



สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้น ในกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังต่อไปนี้

1. เพื่อวิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้น ในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำแนกตามภูมิหลังและการสนับสนุนจากครอบครัว

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเพศชายและเพศหญิง จะมีระดับการดูแลตนเองต่างกัน
2. ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่มีอายุ 41-60 ปี จะมีระดับการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 20-40 ปี
3. ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีระดับการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ
4. ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก จะมีระดับการดูแลตนเองสูงกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย

### กลุ่มตัวอย่างประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขาที่ได้รับ การผ่าตัดจัดกระดูกหัก ให้เข้าที่และใส่โลหะยึดตรึงภายใน (Open reduction and internal fixation) และได้ รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในกรุงเทพมหานคร

ตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขาที่ได้รับ การผ่าตัดจัดกระดูกหัก ให้เข้าที่และใส่โลหะยึดตรึงภายใน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 100 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่สุ่มตัวอย่างมา 6 แห่ง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบวัด 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ผู้ให้หลังและการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำนวน 27 ข้อ ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

ชุดที่ 2 แบบวัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้น ประกอบด้วย แบบวัด 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเอง จำนวน 30 ข้อ ซึ่งมีค่าความ เที่ยงเท่ากับ 0.79

ส่วนที่ 2 แบบวัดการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง จำนวน 23 ข้อ ซึ่ง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 3 แบบวัดทักษะในการดูแลตนเอง จำนวน 18 ข้อ ซึ่งมีค่า ความเที่ยงเท่ากับ 0.78

ชุดที่ 3 แบบฟอร์มการประเมินระดับการดูแลตนเอง

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จากแผ่นรายงานอาการผู้ป่วย การสัมภาษณ์และสังเกตอย่างมีโครงสร้างกับตัวอย่างประชากร ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 9 สัปดาห์

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS<sub>x</sub> (Statistical Package for the Social Sciences<sub>x</sub>) คำนวณหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่ามัธยเลขคณิต ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โดยทดสอบค่าที (t-test แบบ Independent) และค่า F (F-test) ตลอดจนเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Scheffe's S\*

## สรุปผลการวิจัย

1. สถานภาพของตัวอย่างประชากร ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่และใส่โลหะยึดตรึงภายในที่เป็นตัวอย่างประชากร จำนวนทั้งสิ้น 100 คน จากโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร 6 แห่ง เป็นชาย ร้อยละ 59 เป็นหญิง ร้อยละ 41 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 ในด้านการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา และระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 32 และ 28 ตามลำดับ ส่วนสถานภาพสมรส พบว่ามีสถานภาพสมรสโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47 มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 44 สถานภาพของผู้ป่วยในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา คิดเป็นร้อยละ 49 ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดที่ขาขวามากกว่าขาซ้าย คิดเป็นร้อยละ 64 และ 36 ตามลำดับ และผ่าตัดที่บริเวณปลายขามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39 สำหรับการได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้และคำแนะนำมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 79 โดยได้รับความรู้และคำแนะนำจากแพทย์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.29 รองลงมาคือนักกายภาพบำบัด คิดเป็นร้อยละ 25.32 และได้รับความรู้และคำแนะนำ

จากพยาบาลและอาจารย์พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 8.86 และ 2.53 ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระยะหนักนั้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.018) โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก มากที่สุด (ร้อยละ 66) รองลงมาเป็นระดับมากที่สุด ระดับปานกลาง และระดับน้อย (ร้อยละ 20, 12 และ 2 ตามลำดับ) โดยไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อยที่สุดเลย (ตารางที่ 4) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยจำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกกลุ่มเพศชาย และกลุ่มเพศหญิง (ค่าเฉลี่ย 3.953 และ 4.111 ตามลำดับ) กลุ่มอายุ 20-40 ปี และกลุ่มอายุ 41-60 ปี (ค่าเฉลี่ย 3.991 และ 4.058 ตามลำดับ) ตลอดจนกลุ่มผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับอุดมศึกษา (ค่าเฉลี่ย 4.027, 3.959 และ 4.073 ตามลำดับ) มีระดับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุดทุกกลุ่ม (ตารางที่ 5)

3. ผลการวิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เป็นรายด้าน และรายข้อ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกมีระดับการดูแลตนเองในด้านความรู้ในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 45 และ 44 ตามลำดับ) และอยู่ในระดับต่ำ เพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 11) ในด้านการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกส่วนใหญ่มีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58) และรองลงมาเป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 42) แต่ไม่พบว่ามีผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ส่วนในด้านทักษะในการดูแลตนเองพบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกมีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 67) และรองลงมาเป็นระดับสูง (ร้อยละ 33) โดยไม่พบว่ามีกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการดูแลตนเองในด้านนี้อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน (ตารางที่ 6)

จากการศึกษาค่าเฉลี่ยของระดับการดูแลตนเองในแต่ละด้าน พบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกมีค่าเฉลี่ยระดับการดูแลตนเองด้านความรู้ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง และด้านทักษะในการดูแลตนเองอยู่ในระดับ

ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 0.238, 0.291 และ 0.756 ตามลำดับ) (ตารางที่ 7) และเมื่อศึกษา ค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อในแต่ละด้าน พบว่า ในด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีระดับการดูแลตนเองในแต่ละข้ออยู่ในระดับสูง มากที่สุด (จำนวน 14 ข้อ) รองลงมาคือระดับปานกลาง (จำนวน 12 ข้อ) และมีข้อที่ผู้ป่วยมีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 20 "อาการชาของขาข้างผ่าตัด เป็นอาการผิดปกติที่อาจเกิดจากเส้นประสาทถูกกด ซึ่งมีอันตราย" ข้อที่ 21 "อาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการปฏิบัติในการรักษากระดูกหักไม่ถูกต้อง คือ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ กระดูกติดล่าช้า และการอักเสบติดเชื้อที่กระดูก" ข้อที่ 25 "แผลอักเสบมักมีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรีย" และข้อที่ 27 "อาการข้างเคียงของยารักษากระดูกและกล้ามเนื้ออย่างหนึ่งคืออาการปวดท้อง" (ตารางที่ 8) ในด้านการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยมีระดับการดูแลตนเองในแต่ละข้ออยู่ในระดับสูงมากที่สุด (จำนวน 15 ข้อ) และรองลงมาคือระดับปานกลาง (จำนวน 8 ข้อ) ส่วนระดับต่ำไม่มีเลย (ตารางที่ 9) ส่วนในด้านทักษะในการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยมีระดับการดูแลตนเองในแต่ละข้ออยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด (จำนวน 11 ข้อ) และรองลงมาอยู่ในระดับสูง (จำนวน 6 ข้อ) ส่วนระดับต่ำมี 1 ข้อ คือ ข้อที่ 14 "การปฏิบัติงานหรือประกอบอาชีพ" (ตารางที่ 10)

4. ผลการเปรียบเทียบระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระดับการสนับสนุนจากครอบครัว

4.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการดูแลตนเองในแต่ละด้าน ของผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกเพศชายกับเพศหญิง (ตารางที่ 11) พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง การให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง และทักษะในการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย

4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการดูแลตนเองในแต่ละด้านของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกอายุระหว่าง 20-40 ปี และอายุระหว่าง 41-60 ปี (ตารางที่ 12) พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลตนเองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 นั่นคือ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่มีอายุต่างกัน จะมีระดับการดูแลตนเองด้านความรู้ในการดูแลตนเอง และด้านทักษะในการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มอายุ 20-40 ปี มีทักษะในการดูแลตนเองสูงกว่า ส่วนกลุ่มอายุ 41-60 ปี มี

ความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่า ส่วนค่าเฉลี่ยการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างประชากรทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานเฉพาะด้านความรู้ในการดูแลตนเองเท่านั้น ดังนั้น จึงขอรับสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วน

4.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการดูแลตนเองในแต่ละด้านของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำแนกตามระดับการศึกษา (ตารางที่ 13) พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลตนเองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 แสดงว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีระดับการดูแลตนเองด้านทักษะในการดูแลตนเองแตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ (ตารางที่ 14) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีทักษะในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีทักษะในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับรายคู่อื่น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง และการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง (ตารางที่ 13) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยเฉพาะในด้านทักษะในการดูแลตนเองเท่านั้น ดังนั้น จึงขอรับสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วน

4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการดูแลตนเองในแต่ละด้านของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำแนกตามระดับการสนับสนุนจากครอบครัว (ตารางที่ 15) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 3 ด้าน คือด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ด้านการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง และด้านทักษะในการดูแลตนเอง จึงปฏิเสธสมมติฐานของการวิจัย

### อภิปรายผล

1. การวิเคราะห์ห้ระดับการดูแลตนเองในแต่ละด้าน ของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างประชากรทั้งหมด มีความรู้ในการดูแลตนเองระดับปานกลาง มีการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองระดับสูง และมีทักษะในการดูแลตนเองระดับปานกลาง แสดงว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกยังขาดทั้งความรู้ในการดูแลตนเอง และทักษะในการดูแลตนเองที่บ้าน แม้ว่า

ส่วนใหญ่จะเคยได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่บ้านมาก่อนก็ตาม ซึ่งอาจเป็นผล  
 เนื่องมาจากบริการการสอนด้านสุขภาพมิได้จัดให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ และ  
 ส่วนมากจะเป็นคำแนะนำจากแพทย์ ซึ่งมีจำนวนน้อย ส่วนพยาบาลมีจำนวนมากกว่า มีโอกาสมาก  
 กว่า เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด น่าจะมีบทบาทในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย  
 ต่ลยกรรกรรมกระดูกก่อนกลับบ้าน ได้อย่างจริงจัง เป็นระบบ และมีแผนงานที่ชัดเจน กลับมีบทบาท  
 ในด้านน้อย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองที่บ้านอย่าง  
 เพียงพอ ปัญหาในลักษณะนี้ ก็มีผู้ศึกษาพบในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่  
 ยังมีความบกพร่องในเรื่องความรู้ หรือบางรายมีความรู้แต่ไม่มีความเข้าใจอย่างจริงจัง ไม่  
 สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้ (บุญทิพย์ ลีวิธรังศรี 2528 : 117-118)

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายให้พร้อมที่จะกลับไปดำเนิน  
 ชีวิตอยู่ในสังคมเดิม ได้อย่างมีความสุขและมีการดูแลตนเองที่บ้าน ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อาทิเช่น  
 สอนและแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักสังเกตอาการผิดปกติทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น อาการที่  
 ควรมารับการตรวจหรือรักษาจากแพทย์ การใช้ยา การป้องกันอาการและภาวะแทรกซ้อน วิธีการ  
 ปฏิบัติต่อความเจ็บป่วย การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยและแหล่งประโยชน์ในการรับบริการอนามัย  
 รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก (ชาวพรพรรณ สอนง่าย 2528 : 746) แต่จาก  
 การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้รับความรู้และคำแนะนำจากพยาบาลเพียงร้อยละ 8.86 และมีการให้  
 ความสำคัญต่อการดูแลตนเองในระดับสูง แสดงว่า พร้อมทั้งจะเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเองอยู่แล้ว  
 ดังนั้น พยาบาลควรต้องเน้นบทบาทในด้านการสอนและแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ให้มากขึ้น เพื่อ  
 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองในระดับที่สูงขึ้น แต่หากพยาบาลมิได้ตระหนักในบทบาทของตนเอง  
 จะทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาแพทย์และพยาบาล ไปตลอด และการที่ผู้ป่วยไม่มีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม  
 อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคมได้ เช่น ข้อติดแข็งไม่สามารถทำ  
 หน้าที่ได้ตามปกติ การสูญเสียอิสระภาพในการช่วยเหลือตนเอง ตลอดจนหน้าที่การงาน ทำให้มี  
 ความรู้สึกเศร้า รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง เป็นต้น

การสอนตามวิธีการของ โอเรม เป็นการสอนเพื่อทดแทนในสิ่งที่ผู้ป่วยขาดการดูแล  
 ตนเอง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากจะเป็นการ  
 ส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นการลดงานบริการที่บุคลากรทางสุขภาพต้องรับผิดชอบอีก

ด้วย ฉะนั้น พยาบาลควรมีบทบาทในการให้บริการเพื่อให้การศึกษาและระดับประคองให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่บ้านได้ โดยสอนในเรื่องที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่ คือความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ตลอดจนมีการย้ำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญต่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยมีระดับการดูแลตนเองด้านการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองลดลง

## 2. การเปรียบเทียบระดับการดูแลตนเองในแต่ละด้านของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระดับการสนับสนุนจากครอบครัว

เพศ จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับการดูแลตนเองด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ด้านการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง และด้านทักษะในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างประชากรในแต่ละเพศ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ เพศมิใช่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จึงปฏิเสธสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ซึ่งตรงกับการศึกษาของเรมวาล นันทศุภวัฒน์ (2524 : 82-84) และศิริวรรณ ตันนุกูล (2526 : 69-73) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในกลุ่มต่าง ๆ พบว่าเพศไม่มีผลต่อระดับการดูแลตนเอง และคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของนิตยา ภาสสุนันท์ (2529 : 74) ที่ว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเพศหญิงและเพศชาย มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ผลการวิจัยนี้ขัดแย้งกับคำกล่าวของโอเรม (Orem 1980 : 220) ที่ว่า เพศเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของบุคคล และทำให้ความต้องการบริการพยาบาลของบุคคลแตกต่างกันไปด้วย ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมเป็นทฤษฎีการดูแลตนเองของบุคคลทั่วไป มิใช่เฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น ในขณะที่ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความจำกัดในการเคลื่อนไหวที่ขาเหมือนกัน ต้องใช้เวลาและการดูแลรักษาไม่แตกต่างกัน ทำให้ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศกับระดับการดูแลตนเองในการวิจัยนี้

อายุ จากผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างประชากรกลุ่มอายุ 20-40 ปี และกลุ่มอายุ 41-60 ปี มีค่าเฉลี่ยระดับดูแลตนเองในด้านความรู้ในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยด้านทักษะในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่ากลุ่มอายุ 20-40 ปี มีระดับการดูแลตนเองในด้านทักษะในการดูแลตนเองสูงกว่า ส่วนกลุ่มอายุ 41-60 ปี มีระดับการดูแลตนเองในด้านความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่า แต่



สำหรับค่าเฉลี่ยระดับการดูแลตนเองด้านให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละกลุ่มอายุ จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วน นั่นคือ อายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการดูแลตนเองในด้านความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก

ซึ่งอาจเป็นผล เนื่องมาจากอายุของผู้ป่วยมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของร่างกาย ผู้ที่อายุน้อยจะมีการฟื้นฟูสภาพได้เร็วกว่า เชื่อว่าตนเองจะต้องหายเกิดความหวังและพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อให้ตนเองหายเป็นปกติ (Cain 1969 : 555) ทำให้มีทักษะในการดูแลตนเองสูงกว่า เมื่อพิจารณาความรู้ของผู้ป่วย จำเนียร ช่วงโชติ (2519 : 156-157) กล่าวว่าอายุที่มากขึ้นทำให้คนเรามีความใส่ใจที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ มากขึ้น จึงมีความรู้สูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการดูแลตนเองเป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของบุคคลในวัยผู้ใหญ่อยู่แล้ว จึงทำให้มีความรู้ลึกเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน ทำให้ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุกับระดับการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง

โอเรม (Orem 1971 : 21) กล่าวว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและเป็นตัวกำหนดขอบเขตของกิจกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งจะบอกให้ทราบว่าบุคคลมีความสามารถดูแลตนเองได้เพียงใด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา นวลชนิษฐ ลิมนวิสัย (2531 : 78) และนิตยา ภิญญาคำ (2531 : 111) ที่ว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และมีผู้ศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Lowenstein and Rinehart 1985 : 254 ; สุรี โอภาสสิริวิทย์ 2531 : 62) แต่ขณะเดียวกัน เรมวอล เนท์ส์ควัดน์ (2524 : 82-84) และศิริวรรณ ตันนกุล (2526 : 69-73) ก็ได้ศึกษาพบว่าอายุไม่มีผลต่อระดับการดูแลตนเอง

ระดับการศึกษา จากผลการศึกษานพบว่า กลุ่มตัวอย่างประชากรในแต่ละระดับการศึกษาได้แก่ระดับประถม ระดับมัธยม และระดับอุดม มีค่าเฉลี่ยระดับการดูแลตนเองในด้านความรู้ในการดูแลตนเอง และด้านการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน แต่มีค่าเฉลี่ยระดับการดูแลตนเองในด้านทักษะในการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีระดับการดูแลตนเองในด้านทักษะสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยม

มีระดับการดูแลตนเองในด้านทักษะสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วน นั่นคือ ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการดูแลตนเองด้านทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาในระบบ เป็นสิ่งที่มีผลโดยตรงต่อการเรียนรู้และปรับตัวของผู้ป่วย การศึกษาที่สูงขึ้นจะทำให้บุคคลมีโอกาสได้เรียนรู้ มีความเข้าใจ และนำไปปฏิบัติได้มากขึ้น ส่วนบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อยมักขาดโอกาสที่จะเรียนรู้ เรื่องสุขภาพอนามัย ไปด้วยการศึกษาของนิตยา ภาสุพันธ์ (2531 : 63) พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ในการดูแลตนเองต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา เช่นเดียวกับนิตมัย เพิ่มกระโทก (2530 : 104) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ใน 4 กลุ่มระดับการศึกษากันพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและระดับอุดมศึกษา มีการปฏิบัติตนได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา แต่จากการศึกษาของนวลชนิษฐ ลิมนนวิสัย (2531 : 79) พบว่า การศึกษาที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ จะเห็นได้ว่าระดับการศึกษานั้นอาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับระดับการดูแลตนเอง

ระดับการสนับสนุนจากครอบครัว จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประชากรในแต่ละระดับการสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าเฉลี่ยระดับการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน คือด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ด้านการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง และด้านทักษะในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้แสดงว่าระดับการสนับสนุนจากครอบครัวมิใช่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ซึ่งแตกต่างไปจากผลการศึกษาของฮับบาร์ดและคณะ (Hubbard, et.al. 1984:266-270) ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในแง่บวกกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และค่ากับผลทางการศึกษาของแอโรนสัน (Aronson 1989:1-8) ซึ่งพบว่าการได้รับการสนับสนุนจากสังคม โดยเฉพาะครอบครัวมีความสำคัญต่อการส่งเสริมการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ให้เป็นไปในทางบวกที่เห็นเช่นนั้นอาจจะเป็นผลเนื่องมาจากลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายในระยะ 2 สัปดาห์แรก ครอบครัวจึงมีความเต็มใจและกระตือรือร้นในการที่จะช่วยเหลือและให้การดูแลสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจาก

ครอบครัวอยู่ในระดับมาก เป็นส่วนใหญ่ จึงไม่พบความแตกต่างระหว่างระดับการสนับสนุนจากครอบครัวและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้

### ข้อเสนอแนะ

#### ก. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรให้ความสนใจในการจัดโปรแกรมการสอนและแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ตลอดจนมีการใช้สื่อการสอน เช่น เอกสาร คำแนะนำต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สามารถสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

2. บุคลากรพยาบาลควรถือเป็นหน้าที่ในการปฏิบัติกรพยาบาลที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีระดับการดูแลตนเองที่สูงขึ้น โดยเพิ่มบทบาทในด้านการสอนและแนะนำผู้ป่วยตัลยกรรมกระดูกก่อนกลับบ้าน ให้มีความรู้ในการดูแลตนเอง และทักษะในการดูแลตนเองสูงขึ้น ตามระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งรักษาไว้ ซึ่งระดับการดูแลตนเองด้านกรให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองให้อยู่ในระดับสูงต่อไป

3. ในการวางแผนการพยาบาลและการวางแผนการสอนตลอดจนการจัดการสอนผู้ป่วย ควรคำนึงถึงระดับอายุ และระดับการศึกษาของผู้ป่วย โดยอาจมีการจัดแบ่งกลุ่มการสอนตามอายุ และระดับการศึกษา

#### ข. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงผลการสอนและแนะนำผู้ป่วยตัลยกรรมกระดูกก่อนกลับบ้าน อย่างมีระบบหรือแบบแผน เพื่อเพิ่มระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยตัลยกรรมกระดูก

2. ควรมีการศึกษาถึงระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยกระดูกหัก ในวัยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดขา เป็นต้น