

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยผู้วิจัย ได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นกรอบแนวคิดและเป็นแนวทางในการศึกษา มีหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ

1.1 การรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

1.2 การพยาบาลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยน

ข้อสะโพกเทียม

2. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อ

ด้านสุขภาพ

3. โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยน

ข้อสะโพกเทียม

ภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ

ภาวะกระดูกสะโพกหัก หมายถึง ภาวะที่เนื้อกระดูกขาดการต่อเนื่องกันอาจเป็นบางส่วน หรือทั้งหมด (ชนรัฐ จันทอุปพี, 2548) โดยมีการหักบริเวณส่วนต้นของกระดูกต้นขา อันประกอบด้วย ส่วนของหัวกระดูกและเบ้าของข้อสะโพก สามารถแบ่งตามตำแหน่งที่หักเป็น 2 ชนิด (Schoen, 2000) ได้แก่

1. การหักของกระดูกสะโพกที่เกิดขึ้นภายในข้อและเบ้าสะโพก (Intracapsular) หรือการหักของคอกระดูกฟีเมอร์ (Femur) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ การหักบริเวณ แนวใต้หัวกระดูกฟีเมอร์ การหักผ่านบริเวณแนวของคอกระดูกฟีเมอร์ และการหักบริเวณ แนวใต้คอกระดูกฟีเมอร์ (ไพรัช ประสงค์จีน, 2552)

2. การหักของกระดูกสะโพกที่เกิดขึ้นภายนอกข้อ (Extracapsular) บริเวณระหว่างปุ่ม กระดูกโคนขาใหญ่ (Greater Trochanter) และปุ่มกระดูกโคนขาเล็กจากคอกระดูก ต้นขาประมาณ 5 เซนติเมตร เรียกการหักชนิดนี้ว่า การหักของกระดูกฟีเมอร์ระหว่างปุ่มกระดูกโคนขา และ อาจรวมถึงการหักบริเวณใต้กระดูกฟีเมอร์ระหว่างปุ่มกระดูกโคนขา (ไพรัช ประสงค์จีน, 2552)

เมื่อเกิดภาวะกระดูกหักโดยเฉพาะการหักที่เกิดภายในข้อจะทำให้ Δ เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้ Δ หัวกระดูกตาย ผู้ Δ ป < ๖๕ จะมีอาการและอาการแสดงของกระดูกสะโพกหักโดยจะมีอาการปวดอย่างรุนแรงบริเวณสะโพกและต้นขา จะปวดมากขึ้นเวลาที่มีการเคลื่อนไหวสะโพก (วิวัฒน์ วรรณวิศิษฐ, 2550) มีอาการบวมและมีลักษณะการผิดรูป คือ ขา Δ งที่หักจะสั้นลง Δ อกมีการบิดพลิกออกข้างนอกเล็กน้อย Δ ๒๓ การอื่น ๆ จะขึ้นกับตำแหน่งที่หัก ถ้าหักบริเวณระหว่างปุ่มกระดูกโคนขาจะมีรอยช้ำเลือด (Echymosis) เนื่องจากรอยแตกอยู่นอกเยื่อหุ้มข้อที่บริเวณต้นขาหรือขาหนีบ จึงทำให้แยกจากพวกคอกระดูกฟิเมอร์หักได้ (ธีรชัย อภิวัชรกุล, 2552)

สาเหตุสะโพกหักในผู้สูงอายุ มี 2 จำพวกใหญ่ ๆ ดังนี้ (ธีรชัย อภิวัชรกุล, 2552)

1. ได้รับบาดเจ็บแบบไม่รุนแรง (Lower Energy Injury) ในกลุ่มนี้มักจะไม่มีปัญหาารุนแรง ไม่มีการเคลื่อนของกระดูกมาก เช่น ล้มสะโพกกระแทก กันกระแทกพื้น การรักษาส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาตามอาการ เช่น ให้น้ำยาลดปวด
2. ได้รับบาดเจ็บแบบรุนแรง (High Energy Injury) เช่น อุบัติเหตุทางการจราจร ในกลุ่มนี้อาจจะมีอันตรายของระบบอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การบาดเจ็บในช่องท้อง หลอดเลือด เส้นประสาท

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดสะโพกหักในผู้สูงอายุ

การหกล้มมักมีความสัมพันธ์กับการเกิดสะโพกหักในผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มและสะโพกหักแบ่งได้เป็น 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ ดังนี้ (สุทธิชัย จินตะพันธ์กุล, 2550)

1. ปัจจัยภายนอก หมายถึง สิ่งแวดล้อมรอบตัวไม่ว่าจะเป็นภายในบ้านหรือนอกบ้าน ซึ่งจะเกี่ยวกับแสงสว่างที่ไม่เพียงพอ พื้นลื่นขรุขระหรือสิ่งกีดขวาง ผนังหรือที่จับยึดที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอ วางของใช้ไม่เป็นระเบียบ (Linton & Lach, 2007) การแต่งกายที่ไม่เหมาะสม การสวมใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย (วลัยพร นันทสุภวัฒน์, 2552)

สาเหตุเหล่านี้มีความสำคัญกับการหกล้มของผู้สูงอายุมาก

2. ปัจจัยภายใน หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นเนื่องจากตัวผู้ป่วยเอง เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยทั้งด้านโครงสร้าง หน้าที่ การทำงาน และด้านจิตใจทำให้เกิดโรคและพยาธิสภาพในระบบต่าง ๆ ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ (วลัยพร นันทสุภวัฒน์, 2552)

2.1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ (วลัยพร นันทสุภวัฒน์, 2552; ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2551)

2.1.1 การเปลี่ยนแปลงระบบหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาเกี่ยวกับการไหลเวียนขาดออกซิเจนเกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ทำให้เกิดหน้ามืดเป็นลมได้

2.1.2 การเปลี่ยนแปลงระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เมื่อมีอายุมากขึ้นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้กล้ามเนื้อเหี่ยวลีบ ไม่มีแรงส่งผลให้การทรงตัวไม่มั่นคงทำให้มีการเดินที่ผิดปกติจากโครงสร้างที่เปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

2.1.3 การเปลี่ยนแปลงระบบประสาทรับสัมผัส ประกอบไปด้วย

2.1.3.1 ความบกพร่องในการมองเห็น (Impaired Visual Acuity) ระบบการมองเห็นจะรับข้อมูลของการทำงานของข้อต่อ ส่งไปยังระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของตาทำให้แสงผ่านเข้าไปในจอตาน้อยลง การที่เลนส์ตาของผู้สูงอายุมีความขุ่นมากขึ้นทำให้ความทนต่อแสงจ้าลดลง เมื่อเกิดแสงสะท้อนจากพื้นหรือสิ่งกีดขวางจึงก่อให้เกิดอันตรายในทางเดิน รวมทั้งการที่ผู้สูงอายุต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการปรับสายตาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของแสง (British Columbia Ministry of Health, 2004)

2.1.3.2 ความบกพร่องในการได้ยิน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการได้ยิน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากระบบเวสติบิวลาร์ (Vestibular System) ในหูชั้นใน ซึ่งประกอบด้วย อวัยวะที่ช่วยในการทรงตัว (Vestibular Apparatus) ได้แก่ Semicircular Canal มีลักษณะเป็นครึ่งวงกลมภายในบรรจุของเหลว (Endolymph) ในส่วนที่หมุนออกมาบริเวณปลายจะมีขน (Hair Cell) อยู่ ของเหลวนี้อาจเคลื่อนที่อยู่ตลอดเวลาทำให้ขนเบนไปมาเกิดคลื่นกระแสประสาทส่งไปยังสมองเพื่อควบคุมการทรงตัว (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538) ผู้สูงอายุมักมีการสะสมแคลเซียมจึงทำให้เซลล์ประสาทจะลดความสามารถในการทำงาน (British Columbia Ministry of Health, 2004)

2.1.3.3 ความรู้สึกที่รับรู้ความเคลื่อนไหวหรือตำแหน่ง (Proprioceptive) ตัวรับความรู้สึก (Mechanoreceptor) ซึ่งอยู่ในเอ็นของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ โดยเฉพาะบริเวณเท้าและกระดูกสันหลังส่วนคอ ทำหน้าที่ถ่ายทอดข้อมูลตำแหน่งของขาและลำคอไปยังสมอง ซึ่งข้อมูลที่ถ่ายทอดจาก Mechanoreceptor จะค่อยประสิทธิภาพเมื่ออายุมากขึ้น จำนวนตัวรับลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

2.2 ภาวะความเจ็บป่วย มีผลทำให้เกิดภาวะกระดูกหักที่พบได้บ่อย ดังนี้

2.2.1 ภาวะกระดูกพรุน เป็นภาวะเรื้อรังที่เกิดจากกระดูกมีการสูญเสียแคลเซียม ทำให้เนื้อกระดูกบางลงเป็นผลทำให้กระดูกเปราะ หักง่าย แม้จะได้รับอุบัติเหตุเล็กน้อย แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ภาวะกระดูกพรุนภายหลังหมดประจำเดือน และภาวะกระดูกพรุนที่เกิดเนื่องจากวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะกระดูกหักในผู้สูงอายุมากที่สุด (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551)

2.2.2 โรคข้อเสื่อม (Degenerative Joint Disease) เมื่อมีอายุมากขึ้นข้อต่าง ๆ ที่ใช้งานมานานมีการสึกหรอเกิดขึ้น ส่งผลต่อโครงสร้างของข้อเปลี่ยนไป เช่น การเสื่อมของข้อเข่าและข้อสะโพก ทำให้มีท่าเดินผิดปกติ เกิดการทรงตัวไม่มั่นคงทำให้หกล้มได้ง่าย (นิตยา ภานุพันธ์, 2548)

2.2.3 โรคสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ผู้ป่วยอาจเป็นอัมพาต แขนขาอ่อนแรง ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ (จันทนา รัตนฤทธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548)

2.2.4 ภาวะที่หลอดเลือดแดงแข็งเนื่องจากไขมันเกาะ (Atherosclerosis) เป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) ทำให้เป็นลมหมดสติ (Miller, 2009) หรือเกิดอาการหัวใจวาย (Congestive Heart Failure) ซึ่งเกิดจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ เช่น อวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และตับ เป็นต้น ทำให้มีปัญหาในการไหลเวียนโลหิต การได้รับออกซิเจนน้อยลง การเกิดความดันต่ำจากการเปลี่ยนท่า ทำให้เกิดหน้ามืดทึบได้ (จันทนา รัตนฤทธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548)

2.3 การช้ำ ในผู้สูงอายุเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และอาจพบว่า มีพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นได้หลายระบบ เช่น ความจำบกพร่อง ปัสสาวะเล็ด ต่อมลูกหมากโต ในผู้ชาย ความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับยาในแต่ละโรคที่มีหลายชนิด (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) ในการรักษาด้วยการรับประทานยา เช่น ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท หรือ ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต เป็นต้นเนื่องจากยาดังกล่าวมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (มังกร ประพันธ์วัฒนะ, 2542) ยาเหล่านี้มีผลทำให้เกิดปัญหาที่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวที่เพิ่มความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มถึง 2 เท่า (กาญจนา บุตรจันทร์, 2542)

2.4 การขาดสารอาหารในวัยสูงอายุ อันเนื่องจากสูญเสียอวัยวะในระบบทางเดินอาหาร เช่น การสูญเสียฟัน การกลืนอาหารลำบาก ความสามารถในการรับรสหรือการดูดซึมลดลง ความอยากอาหารลดลง (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2552) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการขาดสารอาหารได้ เช่น วิตามินซี วิตามินดี วิตามินบี 2 บี 6 บี 12 ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับ เบื่ออาหาร หรือขาดโปรแตสเซียมจะมีผลต่อระบบกล้ามเนื้อทำให้อ่อนแรง การทรงตัวไม่มั่นคง บางรายจะมีภาวะสับสนเนื่องจากขาดวิตามินและแร่ธาตุร่วมกับภาวะกระดูกพรุน จะส่งผลให้เกิดกระดูกหักได้ง่าย (สิริสุดา ชาวคำเขต, 2541)

2.5 ความกลัวการพลัดตกหกล้ม (Fear of Falling) ผู้สูงอายุจะเกิดความกลัวหลังจากได้หกล้มมาแล้ว และผลที่ตามมาทำให้ผู้สูงอายุลดการเคลื่อนไหว เพื่อไม่ต้องการให้มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม กล้ามเนื้อจึงเกิดฝ่อลีบและประสิทธิภาพการทำงานน้อยลง โดยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในการทำกิจกรรม โดยการลดการเคลื่อนไหวทำให้เพิ่มความต้องการในการพึ่งพาในการทำกิจกรรมมากขึ้น ขาดความมั่นใจในการเคลื่อนไหวทำให้ลดกิจกรรมที่มีบทบาทในสังคม (เสาวคนธ์ อุบลศรี, 2551)

ชนิดของกระดูกสะโพกหัก

ชนิดการหักของกระดูกสะโพกในผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น

3 ชนิด (Luckmann & Matassarini-Jacobs, 1997) ดังนี้

1. การหักของคอกระดูกฟีเมอร์ เป็นการหักที่ส่วนคอของส่วนต้นของกระดูกฟีเมอร์ ก่อนจะต่อไปเป็นหัวของกระดูกฟีเมอร์ พบได้บ่อยในผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้สูงอายุในวัยนี้จะมีภาวะกระดูกพรุนอยู่แล้วหากเกิดอุบัติเหตุเล็กน้อย ก็จะมีการหักได้ง่าย จะส่งผลทำให้หัวกระดูกขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดภาวะกระดูกไม่ติด หรือติดช้า และเกิดการอักเสบภายหลังการบาดเจ็บของข้อสะโพก (ธีรชัย อภิวัชรกุล, 2552)
2. การหักระหว่างปุ่มกระดูกโคนขาของกระดูกฟีเมอร์ เป็นการหักของกระดูกภายนอก ข้อสะโพกบริเวณระหว่างกระดูกโคนขาเล็กและใหญ่ เนื่องจากกระดูกบริเวณนี้เป็นส่วนที่มีเลือดมาเลี้ยงดีมาก และอยู่นอกเยื่อหุ้มข้อจึงไม่มีปัญหาเรื่องการติดของกระดูกแต่พบว่ามีปัญหาเรื่องการติดผิดตำแหน่งได้บ่อยถ้าได้รับการรักษาไม่เหมาะสม (วิวัฒน์ วชนะวิสิษฐ, 2550) ผู้ป่วยกระดูกหักแบบนี้จะมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยที่มีคอกระดูกหักจากแรงกระแทกที่เกิดขึ้นรุนแรง ตำแหน่งที่กระดูกหักมักมีโอกาสเสียเลือดมาก ทำให้ผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกส่วนนี้เกิดอาการแทรกซ้อน หรือมีการเสียชีวิตได้ในอัตราสูงกว่าผู้ที่มีคอกระดูกฟีเมอร์หัก (Duckworth, 1999)
3. การหักบริเวณใต้ระหว่างปุ่มกระดูกโคนขามัก จะมีปัญหาการฟื้นฟูสภาพหรือการหายของกระดูก และการหักบริเวณนี้จะมีการสูญเสียเลือดมากทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะช็อกได้สูง (Duckworth, 1999)

อาการและอาการแสดงของกระดูกสะโพกหัก

อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ คือ อาการปวดข้อสะโพก ซึ่งอาการปวดจะมากหรือน้อยขึ้นกับการเคลื่อนของกระดูก ผู้ป่วยจะขยับหรือเดินลงน้ำหนักขาข้างนั้นไม่ได้ ในผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกที่อยู่ภายในเยื่อหุ้มข้อสะโพก จะไม่มีอาการบวมหรือฟกช้ำให้เห็น เนื่องจากเลือดที่ออกจากโพรงกระดูกยังตัวอยู่ภายในข้อเท่านั้น (ธัญย์ สุภัทรพันธุ์, 2544)

ผลที่เกิดจากกระดูกสะโพกหัก

ผู้สูงอายุเมื่อมีกระดูกสะโพกหักจะมีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างมาก เนื่องจากความเจ็บปวด และการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เดินไม่ได้ สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน ปอดอักเสบ (Litchtblau, 2000 อ้างถึงใน สุมาลี ชัดอุโมงค์, 2551) กล้ามเนื้อลีบ ข้อติด เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาและเป็นภาระของผู้อื่น จากผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อด้านจิตใจ ทำให้

ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล กลัว มีอารมณ์โกรธโดยไม่มีเหตุผล มีการรับรู้ในคุณค่าของตนเอง ลดลง หรือพบว่ามีอาการซึมเศร้า (Lenze, 2007 อ้างถึงใน สุมาลี ชัดอุโมงค์, 2551)

การเกิดอันตรายต่อเส้นประสาทที่อุ้งรอบ ๆ บริเวณกระดูกที่หักจะมีผลทำให้เกิดการรับ การกระตุ้นจากกระแสประสาทความเจ็บปวด ทำให้เกิดความเจ็บปวดมาก การหดตัวของกล้ามเนื้อ รอบ ๆ กระดูกหักลดลงจนเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรือมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น ทำให้เจ็บปวดมากขึ้น (วรรณิ ศัตยวิวัฒน์, 2551)

ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก จึงควรได้รับการดูแลรักษา เพื่อบรรเทาอาการและ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ผลที่ตามมาคือความพิการและอาจทำให้ เสียชีวิตได้

ภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

ภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจะเกิดขึ้นหรือไม่นั้น สามารถพยากรณ์ได้ จากผู้สูงอายุที่มีความพิการก่อนผ่าตัดอาจจิตใจที่ทรุดโทรมหรือมีอายุมากเกินไป นอกจากนั้น ผู้สูงอายุจะมีอาการปวด ประกอบกับการต้องระมัดระวังการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก ทำให้ ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักต้องจำกัดการเคลื่อนไหว (สิริสุดา ชาวคำแหง, 2541) ประกอบกับ การรักษากระดูกสะโพกหักในระยะแรกจะใช้ วิธีการดึงถ่วงน้ำหนัก (traction) ทั้งแบบการใช้ แรงดึงที่ผิวหนัง โดยใช้ Adhesive Plaster ติดตามแขนหรือขาแล้วต่อกับเครื่องดึงโดยใช้น้ำหนัก (Skin Traction) และการดึงโดยใช้แรงกระดูกโดยตรง โดยใช้เหล็ก (Pin) แทะทะกระดูกแล้ว ต่อกับเครื่องดึงโดยใช้ น้ำหนักเป็นตัวถ่วง (Skeletal Traction) ตั้งแต่ระยะแรกที่เข้ารับการรักษ าจนกระทั่งได้ รับการผ่าตัด ศิริพร ชิตสูงเนิน, 2549) วิธีการถ่วงน้ำหนักจะช่วยลดอาการปวดและ ทำให้การผ่าตัดในภายหลังง่ายขึ้น (Schoen, 2000) แต่สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านร่างกายและจิตใจได้ ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง ภายหลังผ่าตัดใส่เครื่องยึดตรึงกระดูก หรือเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ผู้สูงอายุจะต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดหรือหักซ้ำของกระดูกสะโพก ทำให้ไม่ ค่อยมีการเคลื่อนไหวร่างกายและส่งผลให้ ต้องนอนพักเป็นเวลานาน ส่งผลให้ ผู้สูงอายุเกิดแผลกดทับได้ (อัมพร นันทสุวิวัฒน์, 2552) เนื่องจากผิวหนังของผู้สูงอายุ มีลักษณะบางเซลล์มีการเจริญช้า อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง เส้นใยอีลาสตินได้ ผิวหนังแข็งตัว ทำให้การยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำและไขมันได้ ผิวหนังลดลง ประกอบกับการไหลเวียนของเลือด ได้ผิวหนังลดลงจึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดแผลกดทับได้ง่าย (จันทนา รณฤทธิ์วิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548) และบริเวณที่พบว่าจะเกิดแผลกดทับได้มากจะเป็นปุ่มกระดูกของเชิงกราน ทั้ง ๒

สั้นเท้า และก้นกบ พบว่าร้อยละ 20-70 ของผู้ ๕ ที่เกิดแผลกดทับมักจะเกิดภายในวันหลังจากได้รับการผ่าตัด (สิริสุดา ชาวคำเขต, 2541)

1.2 ระบบการหายใจ พบว่า การนอนอยู่บนเตียงโดยที่ร่างกายเคลื่อนไหวได้น้อยลง หรือไม่ได้เคลื่อนไหว เป็นผลให้การขยายและการเคลื่อนไหวของทรวงอกมีขีดจำกัด ทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ทำให้เกิดการอุดตันของลิ่มเลือดในปอด ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายหลังผ่าตัดมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า การรับและการถ่ายเทอากาศระหว่างปอดและอากาศภายนอกลดลง ประกอบกับในวัยสูงอายุความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง เส้นใยอีลาสตินลดลง (สิริสุดา ชาวคำเขต, 2541) ความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลง ผนังทรวงอกแข็งขึ้น การเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครงลดลงเพราะมีแคลเซียมมาเกาะที่กระดูกอ่อน ชายโครงมากขึ้นปอดยึดและขยายตัวได้ ๕ น้อยลง ซึ่งเป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดการรับและถ่ายเทอากาศลดลงยิ่งขึ้นนอกจากนี้ยังพบว่าวัยสูงอายุจะมีประสิทธิภาพของการไหลลดลง (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551) ทั้งนี้เนื่องจากการแข็งตัวของผนังทรวงอกและการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจออกลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี ประกอบกับการสร้างแอนติบอดี และระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ (Ig A) ในสารคัดหลั่งด้อยลง Alveolar Macrophage ลดลง เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ ๕ (Hypostatic Pneumonia) การทำงานของฝาปิดกล่องเสียง เสื่อมลง เป็นเหตุให้เกิดอาการสำลักและทำให้เกิดการติดเชื้อในปอดเกิดภาวะปอดอักเสบได้ (จันทนา รัตนวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548)

1.3 ระบบไหลเวียนเลือด การต้องอยู่บนเตียงนานโดยไม่มีกิจกรรมการเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวได้น้อยลง เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ ๕ หัวใจต้องทำงานมากขึ้นเพื่อที่จะรักษาสมดุลระหว่างปริมาณเลือดที่ไหลกลับสู่ ๕ หัวใจ และปริมาณที่ตี้ออกจากหัวใจไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ในระยะแรกของการไม่เคลื่อนไหวจะทำให้ ๕ อัตราการไหลเวียนเลือดลดลง การทำงานของหัวใจจะมีการสูบฉีดเลือดลดลงและอาจเกิดการจับตัวกันเป็นก้อนของเลือด (บรรจง มไหสวริยะ, 2542) ก้อนเลือดดังกล่าวอาจหลุดไปตามกระแสเลือดและอวัยวะที่สำคัญได้แก่ สมอง ปอด ซึ่งเป็นอันตรายต่อการเสียชีวิต หรือการเกิดผนังหลอดเลือดโลหิตอักเสบได้ง่ายจากการที่เส้นเลือดถูกกระแทกอย่างแรงและมีเกล็ดเลือดไหลมารวมกันในเส้นเลือดหรือการเกิดเส้นเลือดถูกกดทับเป็นเวลานานทำให้ผนังส่วนนั้นบอบช้ำไปด้วยและเกิดความขรุขระเลือดไหลเวียนไม่สะดวกและจับตัวเป็นก้อน อาจเกิดการอุดตันของเส้นเลือดดำส่วนลึกจากลิ่มเลือดได้ (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551) ในผู้ ๕ สูงอายุพบว่าการเปลี่ยนแปลงของร่างกายนั้นจะส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ ๕ ง่าย เนื่องจากผู้ ๕ สูงอายุจะมีผนังของหัวใจหนาขึ้นจากภาวะ ๕ infarction สะสม ล้นหัวใจแข็งและหนา

มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้นทำให้การปิด เปิดของลิ้นหัวใจไม่ดีเกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้
จึงเป็นเหตุให้พบภาวะ Emboli และ Thrombosis ได้บ่อย (สุทธิชัย จิตะพัชร์, 2554) นอกจากนี้
พบว่าหลอดเลือดในผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเสื่อมลงผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น
ความยืดหยุ่นน้อยลง เส้นใยอีลาสตินมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้นทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว
ความเร็วของชีพจรลดลง รูภายในหลอดเลือดแดงแคบเข้า ๑ จึงทำให้ ๑ มีโอกาสเกิดการอุดตันของ
หลอดเลือดได้ง่ายมากขึ้น (จันทนา รณฤทธิ์วิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548)

1.4 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก การจำกัดการเคลื่อนไหวหรือไม่สามารถช่วยตัวเอง
ให้เคลื่อนไหวเป็นเวลาต่อเนื่องกัน แม้การเคลื่อนไหวถูกจำกัดเป็นเพียงระยะสั้นย่อมมีผลต่อระบบ
กล้ามเนื้อและกระดูก คือ ผู้ป่วยจะไม่ค่อยขยับข้อมีแรง ไม่อยากเคลื่อนไหว ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนตัวและลีบ
ลักษณะที่สังเกตได้ชัดเจน กล้ามเนื้อจะขาดความตึงตัวและขาดความแข็งแรงอาจเกิดได้หลังจาก
ที่นอนอยู่เฉย ๆ บนเตียงเพียง 1-2 วัน (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552) การเคลื่อนไหวของร่างกาย
หรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายจะอยู่ในขอบเขตที่จำกัด หรือแม้แต่การออกกำลังกาย
ก็ไม่สามารถทำได้เต็มที่ หากปล่อยไว้ขนาดของกล้ามเนื้อจะเล็กลง ๆ และลีบได้ในที่สุดทั้งนี้เพราะ
การหดตัวของกล้ามเนื้อหายไปหรือมีน้อยมาก การไหลเวียนเลือดบริเวณกล้ามเนื้อมีน้อยลง
ปริมาณของออกซิเจนที่ใช้สำหรับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง และ
ของเสียที่ได้โดยเฉพาะกรดแลคติก (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552) ซึ่งร่างกายจะต้องถ่ายเทออกในรูป
ของคาร์บอนไดออกไซด์และน้ำ เกิดสะสมและเป็นสาเหตุของความอ่อนเปลี้ยของกล้ามเนื้อ
ยิ่งกล้ามเนื้อไม่ได้ทำงานหรือถูกใช้ให้ทำงานตามปกติ ความแข็งแรงและขนาดของกล้ามเนื้อ
จะลดลงและหมดสภาพที่จะใช้งานได้ในที่สุด (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) นอกจากนี้ยังพบ
การสลายตัวของแคลเซียมออกจากกระดูก (Bone Resorption) ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วย มีระดับแคลเซียม
ในซีรัมสูงกว่าปกติและอาจนำไปสู่การสะสมของแคลเซียมบริเวณเนื้อเยื่อหุ้มข้อ เกิดการเจ็บปวด
และการเคลื่อนไหวข้อทำได้จำกัด (สุทธิชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสาธน์วนกิจ และวงจันทร์
เพชรพิเชฐเชียร, 2550) และผลของการสลายตัวของแคลเซียมจะทำให้กระดูกผุและเปราะได้
การเคลื่อนไหวของข้ออยู่ในรัศมีที่จำกัดหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ หากปล่อยทิ้งไว้เนื้อเยื่อ
คอนเนคทีฟ (Connective Tissue) ของกล้ามเนื้อมัดที่ช่วยดึงข้อให้ข้อพับ รวมทั้งเนื้อเยื่อบริเวณ
รอบ ๆ ข้อจะเปลี่ยนแปลงคือ มีลักษณะتيبและแข็งตัว ทำให้ข้อติดแข็งได้ ในวัยสูงอายุกล้ามเนื้อ
จะมีมวลลดลง กำลังการหดตัวลดลงระยะ เวลาการหดตัวแต่ละครั้งจะนานทำให้การเคลื่อนไหว
ในลักษณะต่าง ๆ ช้า (สาริต เทียงวิทยาพร, 2551) เกิดการสลายของแคลเซียมออกจากกระดูก
จะมากขึ้นซึ่งจะทำให้กระดูกบางลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ บางและเสื่อม น้ำไขข้อลดลง
เป็นเหตุให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกัน การเคลื่อนไหวของข้อไม่สะดวกเกิดการติดแข็ง ซึ่ง

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งเสริมให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็งได้ ^๕ ง่ายขึ้นในภาวะของการจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก (จันทนา รณฤทธิ์วิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.5 ระบบทางเดินอาหาร เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องนอนอยู่ ^๖ กับเตียงเป็นเวลานานจะทำให้สูญเสียความสามารถในการรับรสและมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจทำให้เบื่ออาหาร รับประทานอาหารลดลงและมีแนวโน้มจะเลือกอาหารมากขึ้นเป็นผลให้เกิดการขาดสารอาหารได้ ^๗ โดยเฉพาะวิตามินและโปรตีน ผู้ ^๘ สูงอายุจะมีกลไกของการกระหายน้ำลดลง การขาดน้ำและการนอนนานจะเป็นผลต่อระบบทำงานของลำไส้ ^๙ อันทำให้เกิดท้องผูก (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2551) นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงของลำไส้ ^{๑๐} ที่มีผลต่อการเกิดภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ พบว่าการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบกับกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง ผู้สูงอายุรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายไม่ ^{๑๑} มีกาก ร่างกายเคลื่อนไหวน้อยลง กระหายน้ำน้อยลงและพบมีภาวะไคเวอร์ ^{๑๒} ติคูโลซิส (verticulis) ของลำไส้ใหญ่ จึงเป็นเหตุให้ผู้ ^{๑๓} สูงอายุภาวะท้องผูกมากขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2550)

1.6 ระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ ^{๑๔} สูงอายุที่ต้องนอนบนเตียงนาน ๆ เนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่ได้ ^{๑๕} ทำหน้าที่ตามที่ควรจะเป็น เมื่อปล่อยให้อยู่ในท่านอนนาน ๆ กล้ามเนื้อจะอ่อนกำลังและสูญเสียหน้าที่ไป (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2552) ประกอบกับในผู้สูงอายุจะมีขนาดของกระเพาะปัสสาวะเล็กลง ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง ผู้สูงอายุจึงมีการถ่ายปัสสาวะบ่อย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ถ้าหากมีความจำเป็นต้องนอนถ่ายปัสสาวะบนที่นอน และไม่ได้ ^{๑๖} อยู่ในที่มีคชิตพอสมควร ในขณะที่ถ่ายปัสสาวะกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายปัสสาวะจะหย่อนหรือคลายตัวได้ ^{๑๗} น้อย แม้ ^{๑๘} ว่าจะรู้สึกปวดปัสสาวะก็ไม่สามารถที่จะถ่ายปัสสาวะได้สะดวกหรือต้องใช้เวลานานหรือถ่ายกะปริดกะปรอยหรืออาจมีปัสสาวะขังในกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบปัสสาวะได้ง่าย (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2550)

2. ด้านจิตใจและภาวะอารมณ์

ด้านจิตใจและภาวะอารมณ์ ของผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวไม่ได้ จะได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อันเนื่องมาจากการที่บทบาทต่าง ๆ ถูกจำกัด อันได้แก่ การจัดให้ ^{๑๙} รับการพักผ่อนอยู่บนเตียง การให้ยาเพื่อให้หลับ การเข้าเฝือกของอวัยวะต่าง ๆ การใช้เครื่องกักกับให้อวัยวะอยู่กับที่โดยใช้เครื่องยึดติด (ศิริพร ชิตสูงเนิน, 2549) หรือแม้แต่การให้ ^{๒๐} ผู้ป่วยคนไข้ อาหาร เป็นต้น ซึ่งจะพบอัตราของการเกิดอาการและโรคซึมเศร้าสูง การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่สำคัญอีกประการคือ การสูญเสียความมั่นใจและต้องการพึ่งพามากขึ้น (สุมาลี ขัดอุโมงค์, 2551) ทำให้ผู้สูงอายุเรียกร้องความสนใจจากผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ต้องการการเอาใจในระดับสูง และอาจมี

อารมณ์ ๒ คุณเฉียวหรือกั้วร้าวไถ่พิชัย จิตะพันธ์ ๒, ๒๕๕๐) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเครียดจะส่งผลทำให้การดูแลตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพามากขึ้นไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมที่เคยทำได้ตามปกติด้วยตนเอง สัมพันธภาพต่อสังคมและความภูมิใจในตนเองลดลง (Graf, 2006 อ้างถึงใน จิรสุตา กาญจนสถิตกุล, 2552) ซึ่งผู้สูงอายอาจมีอาการดังต่อไปนี้

2.1 เกิดความวิตกกังวล กลัว เกิดความไม่แน่ใจในอนาคตว่าตนสามารถจะมีภาวะสุขภาพที่ปกติคงเดิมหรือไม่ร่วมกับความรู้ ๕ สิ่งที่คิดว่าตนคงมีอาการหนักจึงต้องถูกจำกัดให้นอนพักบนเตียงตลอดเวลา ต้องพบสิ่งแวดล้อมใหม่ ขาดการติดต่อปฏิสัมพันธ์ ๒ กับครอบครัวและบุคคลที่คุ้นเคยและประการสำคัญ คือ การสูญเสียบทบาทและกิจกรรมเดิมตามปกติของตน (วรรณิสัตยวิวัฒน์, 2551) ทำให้สภาพจิตใจเลวลง เกิดความท้อแท้ ซึมเศร้าและสิ้นหวังในชีวิตเนื่องจากไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองตามปกติ (สิริสดา ชาวคำเขต, 2541)

หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบสมองหรือในรายที่ไม่ยินยอมในการรักษา (ไพรัช ประสงค์จีน, 2552)

2. การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นการรักษาที่นิยมใช้มากในปัจจุบันในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก และฟื้นฟูสภาพปกติได้เร็วที่สุด รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อน การผ่าตัดควรทำภายใน 7 วันหลังการเกิดสะโพกหักวิธีการผ่าตัดมี 2 วิธี ได้แก่ ใส่เครื่องยึดตรึงกระดูก และในรายที่กระดูกพรุนมากมักทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (ขงยุทธ ศิริปการ, 2553) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมี 2 ชนิด คือ ชนิดใช้ซีเมนต์ (Cemented Total Hip Replacement) และชนิดไม่ใช้ซีเมนต์ (Cementless Total Hip Replacement) ข้อเทียมที่ใช้ในชนิดหลังนี้ส่วนใหญ่เป็นโลหะที่มีรูพรุนเพื่อให้ น้ำหนักเบา เพื่อที่กระดูกจะงอกเข้าไปยึดเกาะได้เอง (วิวัฒน์ วณะวิศิษฐ, 2550) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกในผู้สูงอายุที่มีการหักของคอกระดูกฟีเมอร์นั้น แพทย์อาจพิจารณาผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวของกระดูกไม่ได้เปลี่ยนส่วนเบ้ากระดูกสะโพก เรียกการผ่าตัดชนิดนี้ว่าการซ่อมแซมเฉพาะข้อสะโพก (Hemiarthroplasty) ส่วนในรายที่เปลี่ยนกระดูกทั้งหมดเรียกว่า การซ่อมแซมหรือเปลี่ยนทั้งข้อ และเบ้าของข้อสะโพก (Total Hip Arthroplasty) ซึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดได้ (ขงยุทธ ศิริปการ, 2553)

การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก

ข้อสะโพกเป็นข้อที่ใหญ่ที่สุดในร่างกาย ประกอบด้วย หัวกระดูก ต้นขา และเบ้าข้อสะโพก มีหน้าที่รับน้ำหนักของร่างกายและเป็นที่ยึดของกล้ามเนื้อจำนวนมาก ทำให้ข้อสะโพกเคลื่อนไหวได้โดยการงอเหยียดกางและหุบ เมื่อผู้สูงอายุเกิดกระดูกสะโพกหักจะต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วจึงจะเป็นผลดี วิธีการผ่าตัด (Schoen, 2000) ได้แก่

1. การเปลี่ยนเฉพาะหัวกระดูกต้นขาอย่างเดียว (Hemiarthroplasty Prosthesis) เป็นข้อเทียมที่ใช้ในผู้ป่วยที่หัวกระดูกต้นขาหักโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ข้อเทียมนี้ยังแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1.1 แบบ Unipolar ได้แก่ ข้อเทียมมัวร์ (Moore's Prosthesis) และข้อเทียมทอมสัน (Thompson Prosthesis) ซึ่งสามารถใช้ร่วมกับซีเมนต์กระดูกหรือไม่ก็ได้

1.2 แบบ Bipolar เป็นข้อเทียมที่ออกแบบขึ้น เพื่อลดการเกิดการสึกกร่อนของเบ้า Acetabulum Erosion เนื่องจากการใช้ข้อเทียมประเภท Unipolar มีหลักการโดยที่หัวกระดูกต้นขา มีพลาสติกที่มีคุณสมบัติทนทานครอบไว้

2. การเปลี่ยนส่วนของข้อสะโพกทั้งด้านเบ้า และหัวกระดูกต้นขาที่ใช้กันมากในปัจจุบัน ส่วนของเบ้าทำมาจากพลาสติกที่มีความหนาแน่นสูง และส่วนของหัวกระดูกและด้ามทำจากเหล็ก ไร้สนิมหรือไททาเนียม (Titanium) เป็นต้น โดยมีลักษณะและขนาดแตกต่างกันออกไป ซึ่งการเลือก

ขนาดของเป้าก็ขึ้นอยู่กับขนาดของหัวกระดูกต้นขาเทียม ที่ใช้โดยให้มีรูเส้นผ่าศูนย์กลางภายใน เท่ากับขนาดของหัวแต่ละชนิด

วิธีการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม

การทำผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมนั้นได้ยึดถือตามแนวระดับทางกายวิภาคศาสตร์ของ ข้อสะโพกเป็นสำคัญ จึงแบ่งเป็น 6 วิธี (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551) ดังนี้

1. การเปิดแผลเข้าทางด้านหน้าของสะโพก (Anterior) วิธีนี้ไม่ค่อยนิยมในการผ่าตัดใส่ข้อสะโพก เนื่องจากเสียเวลามากต้องอยู่กับบริเวณที่เกาะของกล้ามเนื้อและต้องเปิดแผลเข้าไปเต็มที อาจทำให้เกิดอันตรายต่อเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อและเส้นเลือดได้มาก

2. การเปิดเข้าทางด้านหน้าเอียงข้างของสะโพก (Anterolateral) เป็นวิธีที่นิยมทำกันมากที่สุดสามารถเปิดให้เห็นหัวกระดูกสะโพกได้ดี ทำได้โดยให้ผู้ป่วยนอนตะแคงเอาด้านที่จะผ่าตัด ขึ้นสูงเล็กน้อย โดยใช้หมอนทรายหรือผ้าหนุน ลงมีดผ่าตัดเริ่มจากทางด้านข้างของข้อสะโพก ที่ต่ำกว่าระดับกระดูกเชิงกราน (Anterior Iliac Spine) ลงมา 1-2 นิ้ว และไปตามขอบล่างของ กระดูกชิ้นใหญ่บริเวณสะโพก (Greater Trochanter) แล้วโค้งขึ้นไปทางด้านข้างของโคนขายาว ประมาณ 3-4 นิ้ว (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551)

3. การเปิดแผลเข้าทางด้านบน (Superior) ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงเอาสะโพกด้านที่ทำ ผ่าตัดขึ้นเปิดแผลทางด้านข้างของสะโพก แผลผ่าตัดเป็นแนวตรง ยาวตั้งแต่จุดต่ำกว่า Iliac Crest ลงมา 1-2 นิ้ว ผ่านไปบนกระดูกชิ้นใหญ่บริเวณสะโพกลงไปข้างล่างตามแนวลำกระดูกต้นขาอีก ประมาณ 4-5 นิ้ว เป็นวิธีที่นิยมอีกวิธีหนึ่งเพราะไม่มีการรบกวนเส้นประสาทและเส้นเลือดของ สะโพกและใยกล้ามเนื้อไม่ถูกทำอันตรายจากการดึงรั้งมากเกินไป (ยงยุทธ ศิริปการ, 2553)

4. การเปิดแผลเข้าทางด้านหลังของสะโพก (Posterior) วิธีนี้ไม่ค่อยเหมาะกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เพราะเส้นประสาทไซติก (Sciatic Nerve) อาจถูกทำลายจากการเปิดแผล ต้องป้องกันให้ดีและมันลึกเกินกว่าที่จะสามารถเข้าไปหากระดูกต้นขาได้ (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551)

5. การเปิดแผลเข้าทางด้านข้างเอียงหลังของสะโพก (Posterolateral) เป็นวิธีที่นิยมทำ อีกวิธีหนึ่ง เพราะสะดวกในการใส่หัวกระดูกเทียม รวมทั้งใช้แรงดึงกล้ามเนื้อ Gluteus น้อยและ สามารถเข้าไปถึงส่วนบนของกระดูกต้นขาได้ง่ายโดยไม่เสียเลือดในการทำผ่าตัดมากวิธีการทำให้ ผู้ป่วยนอนตะแคงหรือคว่ำเล็กน้อยลงแผลผ่าตัดที่ด้านหลังของสะโพก Superior Iliac Spine ตรงมายัง Greater Trochanter แล้วลงไปตามแนวข้างของลำกระดูกต้นขายาวประมาณ 4-5 นิ้ว (วิวัฒน์ วาณะวิศิษฐ, 2550)

3. ผู้ป่วย คุยอยู่ ในวัยหนุ่มสาว ร่างกายยังดี อดทนการเคลื่อนไหวมาก ควรยืดเวลาการผ่าตัดออกไปให้ นานที่สุดได้
4. ผู้ป่วย คุยที่อ้วน น้ำหนักตัวมาก ๆ ควรลดน้ำหนักก่อนทำผ่าตัดใส่ กระจกใส เพราะจะช่วยลดแรงที่มากกระทำต่อ กระจกใสไม่ ให้ มากเกินไป

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใส่ข้อสะโพกเทียม

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังจากการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกมีได้หลายอย่าง มีทั้งเกิดในช่วงขณะทำผ่าตัด เช่น บั๊นการหักหรือแตกของกระดูกต้นขา กระดูกเบ้าและกระดูกเชิงกราน บริเวณ Pubic Ramus การบาดเจ็บของเส้นประสาท เช่น Sciatic, Femoral และ Peroneal พร้อมทั้งการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะและหลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณขา ซึ่งเป็นอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในช่วงหลังทำผ่าตัดทั้งสองชนิดนี้มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย uly มาก ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวกรณี สัตยวิวัฒน์, 2551) ได้แก่

1. การติดเชื้อ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงอาจเกิดในระยะแรกหลังผ่าตัดใหญ่หรือหลังจากนั้นต่อมาอีกเป็นเดือนหรือปี การติดเชื้อที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากแผลผ่าตัดที่มีขนาดใหญ่หรือจากการใส่วัตถุแปลกปลอมเข้าไปในร่างกาย ซึ่งการรักษาเมื่อมีการติดเชื้อแล้วต้องผ่าตัดเอาข้อสะโพกเทียมออก และรักษาภาวะติดเชื้อด้วยยาปฏิชีวนะจึงจะสามารถช่วยลดภาวะติดเชื้อลงได้
2. การหลวมของข้อเทียม ส่วนี้มักเกิดกับข้อเทียมที่ใส่ซีเมนต์ เหตุส่ึงเสริมที่ทำให้เกิดอาจเนื่องมาจากการใส่ซีเมนต์เข้าไปในโพรงกระดูกที่เตรียมไว้ไม่ทั่วถึงเมื่อใส่ข้อเทียมลงไปจึงฝังติดแน่นไม่สนิททำให้ไม่มีความมั่นคงเกิดการหลวมง่าย หรือมีการโค้งงอของข้อเทียมมากเกินไปทำให้การรับน้ำหนักไม่ดีหรืออาจเกิดจากแรงเสียดสีแรงบิดหมุนที่มากผิดปกติของเบ้ากับหัวกระดูกเทียมทำให้ซีเมนต์ยึดกระดูกหลวมหรือแรงเสียดสีระหว่างคอของหัวกระดูกต้นขาเทียมกับขอบของเบ้าเทียมที่เกิดขึ้น ๆ นาน ๆ จะทำให้ข้อและซีเมนต์หลวม (วรรณิ ศัตยวิวัฒน์, 2551) จากสาเหตุดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยจะมีการเจ็บปวดมาก และถ้าเบ้าหลวมจะปวดบริเวณขาหนีบแต่ถ้าหลวมที่แกนหัวกระดูกเทียมจะปวดที่กลาง ๆ โคนขาหรือร้าวไปที่หัวเข่า ขึ้นหรือเดินไม่ได้ปวดมากและเดินกะเผลก จะทราบได้จากภาพถ่ายรังสี หรือการ X-ray ดูบริเวณข้อสะโพก (ธีรชัย อภิวัชรกุล, 2552)
3. การสึกหรอของผิวข้อเทียม อาจเกิดขึ้นได้จากการเสียดสีกันระหว่างหัวกระดูกเทียมกับเบ้า ไม่ว่าจะเป็นแบบหรือชนิดใดจะมีอนุภาคหรือเศษโลหะออกมานอกข้อเสมอ ซึ่งร่างกายอาจจะมีปฏิกิริยาต่ออนุภาคเหล่านี้ด้วยการเกิดการแพ้ (Hypersensitivity) เป็นผิวหนังมีการอักเสบ (Contact Dermatitis) จากโลหะประเภทนิกเกิล โคบอล และโครเมียมได้ (วรรณิ ศัตยวิวัฒน์, 2551)

4. การเคลื่อนหลุดของข้อเทียม (Dislocation) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ภายหลังจากใส่ข้อสะโพกเทียม สาเหตุการเกิดมาจากข้อเทียมที่ใส่ไปนั้นยังไม่มีความมั่นคงดีพอ ซึ่งความมั่นคงของข้อเทียมจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดหรือลักษณะของข้อเทียมที่ประดิษฐ์ขึ้นมา การใส่ข้อเทียมแต่ละส่วนอยู่ในสภาพมั่นคงดีพอหรือไม่และขึ้นอยู่กับความมั่นคงแข็งแรงของเนื้อเยื่อหุ้มข้อและกล้ามเนื้อรอบข้อ (ธรรมรงค์ มไหสวริยะ, 2542) เมื่อมีการหลุดของข้อสะโพกเทียม เกิดขึ้นต้องรีบจัดให้เข้าที่โดยเร็วโดยจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าเหยียดและกางข้อสะโพกนานประมาณ 1-3 สัปดาห์ และทำ Skin Traction ที่ขาข้างที่ทำผ่าตัดไว้เพื่อให้ขาได้พักและอยู่ในท่าที่ต้องการ (ธีรชัย อภิวัชรกุล, 2552)
5. การหักของซีเมนต์รอบแกนกระดูกหรือแกนโลหะ มักเกิดภายใน 6 เดือนหลังผ่าตัด บางครั้งอาจเกิดร่วมกับการหักของแกนโลหะของหัวกระดูกเทียมด้วย จะทำให้ข้อสะโพกนั้นไม่มั่นคงและอาจมีการติดเชื้อร่วมด้วย ซึ่งการรักษาโดยการใส่ซีเมนต์ใหม่จะช่วยให้ข้อกระจายไปไม่ทั่วถึง (ธนธรณ์ สัตยวิวัฒน์, 2551)
6. การหักของกระดูกบริเวณข้อสะโพกเทียม คือ หักที่กระดูกบริเวณเบ้าและลำกระดูกต้นขา ส่วนมากมักเกิดจากอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม การแก้ไขให้นอนพักไว้ประมาณ 2-3 สัปดาห์ เมื่อหักที่บริเวณเบ้ากระดูก แต่ถ้าหักที่ลำกระดูกต้นขาอาจจะทำการผ่าตัดจัดให้เข้าที่ใหม่ (ธนธรณ์ สัตยวิวัฒน์, 2551)
7. การเกิดลิ่มในหลอดเลือด (Venous Thrombosis) เชื่อว่าสาเหตุส่งเสริมทำให้เกิดมาจากอาการบวมที่ให้แรงกดต่อหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนโลหิตช้าลงทำให้มีการคั่งของหลอดเลือดเกิดขึ้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะนี้ ต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยระบายและขูดระบายสิ่งตกค้างให้ทำงานตลอดเวลา และผ้ายัดที่พันบริเวณต้นขาไม่ควรพันให้แน่นจนเกินไป เพราะอาจทำให้เกิดแรงกดได้ (ยงยุทธ ศิริปการ, 2553) ควรจะคลายผ้าพันออกบ้างเมื่อพบว่าพันไว้แน่นมาก ท่านอนก็มีโอกาสทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดอุดตันได้ เช่น การนอนในท่าเหยียดข้อสะโพกและเข่ามากเกินไป (Hyperextension) มีแนวโน้มที่จะทำให้เส้นเลือดใหญ่บริเวณนั้นถูกยืดออกและแฟบลง แรงกดที่เกิดขึ้นจะทำให้มีการหยุดนิ่งของกระแสเลือด นอกจากนี้หลังการผ่าตัดมักจะพบว่าผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยจึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกเคลื่อนไหวร่างกายทันทีตั้งแต่ผู้ป่วย < 24 ชั่วโมง (ธนธรณ์ สัตยวิวัฒน์, 2551)
8. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับช่องท้อง เช่น ลำไส้หยุดทำงาน (Paralytic Ileus) เชื่อว่าอาจเกิดจากความร้อนของซีเมนต์ที่ใส่เพื่อยึดกระดูกเทียมขณะที่แข็งตัว หรืออาจจะมาจากเหตุอื่น ๆ เช่น ภัยอันตรายในช่องท้อง ควรดื่มน้ำและอาหารไว้ก่อน ใส่สายยางทางจมูกถ้าท้องอืดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2551)

(Asher, 2004) นอกจากนั้นการสูบบุหรี่ยังทำให้เสี่ยงต่อการเกิดลิ้มเลือดในหลอดเลือดได้ง่ายจากการมีการรวมตัวของเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น และหากผู้สูงอายุมีประวัติดื่มสุราเรื้อรังหรือติดยาเสพติด ควรรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องก่อนเข้ารับการผ่าตัด (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551)

1.4 การประเมินปัจจัยจำเพาะในผู้สูงอายุและการประเมินอวัยวะในระบบต่าง ๆ ได้แก่ พยาธิสภาพหรือโรคเรื้อรังที่มีอยู่ เนื่องจากพยาธิสภาพหรือโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่ออัตราการเจ็บป่วยและการตายจากการผ่าตัด (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2552) ดังนั้นจึงต้องมีการค้นหาปัญหาหรือพยาธิสภาพที่ซ่อนเร้นอยู่ในระยะก่อนผ่าตัด มีหลายโรคหรือภาวะที่วินิจฉัยได้ยากเนื่องจากอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจงได้แก่ Instability, Immobility, Intellectual, Impairment, Incontinence อาการเหล่านี้ผู้สูงอายุมักไม่มีการแสดงทางคลินิกตัวคน อับลศรี, 2551) บางครั้งถูกมองข้ามและเกิดปัญหา ทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ง่าย การดูแลโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุมีอยู่เดิม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ผู้สูงอายุควรจะได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่ไม่ดีและอัตราการตาย ช่วงหลังผ่าตัดได้ (ซัชชัย ปรีชาไว, 2550)

1.5 ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลต่อการที่จะได้รับการผ่าตัด มักพบว่าสาเหตุที่สำคัญ ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด คือ ความกลัวที่เกิดจากการไม่รู้ ว่าตนเองจะมีสภาพอย่างไรเมื่อได้รับการผ่าตัด กลัวความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึก การสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะที่เป็นโรค กลัวและกังวลต่อการสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเองและครอบครัว การเป็นภาระต่อผู้อื่น ปัญหาเศรษฐกิจ การนอนโรงพยาบาลนาน ๆ กลัวการแยกจากกันและความตาย (Neugent, 1981 อังถึงใน กฤษณกมลจิตร และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2546) ผู้สูงอายุที่มีปัญหานี้มักจะมีพฤติกรรมแสดงออกในหลายรูปแบบ เช่น ซึมเศร้า เฝ้ายหน้า หดหู่ในชีวิต ถอยกลับไปสู่วัยเด็ก

2. การพยาบาลผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัดพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจถึงระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการสูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ จะมีความสัมพันธ์กับการผ่าตัด ดังนั้นการพยาบาลที่ดีในระยะนี้จะต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ การดูแลหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้ (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2552)

2.1 ระบบการทำงานของร่างกาย การดูแลด้านกายภาพจากการประเมินสภาพร่างกาย เนื่องจากความสามารถในการปรับตัวของร่างกายต่อการฟื้นฟูในผู้สูงอายุจะช้ากว่าคนหนุ่มสาว (Dunn, 2004) การประเมินสภาพทั่ว ๆ ไปเพื่อดูการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่

ระบบทางเดินหายใจ ต้องมีการประเมินอัตราการหายใจ เสียงหัวใจ การหายใจ สังเกตการไอ การจับเสมหะ สีของเล็บว่าผิดปกติหรือไม่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ตรวจดูความอุ่นของผิวหนัง จังหวะการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต เสียงหัวใจ ชีพจร การไหลของเลือดในหลอดเลือดฝอย ดูเส้นเลือดที่คอโป่งพองหรือไม่ (จิรสุดา กาญจนสถิตย์กุล, 2552) ระบบทางเดินปัสสาวะ ดูการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความตึงตัวของผิวหนัง ปริมาณและลักษณะของปัสสาวะ การขับออก ระดับของ Electrolyte ในร่างกาย การบันทึกสารน้ำเข้าออก (Intake and Output) ระบบประสาทส่วนกลาง ตรวจดูรูม่านตา การขยายของม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552) การรับรู้ต่าง ๆ ระดับความรู้สึกตัว การขับของแฉะ และลักษณะของความเจ็บปวด ที่ผู้ป่วย < ๖ ขวบบอก การควบคุมอุณหภูมิวัดอุณหภูมิอาการหนาวสั่น และเหงื่อออก แผลผ่าตัด ตรวจดูตำแหน่งที่ผ่าตัด ลักษณะของแผล (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552)

2.2 การดูแลระบบทางเดินหายใจ เป็นสิ่งสำคัญอย่างมากสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งสามารถป้องกันด้วยวิธีการจัดทำที่เหมาะสม อาจให้ออกซิเจนหน้าเล็กน้อยเพื่อป้องกันการสูดสำลักและช่วยให้ทางเดินหายใจโล่งขับเสมหะออกได้ง่าย (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551) การตะแคงหน้าจะช่วยป้องกันไม่ให้ลิ้นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจได้ ผู้สูงอายุมักเกิดการสำลักได้ง่ายจากการทำงานของกล้ามเนื้อหดร่อนลง และประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยน Gas ในร่างกายลดลง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นได้ < ง่าย (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551)

2.3 การดูแลระบบหลอดเลือดและหัวใจ ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้ง่าย และสามารถนำไปสู่การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนนี้ยากต่อการสังเกตได้ < ชัดเจน การวัดสัญญาณชีพในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดเสร็จแล้วให้ถี่มากขึ้นและวัดต่อเนื่องจนกว่าร่างกายจะสามารถปรับให้คงที่ ในผู้สูงอายุจะมีโปรตีนในเลือดจะลดลง รวมถึงปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดด้วยนอกจากนี้ภาวะโภชนาการที่ไม่ดีจะมีส่วนทำให้การแข็งตัวของเลือดช้าลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจน้อยลงเป็นสาเหตุใหญ่ประการหนึ่งของการเกิดภาวะ Shock ได้ (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และเบญจวรรณ วีระเทิดตระกูล, 2546; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552)

2.4 การดูแลที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินปัสสาวะในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างของระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งอาจนำไปสู่สภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระบบนี้มีความสำคัญที่จะบ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ภายในร่างกายและยังเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของต่อมไร้ท่ออีกด้วย (จิรสุดา กาญจนสถิตย์กุล, 2552) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด มีโอกาสเกิดภาวะเสียสมดุลของกรด ด่าง สารน้ำ และ Electrolyte ได้

ภาวะที่อาจพบได้แก่ ภาวะล่งของปัสสาวะ ภาวะนี้อาจเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุ หลังการผ่าตัด เนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนแอ และระบบประสาท ที่กระตุ้นการปัสสาวะทำงานได้น้อยลงหรืออาจเกิดจากผลของยาต้านการทำงานของระบบประสาท พาราซิมพาเธติก (จิรัฐดา กาญจนสถิตกุล, 2552) ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Renal Failure) คือ ปริมาณน้ำในร่างกายของผู้สูงอายุอาจลดลงจากร้อยละ 60 เหลือร้อยละ 50 จากน้ำหนักตัวและ มีการลดลงของปริมาตร Plasma ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันมี 2 ประการคือ มีการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงที่ไตและความเข้มข้นของยาที่ถูกขับออกจากหลอดเลือดฝอยของ หน่วยไตเพิ่มขึ้น ความเข้มข้นของยาที่เพิ่มขึ้นนี้สามารถทำลายหลอดเลือดฝอยได้ ทั้ง 2 อย่าง เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552)

2.5 การดูแลที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท ภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุนั้นหลังผ่าตัด มักพบปัญหา 2 ประการได้แก่ ภาวะสับสน (Confusion) มีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด การเปลี่ยนแปลงทางกายในผู้สูงอายุ และทำให้เกิดภาวะสับสนในผู้สูงอายุได้ (นัสดา คำนิคม, 2549) การรับรู้ที่ลดลงรวมไปถึงการทำหน้าที่ลดลงของประสาทสัมผัส ความสามารถในการจำลดลง ซึ่งไม่เฉพาะจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงสภาวะทางจิตใจที่มีสาเหตุ จากภาวะเครียดร่วมด้วย ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะสับสนและเพ้อได้ (Mary, 1994 อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) อาการปวด และการจัดการกับความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุก็ถือว่าไม่ควรให้ยาเกินกว่าผู้สูงอายุจะมีความต้องการจริง (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552)

2.6 การดูแลที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะ ไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิของร่างกายได้เหมือนคนหนุ่มสาว อุณหภูมิของร่างกายจะต่ำลง เพราะ ความสามารถในการขับเหงื่อออกลดลงเนื่องมาจากการขยายตัวของหลอดเลือดฝอยส่วนปลาย ลดลง ทำให้สูญเสียความร้อนได้ (นัสดา คำนิคม, 2549) ภาวะ Hypothermia เป็นปัญหาที่สำคัญ และพบได้บ่อยในระยะหลังผ่าตัด อุณหภูมิที่ต่ำลงสัมพันธ์กับความเย็นของสภาพแวดล้อมใน ห้องผ่าตัด และยังทำให้ขบวนการเผาผลาญ ลดลงและภาวะนี้มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก อีกด้วย ดังนั้นจึงให้ความอบอุ่นกับร่างกายผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และเบญจวรรณ วีระเทิดตระกูล, 2546)

2.7 การดูแลที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน ในวัยสูงอายุจะมีการเสื่อมลง ของประสิทธิภาพของร่างกายและความสามารถในการจัดการกับความผิดปกติต่าง ๆ ในร่างกาย ของผู้สูงอายุที่ลดลง ซึ่งอาจทำให้อาการและการแสดงของการติดเชื้อซ่อนอยู่ได้ (วลัยพร นันทสุวัฒน์, 2552) การตอบสนองต่อปฏิกิริยาการอักเสบเกิดขึ้นได้ช้า ๆ ปฏิกิริยาทั้งสองอย่าง ที่ตอบสนองต่อ Antigen อาจลดลงจากการที่ผู้ป่วยได้ รับ antibody ที่ใช้รักษา Arthritis

ซึ่งทำให้ไม่แสดงอาการที่ผิดปกติให้เห็นได้ ๕ ชัดเจน (บุญจนา บุตรจันทร์, 2542) ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัยการติดเชื้อของผู้ป่วยสูงอายุอย่างละเอียด ถ้า ๕ ภาวะวินิจฉัยนอกจากการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ แผลบวม แดง ปวด และยังสามารถได้จากความผิดปกติของผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, Blood Chemistry and Proteins, BUN, Creatinine, LFT and Coagulation และ Urin Aalysis (ขงยุทธ ศิริปการ, 2553)

2.8 การดูแลเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารที่พบในผู้ ๕ สูงอายุที่รับการผ่าตัด ได้ Paralytic Ileus เป็นปัญหาที่เป็นระยะยาว เพราะระบบของกระเพาะอาหารและลำไส้ทำงานได้ ๕ ช้าลงอยู่แล้วธรรมชาติของกระบวนการสูงอายุ การรักษาความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ๕ จึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจนกระทั่งกระเพาะอาหารเริ่มทำงาน (สุเทพ กลชาณวิทย์, 2551) จากนั้นควรเริ่มจากการให้น้ำและอาหารเหลวได้ จนกระทั่งสามารถปรับสมดุลของน้ำในร่างกายได้จึงจะหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้อาหารควรเริ่มอย่างช้า ๆ และทีละขั้นตอน การให้อาหารผู้ ๕ ป่วยสูงอายุหลังการผ่าตัดนั้น ควรให้ทีละน้อยแต่หลายมื้อ ดีกว่าการให้ ๕ มื้อหนึ่ง มื้อหนึ่งวัน (สุเทพ กลชาณวิทย์, 2551)

การพยาบาลเพื่อช่วยการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ

ความหมายของการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คือ เป็นกระบวนการกำหนดวิธีในการพัฒนาความสามารถของผู้ ๕ สูงอายุในการทำหน้าที่สูงสุดเพื่อดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพของแต่ละบุคคล (สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และณอมขวัญ ทวีบุรณ์, 2542) การฟื้นฟูสภาพควรมีการเริ่มเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือเมื่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุลดลง และต้องทำการฟื้นฟูต่อจนกระทั่งผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและมีสมรรถภาพของร่างกายมากขึ้น ซึ่งการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุเป็นกระบวนการของการทำงานร่วมกันของหลายสาขาอาชีพ รวมถึงสมาชิกในครอบครัวหรือญาติ เพื่อร่วมกันประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุ คือ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ ๕ ป่วยให้ ๕ ดีขึ้นจนอยู่ในระดับที่เหมาะสม (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544)

เป้าหมายและแนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ

เป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพผู้ ๕ สูงอายุ คือ การกลับมา มีความสามารถในระดับที่ใกล้เคียงกับความสามารถเดิมมากที่สุดและให้ผู้ ๕ สูงอายุกลับไปใช้ชีวิตในสังคมสิ่งแวดล้อมที่อยู่เดิมก่อน การเจ็บป่วย กล่าวคือ เมื่อสิ้นสุดกระบวนการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลแล้วผู้ ๕ สูงอายุควรกลับไปอยู่ที่บ้านไม่ใช่ย้ายไปอยู่ในสถานพักฟื้น (สุมาลี ชัดอุโมงค์, 2551) อย่างไรก็ตามเป้าหมายที่เป็นไปได้ และมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุแต่ละรายขึ้นกับระดับความสามารถเดิมก่อนเจ็บป่วยและ

ศักยภาพในการฟื้นฟูสภาพซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น สุขภาพทั่วไป ความบกพร่องทางกาย สภาพจิตใจ ความคาดหวัง ความจำและความร่วมมือ ทั้งนี้แนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551)

1. ผู้ป่วย ญาติ และทีมผู้รักษาควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายของการรักษาให้ตรงกัน โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รวมทั้งกำหนดระยะเวลาการรักษาให้ชัดเจน
2. กำหนดประเภทการฟื้นฟูสภาพว่าเป็นผู้ป่วยใน โดยมีเจ้าหน้าที่ช่วยฝึกที่เตียงหรือ นำผู้สูงอายุมาฝึกออกกำลังกาย โดยต้องคำนึงถึงความปลอดภัยและความสะดวกของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
3. กำหนดแผนการปฏิบัติตัวต่าง ๆ รวมทั้งแผนการออกกำลังกายควรปฏิบัติได้ง่ายและใช้เวลาไม่นานจนเกินไป
4. ควรให้ญาติร่วมรับฟังเพื่อเรียนรู้แผนการรักษาและมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติ
5. ต้องมีการติดตามการรักษาระยะ ๆ เพื่อปรับเป้าหมายและแผนการรักษาให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยในขณะนั้น ๆ
6. การรักษามุ่งเน้นความสามารถต่าง ๆ ที่จะให้ผู้สูงอายุกระทำได้มากกว่าเน้นการรักษาโรคโดยตรง
7. ไม่คาดหวังว่าจะเห็นผลการรักษาในเวลารวดเร็ว เนื่องจากผลการฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุมักเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และความสามารถบางอย่างอาจไม่กลับคืนมาเช่นเดิม

หลักการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้สูงอายุ

หลักการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การปฏิบัติ ดังนี้ (สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และณอมขวัญ ทวีบุรณ์, 2542)

1. การดูแลรักษาพยาธิสภาพหรือการได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะ (Specific Treatment) เพื่อควบคุมโรคหรือความพิการ
2. การป้องกัน (Prevention) ความพิการที่อาจจะเกิดตามมาเนื่องจากการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้องหรือละเลยภาวะที่ทำให้เกิดความพิการตั้งแต่แรก
3. การฟื้นคืนสภาพ (Restoration) สิ่งที่ผิดปกติที่เกิดชั่วคราวหรือฟื้นฟูการทำหน้าที่ให้ได้ตามปกติเท่าที่จะทำได้ในกรณีที่เกิดความพิการอย่างถาวร
4. การปรับตัว (Adaptation) ช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ปรับตัวกับครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อมต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้นชั่วคราวหรือเปลี่ยนแปลงไปอย่างถาวร ให้ผู้สูงอายุมีดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างอิสระและมีความสุข การฟื้นฟูสภาพเป็นวิธีที่สามารถป้องกันการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายและจิตใจ ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ (สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี และณอมขวัญ ทวีบุรณ์, 2542)

การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก

เมื่อเกิดปัญหาข้อต่าง ๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุโดยเฉพาะข้อสะโพก ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตามจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเจ็บปวด ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงและมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Brodie et al., 2000 อ้างถึงใน จิริสุดา กาญจนสถิตย์กุล, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุจะมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Lin & Lu, 2005 อ้างถึงใน จิริสุดา กาญจนสถิตย์กุล, 2552) การฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก จะเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากภาวะพึ่งพาไปสู่สภาวะปกติ เพื่อคงความสามารถสูงสุดของร่างกาย ผู้สูงอายุจะต้องมีส่วนร่วมและให้ความสำคัญต่อกระบวนการฟื้นฟูสภาพ เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยตนเองให้มากที่สุด ในสภาพที่เป็นได้ (Olsson et al., 2007 อ้างถึงใน จิริสุดา กาญจนสถิตย์กุล, 2552)

การฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุมีแนวทางคล้ายกับวัยอื่น แต่ใช้ระยะเวลานานกว่าเนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง จากอาการเจ็บปวด จำกัดกิจกรรม จำเป็นต้องนอนพักบนเตียงนานเพราะผู้สูงอายุมักเชื่อว่าจะช่วยให้โรคหายเร็วขึ้น แต่การนอนพักนานเกินไปกลับก่อให้เกิดผลเสียอื่นไม่พึงประสงค์มากมาย ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของร่างกายและส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ (ชัชวาลย์ ชัดอุโมงค์, 2551) ได้แก่ กล้ามเนื้อจะลดลงร้อยละ 1.0-1.5 ของกล้ามเนื้อที่เหลืออยู่ต่อวันในผู้สูงอายุที่นอนบนเตียง โดยจะลดลงเร็วที่สุดในสัปดาห์แรกและลดลงประมาณร้อยละ 25 ก่อนที่อัตราการลดลงจะเริ่มคงที่ มีอาการอ่อนล้าง่าย ความทนทานของกล้ามเนื้อลดลง เกิดภาวะข้อติดจากการสูญเสียการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่ทอดข้ามข้อต่อ 2 ข้อ เช่น Hamstrings, Gastrocnemius ความยืดหยุ่นลดลง (จิริสุดา กาญจนสถิตย์กุล, 2552) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นภายใน 1 สัปดาห์หลังข้อต่อหยุดการเคลื่อนไหว กรณีที่ผู้สูงอายุอยู่โรงพยาบาล Osteoclast ทำงานมากขึ้น กระดูกจึงสลายมากกว่าสร้าง ทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุนและมีระดับแคลเซียมในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนแรงและสับสนหรือหมดสติได้ การนอนนิ่ง ๆ ยังทำให้ความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของเส้นเอ็นลดลงได้อีกด้วย (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2548)

การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดขึ้นกับสภาพการฟื้นตัวของผู้สูงอายุ และความเห็นของแพทย์ สามารถสรุปแนวทางที่พบบ่อยได้ ดังนี้ (สาธิต เทียงวิทยาพร, 2551; เสาวภา อินผา, 2550)

1. วันแรกหลังผ่าตัด แนะนำให้ผู้ป่วยบริหารปอดโดยการไอและหายใจลึก ๆ ขณะที่นั่งและนอนอยู่บนเตียง และให้ออกกำลังกล้ามเนื้อข้อเท้าทั้งสองข้างด้วยการกระดกข้อเท้าขึ้นลงและหมุนข้อเท้าเป็นวงกลมให้ได้ทุกครั้งในตอนนอนครั้งละประมาณ 5-10 นาที ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บปวดมากเกินไป แนะนำให้ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาด้วยการเกร็งเข้าและกดลงบนที่นอน

ให้ได้มากที่สุด กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกล้ามเนื้อต่อไปเพื่อคงไว้ซึ่งกำลังความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ในช่วงนี้ผู้ป่วยส่วนมากจะนอนอยู่บนเตียง ยังคงต้องวางหมอนระหว่างขาทั้งสองให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดกางออกตลอดเวลา (เสาวภา อินฬา, 2550)

2. วันที่ 2-3 หลังผ่าตัด ให้ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาต่อ กระตุ้นให้ผู้ป่วยนั่งโดยไขว้เท้าเพียงสูง บางรายแพทย์อาจให้ลงมายืนข้างเตียง 2-3 นาที แต่ยังไม่ให้ลงน้ำหนักขาข้างที่ทำผ่าตัด

3. วันที่ 4-5 หลังผ่าตัด ร่างกายผู้ป่วยจะแข็งแรงขึ้น มีการแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกล้ามเนื้อต่าง ๆ ด้วยตนเองมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การหัดงอสะโพกและงอเข่า และการกางขาหุบขา ในช่วงนี้ผู้ป่วยจะอยู่ในท่ากางขาข้างที่ทำผ่าตัดและเมื่อจะพลิกตัวผู้ป่วยจะพลิกไปด้านที่ไม่ได้ทำผ่าตัด ถ้าทำได้ให้ผู้ป่วยลงจากที่นอนมาขึ้นโดยการเลื่อนตัวมาริมเตียง แล้วช่วยพยุงขาที่ทำผ่าตัดให้กางออกแล้วลงมายืนให้ผู้ป่วยทรงตัวโดยใช้ไม้ค้ำยันหรือเครื่องช่วยเดินขณะที่ผู้ป่วยยืนให้เท้าทั้งสองข้างวางราบบนพื้น เข่าทั้งสองข้างเหยียดตรงโดยให้น้ำหนักส่วนมากลงขาข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัดส่วนข้างที่ทำผ่าตัดเพียงแต่ให้เท้าสัมผัสพื้นเท่านั้น (เสาวภา อินฬา, 2550) ผู้ป่วยควรจะเรียนรู้เกี่ยวกับการขึ้นที่ถูกต้องก่อนที่จะเริ่มหัดเดิน เมื่อสามารถทรงตัวได้ดีแล้วลองให้ผู้ป่วยหัดเดินในระยะทางสั้น ๆ และเมื่อนั่งแล้วไม่ทำให้ข้อสะโพกงอเกิน 90 องศา (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551)

4. วันที่ 6-7 หลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วยทำการออกกำลังกล้ามเนื้อต่าง ๆ มากขึ้นกว่าเดิม ดังนี้

4.1 ออกกำลังในท่างอสะโพก ให้นอนหงายขาทั้งสองข้างเหยียดออกแล้วค่อย ๆ ลากส้นเท้าไปกับที่นอนเข้าหาตัวจนชิดกับสะโพกช้า ๆ ข้อเข่าและข้อสะโพกซึ่งอยู่ในท่าเหยียดจะค่อย ๆ งอมากขึ้น (เสาวภา อินฬา, 2550)

4.2 ออกกำลังกล้ามเนื้อในท่ากางขา ให้นอนหงายเหยียดขาทั้งสองข้างออกไปแล้วค่อย ๆ ลากส้นเท้าไปกับที่นอนออกไปทางด้านข้างลำตัวในลักษณะกางขาออกให้ได้มากที่สุดแล้วลากส้นเท้ากลับมาชิดกันในท่าเดิม (เสาวภา อินฬา, 2550)

4.3 ออกกำลังกล้ามเนื้อในท่ายกกันลอย ให้นอนหงายชันขาข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดขึ้นบนเตียงแล้วดันตัวขึ้นให้ก้นลอยจนเกือบขนานกับที่นอนประมาณ 2-3 นาทีแล้ววางลง

4.4 ออกกำลังกล้ามเนื้อขาในท่าหมุนข้อสะโพกออกให้นอนหงายขาทั้งสองข้างเหยียดตรง เริ่มออกกำลังโดยให้หมุนข้อสะโพกของขาข้างทำผ่าตัดออกไปทางด้านนอก แล้ววางเท้าของขาข้างทำผ่าตัดลงบริเวณข้อเท้าของขาข้างดี ให้ลากเท้าเข้าหาตัวขึ้นไปตามความยาวของขาข้างดีให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยให้ข้อเข่าหนีออกไปด้านข้าง (เสาวภา อินฬา, 2550)

5. สัปดาห์ที่สองหลังผ่าตัด ผู้ป่วยยังคงออกกำลังกล้ามเนื้อเช่นเดียวกับสัปดาห์แรก โดยเพิ่มจำนวนครั้งในการฝึกให้มากขึ้น ดังนี้ (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551)

5.1 การงอและเหยียดข้อเข่าและสะโพก

5.2 การกางขาและหุบขา

5.3 การยกก้นลอยจากที่นอน

เพิ่มท่าออกกำลังกายใหม่คือ การยกขาข้างที่ทำผ่าตัดสูง ทำได้โดยให้นอนหงายชันเข่าตั้งขาข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัดขึ้นบนที่นอน แล้วยกขาข้างที่ทำผ่าตัดสูงให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้พยายามให้เข้าเหยียดตรงอยู่เสมอขณะที่ยกขาขึ้นแล้ววางขาลงและบริหารข้อสะโพกในท่ากางขา ทำได้โดยให้นอนตะแคงข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัดเอาหมอนสอดระหว่างขาทั้งสองข้าง แล้วยกขาข้างที่ทำผ่าตัดขึ้นนั่งไว้สักครู่แล้ววางลง (เสาวภา อินฬา, 2550)

ในช่วงสัปดาห์ที่สองผู้ป่วยสามารถลงมายืนข้างเดียวได้แล้ว ควรสอนวิธีการเดินด้วยไม้ยันรักแร้ หรืออุปกรณ์ช่วยเดิน (Walker) ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย และเมื่อแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้ดีด้วยตนเอง จะอนุญาตให้ผู้ป่วยลงจากเตียงได้ตามความต้องการ ถ้าจำเป็นต้องนั่งจะแนะนำให้นั่งเก้าอี้ทรงสูง เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้ข้อสะโพกมากเกินไป ในช่วงปลายสัปดาห์ผู้ป่วยอาจจะได้รับคำแนะนำให้ทดลองหัดเดินขึ้นลงบันไดได้ถ้าแข็งแรงพอ (เสาวภา อินฬา, 2550)

6. สัปดาห์ที่สามผู้ป่วยส่วนมากจะแข็งแรงขึ้นและช่วยเหลือตัวเองได้ดี ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน และจะกลับบ้านในช่วงนี้ การปฏิบัติตัวต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่ได้แนะนำไปแล้ว ต้องทำต่อไปอย่างต่อเนื่อง (เสาวภา อินฬา, 2550)

การออกกำลังกายบริหารภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (สาธิต เทียงวิทยาพร, 2552)

การออกกำลังกายหลังการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การเคลื่อนไหวและความแข็งแรงค่อย ๆ กลับมาดังเดิม เพื่อที่จะสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ แพทย์มักจะแนะนำให้ทำกายบริหารในท่าที่กำหนดต่อเนื่องเป็นเวลา 20-30 นาที วันละ 2-3 ครั้ง ต่อวัน ในช่วงแรกหลังการผ่าตัด

กายบริหารในช่วงแรกหลังผ่าตัด (สาธิต เทียงวิทยาพร, 2552)

การออกกำลังกายนี้จะช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปบริเวณขาและเท้าเพื่อป้องกันการเกิดก้อนเลือดอุดตัน อีกทั้งยังสำคัญในการช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเคลื่อนไหวข้อสะโพก การออกกำลังกายนี้สามารถเริ่มทำได้ตั้งแต่อยู่ในห้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลช่วงแรกหลังการผ่าตัด ในช่วงเริ่มต้นอาจจะรู้สึกไม่ค่อยสบายแต่การทำกายบริหารจะช่วยให้ฟื้นตัวได้เร็วขึ้น และลดอาการปวดหลังการผ่าตัด ทำกายบริหารต่อไปนี้ควรทำในท่านอนและแยกขาออกเล็กน้อย

1. Ankle Pumps ค่อย ๆ กระจกเท้าลงและขึ้นซ้ำ ๆ ท่านี้อาจทำบ่อย ๆ ทุก 5 หรือ 10 นาที โดยสามารถเริ่มทำได้ตั้งแต่หลังผ่าตัดจนกระทั่งฟื้นตัวเต็มที่

2. Ankle Rotations หมุนเท้าเข้าหาเท้าอีกข้าง แล้วค่อย ๆ หมุนออกไกลจากเท้าอีกข้าง ทำซ้ำ 5 ครั้ง ในแต่ละทิศทาง ทำทำนี้ 3-4 รอบต่อวัน ทำต่อไปนี้ควรทำซ้ำ 10 ครั้ง ทำบ่อย 3-4 รอบต่อวัน

3. Bed-supported Knee Bends เลื่อนสันเท้าเข้าหาสะโพก งอเข่า พยายามยืดสันเท้าให้วางบนเตียงตลอดเวลา ระวังอย่าให้หัวเข่าหมุนเข้าด้านใน

4. Buttock Contractions เกร็งกล้ามเนื้อสะโพกพยายามค้างไว้ นับ 1-5

5. Abduction Exercise เลื่อนขาออกให้กว้างที่สุดเท่าที่จะทำได้และเลื่อนกลับ

6. Quad Set เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาและพยายามยืดเข่าให้ตรงที่สุด ค้างไว้ 5-10 วินาที ทำทำนี้ซ้ำ 10 ครั้ง ในช่วงเวลา 10 นาที ทำต่อเนื่องไปจนกระทั่งรู้สึกกล้ามเนื้อต้นขาล้า

7. Straight Leg Raises เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาและพยายามยืดเข่าให้ตรงที่สุดบนเตียง ในขณะที่เกร็งต้นขาค่อย ๆ ยกขาขึ้นจากเตียงสูง 2-3 นิ้ว ค้างไว้ 5-10 วินาที แล้วค่อย ๆ วางลง ทำต่อเนื่องไปจนกระทั่งรู้สึกกล้ามเนื้อต้นขาล้า

Standing Exercise ทันทีหลังการผ่าตัดควรลุกจากเตียงและสามารถยืนได้ อาจจำเป็นต้องมีคนช่วยเนื่องจากอาจจะยังรู้สึกเวียนหัวในครั้งแรก ๆ ที่ยืน หลังจากที่ยืนได้เรื่อยๆ ก็จะสามารถยืนได้เองโดยไม่จำเป็นต้องมีคนช่วย ในการยืนควรมีที่ยึดจับที่มั่นคงเสมอ (สาธิต เทียงวิทยาพร, 2552)

1. Standing Knee Raises ยืนเกาะพนักเก้าอี้หรือราวจับที่มั่นคง ยกขาข้างที่ผ่าตัดขึ้นเข้าหาอก โดยยกไม่สูงเกินระดับเอว นับถึง 3 แล้วลดขาลง

2. Standing Hip Abduction ยืนเกาะพนักเก้าอี้หรือราวจับที่มั่นคง โดยจัดเท้าให้สะโพกเข้าและเท้าชี้ไปด้านหน้า ยืนตัวตรง ยืดเข่าให้ตั้งในขณะที่ยกขาหนึ่งข้างขึ้นไปด้านข้างแล้วค่อย ๆ ลดลงจนเท้ากลับมาแตะพื้น

3. Standing Hip Extension ยืนเกาะพนักเก้าอี้หรือราวจับที่มั่นคง ยกขาข้างที่ผ่าตัดขึ้นไปทางด้านหลัง พยายามยืดหลังให้ตรง ยกค้างไว้ นับถึง 3 แล้วค่อย ๆ ลดขาลงมาแตะพื้น

การเดินและการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ทันทีที่รู้สึกสบายขึ้นหลังผ่าตัด จะต้องเริ่มเดินระยะสั้น ๆ ในห้องพักและเคลื่อนไหวทำกิจวัตรประจำวันเบา ๆ การเริ่มเคลื่อนไหวตั้งแต่ในระยะแรก ๆ จะช่วยด้านความแข็งแรงและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสะโพก (เสาวภา อินผา, 2550)

การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวขั้นก้าวหน้า (สาธิต เทียงวิทยาพร, 2552)

การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมอาจจะใช้เวลาหลายเดือน ทั้งนี้เพราะความปวดภายหลังการผ่าตัดรวมถึงการผ่าตัดซึ่งต้องมีการตัดผ่านเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อ อาจจะทำได้กล้ามเนื้อบริเวณข้อสะโพกมีการอ่อนแรงลงได้ ซึ่งการออกกำลังกายหลังการผ่าตัด จะช่วยให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อกลับมาได้อย่างสมบูรณ์ การฝึกกายบริหารดังต่อไปนี้ควรทำ

เป็นชุด แต่ละชุดทำซ้ำ ๆ 10 ครั้ง วันละ 4 ครั้ง โดยผูกขาข้างที่ผ่าตัดไว้กับสายยางยึดและที่ปลายอีกข้างยึดไว้กับประตูหรือเครื่องเรือนที่มั่นคง ขณะออกกายบริหารควรมีเก้าอี้หรือราวจับช่วยทรงตัว

การออกกายบริหารด้วยสายยางยึด มี 3 ท่า ดังนี้ (เสาวภา อินฬา, 2550)

1. ออกแรงด้านการงอของสะโพก โดยยืนบนขาทั้งสองข้างโดยให้แยกออกจากกันเล็กน้อย ยืนขาข้างที่ผ่าตัดไปข้างหน้าโดยเกร็งขาให้ตึงไว้ตลอดเวลา จากนั้นค่อย ๆ ปล่อยขา กลับไปสู่ตำแหน่งเดิม การทำท่านี้ทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการงอของข้อสะโพกแข็งแรงขึ้น
2. ออกแรงด้านการกางของสะโพกโดยยืนหันข้างให้ประตูหรือเก้าอี้แล้วกางขาข้างที่ผ่าตัดออกไปด้านข้างเกร็งขาให้เหยียดตรงไว้ตลอดเวลา จากนั้นค่อย ๆ ปล่อยขา กลับสู่ตำแหน่งเดิม
3. ออกแรงด้านการเหยียดของสะโพก โดยยืนหันหน้าเข้าหาประตูหรือเก้าอี้ที่ผูกยางยึดไว้ ดึงขามาทงด้านหลังตรง ๆ จากนั้นค่อย ๆ ปล่อยขา กลับสู่ตำแหน่งเดิม

การเดิน ต้องใช้ไม้ค้ำยันเสมอจนกว่าสมดุลการทรงตัวกลับคืนมา ในช่วงเริ่มต้นให้เดินประมาณ 5-10 นาที ประมาณ 3-4 ครั้งต่อวัน เมื่อความแข็งแรงเพิ่มมากขึ้นสามารถเดินเพิ่มขึ้นเป็น 20-30 นาที 2-3 ครั้งต่อวัน และเมื่อฟื้นตัวเต็มที่ สามารถเดินได้ 20-30 นาที 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ จะช่วยคงความแข็งแรง (สาธิต เทียงวิทยาพร, 2552)

การเดินด้วยไม้ค้ำยัน หรือเครื่องช่วยเดินแบบสี่ขา มักใช้ในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกเท่านั้น เพื่อช่วยสมดุลและหลีกเลี่ยงการหกล้ม หลังจากนั้นก็จะเปลี่ยนมาใช้ไม้เท้าค้ำยัน (Cane) จนกระทั่งความแข็งแรงและการสมดุลร่างกายกลับมาเป็นอย่างเดิม ควรใช้ไม้ค้ำยันในมือด้านตรงข้ามกับข้างที่ทำการผ่าตัด ผู้ป่วยที่พร้อมจะเปลี่ยนมาใช้ไม้ค้ำยันก็ต่อเมื่อสามารถยืนและสมดุลร่างกายอยู่ได้เองโดยลงน้ำหนักบนเท้าทั้ง 2 ข้าง และไม่ต้องยึดหรือเท้าน้ำหนักลงบนเครื่องช่วยเดิน (สิริสุตา ชาวคำเขต, 2541)

การปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ภายหลังจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมผู้สูงอายุจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีปรับตัว เพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ให้ได้เป็นอย่างดี โดยต้องทราบถึงข้อควรปฏิบัติ ข้อห้าม ทั้งนี้ เพื่อความปลอดภัย ดังนี้

การลงจากเตียง (สิริสุตา ชาวคำเขต, 2541)

ขั้นที่ 1 เขยิบตัวลงจากเตียง โดยไปยังด้านเดียวกันกับขาข้างที่ทำผ่าตัด

ขั้นที่ 2 เลื่อนสะโพกโดยใช้ข้อศอกช่วยดัน ขณะที่เขยิบขาข้างที่ทำผ่าตัดลงมาข้าง ๆ เพียงพยายามทำให้ลำตัวตั้งตรง และห้ามบิดหรือหมุนขา

ขั้นที่ 3 เคลื่อนขาข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัดมาไว้ข้าง ๆ ขาข้างที่ผ่านการผ่าตัด และนั่งลงบนขอบเตียง พยายามทำให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดเหยียดตรง จับเครื่องช่วยเดิน 4 ขาเพื่อช่วยรองรับน้ำหนักขณะที่ยืนขึ้น

การเดิน หลังจากการผ่าตัดระยะหนึ่ง ท่านจะสามารถยืนขึ้นได้โดยใช้เครื่องช่วยเดิน 4 ขาช่วยในการทรงตัวในเบื้องต้นขณะที่ท่านฝึกเดินท่านจะได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ให้ลงน้ำหนักที่ขาข้างที่ได้เข้ารับการผ่าตัดเพียงเล็กน้อย เมื่อผู้สูงอายุแข็งแรงขึ้น แพทย์ก็จะบอกให้ท่านลงน้ำหนักที่ขาข้างนั้นมากขึ้น (เสาวภา อินฬา, 2550)

ขั้นที่ 1 วางเครื่องช่วยเดิน 4 ขาให้ห่างออกไปยังทิศทางที่จะเดินไปข้างหน้าประมาณ 2-3 นิ้ว จับเครื่องช่วยเดิน 4 ขาให้แน่นด้วยมือทั้งสองข้าง พยายามทำให้ข้อสะโพกตรง และก้าวเท้าข้างที่ไม่ผ่านการผ่าตัดไปถึงกลางของเครื่องช่วยเดิน 4 ขาหลีกเลี่ยงการหมุนสะโพกและขา

ขั้นที่ 2 โน้มตัวไปข้างหน้า และปล่อยให้เครื่องช่วยเดิน 4 ขารับน้ำหนักตัวของท่าน ก้าวเท้าข้างที่เข้ารับการผ่าตัดตามไปข้างหน้าอย่างระมัดระวัง อย่าให้เท้าพันกับเท้าของเครื่องช่วยพยุง

ขั้นที่ 3 ยกเครื่องช่วยเดิน 4 ขาขึ้นตรง ๆ (ถ้าเครื่องช่วยเดิน 4 ขาไม่มีล้อเลื่อน) ตรวจสอบให้มั่นใจว่าขาทั้งสองของเครื่องช่วยเดิน 4 ขาวางแนบสนิทกับพื้น ทุกครั้งก่อนที่จะเริ่มก้าวเดินไปข้างหน้า

การนั่งลง โน้มตัวไปข้างหน้า และปล่อยให้เครื่องช่วยเดิน 4 ขารับน้ำหนักตัว แล้วก้าวเท้าข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดตามไปข้างหน้าจนเท้าทั้งสองข้างเสมอกัน ควรนั่งในท่านั่งที่มั่นคงคือ หลังแนบพนักพิง มือจับพนักเท้าแขนทั้งสองข้าง ควรหลีกเลี่ยงเก้าอี้ที่เตี้ยมาก ๆ (ที่ทำให้เข่าต้องงอเกิน 90 องศา) หรือเก้าอี้ที่บุนวมหนา (สาธิต เทียงวิทยพร, 2552)

ขั้นที่ 1 จับเครื่องช่วยเดิน 4 ขาเอาไว้ จนกระทั่งรู้สึกว่เก้าอี้สัมผัสถูกน่องทั้งสองข้าง

ขั้นที่ 2 ถอยปล่อยมือจากเครื่องช่วยเดิน 4 ขา และย่อตัวลงต่ำ เคลื่อนมือมากจับพนักเท้าแขนทั้งสองข้าง จากนั้นพยายามทำให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดเหยียดตรง และเหยียดไปข้างหน้า

ขั้นที่ 3 นั่งลง และเขยิบตัวไปทางด้านหลังให้ชิดพนักพิง งอขาข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดก่อน

ไม่ยืนรักแร้ เมื่อกล้ามเนื้อขาแข็งแรงขึ้น แพทย์จะแนะนำให้เปลี่ยนจากการใช้เครื่องช่วยเดินสี่ขาเป็นไม้ยืนรักแร้ (สาธิต เทียงวิทยพร, 2552)

ขั้นที่ 1 จับไม้ยืนรักแร้ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและมั่นคง ใช้กำลังจากแขนของพยางไม้ยืนรักแร้ ไม่ควรใช้กำลังจากบริเวณแขนหนีบ

ขั้นที่ 2 ก้าวเท้าข้างที่ทำผ่าตัด ในจังหวะเดียวกันกับการเคลื่อนไม้ยืนรักแร้ทั้งสองข้างไปข้างหน้า

ขั้นที่ 3 เหยยหน้าและมองไปข้างหน้า ก้าวเท้าข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดตามออกไป

การเดินขึ้นและลงบันได ความสามารถในการขึ้นและลงบันได ต้องอาศัยทั้งความยืดหยุ่นและความแข็งแรง ในช่วงแรกจำเป็นต้องยึดจับราวบันไดและก้ำที่ละชั้น ใช้ขาข้างที่ค้ำในขณะขึ้นบันได แต่ใช้ข้างที่ผ่าตัดค้ำในขณะลงบันไดเสมอ โดย “ขึ้นด้วยดี” และ “ลงด้วยแย” อาจจำเป็นต้องมีคนช่วยพยุงจนกว่าความแข็งแรงและความคล่องตัวจะกลับคืนมา การขึ้นบันไดเป็นการเสริมสร้างความแข็งแรงที่ดีเยี่ยม แต่อย่าพยายามเดินขึ้นบันไดที่สูงกว่ามาตรฐาน 7 นิ้วและใช้ราวจับช่วยเสมอ (สาริต เทียงวิทยาพร, 2552)

1. การเดินขึ้นบันไดโดยใช้ไม้ยันรักแร้ วางไม้เท้าทั้งสองข้างให้ตรง และมั่นคงเพื่อรองรับน้ำหนักของร่างกาย ยกเท้าข้างที่ไม่ได้รับการผ่าตัดขึ้น และวางไปบนบันไดขั้นแรก โน้มตัวไปข้างหน้า โดยใช้ไม้เท้าทั้งสองข้างและเท้าข้างที่ไม่ได้รับการผ่าตัด เป็นเครื่องช่วยรับน้ำหนักตัว จากนั้นยกเท้าข้างที่ทำผ่าตัดขึ้นและวางไว้ที่ขึ้นบันได (เสาวภา อินฬา, 2550)

2. การเดินลงบันไดโดยใช้ไม้ยันรักแร้ ก้าวเท้าข้างที่ทำผ่าตัดลงในจังหวะเดียวกันกับการเคลื่อนไหวไม้เท้าทั้งสองข้างลงไปบนบันไดขั้นที่อยู่ต่ำลงไป ใช้ไม้เท้าทั้งสองข้างเพื่อให้เกิดความสมดุล และรองรับน้ำหนักตัวขณะก้าวลงบันได (เสาวภา อินฬา, 2550)

หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวที่มีความเสี่ยง ในระยะแรก การเคลื่อนไหวบางท่าจะทำให้ข้อสะโพกเทียมหลุดจากเบ้าสะโพกได้ สิ่งที่ต้องปฏิบัติ คือ (สาริต เทียงวิทยาพร, 2552)

การนั่ง ห้ามนั่งไขว่ห้าง หรือวางเท้าข้างที่ทำผ่าตัดข้ามแนวกลางลำตัว ควรจะนั่งโดยให้เท้าทั้งสองข้างวางอยู่บนพื้น โดยให้หัวเข่าทั้งสองข้างห่างจากกันประมาณ 6 นิ้ว

การหมุนตัว ห้ามหมุนเท้าข้างใดข้างหนึ่งเข้าข้างในควรจะหมุนเท้าทั้งสองข้างพร้อมทั้งลำตัวไปพร้อม ๆ กัน

การก้มตัวลงข้างล่าง ห้ามโค้งตัวลงเพื่อเก็บของที่อยู่บนพื้นควรจะใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามยาวช่วยเก็บของที่อยู่บนพื้น

ข้อควรระวังและการปฏิบัติตน (เสาวภา อินฬา, 2550; วรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551)

1. ห้ามงอข้อสะโพกมากเกินไป 90 องศา เพราะในท่านี้อาจจะทำให้ข้อสะโพกเทียมที่ใส่ไว้เลื่อนหรือหลุดได้

2. ห้ามไขว่ขาในขณะที่อยู่ในท่านอน นั่งหรือยืนโดยเฉพาะเอาขาข้างที่ผ่าตัดไขว่ขาข้างดี

3. หลีกเลี่ยงการนั่งเก้าอี้เดี่ยวหรือนั่งของ ๆ ควรเลือกเก้าอี้ที่สูงพอดีที่จะไม่ทำให้

ข้อสะโพกงอเกิน 90 องศา ควรปรับเก้าอี้ที่นั่งให้สูงพอดีโดยการใช้หมอนรองนั่งให้สูงขึ้น

4. หลีกเลี่ยงการนั่งเก้าอี้ไม่มีที่วางแขน เพราะที่วางแขนจะช่วยเหลือได้ในขณะที่จะถูกขึ้นยืนหรือเปลี่ยนอิริยาบถ

5. ห้ามรีบร้อนลุกขึ้นยืนจนกว่าจะได้เตรียมท่าที่พร้อมในการลุกเรียบร้อยแล้ว คือ เลื่อนตัวมาริมเก้าอี้ที่นั่งแล้วเหยียดขาข้างทำผ่าตัดออกไปให้อยู่หน้าขาข้างดี และงอขาข้างดีเล็กน้อย แล้วจึงดันตัวขึ้นยืน พยายามให้ขาข้างทำผ่าตัดอยู่หน้าขาข้างดีเสมอ

6. หลีกเลี่ยงการหมุนข้อสะโพกทั้งเข้าและออก พยายามให้อยู่ในท่าตรงปกติ ทั้งขณะนั่ง นอน และเดิน

7. ห้ามนอนตะแคงทับขาข้างดีโดยปราศจากหมอนรองระหว่างขาทั้งสองข้างจะทำให้ ขาข้างทำผ่าตัดหุบเขามากเกินไป

8. หลีกเลี่ยงการโน้มตัวมากเกินไปเมื่อก้มเก็บของจากพื้น ถ้าจำเป็นให้เหยียดขาข้าง ทำผ่าตัดไปทางด้านหลังเสียก่อนแล้วย่อขาข้างดีลงจึงก้มตัวลงเก็บสิ่งของ

9. ห้ามโน้มตัวหรือข้อสะโพกขึ้นมามากจนจะใส่รองเท้าหรือถุงเท้าโดยปราศจาก เครื่องช่วย

10. รักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วย ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การรักษาสุขภาพอนามัยไม่ดีพอจะทำให้ร่างกายติดเชื้อโรคได้ง่าย และทำให้เกิดโรคขึ้นได้ เช่น ไข้หวัด ทอนซิลอักเสบ ปอดบวม และฟันผุ เป็นต้น เชื้อโรคเหล่านี้ สามารถไปสู่ข้อสะโพกเทียมได้โดยทางกระแสเลือด อาจมีผลทำให้ข้อสะโพกอักเสบได้ ดังนั้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหานี้เกิดขึ้น สุขอนามัยที่ควรปฏิบัติ ดังนี้ (เสาวภา อินฬา, 2550)

10.1 รักษาความสะอาดของร่างกาย ปากและฟัน และควรสวมเสื้อผ้าที่สะอาด

10.2 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่ควรทานอาหารหมักดอง

10.3 ไม่ดื่มสุรา หรือของมีแอลกอฮอล์

10.4 อยู่ในที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก

10.5 พักผ่อนให้เพียงพอ

10.6 ควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 แก้ว

10.7 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

11. อย่าให้น้ำหนักตัวมากเกินไป จะทำให้ข้อสะโพกและข้อเข่ารับน้ำหนักตัวมาก อาจทำให้ปวดได้

12. การบริหารร่างกายควรทำต่อไปอย่างต่อเนื่อง

13. การใช้ไม้ค้ำยันต้องขึ้นอยู่กับการเห็นของแพทย์ว่าสมควรจะเลิกใช้ได้เมื่อไร ดังนั้นเมื่อกลับบ้านแล้วควรมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

14. ควรจดทำงานหนัก ๆ เช่น การแบกหาม เพราะจะทำให้เกิดการเสื่อมของข้อสะโพก ได้เร็วขึ้น

15. การมีเพศสัมพันธ์ เมื่อรู้สึกว่สะโพกข้างที่ทำผ่าตัดแข็งแรงและไม่มีการเจ็บปวด การมีเพศสัมพันธ์อาจเริ่มได้ แต่ถามปัญหาหรือข้อสงสัยให้ปรึกษาแพทย์ที่รักษา

16. สังเกตอาการผิดปกติของข้อสะโพกข้างที่ทำผ่าตัดเช่น ปวดเสียวเวลาเดิน เคลื่อนไหวได้น้อยลง ส่วนของข้อสะโพกหมุนออก ได้รับอุบัติเหตุโดยตรงที่ข้อสะโพก หรือ มีอาการผิดปกติอื่น ๆ ให้รีบมาพบแพทย์ทันที แม้จะยังไม่ถึงเวลานัดก็ตาม

17. มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่องและถูกต้อง
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก

จากการศึกษาเอกสาร และทบทวนแนวคิดที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่านอกจาก ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของสูงอายุแล้ว ยังพบว่ามีปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย สอดคล้องกับการการศึกษาของ Ang, Monahan, and Cronan (2008) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพของคนผิวสี และผิวขาวภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก พบว่ามีความเชื่อด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และการส่งเสริมความรู้ จากการ ทบทวนวรรณกรรมยังพบว่ามีปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพก ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล

1.1 เพศ ความแตกต่างด้านร่างกายและจิตใจในเพศชายและเพศหญิง อาจส่งผลให้ เกิดความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเพศหญิงจะมีแรงจูงใจ ด้านสุขภาพสูงกว่าเพศชาย (Rosenstock, 1974) ดังการศึกษาของ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2541) พบว่า เพศหญิงไปใช้บริการของโรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าเพศชายทั้งที่เจ็บป่วยเล็กน้อย และเจ็บป่วย รุนแรงสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน อินทรนุกูล (2536) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคแผลในกระเพาะอาหารจำนวน 120 ราย พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรรรัตน์ (2539) ได้ทำการศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทองพบว่าเพศชายมีวิถีชีวิตที่ ส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง และการศึกษาของ ระวี อัครนิจ (2534) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า เพศชายมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าทำให้การ ดูแลตนเองต่ำกว่าเพศชาย ทั้งนี้จากการศึกษาพฤติกรรมของเพศหญิงและเพศชายพบว่าแนวโน้มว่า เพศชายมีความสามารถในการเรียนรู้สูงกว่าเพศหญิง เนื่องมาจากเพศชายมีบทบาทสำคัญทางสังคม

และมีโอกาสพบปะผู้คนมากกว่าเพศหญิง ทำให้ผู้ชายมีความสามารถในการรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ เช่น ข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อแหล่งต่าง ๆ ได้มากกว่าเพศหญิง ทำให้มีโอกาสรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน (ดวงพร รัตนอมรรีตัน, 2539)

1.2 อายุ ความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุซึ่งจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่แต่ความสามารถดังกล่าวจะค่อย ๆ เริ่มลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุการเรียนรู้จะลดลงมากขึ้น (Orem, 1991) เนื่องจากอายุที่มากขึ้นจะมีความเสื่อมของประสาทสัมผัสมากขึ้น ส่งผลให้รับรู้ข้อมูลช้าลง ความแข็งแรงของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกลดลงทำให้ปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยและช้าลงตามไปด้วย (Kick, 1989) โดยการเรียนรู้ของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีตเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องทั้งในเรื่องการดูแลตนเองและด้านสุขภาพ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) ดังการศึกษาของ อภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี (2533) พบว่าระดับอายุที่ต่างกัน คือผู้สูงอายุตอนต้น (65-74 ปี) ผู้สูงอายุตอนกลาง (75-84 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (84 ปีขึ้นไป) จะมีความสามารถในการเรียนรู้ต่างกัน โดยกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการเรียนรู้มากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ทำให้การเรียนรู้เป็นไปได้ไม่ดี ส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองไม่ดีตามไปด้วย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสมาคมผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

1.3 ประสบการณ์การผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การผ่าตัดจะมีการปรับตัวได้ดีกว่า และความรู้พื้นฐานที่มีอยู่เดิม เมื่อได้รับความรู้ใหม่ที่เกี่ยวข้องกันจะทำให้สามารถเข้าใจได้รวดเร็วขึ้น (Sundberg, 1989)

1.4 ระดับการศึกษา บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำกว่า เพราะการศึกษาจัดเป็นประสบการณ์ชีวิตทำให้บุคคลรู้จักคิด ไตร่ตรอง และใช้เหตุผลในการแก้ปัญหามากกว่า (Hill, 1985) ดังการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดำ นอกจากการศึกษาจะมีผลต่อพฤติกรรมแล้ว การศึกษายังมีผลต่อการรับรู้ของบุคคล การศึกษาจะช่วยพัฒนาสติปัญญาของบุคคลในการจะเลือกรับรู้ในสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับตน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี กาญจนวรวงศ์ (2539) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 100 รายพบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีการศึกษาน้อย จะขาดทักษะในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันและ

ส่งเสริมสุขภาพ แต่จากการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531) โดยทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยหอบหืดพบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองซึ่งก็คือพฤติกรรมในการดูแลตนเองนั่นเอง และการศึกษาของ อภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี (2533) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ความสามารถในการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน แต่มีแนวโน้มว่า เมื่อผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น การเรียนรู้จะดีกว่าในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย บุคคลที่มีการศึกษาสูง จะทำให้มีความสามารถในการรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และส่งผลต่อพฤติกรรมตามมา

1.5 ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ และรายได้ สิ่งที่แสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ และรายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรม ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่า (กฤษณกมล วิจิตร, 2547) ดังการศึกษาของ Pender and Pender (1987) พบว่าบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะมีอุปสรรคเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพอนามัยจึงสนใจที่จะประกอบอาชีพมากกว่าสนใจสุขภาพ จะมีการไปรับบริการด้านการแพทย์เพื่อป้องกันโรคและค้นหาโรคในด้านต่างน้อยกว่าบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ สิริพันธ์ ศาสตราภรณ์ (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีรายได้สูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นอย่างดี

1.6 สถานภาพสมรส ครอบครัวและคู่สมรส เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สร้างกำลังใจและให้ความช่วยเหลือบุคคลให้ได้รับการดูแลต่าง ๆ บุคคลที่มีคู่ชีวิตจึงมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าคนโสด (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนาราช, 2549) โดยบุคคลที่มีคู่สมรสและอยู่ในระบบครอบครัวขยายจะได้รับข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหาและได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่รักของบุคคลใกล้ชิด (จันทนา ทองชื่น, 2545) ดังการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรรตน์ (2539) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) พบว่า สถานภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

1.7 ความรู้ เป็นแหล่งประโยชน์ด้านสติปัญญาและความรู้ที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องโรค ความรู้ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมปฏิบัติในทุกด้าน (ธีรพันธ์ สิงห์เฉลิม, 2542) สำหรับด้านสุขภาพบุคคลจะเกิด

พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการกระทำด้วยความเชื่อว่าทำให้มีสุขภาพดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีสวรรณ, 2536) ความรู้จึงเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และส่งผลให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตน (Becker & Rosenstock, 1984) ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน ดังการศึกษาของ มยุรี ปัญญาสิม (2551) พบว่า การให้ความรู้สามารถช่วยให้ผู้ที่เป็โรคไตเรื้อรังได้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ กมลทิพย์ ภูมิศรี (2547) พบว่าการให้ความรู้มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา ทองชื่น (2545) พบว่า การให้ความรู้มีผลทำให้พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งจากการศึกษาด้านจิตวิทยาสังคม พบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลมักจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว (Hettler, 1982) ความเชื่อของครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือรักษาโรคใด ๆ จะมีผลต่อการปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ถ้าครอบครัวใดมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกของตนสามารถรักษาได้ และการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น ก็จะสนับสนุนช่วยเหลือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยตามแผนการรักษา พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจึงเป็นไปในทางบวก แต่ถ้าครอบครัวใดไม่เชื่อถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการรักษานั้น ก็อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ (Hill, 1985)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยร่วมต่าง ๆ มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมีพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ร่วมด้วยเสมอ

แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ดังนั้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจึงมีการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัยที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่างได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542) ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจและการกระทำของบุคคลในการป้องกันโรค และการให้ความร่วมมือในการรักษา

ของบุคคล (King, 1984) เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างไร ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความคิดดังกล่าว

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้นในช่วงประมาณปี ค.ศ. 1950 โดยกลุ่มของนักจิตวิทยาทางสังคมซึ่งได้ให้กรอบแนวคิดเพื่อค้นคว้าหา คำตอบว่า ทำไมบุคคลบางคนกระทำกิจกรรมป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ในขณะที่บางคนไม่ทำกิจกรรมนั้น ๆ จึงได้ริเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1974) แนวความคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากความเชื่อของเลวิน (Lewin) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อผลดีให้แก่ตน และหนีออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา (Janz et al., 2002) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) อธิบายว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน ซึ่งเป็นปัจจัยด้านการรับรู้ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการรับรู้ที่ตนนั้น นอกจากนี้แล้วยังต้องมีปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยได้ถึงแม้จะไม่มีอาการ ส่วน Becker and Rosenstock (1984) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีผลทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และปัจจัยร่วม โดยปัจจัยร่วมคือปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน เป็นต้น มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน และปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น ต่อมา Rosenstock, Stretcher, and Becker (1988 cited in Janz et al., 2002) ได้เสนอให้รวมการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1997) เข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Janz et al., 2002)

องค์ประกอบของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่นำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 6 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้ (Rosenstock, Stretcher, & Becker, 1997 cited in Janz et al., 2002)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

องค์ประกอบนี้เกิดมาจากความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคหรือมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ในทางการแพทย์จะเกิดจากความเจ็บป่วย การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

สำหรับผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแล้ว จะแตกต่างจากผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป การรับรู้นี้อาจแสดงออกในด้านของความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัย การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรครีื้อรัง หรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่น ๆ ได้ (Janz et al., 2002)

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

องค์ประกอบนี้จะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกถึงความร้ายแรงของการเจ็บป่วย หรือการประเมินผลการดูแลรักษาจากแพทย์หรือทางคลินิก เช่น ตาย พิการ เกิดความเจ็บปวด ผลกระทบทางสังคม เช่น ผลต่อหน้าที่การงาน ครอบครัว และสัมพันธภาพทางสังคม หากรวมการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค จะหมายถึงการรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Janz et al., 2002) แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก็ตาม พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่แสดงออก จนกว่าบุคคลจะมีความเชื่อว่าโรคนั้นอันตรายต่อตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคดีขึ้น โดยความรุนแรงในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยไม่ได้หมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง (Rosenstock, 1990 cited in Janz et al., 2002) การทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัวซึ่งจะมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นพฤติกรรมใหม่ถ้าผู้ป่วยได้รับการแนะนำวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยนั้นหรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นแต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคแต่ไม่สามารถหรือไม่ทราบวิธีที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยนี้ จะทำให้เกิดกลไกการป้องกันเกิดขึ้น เช่นอาจจะมึพฤติกรรมที่ปฏิเสธหรือไม่ยอมรับกับภาวะความเจ็บป่วยนั้น ๆ มากกว่าที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพ (Hellenbrand, 1983)

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตน

องค์ประกอบนี้เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อแผนการรักษาว่าสามารถลดภาวะและควบคุมโรคจากการเจ็บป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำ เนื่องจากมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น ๆ สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ หรือลดภาวะเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพ หรืออาจไม่เกี่ยวกับสุขภาพแต่เป็นประโยชน์ เช่น หยุดสูบบุหรี่ทำให้ประหยัดเงิน รวมถึงทางเลือกที่กระทำนั้นมีประโยชน์สำหรับตนเองในการลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ดังนั้นระดับความเชื่อที่เหมาะสมในเรื่องของโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคจะไม่เกิดจากการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ หากปราศจากการรับรู้เกี่ยวกับผลประโยชน์ที่หวังตามต้องการ (Rosenstock, 1990 cited in Janz et al., 2002)

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน

การรับรู้ว่ามีอุปสรรคอาจจะมีผลต่อการให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลถึงผลของการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในทางลบ เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ (Janz et al., 2002) ซึ่งได้แบ่งการรับรู้อุปสรรค ตามปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยที่เกี่ยวกับวัตถุ อันได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับเวลา ความสะดวก การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม ค่าใช้จ่าย และสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ส่วนปัจจัยภายในหรือปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ การขาดพลังงาน การขาดแรงกระตุ้น ความพร้อมของร่างกาย และภาวะสุขภาพ (Rosenstock, 1974) เป็นผลทำให้บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรม หากพบว่าข้อดีมากกว่าข้อเสีย ผลจากการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน จะมีผลต่อการปฏิบัติ โดยจะมีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง หากมีความพร้อมในการปฏิบัติสูง และในขณะเดียวกันก็มีอุปสรรคสูงด้วย ทำให้เกิดข้อขัดแย้งในใจของบุคคลนั้น ๆ (กฤษฎาพร ทิพย์กาญจนาราช, 2549; Rosenstock, 1974)

5. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ

การกำหนดรูปแบบการปฏิบัติในแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะใช้แนวความคิดเป็นตัวนำ พร้อมทั้งปัจจัยอื่น ๆ โดยเน้นการกระตุ้นการกระทำ เช่น การกระตุ้นที่ตัวบุคคล หรือสิ่งแวดล้อม สิ่งชักนำอาจจะมีผลสำคัญที่สุดให้มีการปฏิบัติ แต่ยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อนำมาอธิบายได้ (Janz et al., 2002) สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ จึงหมายถึงหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ เช่น ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำจากบุคคลอื่น และการกระตุ้นเตือน (กฤษฎาพร ทิพย์กาญจนาราช, 2549) อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น อารมณ์ หรือ การเจ็บป่วยและสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่าง ๆ ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ (Becker & Maiman, 1980)

ปัจจัยอื่น (Other Variables) หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ดังนี้ (Janz et al., 2002)

1. ปัจจัย ด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น
2. ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน
3. ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสิทธิภาพเกี่ยวกับโรค เป็นต้น

ซึ่งปัจจัยดังกล่าวถือว่าเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน และการรักษาสุขภาพ

6. การรับรู้ความสามารถตนเอง

ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) พัฒนาโดย Bandura (1977) มีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งมีความเชื่อว่า บุคคลถ้ามีการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ทำอย่างไรและเมื่อทำเสร็จแล้วได้ผลตามที่คาดหวังไว้ บุคคลก็จะกระทำให้สิ่งนั้น (Bandura, 1997) จึงกล่าวได้ว่าบุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถตนเองและมีแรงจูงใจสูงจะพยายามนำไปสู่ความสำเร็จของกิจกรรม และจะควบคุมตนเองให้เกิดพฤติกรรมตามความต้องการ แตกต่างจากแนวคิดความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-confidence) ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปไม่เจาะจงสถานการณ์ แต่ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนจะเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเฉพาะสถานการณ์หนึ่ง สถานการณ์ใดเท่านั้น (สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา, 2550)

Bandura (1997) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมคนเรานั้นไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมอย่างเดียว แต่ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลมาร่วมด้วยประกอบด้วย 3 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยภายในส่วนบุคคล ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก การที่ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้น ก็ได้ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

Bandura (1997) ได้พัฒนาทฤษฎีความสามารถตนเองขึ้นเพื่ออธิบายและทำนายการเปลี่ยนแปลงทางจิตของบุคคล โดยมีความเชื่อสภาวะทางจิตที่สามารถเปลี่ยนแปลง ความคาดหวัง ความสามารถตนเองได้

เนื้อหาสาระของทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 2 แนวคิด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น ซึ่งทั้งสองแนวคิดนี้มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรม ดังที่แบนดูรากล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถ ในตนเองสูงและมีความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นสูง ก็มีแนวโน้มที่จะกระทำอย่างแน่นอน แต่ถ้ามีด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำ ดังภาพที่ 2

		ความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำ ทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ แน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ

ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น
(Bandura, 1997)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ ความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถปฏิบัติหรือกระทำเพื่อให้ได้ผลที่เกิดขึ้นหรือผลลัพธ์ตามต้องการ ซึ่งเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นหรือคาดหวังก่อนที่จะกระทำการสิ่งใด ๆ (Bandura, 1997) แบ่งออกเป็น 3 มิติ ดังนี้

1. ขาดความคาดหวัง (Mangnitude) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ในการที่จะเลือกการกระทำพฤติกรรมหนึ่ง ๆ หรือแตกต่างกันในบุคคลเดียวกันเมื่อต้องทำพฤติกรรมที่มีระดับความยากง่ายต่างกัน ถ้ามอบหมายงานยากเกินไปให้กับบุคคลที่มีความมั่นใจใจตนเองต่ำ งานก็อาจจะล้มเหลว เป็นต้น
2. ความเป็นสากล (Generality) หมายถึง การรับรู้ถึงความสำเร็จที่เคยประสบแล้วส่งผลต่อความรู้สึกเชื่อมั่นในสถานการณ์อื่น ๆ ด้วยเพราะประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่างก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่ใกล้เคียงกันได้
3. ความเข้มแข็ง (Strength) หมายถึง การมีความรู้สึกมั่นใจ การรับรู้ว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำโดยจะพิจารณาความเป็นไปได้ว่าอย่างน้อยเพียงใด ความคาดหวังที่เกิดขึ้นเป็นความเชื่อของบุคคลที่ประเมินว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ แบ่งออกเป็น 3 ด้านด้วยกัน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านสังคม และด้านประเมินตัวเอง ในแต่ละด้านประกอบไปด้วยความคาดหวังทางบวก (Positive Expectation) คือ สิ่งที่น่าพอใจให้กระทำ และความคาดหวังทางลบ (Negative Expectation) คือ สิ่งที่ไม่พอใจให้กระทำ (Bandura, 1986; 1997) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านกายภาพ (Physical Effect) หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังการปฏิบัติหรือการกระทำสิ่งนั้นแล้วส่งผลต่อร่างกายในทางบวกและทางลบ ทางบวก เช่น ทำให้เกิดความสุขสบายทางกาย ทางลบ เช่น ทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางกาย ได้แก่ ความเจ็บปวด ความหิว ความรู้สึกร้อนหรือหนาว เป็นต้น

2. ด้านสังคม (Social Effect) หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังปฏิบัติกระทำสิ่งนั้นจะส่งผลต่อสังคม ทางบวก เช่น การได้รับความสนใจจากสังคม สังคมเห็นคุณค่าและพอใจ การได้รับสิ่งตอบแทนเป็นรางวัล ส่วนทางลบ เช่น ถูกสังคมต่อต้าน เป็นต้น

3. ด้านการประเมินตนเอง (Self Evaluation) หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมหรือการกระทำนั้นจะส่งผลตัวเอง ในทางบวก เช่น ความพึงพอใจของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในทางลบ เช่น การตำหนิ ความรู้สึกไม่พอใจตนเอง เป็นต้น

แหล่งกำเนิดของความคาดหวังในความสามารถตนเอง เกิดมาจากแหล่งข้อมูลที่สำคัญ 4 แหล่ง ดังนี้ (Bandura, 1997)

1. ประสบการณ์ที่เคยกระทำสำเร็จ (Performance Accomplishment or Actual Mastery Experience) เป็นการเรียนรู้จากสิ่งทีตนเองเคยกระทำ ซึ่งมีประสิทธิภาพมากที่สุด และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มความสามารถตนเองสูงกว่าวิธีอื่น ๆ เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง

2. การได้รับประสบการณ์จากบุคคลอื่นหรือการใช้ตัวแบบ (Vicarious Experience) ทั้งที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว ซึ่งการได้เห็นผู้อื่นแสดงพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จะทำให้นักลรับรู้ความสามารถและประสบการณ์ในอดีตไม่แตกต่าง บุคคลนั้นจะบอกกับตัวเองว่า ถ้าผู้อื่นกระทำแล้วประสบความสำเร็จได้เขาจะต้องสามารถกระทำสิ่งนั้นได้เช่นเดียวกัน หากมีความตั้งใจและพยายาม วิธีการส่งเสริมให้นักลมีความเชื่อมั่นในสามารถของตนเองโดยการสังเกตผ่านตัวแบบซึ่งมี 2 ประเภทดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ (Live Modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง

2.2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หรือหนังสือนวนิยาย

ตัวแบบที่ทำให้นักลมีความตั้งใจจะสังเกตนั้น จะต้องมีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีความเป็นไปได้ ดึงดูดใจให้ปฏิบัติตามและมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ (Bandura, 1997) นอกจากนี้ตัวแบบควรมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตทางด้านเพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ ก็จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมานั้น

เหมาะสมและตนเองสามารถทำได้ ตัวแบบควรมีลักษณะอบอุ่นและเป็นกันเอง ไม่ควรเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงมากเกินไปเพราะจะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าพฤติกรรมนั้นไม่น่าจะเป็นจริงได้

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) คือ การได้รับเอาคำพูดโน้มน้าวของผู้อื่นมาเสริมกำลังใจ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่ามีความสามารถที่จะกระทำสำเร็จ

4. สภาพทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affect State) เช่น ความเครียด ความกลัว ความอ่อนล้า ความเจ็บปวด ภาวะขาดสติ ขาดการรู้ตัว ฯลฯ จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดีซึ่งนำไปสู่ประสบการณ์ที่ล้มเหลว ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถตนเองต่ำลง ดังนั้นถ้าบุคคลสามารถควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก และมีสติจะทำให้การรับรู้ความสามารถตนเองมากขึ้น

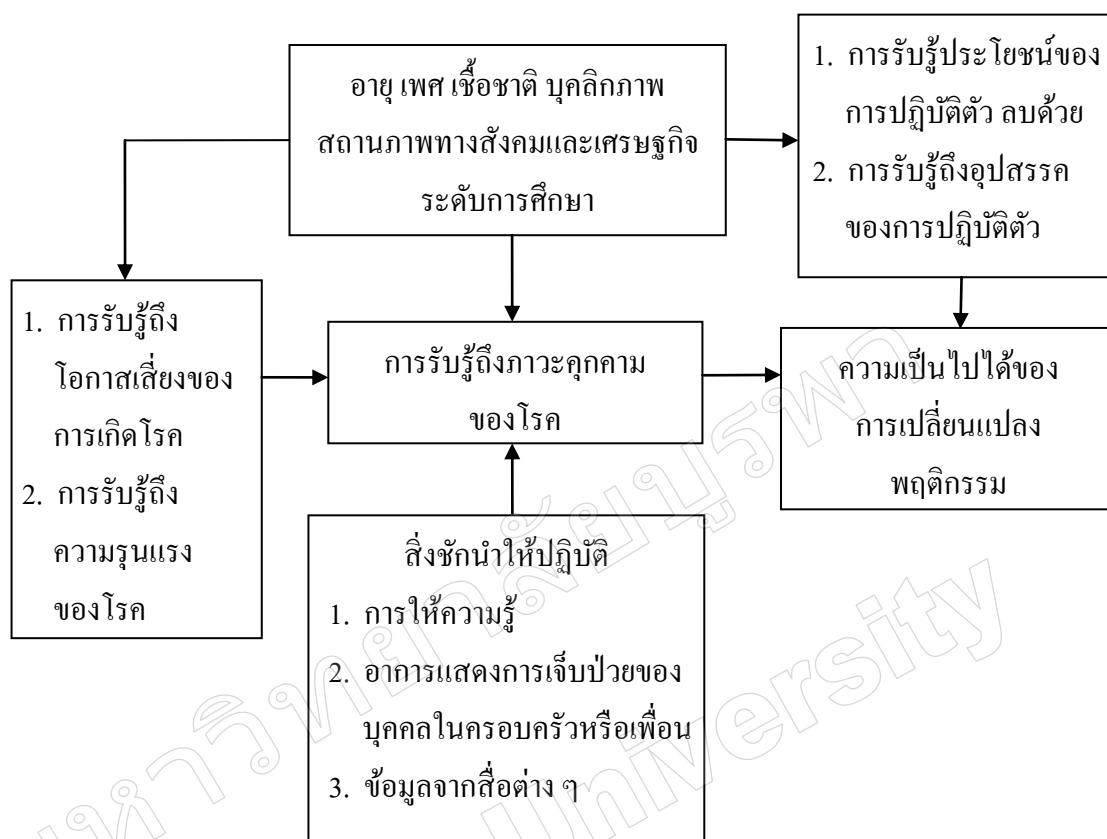
การนำทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนมาใช้อย่างหลากหลายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันโดยหวังผลในระยะยาว ตัวอย่างเช่น การรับประทานอาหารเช้ามันสูง การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม (Janz et al., 2002) ความจริงแล้วก่อนจะมีการเปลี่ยนแปลงที่สำเร็จ บุคคลนั้นต้องรู้ว่ามีความทุกข์ต่อชีวิตของตน และต้องเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงจะมีผลดีต่อตนเองเป็นที่น่าพอใจ โดยต้องเสริมแรงให้รู้สึกว่าจะสามารถกระทำสำเร็จด้วยตัวเอง โดยเอาชนะการรับรู้อุปสรรค (Bandura, 1997) แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพในช่วงแรกถูกพัฒนาเพื่อนำมาอธิบายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเน้นเรื่องปัจจัยด้านการรับรู้ การที่จะเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพนั้นจะต้องมีการกระตุ้นการรับรู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดผลกระทบ โดยเฉพาะความกลัวเกี่ยวกับภาวะที่คุกคาม (Leventhal, 1970) ความกลัวเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันสามารถเพิ่มองค์ประกอบในการรับรู้ความรุนแรงของโรคในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้สูงขึ้น (Rogers & Prentice-Dunn, 1997) การรับรู้ความสามารถตนเองในแต่ละสถานการณ์มีส่วนทำให้เกิดความกลัว หากรวมการรับรู้ความสามารถตนเองกับความกลัวจะทำให้บุคคลมีการยอมรับในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Janz et al., 2002) ได้ง่ายขึ้น

จากองค์ประกอบที่สำคัญดังกล่าว สามารถเขียนความสัมพันธ์ขององค์ประกอบเหล่านี้เป็นโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังแสดงไว้ในภาพที่ 3

การรับรู้ของบุคคล

ปัจจัยร่วม

แนวโน้มของการปฏิบัติ



ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, Stretcher, & Becker, 1997 cited in Janz et al., 2002, p. 52)

การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีหลายแนวทาง ทั้งการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีที่มีอยู่มากมาย แนวคิดหนึ่งที่น่าสนใจอย่างมากหลายคือแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีแนวคิดว่าการเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ให้มีการปฏิบัติตามความคิดเห็นความเข้าใจของบุคคลนั้น ๆ ฉะนั้นเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย บุคคลจึงมีการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัยที่แตกต่างกันไป (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542) จะเห็นได้ว่าการศึกษาและประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมปฏิบัติตนที่เหมาะสมอย่างแพร่หลาย ดังการศึกษาของ ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม (2542) ได้ศึกษาผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเข่าด้วยกล้องส่องข้อ และมารับการตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่จำนวน 10 รายพบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพหลังการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนให้ข้อมูล รวมทั้งคะแนนรายด้านที่สูงกว่าก่อนให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โดยเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 30 ราย สุ่มเป็น 2 กลุ่มเท่า ๆ กัน ผลคือผู้สูงอายุกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ระวีวรรณ กันทะกาลัง (2549) ได้ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสองแคว จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสองแคว อำเภอสองแคว จังหวัดน่านจำนวน 62 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วย อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธรณ์ นนทะโมลี (2551) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัวกรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 9 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงขึ้นหลังการเข้าร่วมโครงการและคะแนนเฉลี่ยรวมทุกด้านสูงขึ้นด้วย ยังพบอีกว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นหลังการเข้าร่วมโครงการ โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมทุกด้านสูงขึ้นเช่นกัน

จะเห็นได้ว่าการให้ความรู้ หรือให้ข้อมูลช่วยทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ มีการนำข้อมูลที่ได้อ่านไปเชื่อมโยงกับความรู้เดิม และประสบการณ์เดิม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านการรับรู้ และเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องได้ จากองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการรับรู้หรือความเชื่อเป็นปัจจัยที่สำคัญที่กระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม แสดงให้เห็นว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ เชื่อว่าผลที่ตามมาจากปัญหาสุขภาพดังกล่าวมีอันตรายหรือรุนแรง เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ควรปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ สามารถลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงได้ เชื่อว่าอุปสรรคของการปฏิบัติมีน้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้รับแนวทางการประยุกต์สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 มโนทัศน์ความหมายของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ (Rosenstock, Stretcher, & Becker, 1997 cited in Janz et al., 2002, p. 49)

มโนทัศน์	ความหมาย	การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	มีความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นไปได้หรือผลที่จะได้รับจากการเจ็บป่วยหรือโรค	- กำหนดบุคคลที่เสี่ยง ระดับความเสี่ยง - ความเสี่ยงของบุคคลจะเป็นไปตามลักษณะหรือพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออก - สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงดังกล่าวที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	มีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยมีอันตรายอย่างไร และผลเสียที่ตามมา	ระบุ/ แจกแจง ผลเสียที่จะเกิดจากรisk ความเสี่ยงและความเจ็บป่วยที่เป็น
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว	มีความเชื่อในเรื่องของผลของการปฏิบัติว่า จะลดความเสี่ยงหรือผลกระทบจากความรุนแรง	หาวิธีการปฏิบัติว่าควรทำอย่างไร ทำเมื่อไหร่ ทำที่ไหน และประสิทธิผลที่คาดว่าจะได้รับ
การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัว	จะต้องรับรู้อุปสรรคตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ	ให้ความกระจ่างและลดการรับรู้อุปสรรคด้วยการสร้างความมั่นใจ แก้ไขความรู้ที่มีแบบไม่ถูก ให้ความช่วยเหลือและสร้างแรงกระตุ้น
สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ	กลวิธีกระตุ้นให้บุคคลเกิดความพร้อมในการปฏิบัติตน	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติอย่างชัดเจนโดยกระตุ้นการตระหนักรู้ (Awareness) และการสร้างระบบการกระตุ้นเตือน (Reminder)
ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง	ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการปฏิบัติตามขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติตน	จัดให้มีการให้ความรู้ การฝึกอบรมในการปฏิบัติตน โดยการกำหนดเป้าหมาย การชักจูงด้วยคำพูด และสาธิตให้เห็นภาพ เพื่อลดความวิตกกังวล

โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

พฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดที่ดีและเหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญในการลดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (กฤษณกมล วิจิตร, 2547) มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเพื่อให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังการศึกษาของ Yeh, Chen, and Liu (2005) ได้ศึกษาการผลของวิธีดิมัลติมีเดียแผนการสอนทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมาธิตนเองแห่งตนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมใช้การสอนเป็นรายบุคคลในกลุ่มทดลอง เป็นเวลา 4 สัปดาห์เริ่มตั้งแต่ระยะแรกรับที่แผนกผู้ป่วยนอกระยะหลังผ่าตัด ระยะจำหน่าย และระยะ 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายพบว่าในกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการศึกษาของ Yoon et al. (2010) ที่ศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกและข้อเข่าเทียมในสหรัฐอเมริกา ส่วนใหญ่เป็นผู้ชายอายุอยู่ในช่วง 66-67 ปี โดยรูปแบบการให้ความรู้จะใช้สื่อวีดิทัศน์โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และการสอนรายบุคคล ประมาณ 3 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัดพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สำหรับในประเทศไทยพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ดังการศึกษาของ ทศนีย์ มีประเสริฐ (2550) โดยทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักก่อนและหลังผ่าตัดผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปก่อนและหลังการผ่าตัดแบบ Cohort Study ที่โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2549 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 36 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่า $p < .001$ ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมดีขึ้น ตามมา $p = .031$ และ $p = .016$ ตามลำดับ และพบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด ได้แก่ บุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันหลังผ่าตัด จากผลการวิจัยที่ผ่านมามองเห็นได้ว่าโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกนั้นมีส่วนทำให้ผลลัพธ์ในการรักษากับกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมประสบผลสำเร็จได้ตามเป้าหมาย ส่วนการศึกษาของ ปาริชาติ พรสวัสดิ์ชัย (2551) ทำการศึกษาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกระดูกสะโพกภายหลังได้รับการรักษาต่อความรู้ ความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคกระดูกสะโพกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกระดูกสามัญและพิเศษโรงพยาบาลรามารับดี ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงตุลาคม พ.ศ. 2551 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 30 คน พบว่าผู้ดูแลที่ใช้

เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจในการบริการด้านการประหยัดค่าใช้จ่าย ด้านความสะดวกและความมั่นใจในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยโรคกระดูกสะโพกในกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตทางด้านอารมณ์และความภาคภูมิใจในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ สุมาลี ชัดอุโมงค์ (2551) ทำการศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามัญ และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์พิเศษ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2551 จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยของอาการปวดแผลผ่าตัด และคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกรู้สึกทุข์ทรมาน ปริมาณการใช้ยาแก้ปวด และจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 คะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และจำนวนภาวะแทรกซ้อนในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542) การรับรู้ภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดจากความต้องการเนื่องจากเห็นความสำคัญของสิ่งที่จะเปลี่ยน สิ่งนั้นต้องตรงกับความต้องการและค่านิยมของบุคคล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลโดยจะเป็นการเปลี่ยนแปลงก่อนข้างถาวร (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวริ์ สุวรรณ, 2536) การเปลี่ยนแปลงนี้ทำได้โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ การให้ข้อมูลที่มีความชัดเจนเข้าใจง่าย (กฤษณกมล วิจิตร, 2547) ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นกลวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ มีผู้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ซึ่งผลที่ได้ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพและมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จะต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องด้วย เห็นได้ว่าการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นผลอย่างดี ผู้วิจัยจึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1997 cited in Janz et al., 2002) มาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างเสริมการมีพฤติกรรมปฏิบัติตนของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

จากทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้วิจัยต้องมีความรู้และทราบเกี่ยวกับความเสื่อมของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม เช่น ปัญหาด้านสายตา หรือการได้ยิน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลจากการเข้าร่วมโปรแกรมเท่า ๆ กัน รวมทั้งต้องจัดอุปกรณ์ สื่อการสอนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเป็นรูปแบบของกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีระบบ และเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและต่อเนื่องถึงจำหน่ายกลับบ้าน โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและใช้เทคนิคที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และ ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพใน
 - 1.1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง
 - 1.2 ด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง
 - 1.3 ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง
 - 1.4 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน
 - 1.5 ด้านการเรียนรู้โดยใช้ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ
 - 1.6 ด้าน การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง
2. การใช้เทคนิคที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ได้ดีขึ้น และจะมีการเรียนรู้ดียิ่งขึ้น ถ้าผู้ให้ความรู้มีความรู้และความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการประมวลสารสนเทศในผู้สูงอายุ ใช้เทคนิคและวิธีการที่เหมาะสม เทคนิคที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนาเรขา, 2549; Miller, 2009) มีหลายวิธี ดังนี้
 - 2.1 ให้เวลาในการเรียนรู้มากขึ้น
 - 2.2 เนื้อหาความรู้ที่ให้อ่านควรเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจ
 - 2.3 ปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น แสง เสียง ความชัดเจนของสื่อให้สอดคล้องกับสภาพการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ
 - 2.4 เตรียมอุปกรณ์อื่น ๆ ที่ช่วยในการเรียนรู้ เช่น แว่นตา เครื่องขยายเสียง และเครื่องช่วยฟัง เป็นต้น
 - 2.5 ใช้วิธีท่อง ฟัง หรือการอ่านทวนเนื้อหาหรือข้อความนั้นซ้ำ ๆ (Rehearsal) ซึ่งมี 2 ลักษณะดังนี้
 - 2.5.1 การทวนซ้ำ ๆ (Maintenance Rehearsal) เป็นการทวนซ้ำ ๆ เพื่อช่วยให้การจำข้อมูลที่ต้องการจะจำภายในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น การท่องจำหมายเลขโทรศัพท์ ท่องจำประเภทนี้ใช้ความหมายในการจำแต่ไม่เกี่ยวกับความจำระยะยาว

2.5.2 การทวนซ้ำด้วยความเข้าใจ (Elaborative Rehearsal) หรือการจำแบบใช้ความคิด เป็นการจำโดยเชื่อมโยงข้อมูลใหม่เข้ากับข้อมูลที่มีอยู่เดิมในความจำระยะยาว โดยวิธีการนี้ จะมีการเชื่อมโยงไปยังความจำระยะยาว และนำมาเก็บไว้ในความจำระยะสั้น นั่นคือการนำความรู้ที่เก็บไว้แล้วมาใช้ในการเรียนรู้

2.6 ใช้ความสัมพันธ์ระหว่างคำพูดกับจังหวะที่สอดคล้องกัน เป็นเทคนิคในการสะสมความจำระยะยาว โดยการนำเอาข้อมูลใหม่มาสร้างเป็นทำนอง จังหวะ หรือรหัส ให้เกิดความคล้องจองกัน

2.7 แบ่งเรื่องที่ต้องการจำออกเป็นตอนสั้น ๆ เพราะการอ่านหรือการทบทวนเนื้อหาที่มีเนื้อหามาก ๆ จะทำให้จำยาก ซึ่งถ้าบุคคลจากกลุ่มคำขนาดใหญ่ มักจะลืมคำช่วงกลาง ๆ จำได้แต่คำช่วงต้นและช่วงท้าย แต่ถ้าแบ่งเนื้อหาออกเป็นตอนสั้น ๆ จะทำให้จำได้ดีขึ้น

เนื้อหาทั้งหมดจะถูกบรรจุในแผนการส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุ หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งกำหนดรูปแบบของกิจกรรมการพยาบาล พร้อมให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการบริหารร่างกาย การเคลื่อนไหว การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัด วิธีการคือให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองและผู้อื่น อีกทั้งยังมีตัวแบบที่เป็นผู้สูงอายุที่เคยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและประสบความสำเร็จในการมีพฤติกรรม การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พร้อมมีคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุ หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ให้ศึกษาภาพพร้อมประกอบคำบรรยาย ได้ฝึกทักษะการบริหารร่างกาย ได้รับฟังคำพูดชักจูงโน้มน้าวให้กำลังใจ โดยให้ผู้สูงอายุพูดคุยถึงผลดีของการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ให้ระบายความรู้สึก ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตนรวมทั้งร่วมแก้ไขปัญหาที่พบเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ถูกต้อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1: กิจกรรม 3 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที โดยจัดกิจกรรมในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคย กับสถานการณ์หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ถูกต้องและเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์ทางอ้อมจากการสังเกตจากตัวแบบสัญลักษณ์ ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ตรงในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
4. เพื่อทบทวนความรู้และกระตุ้นการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ของการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ถูกต้อง
2. เพื่อส่งเสริมการรับรู้ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และปัจจัยร่วม
3. เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตน หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

สัปดาห์ที่ 2: กิจกรรม 1 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที ที่บ้านหรือสถานที่พัก และ โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม 1 ครั้งใช้เวลา 5-10 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุคุ้นเคยกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ต้องเผชิญการผ่อนคลาย และการแสดงออกถึงความรู้สึก
2. เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ถูกต้องในด้าน

1. การบริหารร่างกายที่ถูกต้อง
2. การเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง
3. การป้องกันการติดเชื้อ
4. การสังเกตอาการผิดปกติ
5. การมาตรวจตามนัด

สัปดาห์ที่ 3: 1 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที ที่บ้านหรือสถานที่พัก และ โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม 1 ครั้งใช้เวลา 5-10 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อทบทวนความรู้และกระตุ้นพฤติกรรมในการปฏิบัติตน
2. เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการมาตรวจตามนัด

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ถูกต้องในด้าน

1. การบริหารร่างกายที่ถูกต้อง
2. การเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง
3. การป้องกันการติดเชื้อ

4. การสังเกตอาการผิดปกติ

5. การมาตรวจตามนัด

สัปดาห์ที่ 4: 1 ครั้ง 45-60 นาที ในโรงพยาบาล และที่บ้านหรือสถานที่พัก 1 ครั้ง ใช้เวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อทบทวนความรู้และเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม รวมทั้งประเมินความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ

สรุป โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบของกิจกรรมการพยาบาล อย่างมีระบบและเป็นขั้นตอนที่ผู้สูงอายุจะได้รับตั้งแต่วันที่ 3 หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล และต่อเนื่อง เมื่อกลับไปสถานที่พักโดยประยุกต์ใช้แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพและใช้เทคนิคที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการมีพฤติกรรมปฏิบัติตนที่เหมาะสมและการส่งเสริมให้มีการรับรู้โอกาส เสี่ยงของการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การรับรู้ต่อความรุนแรงของการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การรับรู้ถึง ประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การรับรู้และจัดการกับอุปสรรคของการปฏิบัติตน กระตุ้น เรียนรู้โดยใช้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติจากตัวแบบสัญลักษณ์เป็นผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพกเทียมที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติตนที่ประสบผลสำเร็จ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอนและให้ ผู้สูงอายุได้ศึกษาจากคู่มือการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และเสริมสร้างการรับรู้ ความสามารถของตนเองโดยให้ผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์จากการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติไปพร้อม ๆ กับการสาธิตโดยดูจากตัวแบบสัญลักษณ์และคู่มือ การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม รวมทั้งการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามหากมีข้อสงสัย ตามไม่ทันหรือต้องการดูการสาธิตซ้ำ กิจกรรมดังกล่าวจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสม ลดปัจจัย และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้