



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเพื่อวิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้นในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้ คือ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว การดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหัก การพยาบาลผู้ป่วยระยะพักฟื้น และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

โดยทั่วไปมนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ รวมทั้งเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิต การส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคลจึงเป็นการช่วยให้บุคคลมีความสามารถ และความรับผิดชอบในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ และแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองนั้น ได้ถูกนำมากำหนดเป็นนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติในปัจจุบัน คือมุ่งเน้น ให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลตนเองของประชาชน ให้สามารถพึ่งตนเองได้ ดังนั้น การดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดบริการพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชน

โอเรม (Orem) ได้เผยแพร่แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านการพยาบาลเมื่อ ค.ศ. 1959 และถือเป็นรูปแบบทฤษฎีการพยาบาลที่มุ่งให้ความสนใจศึกษา นำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลกว่า 20 ปีแล้ว การดูแลตนเอง ตามความหมายของโอเรม (Orem 1980 : 35) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบุคคลได้ริเริ่มและกระทำ เพื่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของบุคคล เป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของบุคคล ในวัยผู้ใหญ่ และเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง

เพนเดอร์ (Pender 1982 : 150) ได้กล่าวถึง การดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่ บุคคลริเริ่มและปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการที่จะดำรงไว้ หรือทำให้ดีขึ้น เกี่ยวกับ ชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ส่วนนอร์ริส (Norris 1979 : 487) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัว มีความริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพ ของตนอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลตนเอง ยังหมายถึง สิ่งต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติ ด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากโรค (Phipps 1983 : 781) ตลอดจนเป็น กระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และ ตรวจค้นเกี่ยวกับโรคและการรักษา

สรุปได้ว่า การดูแลตนเองนั้น เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบุคคลได้ริเริ่มและ กระทำด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของบุคคลที่เกิดขึ้น เพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่ง ชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

โอเรม ได้ให้แนวคิดที่ว่า บุคคลจะมีการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อให้ความต้องการนั้น ได้ รับการตอบสนอง ซึ่งจะประสบผลสำเร็จหรือไม่นั้น ก็ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง ของบุคคลนั้น หากความต้องการทั้งหมดได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะได้รับประโยชน์ ตอบแทนจากการดูแลตนเอง ดังนี้

1. สัมผัสกระบวนการต่าง ๆ ของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้ เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโต และพัฒนาการของชีวิต ให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป

นอกจากนี้ โอเรม (Orem 1980 : 28) ได้กำหนดแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ภาวะ ขาดการดูแลตนเอง และพยาบาลผู้ซึ่งอยู่ในฐานะของสถาบันบริการทางสุขภาพไว้ว่า

1. การดูแลตนเอง เป็นรูปแบบการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ บุคคล
2. การดูแลตนเอง เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต สุขภาพ การพัฒนา และสวัสดิภาวะ

(Well-being) ของบุคคลโดยทั่วไป

3. การดูแลตนเองและผู้ที่อยู่ในความพึ่งพาของตนเอง ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของสังคม และความสามารถในการเรียนรู้ ของสมาชิกแต่ละคนในสังคม
4. บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลตนเอง หรือดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเอง จะมีความสามารถเป็นพิเศษในการทำกิจกรรมนั้น ๆ เฉพาะตน
5. ความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล มีข้อจำกัดโดยอายุ เพศ ระยะของการพัฒนาการของร่างกาย ประสบการณ์ของชีวิต การเรียนรู้จากสังคม และวัฒนธรรม สุขภาพ และแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์
6. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง หรือผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเองกับความต้องการดูแลตนเอง หรือผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเอง สามารถประเมินได้ เมื่อทราบปริมาณของแต่ละอัน
7. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการในการดูแลตนเอง จะออกมาในลักษณะของคำว่า น้อยกว่า หรือมากกว่า
8. การพยาบาลเป็นบริการที่ต้องการ เมื่อ
 - 8.1 ความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการในการดูแลตนเอง (มีภาวะขาดการดูแลตนเอง)
 - 8.2 ความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่า หรือเท่ากับความต้องการดูแลตนเองในขณะนั้น แต่ในอนาคตอาจจะน้อยกว่า เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือความต้องการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น หรือเกิดขึ้นได้ทั้งสองกรณี
9. เมื่อมนุษย์อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สังคม ได้กำหนดวิถีทางและจุดมุ่งหมายในการช่วยเหลือบุคคลในลักษณะของบรรทัดฐาน ตลอดจนเหตุผลของการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นด้วย
10. การบริการช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ในสังคม เป็นจุดมุ่งหมายของสังคมที่กำหนดไว้
11. การจัดกลุ่มการให้บริการช่วยเหลือบุคคล ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ในสังคม อาจจะแบ่งได้เป็น 2 อย่าง คือ การบริการที่เกี่ยวข้อง และไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจากอายุ และพัฒนาการ
12. การบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจากอายุ และพัฒนาการ

จะเป็นบริการด้านสุขภาพที่จัดขึ้นในสังคมสมัยใหม่

13. การพยาบาลในระบะที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบัน เป็นบริการทางสุขภาพอย่างหนึ่งของ มนุษย์ที่มีอารยธรรม

ความต้องการดูแลตนเอง (Self-Care Demands)

ในทรรณะของโอเรม (Orem 1980 : 41 - 51) ความต้องการดูแลตนเอง เป็น จุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายที่มนุษย์ต้องการสำหรับการดูแลตนเอง เป็นการกระทำโดยเจตนา (Deliberate Action) ที่กระทำโดยตนเองหรือเพื่อตนเอง ความต้องการดูแลตนเองของ มนุษย์แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด คือ

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน ทุกวัย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของมนุษย์ ซึ่งจะสัมพันธ์กับอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความต้องการในสิ่งต่อไปนี้

- 1.1 ให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ
- 1.2 ให้ร่างกายได้มีการขับถ่ายหรือระบายของเสีย รวมทั้งสิ่งที่ร่างกายสร้างขึ้นอย่างปกติ เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ เหงื่อ ระบุ เป็นต้น
- 1.3 โหม้ความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม
- 1.4 โหม้ความสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพัง และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม
- 1.5 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ และความเป็นอยู่ที่ดี
- 1.6 การส่งเสริมในด้านการทำหน้าที่และพัฒนาการของร่างกาย และความรู้สึกนึกคิด โดยสอดคล้องกับข้อจำกัดทางพันธุกรรม คุณลักษณะและสติปัญญาของตน

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self-Care)

Requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการในวงจรชีวิตของมนุษย์ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลทางลบต่อพัฒนาการ เช่น การตายของบิดา มารดา ญาติสนิท หรือคู่ชีวิต เป็นต้น ความต้องการชนิดนี้ ได้แก่

2.1 การคงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนการดำรงชีวิตและส่งเสริมพัฒนาการในระยะต่าง ๆ ของชีวิต ซึ่งจะช่วยให้มนุษย์เจริญเติบโตและมีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์ เช่น ระยะที่อยู่ในครรภ์ ระยะคลอด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ เป็นต้น

2.2 การดูแลและส่งเสริมในด้านต่าง ๆ เพื่อป้องกันอันตรายต่อพัฒนาการระยะต่าง ๆ ของบุคคล ตลอดจนป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย เช่น การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวเข้าสู่สังคม ความผิดปกติทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ การเจ็บป่วยหรือป่วยในระยะสุดท้าย การสูญเสียญาติ เพื่อน สิ่งของทรัพย์สิน และสถานะทางสังคม การเปลี่ยนที่อยู่หรือสิ่งแวดล้อมโดยฉับพลัน ฐานะความเป็นอยู่ที่ไม่ดี เป็นต้น

3. ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นความต้องการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ได้แก่ ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ หรือพิการ รวมทั้งการปฏิบัติการรักษาของแพทย์ อันเป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลได้ เช่น การผ่าตัดอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ความเบื่อหน่ายท้อแท้ในการรักษาพยาบาล เป็นต้น ความต้องการชนิดนี้ ได้แก่

3.1 การแสวงหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

3.2 การตระหนักถึงอันตรายจากผลของพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้น

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อผลในการป้องกันรักษาและฟื้นฟูพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล

3.5 ปรับความรู้อคติเกี่ยวกับตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง (Body Image) โดยยอมรับภาวะความเจ็บป่วย และยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้าน การรักษาพยาบาล

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพ

อนามัยของตนเอง ตลอดจนมีการดำรงและส่งเสริมสุขภาพให้ดีที่สุดตามสภาพของตน

ความต้องการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด (Therapeutic Self-Care Demand) หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลต้องกระทำในระยะหนึ่ง เพื่อที่จะสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-Care Requisites) อย่างน้อย 2 ชนิดขึ้นไป อาทิเช่น ความต้องการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Primary Prevention Self-Care Demand) บุคคลจะต้องดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการโดยทั่วไปและความต้องการที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการ ส่วนความต้องการดูแลตนเองเพื่อการรักษาและฟื้นฟู (Secondary or Tertiary Prevention Self-Care Demand) เมื่อเกิดความเจ็บป่วย บุคคลจะต้องดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกันก็จะต้องดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการโดยทั่วไปและตามพัฒนาการด้วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ และส่งเสริมการพัฒนาการซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ความต้องการดูแลตนเอง (Self-Care Demand) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในบุคคล ที่บอกให้ทราบถึง โครงสร้าง การทำหน้าที่ และพัฒนาการของบุคคล และยังเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแต่ละบุคคลจะหาวิถีทางในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว อันมีสาเหตุเกิดขึ้นเนื่องจาก

1. ความต้องการดูแลตนเอง โดยทั่วไป
2. ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หรือเหตุการณ์ในวงจรชีวิต
3. เทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษาความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หรือเหตุการณ์ในวงจรชีวิต

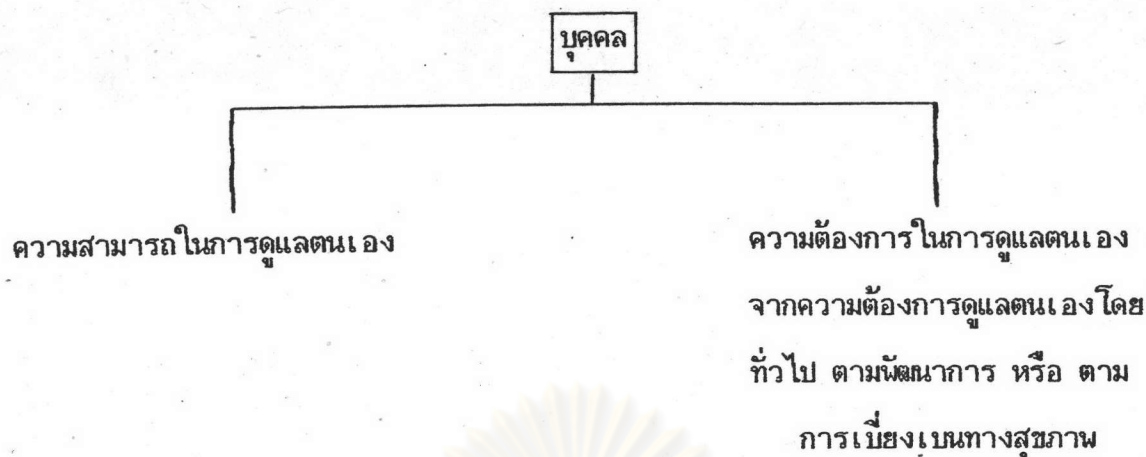
ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Capabilities) หมายถึง พลังความสามารถของบุคคลที่จะทำการดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองจะควบคู่ไปกับการเรียนรู้และวัฒนธรรม ซึ่งจะแสดงออกถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem 1980 : 129) แกร์บ์ และ สตรีท (Grabf and Street 1956 : 10) ได้กล่าวเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองว่า เป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องตามทฤษฎี อธิบายได้อย่างมีเหตุผลและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง



จรรยา ไปสู่ทักษะในการปฏิบัติการ

ฉะนั้น บุคคลเมื่อเจ็บป่วยจะมีความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self-Care Demands) เกิดขึ้น และจะพยายามใช้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง บุคคลที่มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่สามารถตอบสนองความต้องการ (Therapeutic Self-Care Demands) ได้อย่างเพียงพอ ก็จะบรรลุถึงจุดมุ่งหมายของการดูแลตนเอง คือภาวะสุขภาพ ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ (Health Care Need) ก็หมดไป แต่เมื่อใดก็ตามที่ความต้องการ (Therapeutic Self-Care Demand) ไม่ได้รับการตอบสนอง เนื่องจากมีความบกพร่องหรือขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้มีการขาดการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ความต้องการในการดูแลด้านสุขภาพก็จะปรากฏขึ้น ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องช่วยเหลือโดยจัดระบบพยาบาลอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ดังรูปที่ 1

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ถ้าความสามารถในการดูแลตนเอง > ความต้องการดูแลตนเอง → ภาวะสุขภาพ

ถ้าความสามารถในการดูแลตนเอง < ความต้องการดูแลตนเอง

ภาวะขาดการดูแลตนเอง

ความต้องการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด

ระบบการพยาบาล

ภาวะสุขภาพ

รูปที่ 1 แสดงลักษณะสวัสดิภาวะของบุคคลในการดูแลตนเอง

การขาดการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit)

การขาดการดูแลตนเอง เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความบกพร่องหรือขาดความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic Self-Care Demands) ที่เกิดขึ้น แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

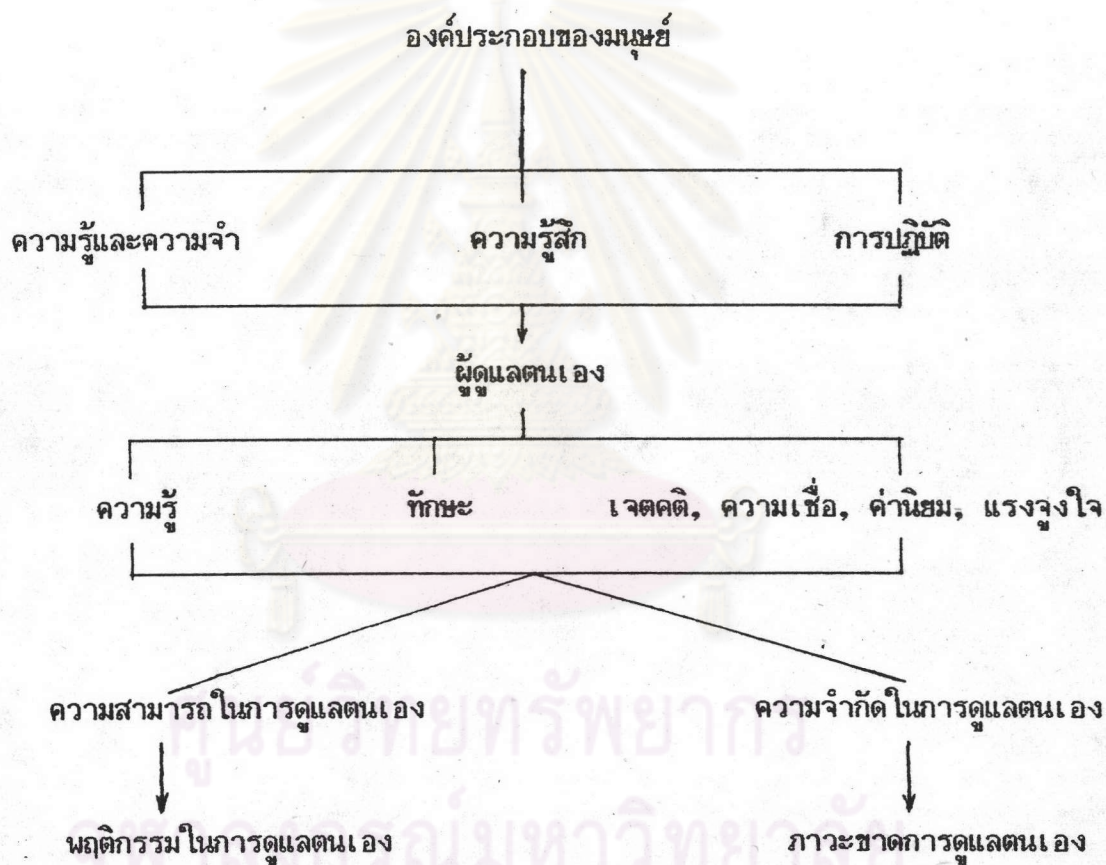
1. การขาดการดูแลตนเองอย่างสมบูรณ์ (Complete Self-Care Deficit) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะสนองความต้องการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นได้เลย
2. การขาดการดูแลตนเองบางส่วน (Partial Self-Care Deficit) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยสามารถสนองความต้องการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นได้บางส่วน ซึ่งผู้ป่วยอาจจะอยู่ในภาวะนี้เป็นเวลานาน หรือจำกัดเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่ง

โอเรม (Orem 1980 : 130) ได้กล่าวถึง การขาดการดูแลตนเองว่า เป็นผลเนื่องมาจากสุขภาพของบุคคล หรือมีความจำกัดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองหรือบุคคลที่อยู่ในความพึ่งพาของตนเอง ได้ หรือไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และโดยทั่วไปบุคคลจะเกิดการขาดการดูแลตนเอง เมื่อมีสภาพการณดังกล่าวต่อไปนี้

1. ไม่มี การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง หรือ ไม่สามารถปฏิบัติเพื่อสนองความต้องการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
2. มีความจำกัด ในความตระหนัก หรือ ไม่ตระหนักถึงตนเอง สิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดการพักผ่อนตามธรรมชาติ
3. ไม่สามารถ ใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้
4. มีความจำกัด ในการที่จะตัดสินใจในการดูแลตนเอง ซึ่งสัมพันธ์กับการขาดความรู้ และความไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก
5. เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความผิดปกติ หรือความบกพร่องของการทำหน้าที่ มีผลให้เกิดความต้องการดูแลตนเองขึ้นใหม่ ตามการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความต้องการดูแลตนเอง โดยทั่วไปจากเดิมเป็นบางส่วน หรือทั้งหมด
6. มีความต้องการดูแลตนเองในเรื่องของคำแนะนำใหม่ ๆ วิธีการดูแลตนเองที่ซับซ้อนในระบบการดูแลตนเอง หรือการปฏิบัติที่ต้องการความรู้เฉพาะ และทักษะซึ่งต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติและประสบการณ์

จะเห็นได้ว่าภาวะขาดการดูแลตนเองนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความจำกัดในการดูแลตนเองของบุคคล อันได้แก่ ความจำกัดในด้านความรู้ ความจำกัดในการตัดสินใจกับปัญหา และ

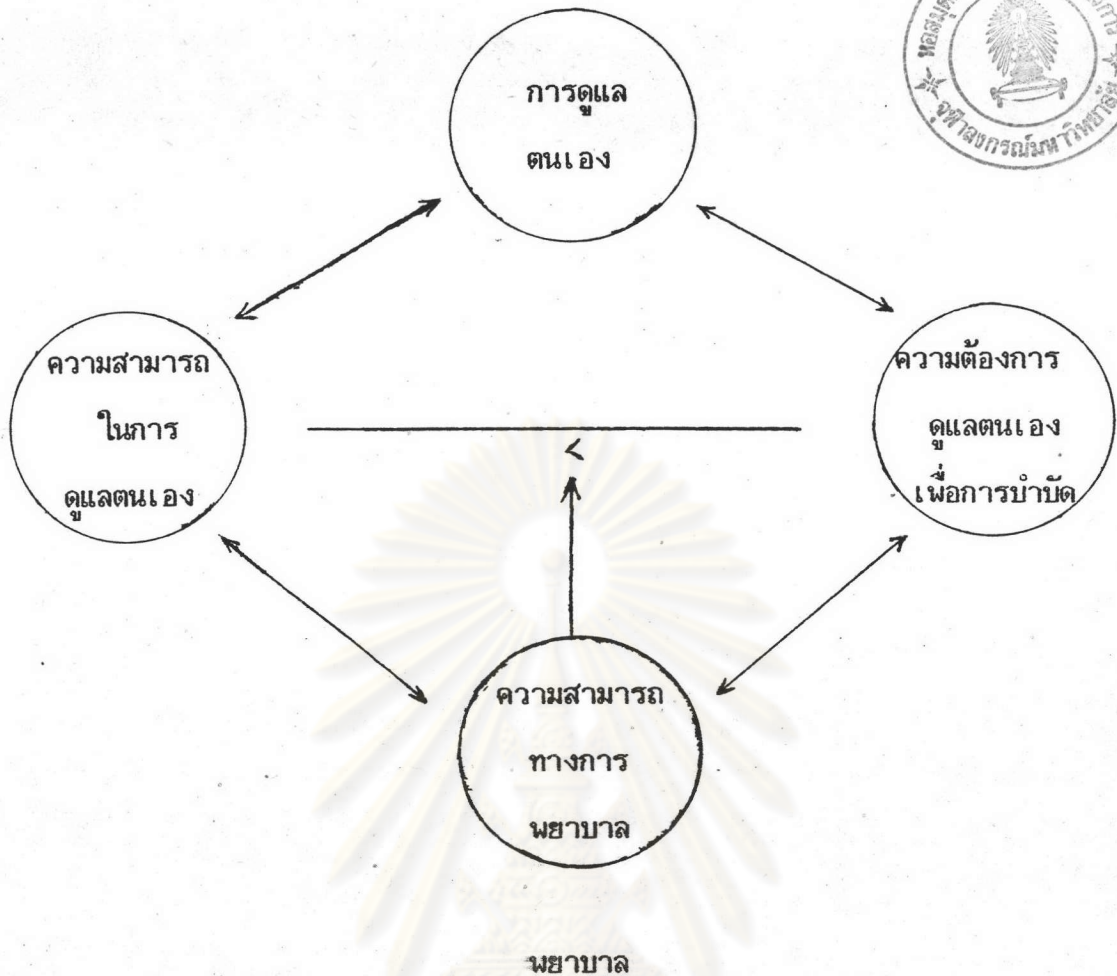
ความจำกัดในการปฏิบัติอย่างมีเหตุผล (Orem 1980 : 125-127) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ของมนุษย์ จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยองค์ประกอบพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการกระทำ คือ ความรู้ ความจำ ความรู้สึก และการปฏิบัติ ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง พัฒนาขึ้นได้โดยอาศัยปัจจัย 3 ประการ คือ ความรู้ ทักษะ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม และแรงจูงใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่พัฒนาจากองค์ประกอบพื้นฐานของมนุษย์นั่นเอง เมื่อใดที่ผู้ดูแลตนเองมีความจำกัดการดูแลตนเอง ในปัจจัยเหล่านั้น ก็จะมีภาวะขาดการดูแลตนเองเกิดขึ้น (Joseph 1980 : 135-136) ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 องค์ประกอบของมนุษย์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

เพนเดอร์ (Nola J. Pender 1987 : 189) ได้กล่าวถึง การดูแลตนเองของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ว่า บุคคลวัยนี้จะพยายามแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการงานและการดูแลครอบครัว ภาระต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและความต้องการของผู้ที่อยู่ในความพึ่งพาของตนเอง ทำให้บุคคลวัยนี้ไม่มีเวลาเอาใจใส่หรือให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพอย่างเพียงพอ จำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะ และทักษะในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดี จากการศึกษาพบว่า ทักษะที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้โดยทั่วไป ได้แก่ ความพอใจ ความศรัทธา ความเห็นคุณค่า หรือค่านิยม จินตนาการ หรือความนิยมชมชอบ ซึ่งช่วยให้คนเรายอมรับเอาความรู้หรือประสบการณ์ไว้ ทำให้คนเราเกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น (สุชาติ โสภประยูร 2520 : 40-41) นอกจากนี้การเห็นคุณค่าหรือประโยชน์ของการดูแลตนเองยังช่วยให้บุคคลมีความต้องการที่จะดูแลตนเอง และมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ส่วนการมีความรู้และทักษะอย่างเพียงพอ จะช่วยให้มีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสำเร็จในการดูแลตนเอง (ชาวพรพรรณ สอน่างาย 2528 : 731) ดังนั้น การดูแลตนเองของบุคคล จึงต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ จะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่ดี และมีทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเอง คือ ให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง เพราะบุคคลที่มีความจำกัดการดูแลตนเองในสิ่งเหล่านี้ จะเกิดภาวะขาดการดูแลตนเองได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



< = ความสัมพันธ์ในลักษณะน้อยกว่า

รูปที่ 3 มโนทัศน์การพยาบาลของโอเรม (Orem 1980 : 24)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

สรุปได้ว่า ภาวะขาดการดูแลตนเอง เป็นภาวะที่บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการดูแลตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองตามความต้องการที่เกิดขึ้นได้ และเป็นสิ่งชี้ให้เห็นถึงความต้องการดูแลด้านสุขภาพ (Health Care Needs) หรือภาวะสุขภาพ (Health State) ของบุคคล ซึ่งจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล การขาดการดูแลตนเองไม่ว่าแบบใดก็ตาม ย่อมส่งผลถึงชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในมโนทัศน์การพยาบาลของโอเรม (รูปที่ 3) เป้าหมายของการพยาบาล ก็คือ ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีการดูแลตนเอง ในระดับที่สามารถตอบสนองความต้องการดูแลตนเอง

ได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการประเมินการดูแลตนเองของบุคคล โดยจะต้องประเมินจากความสามารถที่สัมพันธ์กับความต้องการดูแลตนเอง (Therapeutic Self-Care Demand) ว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้กระทำหรือกระทำไม่ถูกต้องหรือเพียงพอถือว่าบุคคลนั้นขาดการดูแลตนเอง ซึ่งจะต้องพิจารณาว่าเพราะเหตุใด โดยวิเคราะห์จากปัจจัยพื้นฐานของการดูแลตนเอง ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลตนเอง ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องวินิจฉัยให้ได้อย่างถูกต้อง โดยพิจารณาจากความแตกต่างระหว่างความต้องการกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อนำไปสู่การวางแผนและจัดระบบการพยาบาลทดแทนการขาดการดูแลตนเองตามความเหมาะสม

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

ปัจจัยทางด้านบุคคล

1. อายุและเพศ อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปรับตัว บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันย่อมมีการปรับตัวได้แตกต่างกันไป ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520 : 21) กล่าวว่า อายุมีผลต่อทัศนคติของบุคคล ผู้ใหญ่มักจะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก อายุและเพศถือเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการประเมินความสามารถและความจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Julia 1976 : 20) ซึ่ง โอเรม (Orem 1980 : 220) บอกว่าอายุและเพศเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคล และทำให้ความต้องการบริการพยาบาลของบุคคลแตกต่างกันไปด้วย

นอกจากนี้ โอเรม ยังกล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองนั้น จะพัฒนาไปตามวัยหรือพัฒนาการ และประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคคล และจะพัฒนาเต็มที่เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เพนเดอร์ (Pender 1987 : 189) ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ว่า บุคคลในวัยนี้จะพยายามแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการงานและการดูแลครอบครัว ภาระต่างๆ ในชีวิตประจำวันและความต้องการของผู้ที่อยู่ในความพึ่งพาของตนเอง ทำให้บุคคลวัยนี้ไม่มีเวลาเอาใจใส่หรือไม่ให้ความสำคัญในสุขภาพของตนเองอย่างเพียงพอ จึงจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับ ความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดี การสังเกต อธิบาย และการ

ดูแลความเจ็บป่วยทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพ การใช้ประโยชน์จากสถาบันทางสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งการเป็นแบบอย่างและสอนสมาชิกในครอบครัว

2. ระดับการศึกษา เป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงระดับสติปัญญาของบุคคลซึ่งมีผลโดยตรงต่อการเรียนรู้หรือการปรับตัวของบุคคล บุคคลที่มีสติปัญญาแตกต่างกันจะมีความสามารถในการเรียนรู้แตกต่างกัน

ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยภายนอกของบุคคลที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวในการแก้ปัญหาเพื่อตนเอง โดยเฉพาะครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้และปรับตัวในการดูแลตนเอง และเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลมีการปฏิบัติการดูแลตัวเอง

การสนับสนุนจากครอบครัว (Family Support)

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมแรกของมนุษย์ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นแหล่งสนับสนุนขั้นพื้นฐานที่สำคัญของผู้ป่วยในระหว่างพักฟื้นที่บ้าน ครอบครัวมีบทบาทอย่างมากในการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่พัฒนาส่งเสริมภาพลักษณ์ของตนเอง (Body Image) และความเป็นอยู่ที่ดี (Well Being) ลดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต ให้การสนับสนุนพฤติกรรมที่มีคุณค่าแก่สังคม และเป็นตัวกลางผ่อนคลายเป็น (Buffer Function) โดยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนจากครอบครัวจึงมีผลต่อสุขภาพและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล และแคเพลน (Caplan 1974 : 4-7) ได้กล่าวไว้ว่า ระบบการสนับสนุนจากสังคม จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเมื่อคนเราเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหา ซึ่งคนส่วนใหญ่ในระบบนี้มักมาจากคนในกลุ่มเครือญาติในครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อนสนิท

วิรัตน์ ศรีมณฑุ (2526 : 6) กล่าวว่า ครอบครัว หมายถึงกลุ่มคนตั้งแต่ 2 คน หรือมากกว่าอาศัยอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต การสมรส การเป็นเพื่อน การเป็นญาติ รวมทั้งการเป็นบุตรบุญธรรมด้วย และอ้างถึง เบอร์แกสส์ (Bergass) กับ ล็อค (Lock) ซึ่งได้ให้ความหมายของครอบครัวว่า มีลักษณะ 4 ประการ คือ

1. ครอบครัวยุบรวมด้วยบุคคลที่มาด้วยกัน โดยการสมรสหรือมีความผูกพันกันทางสายโลหิต
2. สมาชิกของครอบครัวยุบรวมอยู่เรือนเดียวกัน หรือบางครั้งแยกกัน ไปอยู่ต่างหาก
3. มีความสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในครอบครัว
4. สมาชิกในครอบครัวมีการถ่ายทอดวัฒนธรรม และรับแบบของความประพฤติที่ปฏิบัติต่อกัน

นอกจากนี้ ครอบครัวยุบรวมยังหมายถึง ระบบสังคมย่อยซึ่งประกอบไปด้วยบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกัน ด้วยเหตุทางกฎหมายและความสัมพันธ์ทางสายโลหิตมาอยู่ร่วมกันเป็นเวลานานกว่า 1 ปี หรือ 10 ปี (Gross 1986 : 3705 B)

กล่าวได้ว่า ครอบครัวยุบรวมประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นเวลานานกว่า 1 ปี และมีความสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยทางสายโลหิตหรือทางกฎหมาย และครอบครัวยุบรวมจัดเป็นหน่วยของสังคมที่มีบทบาทอย่างมากในการให้การสนับสนุนแก่บุคคล

การสนับสนุน (Support) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือให้บุคคลบรรลุจุดมุ่งหมายหรือความต้องการของตนในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะมีทั้งการสนับสนุนที่มีตัวตน (Tangible Support) ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงินหรือร่างกาย และการสนับสนุนที่ไม่มีตัวตน (Intangible Support) ได้แก่ การสนับสนุนโดยการให้ความอบอุ่น ความรัก กำลังใจ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Pender 1987 : 397)

คอบบ์ (Cobb 1976 : 360-361) ได้แบ่งการสนับสนุนจากสังคมออกเป็น 3 แบบ

คือ

1. การตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่
2. การยอมรับและการเห็นคุณค่า (Esteem Support)
3. การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support)

ส่วน เฮาส์ (House 1983 : 9) ได้แบ่งการสนับสนุนจากสังคมออกเป็น 4 แบบ คือ

1. การตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ดูแลเอาใจใส่ ความรัก ความจริงใจ และความสนใจ
2. การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน หรือร่างกาย (Instrumental Support) เป็นพฤติกรรมช่วยเหลือโดยตรงต่อความต้องการของมนุษย์ เช่น เงิน ร่างกาย หรือเวลา เป็นต้น
3. การช่วยเหลือด้านการประเมินและเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดความมั่นใจ และรู้สึกเปรียบเทียบตนเองกับสมาชิกคนอื่นในสังคม
4. การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เช่น ข้อมูล คำแนะนำต่าง ๆ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญได้

ฮิลเบิร์ตและอัลเลน (Hilbert and Allen 1985 : 48) ได้แบ่งการสนับสนุนจากสังคมไว้ 6 แบบ ด้วยกัน ดังนี้

1. การช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงิน และวัตถุต่าง ๆ
2. การช่วยเหลือด้านการงาน
3. การให้ความใกล้ชิดสนิทสนม ได้แก่ พฤติกรรมที่แสดงออกด้วยการรับฟังอย่างสนใจ แสดงความรู้สึกยกย่อง เอาใจใส่ดูแล และแสดงความเข้าใจ
4. การให้คำแนะนำและข้อมูล
5. การให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งในแง่พฤติกรรม ความคิด หรือความรู้สึก
6. การร่วมทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายและพักผ่อน

จะเห็นได้ว่า รูปแบบของการสนับสนุนจากสังคมนี้มีลักษณะ ซึ่งพอจะสรุปเป็นการสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้ป่วยควรได้รับ ดังนี้ คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional Support) ได้แก่
 - 1.1 การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ เช่น การให้ความรัก ความห่วงใย

ความสนใจ และกำลังใจ ทำให้รู้สึกว่ามีคนใส่ใจในทุกข์สุขของตน และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา ก่อให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น

1.2 การยอมรับและเห็นคุณค่า เช่น การให้การยืนยันรับรอง การยอมรับความสามารถในพฤติกรรมตามบทบาทของบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

1.3 การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มหรือการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในครอบครัว

2. การสนับสนุนด้านกายภาพ (Instrumental Support) ได้แก่ การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน แรงกาย และคำแนะนำหรือข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็น

การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญมากสำหรับบุคคลในวัยผู้ใหญ่ (Pender 1987 : 189) โดยเฉพาะในขณะที่มีความเจ็บป่วย การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์อย่างเพียงพอ และมีผู้ช่วยเหลือจากครอบครัว จะก่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ถ้าขาดการสนับสนุนจากครอบครัว จะทำให้ระดับความเครียดและระดับความไม่มั่นคงในตนเองสูงขึ้น มีอาการไม่เป็นตัวของตัวเอง ตัดสินใจไม่ได้ ขาดศรัทธาและความเชื่อถือในตนเอง และไม่สามารถดูแลตนเองได้ (Kaplan, et. al. 1977 : 51) ซึ่ง คลาร์ค (Clark อ้างใน Pender 1987 : 399) ได้ศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวสูงจะมีความสามารถในการปรับตัวดีกว่าและมีการเจ็บป่วยน้อยกว่าครอบครัวที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำ และได้ให้แนวคิดว่า ครอบครัวเป็นตัวกลางผ่อนคลายความเครียด (Buffer Stress) ของบุคคล โดยการเพิ่มความสามารถในการปรับตัว นอกจากนี้ จากการศึกษาของฮับบาร์ด (Hubbard 1954 : 266) พบว่า การสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางสุขภาพ (Health Practice) ไปในทางบวก

ครอบครัวเป็นแบบอย่างของพฤติกรรม ความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติในสถานการณ์ต่าง ๆ ในระหว่างเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งมีระดับความเครียดสูง ครอบครัวจะมีบทบาทอย่างมากในการเป็นตัวกลางผ่อนคลายความเครียด โดยการเป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งทางด้านกายภาพ และด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วย ในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองให้กลับคืนสู่สภาพปกติ ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัว จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ



การดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหัก

ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เป็นผู้ป่วยที่พบได้มากในปัจจุบัน ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่สูงขึ้น ทำให้ปัญหากระดูกหักจากอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็ช่วยให้การผ่าตัดปลอดภัยและเป็นที่ยอมรับมากขึ้น (Phipps 1983 : 746) ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับกระดูกแขนขา และข้อต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อรักษากระดูกหัก

กระดูกหักเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของระบบกระดูกและข้อ ทำให้ร่างกายส่วนนั้นไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ โดยธรรมชาติร่างกายมนุษย์สามารถซ่อมแซมให้กระดูกหักนั้นติดกัน และมีความแข็งแรงอย่างปกติดั้งเดิมได้ การดูแลรักษาเพียงแต่ช่วยให้ วิธีการซ่อมแซมนั้นดำเนินไปอย่างเรียบร้อย โดยที่ส่วนนั้นกลับมีรูปร่าง และทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม ปราศจากความพิการหลงเหลืออยู่

กระดูกหัก (Fracture) หมายถึง การที่ส่วนประกอบของกระดูกแตกแยกออกจากกัน อาจเป็นการแตกแยกโดยสิ้นเชิง หรือยังมีส่วนที่ติดอยู่บ้างก็ได้ (วรรณิ สัตยวิวัฒน์ 2529 : 33)

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของกระดูกหักว่า หมายถึง การที่กระดูกหักออกจากกัน ด้วยเหตุใดเหตุหนึ่งก็ตาม ซึ่งการหักอาจจะเป็น Complete หรือ Incomplete ก็ได้ (ประดิษฐ์ ศักดิ์ศรี 2527 : 3)

ดังนั้น กระดูกหัก จึงหมายถึง การที่กระดูกหักแตกแยกออกจากกัน โดยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง ทำให้มีความผิดปกติที่บริเวณกระดูกส่วนนั้น รวมทั้งเนื้อเยื่อ เอ็น เส้นเลือด เส้นประสาท และเมื่อมีกระดูกหักเกิดขึ้นจะมีพยาธิสภาพตามมา ดังนี้ (ประจวบ บิมพิจิตต์ : 1)

1. การไหลเวียนผิดปกติ (Circulation Disturbance)
2. การอักเสบ (Inflammation)
3. การเจ็บปวด (Pain)

4. การผิดปกติของกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ (Dysfunction of bone, joint and muscles) ยังผลให้เกิด chronic edema, soft tissue atrophy, osteoporosis and joint stiffness เรียกว่า fracture disease

ทั้งนี้ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้น จะสัมพันธ์กับความรุนแรงของแรงกระแทก และบริเวณส่วนที่กระดูกหัก การดูแลรักษากระดูกหัก จะมุ่งรักษาแต่กระดูกเท่านั้นไม่ได้ ต้องรวมถึงการป้องกันและรักษาภาวะต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย

หลักและขั้นตอนการรักษาระดับหัก มีดังนี้ (ประจวบ นิเทศจิตต์ : 1)

1. การวินิจฉัย (Recognition) ต้องวินิจฉัยให้ถูกต้อง ซึ่งรวมถึงความรุนแรงของกระดูกหักนั้น ๆ ด้วย เพื่อวางแผนการรักษาได้ง่ายและเป็นไปได้

2. การจัดเข้าที่ (Reduction) คือ การจัดกระดูกที่หักให้เข้าที่ มี 2 วิธี คือ

2.1 Closed Reduction คือ จัดเอาชิ้นกระดูกหักเข้าที่ โดยไม่ต้องผ่าตัดลงไปบริเวณกระดูกหัก

2.2 Open Reduction คือ ผ่าตัดบริเวณกระดูกหักแล้วจัดเข้าที่

3. การจำกัดการเคลื่อนไหว (Retention or Immobilization) คือ การให้กระดูกหักที่จัดเข้าที่แล้วอยู่นิ่ง ๆ ไม่มีการเคลื่อนหลุดอีกและการซ่อมแซมของกระดูกหักจะเป็นไปตามขั้นตอนด้วยดี จนกว่า Callus จะเกิดแข็งแรงเพียงพอ การเกิด Union อาจเป็นสัปดาห์เป็นเดือน หรือเป็นปี การจำกัดการเคลื่อนไหวมี 2 วิธี คือ

3.1 การจำกัดการเคลื่อนไหวภายนอก (External Immobilization) เช่น เฝือกปูน (Plaster of Paris Splint-P.P.S) หรือเฝือกตาม (Slab) ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะการยึดติดของข้อต่อ

3.2 การจำกัดการเคลื่อนไหวภายใน (Internal Immobilization) โดยการผ่าตัดจัดกระดูกเข้าที่และใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน (Open Reduction and Internal Fixation) เพื่อรักษาระดับหักให้อยู่ในท่าที่ถูกต้องและมีความมั่นคงดี สามารถทำกิจกรรมการดูแล

ตนเองได้เร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ ช่วยให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพในการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยและพยาบาลด้วย

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) การฟื้นฟูส่วนของร่างกายที่กระดูกหักหายเรียบร้อยแล้ว ให้กลับสู่ภาวะเดิมทั้งร่างกาย และจิตใจ (วรรณิ สัตยวิวัฒน์ 2529 : 57)

สำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เมื่ออาการหลังผ่าตัดทุเลาพ้นระยะอันตรายแล้ว ผู้ป่วยจะต้องมีการฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่สภาพปกติทั้งร่างกายและจิตใจ ระยะเวลาผู้ป่วยจะมีสภาพร่างกายทั่วไปดี แต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ จำเป็นต้องจำกัดการเคลื่อนไหวบริเวณกระดูกหักจนกว่ากระดูกจะติดกันดี ซึ่งต้องใช้เวลา 2 - 3 เดือน (Wilson 1976 : 17) ความสามารถในการกลับไปทำกิจกรรมตามปกติจึงมีข้อจำกัดเนื่องจากกระดูกหัก และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน หากไม่มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเพียงพอ จะเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนี้

1. ผลต่อร่างกาย เกิดผลกระทบต่อร่างกายในระบบต่าง ๆ ได้แก่ เวียนศีรษะ หรือเป็นลมง่ายถ้าลุกนั่งอย่างรวดเร็ว กล้ามเนื้อลีบอ่อนแอ เคลื่อนไหวข้อไม่ได้ ข้อแข็ง ท้องผูกเนื่องจากขาดการออกกำลังกาย กระดูกติดช้าหรือไม่ติดเนื่องจากการลงน้ำหนักบริเวณกระดูกหักเร็วเกินไป มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เป็นต้น

2. ผลต่อจิตสังคม เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระเป็นเวลานาน และความพิการที่เกิดขึ้นหรือหลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ขาดความเป็นอิสระในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความต้องการของตนเอง ผู้ป่วยจึงมักเกิดความเครียด หวาดกลัว และวิตกกังวล นอกจากนี้ยังมีอารมณ์แปรปรวนเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หากผู้ป่วยปรับตัวไม่ได้จะมีอารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้า โกรธง่าย ใจน้อย เบื่อหน่าย รู้สึกตนเองไร้ค่า และมีปมด้อย

ขณะเดียวกันความเจ็บป่วยนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว คือ มีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพตามปกติได้ ทำให้รายได้ลดลงในขณะที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น มีผลต่อบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว และมีผลต่อสัมพันธภาพใน

ครอบครัว ซึ่งผลกระทบต่อครอบครัวนี้ อาจจะทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจมากขึ้น และมีผลกระทบ
ถึงการดูแลสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม

ในระยะพักฟื้น แพทย์จะให้ผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน เมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยจะ
ต้องมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติ และดำรงชีวิต
ในสังคมเดิมได้อย่างมีความสุข โดยผู้ป่วยจะต้องปรับตัวในการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสม
กับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ดังนี้

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำเพื่อให้บรรลุ
ความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ 6 อย่างคือ

1.1 ให้ร่างกายได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอและเหมาะสม โดยการรับ
ประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ได้แก่ อาหารจำพวกโบวติน ผักและผลไม้โดยเฉพาะอาหาร
ที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ปลาเล็กปลาน้อย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมในการหายของกระดูกหัก ขณะ
เดียวกันผู้ป่วยก็ควรมีการดื่มน้ำอย่างพอเพียงอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว เพราะการได้รับน้ำน้อยจะ
ทำให้เกิดอาการท้องผูก นั้ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้

1.2 ให้ร่างกายได้มีการขยับถ่ายตามปกติ ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยกระดูก คือท้องผูก
เนื่องจากขาดการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่มีกากน้อย ความจำกัดในการเคลื่อนไหว
ทำให้เกิดอุปสรรคในการขยับถ่าย (ชวพรพรรณ สอนง่าย 2528 : 715) ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีการ
ปฏิบัติเพื่อให้ร่างกายมีการขยับถ่ายอย่างสม่ำเสมอตามปกติ

1.3 มีการพักผ่อนและการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยระยะพักฟื้นต้องการ
พักผ่อนมากกว่าบุคคลปกติ เมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านควรพักผ่อนให้ได้อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง (นิตยา
วิปุลานุสานส์ 2526 : 244) ขณะเดียวกันก็ควรเห็นในด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพและ
อาการของโรคด้วย ซึ่งจรรยาพร ธรนิมทร์ (2526 : 51) กล่าวว่า ผู้ป่วยควรเริ่มต้นจากการ
เดินปลอดภัยที่สุด และค่อยทำค่อยไป เริ่มจากน้อยไปหามาก การเดินให้สัปดาห์แรกที่กลับไปอยู่บ้าน
ควรเดินให้ได้วันละ 10-15 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเป็น 20-30 นาทีในสัปดาห์ที่สอง โดยมีการ
ใช้ไม้ค้ำยันช่วยในการเดินเพื่องดการลงน้ำหนักขาข้างผ่าตัด ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยให้ระบบ
การย่อยอาหารดีขึ้น มีการขยับถ่ายเป็นไปตามปกติ และจิตใจสบายขึ้น

1.4 มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมอย่างเหมาะสม โดยการพูดคุยหรือเข้ากลุ่ม ร่วมกิจกรรมกับบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน

1.5 มีการป้องกันอันตรายของชีวิต เช่นการระมัดระวังอุบัติเหตุจากการเดินล้ม การละเว้นจากสิ่งเสียดัดให้โทษต่อร่างกาย และการดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนัง มือ เท้า และเสื้อผ้าที่สวมใส่ ตลอดจนการควบคุมอารมณ์และจิตใจให้สงบ

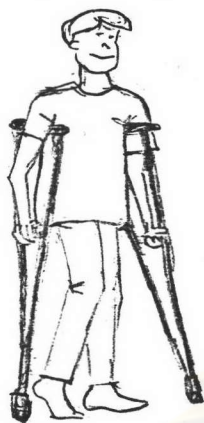
1.6 มีการส่งเสริมเกี่ยวกับการทำหน้าที่และพัฒนาการของร่างกาย

2. การดูแลตนเองในขณะเจ็บป่วย เพื่อป้องกันอันตรายจากโรคแทรกซ้อน และปรับตัว ให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจให้กลับคืนสู่สภาพปกติ ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อการดูแลรักษาตนเองเกี่ยวกับกระดูกหัก 4 อย่างคือ

2.1 มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ มีการปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับการรักษาตามขนาดและเวลาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการมาตรวจตามนัดของแพทย์อย่างสม่ำเสมอทุกครั้ง และมีการดูแลแผลผ่าตัดให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการอักเสบติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการตัดไหมในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และที่สำคัญคือ มีการงดเว้นการลงน้ำหนักบริเวณกระดูกหักอย่างถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยจะต้องไม่ลงน้ำหนักที่ขาข้างผ่าตัด จนกว่ากระดูกจะติดดีหรือเมื่อแพทย์อนุญาต ฉะนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องใช้ไม้ค้ำยันช่วยในการเดิน เพื่อหลีกเลี่ยงการลงน้ำหนักขาข้างผ่าตัดดังกล่าว

มานพ ประภาษานนท์ (2530 : 20-21) ได้กล่าวถึงการเดินด้วยไม้ค้ำยันว่า จะต้องให้ด้านบนของไม้ค้ำยันอยู่บริเวณสี่ข้าง ไม้ไข้อยู่ในซอกรักแร้ ซึ่งไม้จะไปกดเส้นประสาทและเส้นเลือดบริเวณนั้นได้ง่ายเกิดเป็นอัมพาตได้ และการเดินด้วยไม้ค้ำยันจะเริ่มด้วยการยืนทรงตัวให้ตรง มือทั้งสองข้างกดอยู่ที่ไม้เสมอ ข้อศอกงอประมาณ 20-30 องศา ขาข้างที่เจ็บยังไม่ให้ลงน้ำหนัก การเดินจะมีเพียงขาข้างดีและไม้ อีก 2 ข้างเท่านั้นที่รับน้ำหนักตัว เมื่อทรงตัวมั่นคงแล้วจึงค่อย ๆ ก้าวเดิน โดยยกไม้ไปก่อนแล้วตามด้วยขาข้างเจ็บก้าวไปถึงระดับเดียวกับไม้ แล้วจึงก้าวขาข้างดี เลยก้นระดับไม้ไปข้างหน้า ดังรูปที่ 4 ต้องเดินลักษณะนี้จนกว่ากระดูกจะแข็งแรงพอที่จะรับน้ำหนักได้ จึงค่อย ๆ เริ่มลงน้ำหนักขาข้างเจ็บจากน้อยไปมาก ส่วนการเดินขึ้นบันได จะยึดหลักว่า "ดีขึ้น เหวลง" คือ เวลาขึ้นบันไดเอาขาดีก้าวขึ้นก่อน แล้วจึงเอาไม้ตามไป เวลาลงบันไดก็เอาไม้และขา

ข้างเจ็บมาก่อน ขาดค่อยตามมาทีหลัง



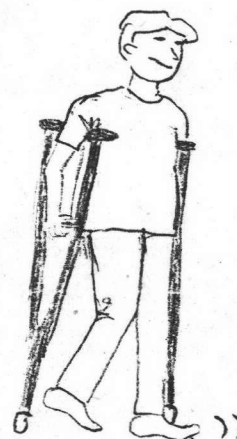
(1) ยืนให้มั่นคง



(2) ยกไม้ทั้ง 2 ข้างไปข้างหน้า



(3) ก้าวขาข้างที่เจ็บ ไปถึงระดับเดียวกับไม้



(4) ก้าวขาข้างดีเลยพ้นระดับไม้ไปข้างหน้า

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รูปที่ 4 การเดินด้วยไม้ค้ำยัน

2.2 มีการปรับตัวเพื่อให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยมีการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ให้ได้มากที่สุดตามความสามารถของร่างกาย

2.3 มีการใส่ใจและรับรู้สภาพการเจ็บป่วยของตนเอง ได้แก่ รับรู้ถึงข้อจำกัดของตนเองในการประกอบอาชีพหรือทำงานตามปกติ มีการละเว้นกิจกรรมที่ต้องใช้แรงขาข้างผ่าตัด มีการระมัดระวังมากขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำ มีการบริหารออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของตนเอง และเมื่อพบความผิดปกติใด ๆ ตรงบริเวณที่กระดูกหัก เช่น ปวด บวม หรือมีสิ่งขยับหลังใด ๆ ออกตรงบริเวณที่ผ่าตัด ควรรีบไปพบแพทย์ทันที ไม่ต้องรอจนกว่าจะถึงวันนัด นอกจากนี้ยังมีผู้กล่าวว่า ความกลัวความเจ็บปวด มีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดมากขึ้น และยาที่ใช้ควบคุมหรือลดความเจ็บปวดอย่างกว้างขวาง ได้แก่ ยาพวก Salicylates ซึ่งอาจทำให้ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หรือใจสั่นได้ (Phipps 1980 : 748) ดังนั้นเมื่อเกิดอาการแพ้ยาก็ควรรีบไปพบแพทย์ทันทีเช่นกัน

2.4 มีการเรียนรู้และปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการอักเสบบริเวณแผลผ่าตัด อาการชาที่แขนหรือขา อาการลิบเล็กของกล้ามเนื้อเนื่องจากการขาดการออกกำลังกาย และข้อติดแข็งเนื่องจากไม่มีการเคลื่อนไหวตามปกติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตรึงด้วยกระดูกแกนโลหะ จะมีการยึดติดแข็งของข้อต่อหลงเหลืออยู่ ฉะนั้นผู้ป่วยต้องมีการเพิ่มช่วงระยะเวลาการเคลื่อนไหวของข้อต่อให้ได้ตามปกติ (สุรศักดิ์ ศรีสุข 2529 : 42-43) นอกจากนี้ผู้ป่วยควรมีการดูแลตนเอง เพื่อผ่อนคลายความกลัวหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ ได้แก่ การพูดคุยหรือระบายกับผู้ที่ไว้ใจ การออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการหางานอดิเรกทำ เป็นต้น

กล่าวได้ว่า ผู้ป่วยในระยะพักฟื้นจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองโดยทั่วไปและในภาวะเจ็บป่วยอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหักในระยะพักฟื้น จะหมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยริเริ่มขึ้นและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่าง ๆ ในขณะที่เจ็บป่วย จำกัดความเจ็บป่วยมิให้ลุกลามออกไป ตลอดจนมีการปรับตัวฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ในการคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

การพยาบาลผู้ป่วยระยะพักฟื้น

พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการวินิจฉัยเกี่ยวกับระดับการดูแลตนเอง เนื่องจากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้เสมอไป แม้ในยามปกติบุคคลย่อมต้องการข่าวสาร ความรู้หรือคำแนะนำ หรือการปฏิบัติบางอย่าง เพื่อรักษาสุขภาพและป้องกันโรค และเมื่อเจ็บป่วยความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลงไป ไม่สามารถสนองความต้องการดูแลตนเองได้ พยาบาลจำเป็นต้องเสริมการดูแลตนเอง ในขณะที่บุคคลขาดการดูแลตนเอง เพื่อให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้ต่อไป เป้าหมายของการพยาบาลจึงมุ่งที่จะทดแทนสิ่งที่ผู้ป่วยขาดไป เช่น ความรู้และทักษะในการปฏิบัติ การดูแลตนเอง การให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจและมีการปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง

ตามมโนคติการพยาบาลของ โอเรม เป้าหมายของการพยาบาลก็คือ ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีการดูแลตนเองอย่างมีคุณภาพ สามารถสนองความต้องการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอ และต่อเนื่อง ส่วนระบบการพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับระดับการดูแลตนเองนั้น แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ (Orem 1980 : 97-101)

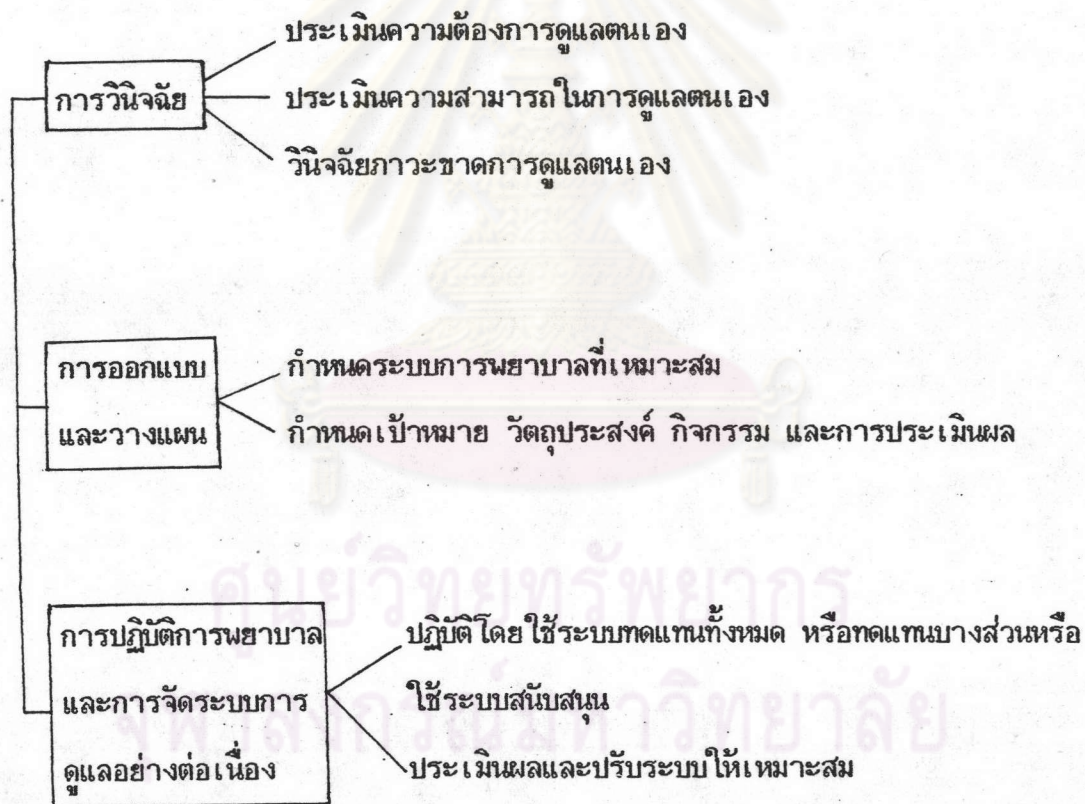
1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory System) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พยาบาลจะเป็นผู้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยทั้งหมด ร่วมกับการให้คำแนะนำและประคับประคอง เช่น ในระยะเจ็บป่วยรุนแรง หมดสติ หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือท่าทางของตนเองได้

2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory System) ในระบบนี้ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมรับผิดชอบด้วยกันในการทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการดูแลตนเองของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย เช่น ในผู้ป่วยที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือการรักษาของแพทย์ ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น หรือขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเอง เป็นต้น

3. ระบบประคับประคองและให้การศึกษ (Supportive Educative System) ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำให้ผู้ป่วยและ

ครอบครัวมีการปฏิบัติดูแลตนเอง และคอยกระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

การพยาบาลเป็นกิจกรรมที่มีลักษณะเฉพาะ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการดูแลตนเอง และการจัดหาหรือจัดการเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองในลักษณะต่อเนื่อง โดยมีวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลได้ 5 อย่าง คือ การทำให้โดยมีพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติแทน การเสนอแนะแนวทางต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง การสนับสนุนระดับประคอง การสอน และการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาการดูแลตนเอง ซึ่งพยาบาลจะต้องรู้จักวิธีการช่วยเหลือเหล่านี้เป็นอย่างดี รวมทั้งสามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมที่สุดในแต่ละสถานการณ์



รูปที่ 5 กระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย



กระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในทัศนะของโอเรม (รูปที่ 5)
แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวินิจฉัย โดยประเมินความต้องการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และวินิจฉัยภาวะขาดการดูแลตนเองในแต่ละกิจกรรมที่เป็นความต้องการดูแลตนเองของผู้ป่วย
2. การออกแบบและวางแผน โดยกำหนดระบบการพยาบาล เป้าหมาย วัตถุประสงค์ กิจกรรมและการประเมินผล เพื่อสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองให้มากที่สุด
3. การปฏิบัติการพยาบาล และการจัดระบบการช่วยเหลือทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยลงมือปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ และหาวิถีทางให้ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินผลและปรับระบบการพยาบาลให้เหมาะสม

ระยะพักฟื้น เป็นระยะที่ผู้ป่วยและญาติจะประสบกับปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน กิจกรรมพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วยระยะนี้ จะเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสอน ชักจูง และสนับสนุนผู้ป่วยและญาติให้มีการปฏิบัติการดูแลตนเอง ตลอดจนกระตุ้นให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติการดูแลตนเองต่อไป ซึ่งก่อนนั้นพยาบาลจะต้องทราบหรือวินิจฉัยให้ได้ว่า ผู้ป่วยมีภาวะขาดการดูแลตนเองอย่างไรบ้าง จึงจะสามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข รวมทั้งรู้สึกว่าคุณได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเอง และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยคลังกรรมกระดูก มีดังนี้

บุญทิพย์ สิริรังศรี (2528 : 117-118) ได้ทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เรื่องประสิทธิผลการดูแลตนเองของโอเรมในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการรักษาโดยการฉีดอินซูลินที่ตสันโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนให้ดูแลตนเองตามหลักการดูแลตนเองของโอเรม มีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และ

กิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ดูแลตนเองตามกิจวัตร อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความบกพร่องในเรื่องความรู้เรื่องโรค และผู้ป่วยบางรายมีความรู้แต่ไม่มีความเข้าใจอย่างจริงจัง จึงไม่สามารถนำความรู้นั้นไปประยุกต์ในการดูแลตนเองได้ และพบว่า แม้ผู้ป่วยจะมีคะแนนกิจกรรมการดูแลตนเองโดยส่วนรวม อยู่ในระดับเดียวกันหรือเท่ากัน แต่มีความบกพร่องในกิจกรรมย่อยของผู้ป่วยแต่ละรายนี้แตกต่างกัน

รัตน มาศเกษม (2527 : 178-179) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร้ที่แน่นอน สามารถพิจารณาได้จากความสัมพันธ์ระหว่างฐานะ เศรษฐกิจ และอัตมโนทัศน์ กับการดูแลตนเอง กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคลมบ้าหมูที่มีฐานะ เศรษฐกิจ และอัตมโนทัศน์สูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองดีและยังพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย มีจำนวนถึงร้อยละ 66

ศิริวรรณ ต้นนุกูล (2526 : 69-73) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรรกับระดับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการเนปไฟรติก จำนวน 90 คน ในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลรัฐบาลขนาด 300 เตียงขึ้นไป และมีสถาบันผลิตพยาบาลระดับวิชาชีพเป็นหน่วยงานรวมอยู่ด้วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการเนปไฟรติกโดยส่วนรวม มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรคไต และคะแนนเฉลี่ยระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า อายุ เพศ และระยะเวลาของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่วนรายได้ครอบครัว จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับการศึกษา นั้น พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ระดับ .05 โดยเฉพาะระดับการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์ที่ระดับ .01 ด้วย

สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ (2525 : 237-239) ได้ทำการศึกษาผลการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม มาประยุกต์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนเรคตัม ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำโคลอสโตมีอย่างถาวร จำนวน 5 ราย ที่รับไว้ในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลศิริราช จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 3 ราย มีคะแนนเฉลี่ยด้านสถานะทางสุขภาพ ความสามารถในการ

การดูแลโคลอสโตมีย์ และเจตคติเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาของการประเมิน ผู้ป่วย 1 ราย การประเมินผลทั้ง 3 ด้านลดลง และผู้ป่วยอีก 1 ราย คะแนนเฉลี่ยด้านสถานะทางสุขภาพ และความสามารถในการดูแลโคลอสโตมีย์เพิ่มขึ้นตลอดการประเมิน แต่ด้านเจตคติกลับลดลงเมื่อผู้ป่วยกลับมาตรวจตามแพทย์นัดครั้งแรก และการประเมินผลก่อนกลับบ้านพบว่า ความสามารถในการดูแลโคลอสโตมีย์ของผู้ป่วย 2 ราย อยู่ในเกณฑ์พอใช้ 2 ราย อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี และ 1 ราย อยู่ในเกณฑ์ดีมาก

เรมวล นันทคุวัตน์ (2524 : 82-84) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลรัฐบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ พบว่าเพศและอายุไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ระยะเวลาของการรักษาและความรู้เรื่องโรคเบาหวานนั้น พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01

อเรนท์ (Arenth 1985 : 20-24) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากศูนย์เนื้องอกวิทยา Johns Hopkins Oncology Center จำนวน 56 คน เพื่อเปรียบเทียบผลการประเมินความต้องการของผู้ป่วย ระหว่างการประเมินของพยาบาลก่อนการจำหน่าย กับการประเมินตนเองของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย 3 วัน ว่าแตกต่างกันหรือไม่ ผลการศึกษพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ คือ พยาบาลประเมินความสามารถของผู้ป่วยสูงกว่าความสามารถที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย และความต้องการผู้ช่วยเหลือหรือเครื่องมือในการทำกิจกรรมดังกล่าว ตลอดจนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินการของโรค การอักเสบ การป้องกันการตกเลือด การบริหารและโภชนาการ

เบเคอร์ (Baker 1986 : 2619B) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่ปกติ (Recovery) ภายหลังการจำหน่าย ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดี (Cholecystectomy

Surgery) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น จำนวน 25 คน จากศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Sciences Center) ของ University of Illinois ที่ชิคาโก พบว่าภายหลังการผ่าตัด 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยทั้งหมดเห็นว่าสภาพร่างกายยังไม่หายกลับสู่ปกติดังเดิม ในด้านสังคมผู้ป่วย 15 คน มีความเห็นว่า มีสภาพสังคมที่ดีเหมือนเดิม ในด้านจิตสังคมมีเพียง 10 คน ที่เห็นว่า มีภาวะจิตสังคมอยู่ในระดับปกติเหมือนเดิม

คลีเมนท์ (Clements 1986 : 2620B) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับการปฏิบัติการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานในเด็ก จำนวน 81 คน พบว่า ระดับความรู้กับการปฏิบัติการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กันในทางบวก สามารถใช้ทำนายได้ ส่วนอายุ เพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ไม่สามารถใช้ทำนายระดับการปฏิบัติการดูแลตนเองได้

เบิร์นส์ (Burns 1986 : 992 B) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการสนองความต้องการเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ในสังคมและการอยู่ตามลำพัง (Solitude) ในผู้ป่วยจำนวน 90 คน ที่ได้รับการดูแลที่บ้าน Nursing Home และโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มมีวิธีการสนองความต้องการไม่แตกต่างกัน และความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการสนองความต้องการทางด้านปฏิสัมพันธ์ในสังคม และการอยู่ตามลำพัง

สแครนตัน (Scranton 1986 : 480) ได้ศึกษาประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตสังคม ก่อนและหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยที่จำหน่ายจาก George Morris Peierson Rehabilitation Center ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย จำนวน 186 คน พบว่า ผู้ป่วยมีสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจดีขึ้นหลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย โดยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ดีกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตสังคม และผู้ป่วยจะมีการฟื้นฟูสมรรถภาพมากที่สุดขณะที่ได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล ในระยะหลังการจำหน่ายผู้ป่วยบางคนจะมีสมรรถภาพเพิ่มขึ้น บางคนคงเดิม แต่บางคนมีสมรรถภาพลดลงไปหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

