

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) เป็นภาวะที่พบบ่อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของผู้สูงอายุ (อารี ตनावลี, 2551) พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดทั่วโลกในแต่ละปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 มีไม่น้อยกว่า 1,300,000 ราย (Parker, 2008) โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2,600,000 ราย ในปี ค.ศ. 2025 และ 4,500,000 ราย ในปี ค.ศ. 2050 (Gullberg, Johnell, & Kanis, 1997 cited in Parker, 2008) และมีรายงานว่าปี ค.ศ. 2003 ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 345,000 ราย (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2004) ซึ่งพบผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเป็นผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Beer & Jones, 2006) ในปี ค.ศ. 2004 มีรายงานว่ากว่า 320,000 รายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประมาณการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2040 จะเพิ่มเป็น 500,000 ราย (CDC, 2004) โดยกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วอัตราส่วนจะสูงขึ้นตามจำนวนประชากรและอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งไม่แตกต่างจากประเทศแถบเอเชียและประเทศกำลังพัฒนาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน (Parker, 2008) จากการศึกษาไปข้างหน้าเพื่อดูแนวโน้มของการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักในแถบเอเชีย คาดว่าจะมีผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเพิ่มเป็นร้อยละ 50 ในปี ค.ศ. 2050 (Gullberg, Johnell, & Kanis, 1997)

สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่พบสถิติที่รวบรวมการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุโดยตรง การรายงานสถิติการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุยังต่ำกว่าความเป็นจริงมาก พบได้ประมาณ 7 คนต่อ 100,000 ประชากร และยังไม่เคยมีรายงานการศึกษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก รวมถึงการคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยในอนาคตมาก่อน (ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์, 2553) แต่พบว่ามีกรรวบรวมอุบัติการณ์ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ถึงปี พ.ศ. 2543 จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ธวัช ประสาทฤทธา, 2550) และมีการศึกษาปัญหาดังกล่าวในจังหวัดลำปาง เพื่อหาลักษณะและอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ของจังหวัดลำปาง ระหว่าง พ.ศ. 2540-2549 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 13 ต่อปี (ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์, 2553) ซึ่งจัดได้ว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่งของประเทศไทย (อารี ตनावลี, 2551)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักในปีแรกจะมีอัตราการตายอยู่ที่ร้อยละ 4-15 และหลังจากนั้นจะเป็นเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยอัตราการตายจะสูงสุดในช่วงแรกของการหัก แล้วจึงค่อย ๆ

ลดลง แต่ยังสูงอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก (วุฒิพงษ์ ชั้นประดับ, 2553) ภาวะกระดูกสะโพกหัก จะก่อให้เกิดความเจ็บปวดเป็นอย่างมาก (McCaffery, 1994) ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายจะพบการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (Rao & Cherukuri, 2006) เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในระบบหายใจ พบ Fat Embolism, Pulmonary Thromboembolism ระบบไหลเวียนเลือด เช่น ภาวะช็อค ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง และ Metabolism (สารเนตร ไวกกุล, 2539) ระบบทางเดินอาหารโดยจะทำให้ไม่อยากอาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง (Miller, 2009) อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้นตามอายุ เนื่องจากมีความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ (สาธิต เทียงวิทยาพร, 2551) ด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว เกิดความท้อแท้ ทำให้สภาพจิตใจเลวลง เกิดภาวะสับสน ซึมเศร้าและสิ้นหวังในชีวิตเนื่องจากไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้เองตามปกติ (สิริสุดา ชาวคำเขต, 2541; Miller, 2009) รวมถึงทำให้เกิดความเครียดจากการปรับตัว เพื่อให้อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพา (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538) การมีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดน้อยลง (Miller, 2009) ซึ่งภาวะกระดูกสะโพกหักนี้หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตในที่สุด (Rao & Cherukuri, 2006)

ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมากกว่าร้อยละ 76 เป็นเพศหญิง และยังพบว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยในช่วงอายุที่มากกว่า 65 ปี สาเหตุกว่าร้อยละ 90 มาจากการพลัดตก หกล้ม และส่งผลให้เกิดกระดูกสะโพกหัก มักพบในคนผิขาวมากกว่าคนผิวดำ (CDC, 2004) โดยในแต่ละปีจะมีผู้สูงอายุหกล้มถึงร้อยละ 35-40 (American Geriatrics Society, British Geriatrics Society and American Academy of Orthopedic Surgeons Panel on Fall Prevention, 2001) สำหรับในประเทศไทยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการพลัดตก หกล้มเป็นส่วนมากเช่นกัน (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) อุบัติการณ์ของการหกล้มมีถึงร้อยละ 20 โดยมีการหกล้มมากกว่า 2 ครั้งถึงร้อยละ 8 อัตราการหกล้มจะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) และรองลงมาคือ การกระแทกอย่างแรง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) การหกล้มมักจะพบมากในผู้สูงอายุเพศหญิง ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้มเกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย (ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2551) แสงสว่างที่ไม่เพียงพอ พื้นลื่นขรุขระหรือสิ่งกีดขวาง และผนังหรือที่จับยึดที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอ วางของใช้ไม่เป็นระเบียบ (Linton & Lach, 2007) และปัจจัยภายในเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยทั้งด้านโครงสร้างหน้าที่ การทำงาน รวมถึงด้านจิตใจที่จะส่งผลทำให้เกิดโรคและพยาธิสภาพในแต่ละระบบของผู้สูงอายุ (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552) โดยมักจะพบว่ามีโรคประจำตัว หรือมีปัญหาด้านการทรงตัว การก้าวเดินและการมองเห็นร่วมด้วย

ส่วนปัจจัยเสริม คือ ภาวะกระดูกพรุน ซึ่งเป็นภาวะที่ทำให้ความหนาแน่นของกระดูกลดลง โดยจะส่งผลให้กระดูกไม่สามารถรับน้ำหนักหรือแรงกดได้ตามปกติ (วลัยพร นันทสุภวัฒน์, 2552) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตรา 2-3 ต่อ 1 โดยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมร่วมด้วย เช่น การดื่มสุรา การขาดการออกกำลังกาย หรือเคยมีกระดูกสะโพกหักมาก่อน รวมถึงการใช้ยารักษาจิตประสาท และมีความผิดปกติของการทำงานของสมองร่วมด้วย (นิวัฒน์ ธิบุญลาภ, 2549)

การรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักวัตถุประสงค์เพื่อให้ฟื้นสู่สภาพปกติโดยเร็ว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น (สมชัย ปรีชาสุข, 2539) การรักษาในปัจจุบันประกอบด้วย การดึงหรือจัดกระดูกให้เข้าที่โดยวิธีไม่ผ่าตัด และการผ่าตัดที่ใช้เทคนิคการลดขนาดของแผล โดยรวมถึงการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมด้วย (ขงยุทธ ศิริปการ, 2553) ซึ่งการผ่าตัดจะเป็นทางเลือกหลักสำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษาในรายที่ไม่มีข้อจำกัด หรือเพื่อช่วยให้การฟื้นสภาพของผู้ป่วยสูงอายุได้เร็วขึ้น (เจริญ โชติกวนิชย์, 2539) การรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักที่มีความปลอดภัยสามารถฟื้นสู่สภาพและกลับคืนสู่สภาวะปกติได้เร็ว นั่นคือ การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก (Christmas, 2006) ด้วยเทคโนโลยีและวิวัฒนาการสมัยใหม่ทำให้มีผลดีมาก (ขงยุทธ ศิริปการ, 2553) ภายหลังการผ่าตัดพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นมาก ส่งผลให้คุณภาพด้านจิตใจ และสิ่งแวดล้อมดีขึ้นตามมา (ทัศนีย์ มีประเสริฐ, 2550) อย่างไรก็ตามแม้การผ่าตัดจะมีผลที่ดีมาก แต่ก็ยังพบปัญหาแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Morgan et al., 2005) การติดเชื้อทางระบบปัสสาวะ ระบบหายใจ แผลกดทับได้ (McLaughlin et al., 2006) และที่พบมากคือการเลื่อนหลุดของข้อสะโพก (Kenzora et al., 1998) โดยการหกล้มซ้ำเป็นสาเหตุหลักของการเลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียมมักเกิดจากหลังผ่าตัดผู้สูงอายุไม่สามารถเดินได้อย่างคล่องตัวโดยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Schoen, 2000)

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลชัยภูมิพบว่า สาเหตุหลักของการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนไม่เหมาะสม คือผู้สูงอายุขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด และมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในปฏิบัติตน โดยการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่ดีและเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญในการลดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (กฤษณกมล วิจิตร, 2547) การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ โดยการรับรู้ภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ พบว่า การเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดจากความต้องการเนื่องจากเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลง สิ่งนั้นต้องตรงกับความต้องการและค่านิยมของบุคคล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะมีผลต่อพฤติกรรม

ของบุคคลโดยจะเป็นการเปลี่ยนแปลงก่อนข้างถาวร (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536) สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพฤติกรรมการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมนั้นจะต้องส่งเสริมความรู้ โดยพบว่าความรู้เป็นสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติที่สำคัญที่ทำให้เกิดการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามมา (จิรสุตา กาญจนสถิตย์กุล, 2552; เสาวคนธ์ อุบลศรี, 2551) ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จะต้องมีความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องด้วย

ความรู้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านสติปัญญา และความรู้สึกที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องโรคอีกทั้งยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมปฏิบัติตนในทุก ๆ ด้าน (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542)) ความรู้จึงเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคและส่งผลให้มีพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสม (Becker & Rosenstock, 1984) สำหรับด้านสุขภาพบุคคลจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการกระทำด้วยความเชื่อที่ว่าทำแล้วทำให้มีสุขภาพดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536) ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน ดังการศึกษาของ มยุรี ปัญญาสิม (2551) พบว่าการให้ความรู้สามารถช่วยให้ผู้ที่เป็โรคไตเรื้อรังได้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ กมลทิพย์ ภูมิศรี (2547) พบว่าการให้ความรู้มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้น

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ให้มีการปฏิบัติตนตามความคิดเห็นความเข้าใจของบุคคล ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย บุคคลจึงมีการปฏิบัติตนหรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัยที่แตกต่างกันไป (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) อธิบายว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมียอดองค์ประกอบในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน ซึ่งเป็นปัจจัยด้านการรับรู้ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการรับรู้นั้น นอกจากนี้แล้วยังต้องมีปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยได้ถึงแม้จะไม่มีการ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในรูปแบบของ Rosenstock, Stretcher, and Becker (1997 cited in Janz, Champion, & Stretcher, 2002) ได้เพิ่มองค์ประกอบด้าน สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1977) เข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Stretcher, and Becker (1997 cited in Janz, Champion, & Stretcher, 2002) มาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยเลือกโรงพยาบาลชัยภูมิเป็นสถานที่ดำเนินการ เนื่องด้วยเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประจำจังหวัดชัยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเครือข่ายทั้งจังหวัดชัยภูมิและบางส่วนของจังหวัดนครราชสีมา จากสถิติผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการด้วยภาวะกระดูกสะโพกหัก และทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในปีงบประมาณ 2553, 2552 และ 2551 มีจำนวน 77, 80 และ 72 ราย ตามลำดับ มีการรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จำนวน 12, 10 และ 11 คิดเป็นร้อยละ 15.58, 12.50 และ 15.20 ตามลำดับ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหา จึงจัดสร้างโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมอีกทั้งยังทำให้เกิดความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมตามมา อันจะนำไปสู่ การลดการเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ บุคลากร ของโรงพยาบาล ตลอดจนผู้ดูแลด้วย

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ในระยะหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมหรือไม่
2. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ในระยะหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

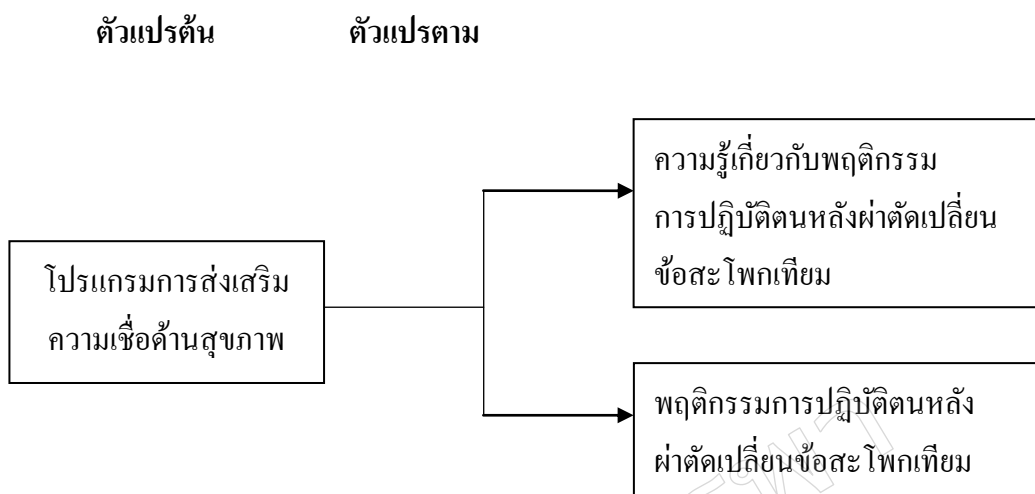
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Stretcher, and Becker (1997) โดยนำมาประยุกต์ใช้สร้างโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ที่เชื่อว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคล อีกทั้งยังเชื่อว่าเมื่อบุคคลนั้นปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีกับตนเอง โดยความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติตนของบุคคลในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเมื่อทำให้บุคคลนั้นมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง (Becker & Rosenstock, 1984) การส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องประกอบไปด้วยการส่งเสริมด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง การรับรู้ความรุนแรงของการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การใช้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถตน สิ่งสำคัญอีกประการคือต้องส่งเสริมความรู้เนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้บุคคลสามารถเลือกแนวทางที่จะปฏิบัติ ทำให้เกิดความเข้าใจ มีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตน ดังนั้นการให้ความรู้และส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสม จากแนวคิดที่กล่าวมาสามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาในกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง (Two-group Pretest-posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นครั้งแรก ณ โรงพยาบาลชัยภูมิ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นครั้งแรก ณ โรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วยตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. ตัวแปรตาม คือ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

และพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หมายถึง บุคคลเพศชายและหญิงที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกระดูกสะโพกหัก

เข้ารับการทำหัตถการเปลี่ยนหัวใจกระดูกสะโพก โดยใช้เทคนิคพิเศษเข้าไปแทนกระดูกที่เปลี่ยนออกไปเป็นครั้งแรก ณ โรงพยาบาลชัยภูมิ

โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมการพยาบาล อย่างมีระบบและเป็นขั้นตอนที่ผู้สูงอายุได้รับหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพของ Rosenstock et al. (1997) ดำเนินการเป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการที่หอผู้ป่วย กิจกรรมประกอบไปด้วยการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตน หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม รวมทั้งส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์ที่เป็นผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์หลังผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพกเทียม พร้อมการให้ฝึกปฏิบัติไปพร้อม ๆ กัน อีกทั้งยังมีคู่มือการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแจก เพื่อให้ศึกษาภาพพร้อมประกอบคำบรรยายด้วย ส่วนในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 จะติดตามเยี่ยมที่บ้านหรือสถานที่พัก และกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ในเรื่องพฤติกรรม การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 4 ประเมินความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พร้อมเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ถูกต้อง

พฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เพื่อให้ตนกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือสามารถดูแลตนเองได้มากที่สุดตามศักยภาพของตนภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ในเรื่องดังต่อไปนี้ คือ การบริหารร่างกาย การเคลื่อนไหว การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด สามารถประเมินผลได้โดยใช้แบบประเมิน พฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ประเมิน พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่สร้างขึ้นโดย เสาวภา อินฬา (2550)

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หมายถึง ความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ในเรื่องดังต่อไปนี้ คือการบริหารร่างกาย การเคลื่อนไหว การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด สามารถประเมินผลได้โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพกเทียมที่สร้างขึ้นโดย เสาวภา อินฬา (2550)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยพยาบาลประจำการ
ที่ตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลชัยภูมิ กระทำให้แก่ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยน
ข้อสะโพกเทียม ประกอบด้วย ในระยะก่อนผ่าตัด จะเป็นการให้ความรู้และคำแนะนำในเรื่อง
การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดทั่ว ๆ ไป การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร
การดูแลตนเอง รวมทั้งในระยะหลังผ่าตัด ผู้สูงอายุจะได้รับการพยาบาลตามแนวทางการดูแล
ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเป็นรายบุคคลตาม
ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University