



บทที่ 1

บทนำ

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระดูกหักเป็นปัญหาสำคัญของระบบกระดูกและข้อ ที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้นตามปริมาณของ ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่าง ๆ เพราะอุบัติเหตุแต่ละครั้งมักก่อให้เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ และกระดูกร่วมอยู่ด้วยเสมอ เจริญ โชติภักดิ์ (2524 : 477-479) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วย อุบัติเหตุส่วนมากมักเกิดภัยอันตรายกับระบบการเคลื่อนไหว (Musculoskeletal) ถึงร้อยละ 60 หรือมากกว่า เมื่อเทียบกับร่างกายระบบอื่น ๆ ซึ่งผู้ป่วยกระดูกหักจากการได้รับบาดเจ็บต่าง ๆ เหล่านี้ สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ หากมีการดูแลรักษากระดูกหักอย่างถูกต้อง แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการ แทรกซ้อนที่ไม่ควรเกิด เช่น กระดูกไม่ติด (Non Union) การติดเชื้อที่กระดูก (Osteomyelitis) ข้อติด (Stiffness) ก็จะกลายเป็นโรคเรื้อรังรักษาหายได้ช้า และอาจกลายเป็นความพิการ ชนิดถาวร โดยที่ส่วนนั้นไม่สามารถกลับมีรูปร่าง และทำหน้าที่อย่างเดิมได้ มีผลให้เกิดการสูญเสีย ทางร่างกายและจิตใจ เกิดอุปสรรคในการประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิตที่ดีในสังคม เป็น ภาระแก่ผู้อื่น ทั้งที่ผู้ป่วยอยู่ในวัยที่น่าจะเป็นประโยชน์แก่ครอบครัวและประเทศชาติอย่างมาก

ปัจจุบัน ได้มีการปรับปรุงวิธีการรักษากระดูกหัก ให้ดีขึ้น การผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน (Internal Fixation) ก็เป็นวิธีการรักษาที่ปลอดภัยและนิยมกันมาก (Phipps 1983 : 746) บงกช พิงพุทธารักษ์ (2529 : 229) กล่าวว่า การผ่าตัดจะช่วยให้กระดูกที่หักติดกันในท่าที่ถูกต้องและมีความมั่นคงดี สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดการเคลื่อนไหวนาน ๆ และยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้นอีกด้วย ซึ่งโดยทั่วไป เมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลา คือ ไม่มีข้ออย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนการจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการคงที่และ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย ตลอดจนอาการเจ็บป่วย ลดลงจนสามารถควบคุม ได้ด้วยการรับประทานยา ก็จะได้รับจำหน่ายจากโรงพยาบาลให้กลับ

ไปพักผ่อนที่บ้านเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีการปรับสภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้กลับคืนสู่สภาพเดิม สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ช่วยให้มีกิจกรรมทางสังคมตามปกติ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข อีกทั้งยังเป็นภาระประหยัดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และผู้ป่วยเองก็ต้องการอยู่กับครอบครัวและญาติพี่น้องมากกว่าด้วย (Gustierrez 1985 : 48-49)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าคุณภาพการรักษากระดูกหักจะดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้เร็วขึ้น แต่การรักษากระดูกหักจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นนานเป็นเดือนกว่ากระดูกจะติดดี (Rockwood 1975 : 1139) และระหว่างพักฟื้นก็ต้องมีการดูแลรักษาเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จนกระทั่งอวัยวะส่วนนั้นทำหน้าที่ได้ตามปกติ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แครร์โรล (Carroll 1983 : 88) กล่าวว่า เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด เกี่ยวกับการละเว้นการลงน้ำหนักบริเวณผ่าตัด การดูแลรักษาแผลผ่าตัด การรับประทานยา และการติดตามการรักษา ฉะนั้น ผู้ป่วยจะต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมที่บ้านใหม่ ต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างที่แตกต่างไปจากภาวะปกติที่เคยปฏิบัติ และยังไม่สามารถทำงานหนัก ๆ ได้เหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ป่วยกระดูกขาหัก จะไม่สามารถลงน้ำหนักขาข้างผ่าตัดได้ จำเป็นต้องใช้ไม้ค้ำยันช่วยในการเดินจนกว่ากระดูกจะติดดี ซึ่งจะมีผลถึงการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ นับตั้งแต่กิจวัตรประจำวัน กิจกรรมการดูแลรักษาตนเอง กิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจต่าง ๆ

ดังนั้น ในระหว่างพักฟื้นผู้ป่วยจะไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติได้ เนื่องจากต้องจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลานาน และความพิการที่เกิดขึ้นหรือหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีความจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น สภาพร่างกายและท่าทางที่เปลี่ยนไป ตลอดจนการสูญเสียบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล หวาดกลัว ขาดความมั่นใจ และรู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า ซึ่ง วอร์นีย์ สัตยวิวัฒน์ (2530 : 18) ได้กล่าวถึงปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหัก ไว้ดังนี้ คือ มีภาวะการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ มีปัญหาทางอารมณ์ และต้องการฟื้นฟูสภาพให้กลับไปดำรงชีวิตดังเดิม

นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการผ่าตัดรักษากระดูกหักจนอาการทุเลา และกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ป่วยตามเดิม ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำอีกด้วยอาการแทรกซ้อนจากกระดูกหัก ซึ่งได้รับการยืนยันจากการศึกษาติดตามผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักของโรงพยาบาลเลิดสิน ในปี พ.ศ. 2521 - พ.ศ. 2524 จำนวน 299 ราย พบว่าหลังจำหน่ายมีผู้ป่วยที่มาติดตามรับการรักษาจนสิ้นสุดเพียง 76 ราย และจากจำนวนผู้ป่วยซึ่งพบว่า มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น คือ มีการติดเชื้อ 28 ราย และกระดูกไม่ติด 7 ราย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่อีกครั้ง (ประดิษฐ์ ศักดิ์ศรี 2527 : 31) และจากการศึกษาของสแครนตัน (Scranton 1986 : 480) ก็พบว่า ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วมีสมรรถภาพด้านร่างกายและจิตใจลดลงไป

จากการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ความพิการจากกระดูกหักนั้นทำให้ผู้ป่วยประสบปัญหาที่คุกคามทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมในระหว่างพักฟื้นที่บ้าน และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ทำให้ต้องสูญเสียทั้งเวลา และค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งของภาวะแทรกซ้อนในระยะพักฟื้น อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่มีการดูแลตนเอง ให้สอดคล้องกับแผนการรักษา

นิลิตา จรุงโรจน์ (2531 : 107) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากในระยะพักฟื้นพบว่า ผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยตนเอง ได้ช้าจะมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ภายหลังการผ่าตัดมากกว่า และใช้ระยะเวลาในการรักษานานกว่าผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้เร็ว รวมทั้งมีผู้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองดีที่สุด จะมีการปรับตัวได้ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (นवलชนิษฐ์ ลิมนิวาสส์ 2531 : 791)

ในระยะพักฟื้น การป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ ถือเป็นจุดประสงค์ที่สำคัญในการดูแลรักษา และการที่จะบรรลุถึงจุดประสงค์ได้ จำเป็นต้องอาศัยการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างถูกต้องและต่อเนื่องเป็นสำคัญ แพทย์และพยาบาลเป็นแต่เพียงผู้คอยแนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติดูแลตนเอง ให้ได้มากที่สุดเท่านั้น โดยการกำหนดแผนการดูแลและรักษา ให้สอดคล้องกับ

ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในภาวะที่ผู้ป่วยมีการขาดการดูแลตนเอง (self-care deficit) ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเอง (Therapeutic self-care demands) ที่เกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ (จินตนา ยูนิพันธ์ 2529 : 156-159) ดังนั้น หน้าที่รับผิดชอบของพยาบาล ก็คือ จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองให้ได้มากที่สุดและอย่างต่อเนื่อง โดยการสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

กล่าวได้ว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกกระดูกสะโพก เนื่องจากการศึกษาพบว่า การดูแลตนเอง จะต้องอาศัยองค์ประกอบต่าง ๆ ได้แก่ การมีความรู้และทักษะในเรื่องนั้น ๆ เป็นอย่างดี และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ (Orem 1971 : 79) สุปาณี วศินอมร (2531 : 267) กล่าวว่า การขาดความรู้ ความเข้าใจ และวิธีปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น ไม่ทราบวิธีการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกายหรือการบริหารร่างกายจะทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมการดูแลตนเองลดลงกว่าปกติ และมีผลให้ผู้ป่วยขาดการดูแลตนเองได้ แต่อย่างไรก็ตาม ความรู้และทักษะเพียงอย่างเดียวก็ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระทำการดูแลตนเองได้ จำเป็นต้องเน้นที่องค์ประกอบทางจิตวิทยา เกี่ยวกับทัศนคติของตัวบุคคลที่จะกระตุ้นให้เกิดกระทำการดูแลตนเองด้วย ซึ่งโดยปกติคนเรามักมองสิ่งที่ดีว่ามีคุณค่ามากกว่าสิ่งที่มีความสำคัญมากกว่าปกติ และจะลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เฉพาะสิ่งที่มีความหมายหรือคาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์ 2529 : 128) สุรีย์ จันทรโมลี (2528 : 56-57) พบว่า การที่ผู้ป่วยไม่มีการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นผลเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือไม่รู้ แสดงว่า ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ตลอดจนการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง มีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่บ้านได้

นอกจากนี้ แหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัวและญาติก็มีส่วนสำคัญที่จะทำให้อุปสรรคต่อการรักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเป็นแรงสนับสนุนและแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 35) รวมทั้งช่วยเหลือระดับประคองเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เป็นหน่วยบริการที่จะเอาใจใส่ดูแล

ผู้ป่วยขณะกลับไปพักผ่อนที่บ้าน เป็นแหล่งพื้นฐานของการมีสุขภาพดีและการดำเนินชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี (วารณวิไล จันทราภา 2531 : 31) แคแพลน (Caplan 1974 : 4-7) กล่าวว่า ระบบการสนับสนุนจากสังคมจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยหรือมีโรคภัย ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นการสนับสนุนจากคนในกลุ่มเครือข่ายหรือกลุ่มเพื่อนสนิท และถ้าบุคคลในครอบครัว เข้าใจบทบาทของตนเองและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและปฏิบัติตนตามแผนการรักษาได้

ฮับบาร์ด (Hubbard 1984 : 266) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางสุขภาพ (health practice) ไปในทางบวก จึงกล่าวได้ว่าครอบครัวเป็นระบบสนับสนุนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่บ้าน ได้ดี ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวนั้นอาจจะอยู่ในรูปของการสนับสนุนที่จับต้องได้ (Tangible support) ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงิน แรงกาย คำแนะนำ และข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ หรือ การสนับสนุนที่ไม่จับต้องได้ (Intangible support) ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และสังคม (Pender 1987 : 397)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ให้มีการฟื้นฟูสุขภาพกลับคืนสู่ภาวะปกติ โดยเร็วที่สุด โดยการกระตุ้น สอน และแนะนำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่องต่อไปอีก เพื่อลดผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลัง ซึ่งจะทำให้หายจากโรคอย่างรวดเร็ว ไม่มีความพิการเกิดขึ้น และไม่เสียเวลาในการรักษานาน อีกทั้งยังสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองใหญ่ มีความแตกต่างระหว่างสภาพการดำเนินชีวิตในสังคม วัฒนธรรม ภูมิหลัง และลักษณะบริการ ซึ่งมีผลต่อระดับการดูแลตนเอง และมีผลให้ผู้ป่วยต้องการที่จะดูแลตนเองเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างอิสระมากขึ้น จากความจำเป็นของการดูแลตนเองในระยะพักฟื้น และปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในบทบาทที่ซึ่งสนองนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการมุ่งเน้นและส่งเสริมการพึ่งตนเองของประชาชน ให้มีคุณภาพมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ประกอบกับพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มักไม่เคยปฏิบัติงานในชุมชนมาก่อน จึงเป็นการยากที่จะทราบถึงปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย และพยาบาลยังมีบทบาทน้อยในการเชื่อมโยงบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนยังไม่พบว่า มีผู้ใดทำการศึกษา

หรือรู้ปัญหามาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก กระยะพักฟื้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้น ใน กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้น จำแนก ตามภูมิหลังและการสนับสนุนจากครอบครัว

### สมมติฐานการวิจัย

ระดับการดูแลตนเอง เป็นสถานการณ์ที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแล ช่วยเหลือตนเอง ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการดำรงชีวิตที่ดี โอเรม (Orem 1980 : 70-71) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ และเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลจะแสดงออกตามความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมหรือแนวการปฏิบัติของกลุ่มสังคม ตลอดจนลักษณะของบุคคล อันได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ เป็นต้น ซึ่ง ฟอสเตอร์ และแจนเซน (Foster and Janssen 1985 : 131) ก็ได้กล่าวไว้ว่า สิ่งแวดล้อมและลักษณะบุคคลนี้ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมตามบทบาทที่คาดหวังของบุคคล เช่นเดียวกับคำกล่าวของเทอร์เรส (Torres 1986 : 98) ที่ว่า ความสามารถของบุคคลในการสนองความต้องการในการดูแลตนเองนั้น ขึ้นอยู่กับระดับพัฒนาการของร่างกาย ประสบการณ์ในชีวิต วัฒนธรรม สุขภาพ ระบบครอบครัว และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ นอกจากนั้นองค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ ยังเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของบุคคลอีกด้วย (Joseph 1980 : 134-137) ดังนั้น ปัจจัยทั้งทางด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม จึงมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ ทำให้บุคคลมีการดูแลตนเองในระดับที่แตกต่างกัน

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ว่า

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

#### ขอบเขตของการวิจัย

1. ตัวอย่างประชากร  
ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ขา ซึ่งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน จากโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร และมาติดตามการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ หลังจำหน่ายกลับไปพักฟื้นที่บ้านไม่เกิน 2 สัปดาห์
2. ตัวแปรที่ศึกษา คือ
  - 2.1 ภูมิหลังของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา
  - 2.2 การสนับสนุนจากครอบครัว
  - 2.3 ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้น ซึ่งจะครอบคลุมถึง ความรู้ในการดูแลตนเอง การให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง และทักษะในการดูแลตนเอง

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ระดับการดูแลตนเอง หมายถึง ผลต่างระหว่างความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ด้านการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง และด้านทักษะในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งริเริ่มและกระทำโดยบุคคล เพื่อดำรงรักษาความมีสุขภาพดีของตนเอง และสวัสดิภาวะของตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ในขณะที่เจ็บป่วยของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้

1. การรักษาหน้าที่และสวัสดิภาวะของตนเอง ได้แก่ การป้องกันอันตรายของชีวิต การปรับตัวต่อภาวะเครียด และการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำตัวตนเอง เพื่อให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ มีการขับถ่ายเป็นปกติ มีการพักผ่อนและออกกำลังกายอย่างเพียงพอ รวมทั้งมีการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้าอย่างถูกต้อง
3. การปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา ได้แก่ การปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับยาตามขนาด และเวลาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ การดูแลแผลผ่าตัดอย่างถูกต้อง การใช้ไม้ค้ำยันช่วยเดิน โดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างผ่าตัดอย่างถูกต้อง และการบริหารขาข้างผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น
4. การใส่ใจและการรับรู้สภาพการเจ็บป่วยของตนเอง ได้แก่ การรับรู้อันตรายเกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลและรับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ก่อนการนัดหมาย การหลีกเลี่ยงอันตราย และการปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการของโรคอย่างถูกต้อง เช่น อาการบวม ความเจ็บปวด อาการแทรกซ้อนจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นต้น
5. การเรียนรู้และปฏิบัติเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อน เช่น อาการอักเสบของแผลผ่าตัด อาการชา อาการข้อติดแข็ง อาการลิบเล็กของกล้ามเนื้อ กระดูกไม่ติด ความกลัวหรือความวิตกกังวล เป็นต้น

ความต้องการในการดูแลตนเอง หมายถึง สิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกต้องมี ต้องทำได้ โดยครอบคลุมถึงความรู้ในการดูแลตนเอง การให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง และทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมเพียงพอ สำหรับการดูแลรักษาสุขภาพและดำเนินชีวิตประจำวันอย่างอิสระ ในระยะพักฟื้น ซึ่งถือว่าเป็นมาตรฐานหรือเกณฑ์ที่ผู้ป่วยจะต้องดูแลตนเองให้ได้ ความต้องการนี้ตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก



ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายใต้กรรมกระตุกหรือทำได้ตามความเป็นจริงขณะนั้น ซึ่งครอบคลุมถึงความรู้ในการดูแลตนเอง การให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง และทักษะในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองในระยะพักฟื้น

ความรู้ในการดูแลตนเอง หมายถึง ความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลให้สามารถแสดงออกได้ในลักษณะของความจำ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำประสบการณ์ไปใช้

การให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงความพอใจหรือเห็นคุณค่าของ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

ทักษะในการดูแลตนเอง หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในรูปการกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้และทัศนคติ

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวซึ่งมีความสัมพันธ์กันทางชีวภาพหรือกฎหมาย ในการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้น อันได้แก่ การสนองความต้องการทางด้านอารมณ์และสังคม การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน หรือร่างกาย และการให้คำแนะนำหรือข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็น

ภูมิหลังของผู้ป่วย หมายถึง อายุ เพศ และระดับการศึกษาของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้น หมายถึง ผู้ป่วยกระดูกขาหัก ซึ่งได้รับการผ่าตัดจัดกระดูกหักให้เข้าที่และใส่โลหะยึดตรึงภายใน (Open Reduction and Internal Fixation) ที่กลับมาติดตามการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ กรุงเทพมหานคร หลังจำหน่ายกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ไม่เกิน 2 สัปดาห์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
ศัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้น ได้อย่างเหมาะสม
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับฝ่ายการพยาบาล เพื่อนำไปวางแผนปรับปรุงการให้  
บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ให้มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป
3. เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษา  
พยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน
4. เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า วิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านการให้  
สุขศึกษา แก่ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกก่อนกลับบ้านต่อไป
5. เป็นข้อมูลศึกษาค้นคว้า เพื่อความก้าวหน้าในศาสตร์ทางการพยาบาล

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย