไปทางหลังเสียก่อน แล้วย่อขาข้างดีลงจึงก้มตัวลงเก็บสิ่งของ

5.9 อย่าพยายามโน้มตัวหรือข้อสะโพกขึ้นมามากขณะใส่รองเท้าหรือถุงเท้า ควรหาคนช่วย รองเท้าที่ใช้ควรสวมใส่สบายไม่ต้องผูกเชือก

5.10 ควรรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ หากรักษาสุขภาพอนามัยไม่ดีพอ จะทำให้ร่างกายติดเชื้อโรคได้ง่าย เช่น เป็นหวัด ทอนซิลอักเสบ ฟันผุ เป็นต้น สุขอนามัยที่ควรปฏิบัติ ได้แก่

5.10.1 รักษาความสะอาดร่างกาย ผม ปากและฟัน และควรสวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด

5.10.2 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่ควรทานอาหารหมักดอง

5.10.3 ไม่ดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์

5.10.4 อยู่ในที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก

5.10.5 พักผ่อนให้เพียงพอวันละ 8 ชั่วโมง

5.10.6 ควรดื่มน้ำที่สะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว

5.10.7 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

5.11 อย่าให้น้ำหนักตัวมากเกินไป จะทำให้ข้อสะโพกและข้อเข่ารับน้ำหนักตัวมาก อาจทำให้ปวดได้

5.12 การใช้เครื่องพยุงเดิน ใช้ไปจนกว่าแพทย์เห็นสมควรให้เลิกใช้ หรือจนกว่าจะสามารถเดินได้ดี

6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

6.1 การนั่งบนเก้าอี้ นั่งแล้วเท้าวางพอดีกับพื้น เข่าไม่สูงกว่าข้อสะโพก นั่งแยกขาออก ไม่นั่งเก้าอี้ที่ระดับต่ำ ถ้าเก้าอี้ต่ำให้ใช้เบาะรองให้สูงขึ้น ไม่ควรนั่งเก้าอี้โยก

6.2 การนอน ควรนอนบนเตียงไม่ควรนอนบนพื้น ให้นั่งที่ขอบเตียงแล้วค่อยๆ เอนตัวลงนอน ใช้ข้อศอกยันที่นอน แล้วขยับหมุนตัวช้าๆ โดยใช้มืออีกข้างช่วย ค่อยๆ ยกขาขึ้นข้างเตียง พยายามให้ขาข้างที่ทำการผ่าตัดกางออก เมื่อนอนหงายมีหมอนวางระหว่างขา เมื่อนอนตะแคง ควรตะแคงทับขาข้างดีมีหมอนคั่นระหว่างขาเพื่อให้ขาข้างผ่าตัดกางออก

6.3 การเดินด้วยเครื่องช่วยพยุง (walker) ให้ยืนตรงและเมื่อทรงตัวได้มั่นคงแล้ว ใช้มือจับเครื่องช่วยพยุงไปข้างหน้า ก้าวขาข้างที่ผ่าตัดไป แล้วตามด้วยขาข้างดี การลงน้ำหนักที่ขาข้างผ่าตัด อาจลงน้ำหนักได้บ้าง หรือยังไม่ให้ลงน้ำหนัก ตามความเห็นของแพทย์

6.4 การขึ้นบันไดโดยใช้ไม้เท้า ควรใช้มือข้างหนึ่งจับราวบันได เมื่อขึ้นบันไดให้ใช้ขาข้างดีก้าวขึ้นไปก่อน ตามด้วยไม้เท้า แล้วก้าวขาข้างผ่าตัดตามไปยืนอยู่บนบันไดขึ้นเดียวกัน การลงบันไดให้ทำกลับกัน ให้ใช้ไม้เท้าลงไปก่อน ก้าวขาข้างผ่าตัดตามลงไป แล้วก้าวขาข้างดีลงไปยังบันไดขึ้นเดียวกัน การขึ้นลงพื้นต่างระดับ ใช้หลักเดียวกัน

6.5 การอาบน้ำ อาบน้ำในท่ายืน หรืออาบน้ำฝักบัวให้ยืนขาแยกห่างจากกันหรือการนั่งอาบ ให้นั่งบนเก้าอี้โดยหันหลังเข้าหาอ่างน้ำ ให้ขาสัมผัสกับขอบอ่าง เขยิบขาข้างผ่าตัดไปข้างหน้า ใช้มือจับพนักเก้าอี้และขอบอ่างเพื่อช่วยในการหมุนตัวแล้วค่อยๆ นั่งลงเก้าอี้

6.6 การเข้าห้องส้วม ใช้วิธีหันหลังเข้าหาโถส้วม เมื่อขาชิดกับโถส้วม ใช้มือจับราว เขยิบขาข้างผ่าตัดไปข้างหน้าแล้วค่อยๆ ย่อตัวลงนั่งที่โถส้วม

6.7 การแต่งตัว การใส่กางเกงหรือผ้าถุง ไม่ควรยีนใส่ ควรนั่งบนเก้าอี้ ให้ใส่กางเกงขาข้างผ่าตัดก่อน เวลาถอดกางเกงให้ถอดข้างดีก่อน ขณะใส่หรือถอดหลีกเลี่ยงการก้มหรือนมึนตัวมาข้างหน้าจะทำให้ข้อสะโพกงอ ในการสวมถุงเท้าไม่ควรก้มลงสวมถุงเท้า ไม่ควรก้มลงผูกเชือกรองเท้า หรือก้มลงตัดเล็บเท้าด้วยตนเอง ควรให้ญาติช่วย สำหรับรองเท้าควรเลือกรองเท้าที่ใส่สบายไม่ต้องผูกเชือก

6.8 การขึ้นรถยนต์ ให้หันหลังเข้าหาเบาะที่นั่ง เขยิบขาข้างผ่าตัดไปด้านหน้าเล็กน้อย ใช้มือจับพนักเบาะรถ แล้วค่อยๆ หมุนตัวลงนั่ง

7. การฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด

7.1 วันที่กลับจากห้องผ่าตัด จัดให้ผู้ป่วยนอนราบ กระตุ้นให้หายใจเข้าออกลึกๆ อย่างน้อย 10-20 ครั้งทุก 1-2 ชั่วโมงขณะที่รู้สึกตัว และช่วยพลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง โดยมีหมอนรองรับขาข้างที่ผ่าตัด จัดขาข้างที่ผ่าตัดไม่ให้หมุนเข้าหรือหมุนออก

7.2 วันที่ 2-3 หลังผ่าตัด ให้ออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาโดยกดเข่าลงบนที่นอน และกระดกข้อเท้าขึ้นลง หมุนข้อเท้าเป็นวงกลม ทำข้างละ 10 รอบวันละ 3-4 ครั้ง สามารถเขยิบให้นั่งได้ประมาณ 30 องศา

7.3 วันที่ 3-6 หลังผ่าตัด กระตุ้นให้ผู้ปวยนั่งบนเตียงไขว้ขาให้นั่งได้ 60-90 องศา ขณะนั่งห้ามโน้มตัวมาข้างหน้า ให้ผู้ป่วยเริ่มหัดยืนโดยพยาบาลช่วยพยุงขาข้างผ่าตัด ฝึกเดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง (walker) สำหรับการลงน้ำหนักเป็นแบบการลงน้ำหนักบางส่วนหรือไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัด ขึ้นอยู่กับความเห็นของแพทย์

7.4 หลังวันที่ 6-7 ควรมีการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต่างๆ ดังนี้

7.4.1 ออกกำลังในท่าข้อสะโพก โดยให้นอนหงายขาสองข้างเหยียดออก แล้วค่อยๆลากส้นเท้าไปกับที่นอนเข้าหาตัวจนชิดกับสะโพกอย่างช้าๆ ข้อเข่าและข้อสะโพกที่อยู่ในท่าเหยียดจะค่อยๆ งอมากขึ้น แม้ว่าขาข้างที่ผ่าตัดอาจจะงอได้ไม่มาก แต่ควรพยายามทำให้ได้มากที่สุดแล้วค่อยๆ ดันส้นเท้าออกจากตัวจนขากลับออกไปสู่ในท่าเดิม

7.4.2 ออกกำลังกล้ามเนื้อในท่ากางขา ให้นอนหงายเหยียดขาทั้งสองข้าง ออกไปแล้วค่อยๆ ลากส้นเท้าไปกับที่นอนออกไปทางด้านข้างลำตัวในลักษณะกางขาออกให้ได้มากที่สุดแล้วลากส้นเท้ากลับมาชิดกันในท่าเดิม

7.4.3 ออกกำลังกล้ามเนื้อในท่ายกกันลอย ให้นอนหงายชันขาทั้งสองข้างขึ้นบนเตียงแล้วดันตัวขึ้นให้ก้นลอยจนเกือบขนานกับที่นอน นอนนิ่งอยู่ในท่านี้นี้ประมาณ 2-3 นาที แล้ววางลงกับที่นอน

7.4.4 ออกกำลังกล้ามเนื้อขาในท่าหมุนข้อสะโพกออก ให้นอนหงายขาทั้งสองข้างเหยียดตรง เริ่มออกกำลังโดยให้หมุนข้อสะโพกของขาข้างทำการผ่าตัดออกไปทางด้านนอก แล้ววางเท้าของขาข้างทำการผ่าตัดลงบริเวณข้อเท้าของขาข้างดี ให้ลากเท้าเข้าหาตัวขึ้นไปตามความยาวของขาข้างดีให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยให้ข้อเข่าหันออกไปด้านข้างพยาบาลช่วยประคองขาเอาไว้

7.5 สัปดาห์ที่สองหลังผ่าตัด ผู้ป่วยยังคงออกกำลังกายเช่นเดียวกับสัปดาห์แรกโดยเพิ่มจำนวนครั้งในการฝึกให้มากขึ้น และเพิ่มท่าออกกำลังกายใหม่คือ

7.5.1 การยกขาข้างที่ทำผ่าตัดสูง ทำได้โดยการนอนหงายชันเข่าตั้งขาข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัดขึ้นบนที่นอน แล้วยกขาข้างทำการผ่าตัดขึ้นสูงให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ พยายามให้เข่าเหยียดตรงอยู่เสมอขณะที่ยกขาขึ้นแล้ววางขาลง

7.5.2 บริหารข้อสะโพกในท่ากางขา ทำได้โดยให้นอนตะแคงข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัดเอาหมอนสอดระหว่างขาทั้งสองข้าง ให้ญาติช่วยยกขาข้างทำการผ่าตัดขึ้นไว้สักครู่แล้ววางลง

8. การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน

8.1 ดูแลให้มีแสงสว่างเพียงพอ มองเห็นได้ชัดเจนทั้งในห้องและทางเดิน

8.2 จัดทางเดินให้โล่ง ไม่วางของเกะกะบนพื้นทางเดิน

8.3 บันได ควรมีราวจับ

8.4 รองเท้าที่สวมใส่ต้องกระชับ สวมง่าย ไม่เรียบมัน เพราะจะทำให้ลื่นล้มได้

8.5 ห้องน้ำควรมีราวยึดเกาะ

8.6 ส้วมที่ใช้ควรเป็นแบบโถนั่งแทนการนั่งยอง

8.7 การจัดวางสิ่งของให้จัดวางในบริเวณที่หยิบจับได้สะดวก ไม่ควรวางต่ำ หรือ สูงเกินไป

8.8 การนอนควรมีหมอนหนุน

9. การไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง และไปพบแพทย์ก่อนกำหนดถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น แผลบวมแดง มีไข้ ปวดบริเวณสะโพก มีเลือดมีหนองหรือน้ำเหลืองไหลซึมจากแผล ไม่สามารถลงน้ำหนักได้ ประสบอุบัติเหตุ ลื่นหกล้ม ข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด หมุนเข้าหรือเบะออก เมื่อพบอาการและสิ่งผิดปกติต่างๆ ควรรีบไปพบแพทย์

การดูแลผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้นให้มีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องจะช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายให้แข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้วิจัยจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ได้มีการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสม เพื่อให้ไม่ให้เป็นภาระต่อบุคคลในครอบครัว สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยืนยาว

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วยทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ทฤษฎีทั้ง 3 ทฤษฎีมีความเกี่ยวข้องกัน กล่าวคือ ทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นทฤษฎีที่อธิบายการดูแลตนเองในลักษณะของการปรับหน้าที่ มีการจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ ส่วนทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง อธิบายถึงกรณีที่บุคคลมีข้อจำกัดเกี่ยวกับสุขภาพ จึงทำให้ความสามารถไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล สำหรับทฤษฎีระบบการพยาบาล เป็นทฤษฎีที่เสนอระบบการดูแลผู้ป่วย โดยการออกแบบวางแผน และจัดให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งรายบุคคลหรือรายกลุ่มอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้

ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ยังวางแผนระบบโดยแบ่งตามชนิดของการดูแล ซึ่งอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ

การดูแลตนเองเพื่อให้เกิดผลดีต่อชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล บุคคลนั้นจะต้องปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อตอบสนองความต้องการตามการดูแลที่จำเป็น ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องปรับตามระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยต่างๆ ประกอบด้วย การดูแลตนเองเกี่ยวกับการได้รับอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ การขับถ่าย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น การป้องกันและหลีกเลี่ยงอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นตามความเปลี่ยนแปลงของช่วงชีวิตต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต ตลอดจนการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลเสียที่เกิด เช่น การขาดการศึกษา การสูญเสียญาติ ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการตาย ปัญหาการปรับตัวทางสังคม เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองท่ามกลางลักษณะของเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อมีโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดความเจ็บป่วย หรือมีความพิการ ผลจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมด ให้สามารถป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การดูแลที่จำเป็นในภาวะนี้ ได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ รับรู้และสนใจผลของพยาธิสภาพ ปฏิบัติตามแผนการรักษา การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ สนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของโรคหรือการรักษา ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ โดยรักษาไว้ซึ่งภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency)

เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องการใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลอย่างแท้จริง มีการแสวงหาความรู้ วิเคราะห์สถานการณ์ถึงความหมาย ความจำเป็น สำหรับการดูแลตนเอง เพื่อทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นและแนวทางในการตอบสนองความต้องการนั้น มีการคิด วางแผนตัดสินใจในการที่จะลงมือกระทำกิจกรรม เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

ความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit)

ความพร่องในการดูแลตนเอง เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยประเมินจากความสามารถของบุคคลในยามเจ็บป่วยที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ถ้าตอบสนองไม่เพียงพอถือว่ามีความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ซึ่งจะต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาล

ระบบการพยาบาล (nursing system) คือระบบที่ใช้ความสามารถทางการพยาบาลให้การช่วยเหลือเพื่อปรับแก้ความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ซึ่งเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Orem, 2001) ระบบการพยาบาลที่จะช่วยให้บรรลุจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเอง จะต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นลักษณะที่พึ่งพาอาศัยกัน และผู้ป่วยลงมือกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลแบ่งตามลักษณะการดูแลโดยใช้เกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการจัดการกระทำ ได้เป็น 3 ระบบ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้แนะ หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว หรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวได้

2. ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system) ใช้กับผู้ป่วยในลักษณะที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือจากการรักษาของแพทย์ ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และการทำกิจกรรมในการดูแลตนเอง ระบบนี้ผู้ป่วยกับพยาบาลจะร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง ชดเชยข้อจำกัด และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ

3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive educative nursing system) ใช้ในกรณี que ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และกระทำการดูแลตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้สอน แนะนำ สนับสนุนให้กำลังใจ และจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้ และการสอนจะต้องให้ครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยเข้าร่วมด้วย

การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบที่ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองและกระทำการดูแลตนเอง โดยได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล เพื่อให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง กระทำการดูแลตนเองได้สำเร็จ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งวิธีการช่วยเหลือของพยาบาลมีดังนี้ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

1. การชี้แนะ เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมภายใต้การแนะนำและการดูแลของพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง

2. การสนับสนุน เป็นการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้แม้จะอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากโรค สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่กระทบต่อพัฒนาการของตนเองหรือกระทบน้อยที่สุด การสนับสนุนอาจมีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาจเป็นคำพูดที่ให้กำลังใจ หรือกิริยาท่าทางของพยาบาล เช่น การมอง การสัมผัส การช่วยเหลือด้านร่างกาย การให้สิ่งของ พยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และผู้ป่วยแต่ละคน

3. การสอน เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้ และทักษะบางประการ ซึ่ง โอเรม (Orem, 2001) กล่าวว่าไว้ว่าการสอนและให้ข้อมูลเป็นการเพิ่มเติมความรู้ ความเข้าใจและแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น เสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกคิดและการกระทำช่วยให้เข้าใจเหตุผลของการกระทำมากขึ้น โดยมีหลักการสอน คือ สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ เนื้อหาที่สอนเป็นเนื้อหาที่เสริมจากความรู้เดิม มีการให้ผู้ป่วยทดลองฝึกปฏิบัติ และมีการซักถามเพื่อประเมินความเข้าใจ มีการเลือกใช้สื่อต่างๆ ตามความเหมาะสม รวมถึงมีการจัดสร้างสิ่งแวดล้อมโดยลดสิ่งรบกวน ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเลือกกระทำ เพื่อเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เจตคติและการให้คุณค่าในการดูแลตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและบุคคลอื่น เพื่อที่จะได้คำแนะนำ การสนับสนุน และการช่วยเหลืออื่นๆ

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลเนื่องมาจากปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factor) อันได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมชนบทธรรมเนียมประเพณี ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว รวมถึงประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Orem, 2001) ซึ่งปัจจัยพื้นฐานนั้นเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ในการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังกล่าว สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะกล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

1. อายุ เป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถในการรับรู้ และการตัดสินใจ ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ระดับอายุที่แตกต่างกันจะมีความสามารถในการเรียนรู้ต่างกัน การเรียนรู้ในผู้สูงอายุจะลดลงมากขึ้นโดยเฉพาะหลังอายุ 70 ปี ซึ่งจะลดลงมาน้อยขึ้นอยู่กับสติปัญญา การศึกษา แรงจูงใจ ความตั้งใจ การยอมรับและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุแต่ละระยะจะมี

อิทธิพลต่อการเรียนรู้ ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน ประสิทธิภาพการทำงานของสมองเป็นผลให้การใช้ความคิดและสติปัญญาลดลง ดังนั้นผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ทำให้การรับรู้เป็นไปได้ไม่ดี ส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองไม่ดีตามไปด้วย ดังรายงานการศึกษาของศิริรัตน์ สงวนเชื้อ (2540) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม ในผู้ป่วย 100 คน ที่มาติดตามการรักษาแผนกห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ ผลการวิจัยในด้านอายุพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. เพศ ความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชาย มีผลต่อความสามารถในการปรับตัว (Potter & Perry, 2005) เพศหญิงจะรับรู้ว่าการเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดมากกว่าเพศชายและมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นมากกว่า เนื่องจากเพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนตามวงจรธรรมชาติของร่างกาย และเป็นเพศที่อ่อนไหวสามารถแสดงอารมณ์และความรู้สึกได้เต็มที่ ในขณะที่เพศชายต้องมีเหตุผล สุขุม หนักแน่น เพศหญิงจึงมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อการเกิดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากกว่า ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการเผชิญปัญหา (coping) เพศชายเมื่อพบว่าตนเองเกิดปัญหาทางสุขภาพจะมีการค้นหาทางแก้ไขเข้ารับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าเพศหญิง ทำให้เพศชายมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องและมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่ำกว่าเพศหญิง (Myles, Hunt, & Moloney, 1997)

3. สถานภาพสมรส คู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) เป็นลักษณะเดียวกันกับการศึกษาของจันทร์พลอย สีนุชเศรษฐ (2541) เรื่องภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่พบว่า สถานภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าผู้ที่โสด หม้าย หย่า แยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของลินด์สตรอม (Lindstrom, 2009) เรื่องสถานภาพสมรส การสนับสนุนทางสังคม ภาวะความเจ็บป่วย และสุขภาพของตนเอง รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 27,757 คน พบว่าผู้ที่มิใช่สถานภาพคู่จะมีการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ที่โสด และหม้าย

4. ระดับการศึกษา ตามแนวคิดของโอเร็มเชื่อว่าการมีทักษะต่อการดูแลตนเองโดยทั่วไปของบุคคลที่มีการศึกษาระดับสูงจะสามารถแสวงหาข้อมูลนำมาคิดพิจารณา ตัดสินการกระทำได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำ (Orem, 2001) ซึ่งเป็นลักษณะเดียวกันกับการศึกษาของ ไสว ลีกระจ่าง (2548) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งในภาวะปกติ และ

ในภาวะเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ทำให้สามารถเข้าใจภาวะสุขภาพและการรักษาที่ดี และ สนับสนุนด้วยการศึกษาของฮูเยน จุลลามาตและแก่งชัย (Huyen, Jullamate, & Kangchai, 2011) ใน เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลวใน ประเทศไทย พบว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำจะมีความรู้ในการดูแลตนเองในระดับต่ำกว่าผู้ที่มีการ ศึกษาในระดับสูง และได้อธิบายไว้ว่าอาจเนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำจะต้องใช้ ระยะเวลาในกระบวนการทำความเข้าใจในเนื้อหาที่เรียนมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับสูง

จากปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการดูแลตนเองดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้นำปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มาประกอบการพิจารณาในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า ศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด เพื่อควบคุมอิทธิพล ภายในที่อาจมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้

แผนการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น

จากการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ของโอเรม ที่ประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ และการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยได้สร้างแผนการพยาบาลแบบ สนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักหลังการผ่าตัดและญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพียงพอตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อให้มีการฟื้นฟูสภาพสู่ปกติหรือใกล้เคียงปกติโดยเร็ว และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด โดยใช้แผนการพยาบาลแบบ สนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีขั้นตอนการให้การพยาบาล ประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะที่ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยและความ เป็นกันเองกับผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพยาบาล เป็นระยะที่ผู้วิจัยเริ่มให้การพยาบาลแบบ สนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยให้การช่วยเหลือด้วยวิธี การชี้แนะ การสอน การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การ สนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการพยาบาล เป็นระยะที่ผู้วิจัยบอกผู้สูงอายุได้รับทราบ การสิ้นสุดการพยาบาลตามที่วางไว้ และยุติการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งมีการทบทวนข้อปฏิบัติบาง ประการ

แผนการพยาบาลแต่ละครั้ง มีดังนี้

ขณะอยู่โรงพยาบาล ให้การพยาบาล 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 เริ่มหลังผ่าตัดวันที่ 3 เข้าพบผู้สูงอายุพร้อมญาติ ให้การพยาบาลดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือในการศึกษา ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการศึกษาอย่างคร่าวๆ มีการตกลงร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและ ผู้สูงอายุ เป็นระยะที่สร้างความเป็นกันเองและความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุ โดยพูดคุย ชักถามอาการ ทั่วไป ความไม่สุขสบาย ความวิตกกังวล แสดงความสนใจและยินดีที่จะเป็นผู้ให้คำแนะนำ ปรีกษา ช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และเสนอให้ความช่วยเหลือปัญหาที่พบตามความ เหมาะสม (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)

2. ดำเนินการพยาบาลโดย (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที)

2.1 ประเมินปัญหา ความต้องการ ความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุในเรื่อง การดูแลตนเองในระยะพักฟื้น เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบปัญหา

2.2 สอนและให้ความรู้ตามแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น โดยการอธิบายร่วมกับการใช้ภาพพลิกเป็นสื่อประกอบ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกระดูกสะโพกหัก การรับประทานอาหารและน้ำอย่าง เหมาะสม การดูแลบาดแผล การใช้ยาตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด และการสังเกต ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2.3 ชี้แนะให้เห็นความสำคัญและประโยชน์จากการปฏิบัติตามคำแนะนำ อย่างถูกต้อง

2.4 สนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ โดยการสัมผัส ชมเชย ให้กำลังใจ เมื่อปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

2.5 สร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองโดยจัด ให้ผู้สูงอายุอยู่ในอิริยาบถที่สุขสบาย อากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างเพียงพอ จำกัดคนเยี่ยมเพื่อลด เสียงรบกวน และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มโรคเดียวกันภายในหอ ผู้ป่วย พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น ไว้เพื่ออ่าน ทบทวน

2.6 ประเมินความรู้ความเข้าใจ โดยการตั้งคำถามย้อนกลับตามเนื้อหาที่มีอยู่ในคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น มีการทบทวนและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆ

ครั้งที่ 2 ให้การพยาบาลก่อนกลับบ้าน 1 วัน เข้าพบผู้สูงอายุพร้อมญาติ ให้การพยาบาลดังนี้

1. ซักถามอาการทั่วไป ความไม่สุขสบายต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)

2. ดำเนินการพยาบาลโดย (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที)

2.1 ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน และให้ความรู้เพิ่มเติม

2.2 ทบทวนความรู้ความเข้าใจในเรื่องเดิม

2.3 สอนให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน โดยมีเนื้อหาดังนี้ คือ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและท่าทางการเคลื่อนไหว การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน โดยให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติทำการออกกำลังกายต่างๆ ไปพร้อมๆ กับการสอนและการสาธิต

2.4 สนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจด้วยคำพูด ให้คำชมเชย และการสัมผัส

2.5 ชี้แนะให้เห็นความสำคัญและประโยชน์จากการออกกำลังกายและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำต่างๆ

2.6 ประเมินผลกิจกรรมว่าสามารถปฏิบัติได้และครบถ้วนหรือไม่ โดยประเมินตามคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น พร้อมทั้งซักถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ให้ข้อมูลและชี้แนะตามความเหมาะสม

ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและญาติทุก 2 สัปดาห์ 3 ครั้ง ในแต่ละครั้งให้การพยาบาลดังนี้

1. ซักถามอาการทั่วไป ความไม่สุขสบายต่างๆ และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)

2. ดำเนินการพยาบาลโดย (ใช้เวลาประมาณ 40 นาที)

2.1 ประเมินปัญหา ความต้องการ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด วิเคราะห์สาเหตุที่เป็นปัญหาและให้ความช่วยเหลือในส่วนที่ยังบกพร่อง

2.2 ทบทวนความรู้ในเรื่อง การรับประทานอาหารและน้ำอย่างเหมาะสม การดูแลบาดแผล การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำทางการเคลื่อนไหว การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน การใช้ยาตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด และการสังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ให้ผู้สูงอายุสาริการออกกำลังกาย และผู้วิจัยสาริตซ้ำในหัวข้อที่ยังสงสัยหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจ ให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง มีการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง สำรวจสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อคัดแปลงสภาพความเป็นอยู่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น ครอบนอนบนเตียงแทนการนอนบนพื้น บ้านสองชั้นแนะนำให้อยู่ชั้นล่าง ส้วมที่ใช้ควรเป็นแบบโถนั่งหรือใช้เก้าอี้สุขภัณฑ์แทนการนั่งยองๆ ห้องน้ำควรทำราวไว้สำหรับจับ มีแสงสว่างสำหรับทางเดินอย่างเพียงพอ เป็นต้น

2.3 จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ขณะให้การพยาบาลจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบโดยจำกัดคนเยี่ยม ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล คอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการจัดหาอุปกรณ์ ได้แก่ หมอนหนุนหลัง อุปกรณ์ช่วยเดิน เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้มากขึ้น

2.4 เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น

3. การยุติการเยี่ยม จะดำเนินการในวันที่เยี่ยมผู้สูงอายุครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 7 หลังผ่าตัด แจ้งให้ผู้สูงอายุได้รับทราบการยุติการเยี่ยมตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

ในการให้การพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและญาติโดยให้การพยาบาลทั้งหมด 5 ครั้ง คือ เริ่มตั้งแต่ขณะอยู่โรงพยาบาล ให้การพยาบาล 2 ครั้ง โดยเริ่มในวันที่ 3 ภายหลังการผ่าตัด และวันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 1 วัน ซึ่งภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน ได้ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุทุก 2 สัปดาห์ 3 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที รวมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ ผู้สูงอายุกระตุกสะโพกหักกระดูกหักที่ ได้รับ การช่วยเหลือจากพยาบาลผ่านแผนการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ดังกล่าว ข้อมูลความรู้ที่ได้รับ การชี้แนะทางเลือก ร่วมกับการสาริตได้ฝึกปฏิบัติ คาดว่าจะสามารถทำให้ผู้สูงอายุ เกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างถูกต้องและคงพฤติกรรมนั้นไว้อย่างต่อเนื่องขณะเจ็บป่วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้นครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับการศึกษาเอกสารตำราที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นแผนการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพัฒนาการเรียนรู้ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้อง โดยพยาบาลมีบทบาทช่วยในการส่งเสริมด้านความรู้และทักษะ ชี้แนะทางเลือกในการตัดสินใจ ประกอบด้วยกิจกรรม คือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ และการสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

ในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น ส่วนใหญ่ได้รับการบาดเจ็บในส่วนของกระดูกที่ใช้ในการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เต็มที่ตามปกติ จึงมีความต้องการความช่วยเหลือการได้รับข้อมูล การชี้แนะ การสนับสนุน ตลอดจนต้องการการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อจะช่วยให้ฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัด โดยพยาบาลช่วยเหลือประเมินความสมดุระหว่างความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อดำเนินการให้ความช่วยเหลือตามบทบาทของพยาบาล โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกกระทำการตอบสนองการดูแลตนเองทั้งหมด ชี้แนะให้เห็นประโยชน์ ความสำคัญจากการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง ทั้งนี้พยาบาลจะสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยสนับสนุนด้วยคำพูด กิริยาท่าทาง ให้กำลังใจ และคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง จะช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติ มีกำลังใจ อดทนต่อปัญหา นอกจากนี้ในการดำเนินการพยาบาลจะควบคุมและจัดสร้างสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ จัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มโรคเดียวกันภายในหอผู้ป่วย ส่งเสริมให้ญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เพียงพอต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องต่อไป