

## บทความวิจัย

ความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย  
สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาล  
สงขลานครินทร์\*

มานี หาทรัพย์\*\* มงคลชัย หาทรัพย์\*\* ทศนีย์ นะแส\*\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินระดับความรู้และความสามารถของผู้ดูแลหลัก ในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ใช้กรอบแนวคิดเรื่อง ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม และแนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายและหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 59 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึก และแบบประเมินโดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด และแบบวัดความรู้ของผู้ดูแล หาความเที่ยงของแบบวัดความรู้โดยใช้ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 และหาความเที่ยงของแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลจากการสังเกตของผู้สังเกต 2 คน (interrater reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดก่อนจำหน่าย มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นอย่างมาก ระดับความรู้ของผู้ดูแลหลักในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 75) ปานกลาง (ร้อยละ 25) และจากการสังเกตระดับความสามารถในการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.63) สูง (ร้อยละ 28.81) และต่ำ (ร้อยละ 13.56) ตามลำดับ

\* ได้รับทุนสนับสนุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

\*\* พยาบาลชำนาญการ ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยเฉพาะด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาล หลังจำหน่ายและต้องกลับไปฟื้นฟูความสามารถที่บ้าน

**คำสำคัญ:** ความรู้ของผู้ดูแล; ความสามารถของผู้ดูแล; ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

### ความเป็นมาของปัญหา

ผู้ป่วยสูงอายุมักมีปัญหาจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย โรคประจำตัวต่างๆ ปัญหากระดูกพรุน รวมทั้งปัญหาในการทรงตัว ทำให้มีโอกาสพลัดตกหกล้มได้สูง และเมื่อพลัดตกหกล้มมักมีปัญหากระดูกสะโพกหักตามมา ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวด มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อในที่ต่างๆ ผลกดทับ รวมทั้งผู้ป่วยเหล่านี้มักได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เพื่อยึดตามกระดูกและใส่ข้อเทียม ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งจากการผ่าตัดและจากการได้รับยาระงับความรู้สึก จากการศึกษาทะเบียนประวัติผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย และศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2551 (ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2551) จำนวน 68 ราย พบภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ผลกดทับ (ร้อยละ 22.06) ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 41.18) ติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 8.82) ติดเชื้อระบบหายใจ (ร้อยละ 10.30) ติดเชื้อแผลผ่าตัดและเส้นเลือดดำอุดตัน (ร้อยละ 1.47) ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลให้ต้องใช้ระยะเวลานานในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด มีการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วย ร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักต้องสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือดูแลตนเองได้ลดลง เช่น ความสามารถเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

ด้วยตนเอง การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การสวมใส่เสื้อผ้า และการขึ้นลงบันไดได้ลดลง นอกจากนี้ต้องสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการอาบน้ำ การลงจากเตียง การลุกนั่งเก้าอี้ และการเดินโดยสิ้นเชิง (Williams, Oberst, & Bjorklund, 1994) และร้อยละ 26-75 ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตรอดแต่ไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตการเคลื่อนไหวร่างกายและการพึ่งพาตนเองได้เหมือนก่อนที่จะมีภาวะกระดูกสะโพกหัก โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรก (Bradley & Kozak, 1995) แม้จะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดก็ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพให้กลับมาความสามารถได้อย่างสมบูรณ์ เช่นเดิม (Mossey, Mutran, Knott, & Craik, 1989) และพบว่า จำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักต้องกลายมาเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Stone, Wyman, & Salisbury, 1999) ต้องการการดูแลจากครอบครัวมากขึ้น ซึ่งญาติ ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่จะคอยช่วยเหลือและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลในระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นการตรวจสอบความพร้อมของผู้ดูแล มีหลักฐานจากงานวิจัยพบว่า การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านที่ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลสูง จะมีแนวโน้มการประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยว่าไม่ใช่เรื่องยากลำบาก สามารถ

ช่วยเหลือกระทำการกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยโดยใช้เวลาไม่มากนัก และสามารถวางแผนจัดการสอดแทรกการดูแลเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี มีการฟื้นฟูเร็ว (Barker, 1993) อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำลดลง (Evan, Bishop, & Mathlock, 1987) ความสามารถของญาติ ผู้ดูแลเป็นปัจจัยทำนายประสิทธิผลและการตอบสนองในบทบาทของญาติ ผู้ดูแลทางบวก (Browning & Schwirian, 1994) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ความสามารถของญาติ ผู้ดูแลเปรียบเสมือนกุญแจสำคัญที่นำไปสู่การบรรลุถึงเป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดี เพิ่มความพึงพอใจในชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา มีเทคโนโลยีทันสมัย มีโอกาสที่จะรับผู้ป่วยประเภทนี้เพิ่มขึ้น ประกอบกับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งหนึ่งในข้อกำหนดของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ มีการวางแผนจำหน่ายและดูแลอย่างต่อเนื่อง และจากภาวะปัจจุบันที่มีความจำกัดในด้านการคิดค่ารักษาพยาบาลจากราคากลาง เช่น แบบเหมาจ่ายต่อคน แบบกำหนดล่วงหน้าหรือกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related group) ทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องค่าใช้จ่าย ความคุ้มทุน ซึ่งวิธีการลดค่าใช้จ่ายวิธีหนึ่งคือการลดจำนวนวันนอนแต่ต้องอยู่ภายใต้การบริการที่มีคุณภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อประเมินความรู้และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อศึกษาระดับความรู้ ความสามารถของ

ผู้ดูแลหลักในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

**คำถามการวิจัย**

ผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดมีความรู้ ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับใด

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (dependent care agency) ของ โอเร็ม (Orem, 1991) และแนวคิดของผู้ดูแล (family caregiver) ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง (Given & Given, 1991; Horowitz, 1985) โดยมีแนวคิดสำคัญ 2 ส่วน เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบของบุคคลในการจัดการการดูแลสุขภาพของตนเอง (self care theory) ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย กับความรับผิดชอบของบุคคลในการรับผิดชอบจัดการดูแลสุขภาพทดแทนให้แก่บุคคลอื่น (dependent care theory) ซึ่งผู้สูงอายุโดยปกติมักมีหลายโรค และมีความเสื่อมถอยของความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองเดิมอยู่แล้ว เมื่อได้รับผลกระทบจากภาวะกระดูกสะโพกหัก ซึ่งเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่เฉียบพลัน ทำให้ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นจากปกติ เช่น การดูแลในเรื่องการจัดการอาหารที่เหมาะสม การดูแลในเรื่องการฝึกการขยับถ่ายปัสสาวะหลังถอดสายสวนปัสสาวะหลังผ่าตัด หรือในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ การออกกำลังกล้ามเนื้อแขนขาโดยเฉพาะขาข้างที่ได้รับการผ่าตัด การดูแล/ป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด การจัดการกับความปวด เป็นต้น นับเป็นความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถจะกระทำตัวเองอย่างเพียงพอเนื่องจากข้อจำกัดด้านความปวดและการรักษา ทำให้เคลื่อนไหวลำบาก หรือการตัดสินใจลงมือ

กระทำ ดังนั้นจึงต้องการการดูแลช่วยเหลือทดแทนจากบุคคลอื่นที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

ผู้ดูแลในทางการพยาบาลและสุขภาพคือ “family caregiver” หรือ “informal caregiver” หรือ “informal carer” หมายถึง ผู้ดูแลหรือบุคคลทั่วไปที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Davis, 1992) ซึ่งก็คือ ผู้ที่รับผิดชอบดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (dependent care agent) ตามแนวคิดของ โอเรม นั่นเอง ผู้ดูแลจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถนะทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และการรู้คิด ตัดสินใจต่างๆ รวมทั้ง การดูแลบำบัดรักษาเฉพาะที่ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงบทบาทหน้าที่และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การดูแลมุ่งเน้นการดูแลกันเองของบุคคลในครอบครัวและคนในสังคม ไม่ใช่ลักษณะการดูแลแบบวิชาชีพหรือการว่าจ้าง และให้การดูแลด้วยความรักและเอื้ออาทร (ศิริพันธุ์, 2549; Harowitz, 1985) ญาติและผู้ดูแลเป็นกุญแจและเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ จึงต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เมื่อต้องจำหน่ายและกลับไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความรู้ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด แพทย์ประจำตัวที่ห่อผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย ศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือนมกราคม 2554-

ตุลาคม 2555 จำนวน 59 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ เกรจซี และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือเป็นผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติ (ไม่ใช่รับจ้าง) ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด มีอายุ 15 ปีขึ้นไป สื่อความหมายได้เข้าใจตรงกันด้วยภาษาไทย ภาษาท้องถิ่นภาคใต้ ที่ไม่ใช่ภาษายาวี ไม่มีความพิการทางด้านร่างกายและจิตใจ และยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา และข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เชล ก่อนจำหน่าย และส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และแหล่งประโยชน์

2. แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของโรคภาวะแทรกซ้อน การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน และการมาตรวจตามนัด มีลักษณะเป็นคำถามให้ตอบ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 44 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0-1 คะแนน และกำหนดเกณฑ์การแปลระดับความรู้ 0-44 คะแนน แบ่งคะแนนระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งความรู้แบบอิงเกณฑ์ ดังนี้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2534 อ้างตาม ดุจเดือน, 2551)

ผู้ดูแลมีความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (35-44 คะแนน)

ผู้ดูแลมีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 (26-34 คะแนน)

ผู้ดูแลมีความรู้ระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 59 (0-25 คะแนน)

3. แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเป็นแบบสังเกต ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงและดัดแปลงจากฉบับของ จอม (จอม, 2540) ที่ใช้สำหรับวัดความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดความต้องการการดูแลที่จำเป็นทั่วไปของ โอเร็ม (Orem, 1991) เพื่อประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย 9 ด้าน แต่ละด้านประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันรวมทั้งหมด 28 กิจกรรมย่อย แต่ละข้อมีคะแนน 3 ระดับ จาก 0-2 คะแนน คะแนนความสามารถสูงสุด 56 คะแนน และต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนที่ได้ในแต่ละกิจกรรมของข้อย่อยในแต่ละด้านจะนำมารวมกัน แล้วแปลความหมายเป็นความสามารถของผู้ดูแล 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งความสามารถแบบอิงเกณฑ์ดังนี้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2534 อ้างตาม ดุจเดือน, 2551)

ผู้ดูแลมีความสามารถระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (44-56 คะแนน)

ผู้ดูแลมีความสามารถระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 - 79 (34-43 คะแนน)

ผู้ดูแลมีความสามารถระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 59 (0-33 คะแนน)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบวัดความรู้และแบบวัดความสามารถไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้โดย

ใช้ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 และหาความเที่ยงของแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลจากการสังเกตของผู้สังเกต 2 คน (interrater reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลัก ซึ่งคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงพิทักษ์สิทธิ์แก่ญาติและ/หรือผู้ป่วย เมื่อได้รับการตอบรับเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจะเข้าไปสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล จะดำเนินการหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการคงที่เข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพในช่วงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่มีปัญหาเหล่านี้ ได้แก่ การบำบัดด้วยเครื่องหายใจ/ผู้ป่วยได้รับการเจาะคอ ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยต์ ภาวะติดเชื้อ เป็นต้น ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยในวันแรกหรือวันที่ 2 ของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และสังเกตเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในวันที่ 4 หลังผ่าตัด โดยสังเกตวันละ 1-2 ครั้ง จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ประเมินความรู้ของผู้ดูแลและประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้ดัชนีบาร์เธลภายใน 2 วัน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 74.58 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 19-74 ปี ( $M = 55, SD = 12.07$ ) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 89.83) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 62.71) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 55.93) มีอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 28.81) รองลงมาทำสวน (ร้อยละ 18.64) เกือบทั้งหมดของผู้ดูแลมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 91.53) ผู้ดูแลทุกรายเป็นสมาชิกในครอบครัว โดยเกี่ยวข้องเป็นบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 72.88) และพักอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน (ร้อยละ 72.88) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 67.80) และรับรู้สุขภาพว่าตนเองแข็งแรงดี (ร้อยละ 81.36) และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน (ร้อยละ 83.05) เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน 8 ชั่วโมงขึ้นไป/วัน (ร้อยละ 72.88) โดยส่วนใหญ่มีญาติ ผู้ดูแลรองคอยช่วยเหลือ (ร้อยละ 83.05) เกินครึ่งของผู้ดูแลมีญาติ ผู้ดูแลรองช่วยเหลือ 1 คน (ร้อยละ 61.23) และเมื่อประสบปัญหาในการดูแล หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมบุคคลแรกที่ผู้ดูแลต้องการปรึกษา คือ พยาบาล (ร้อยละ 54.24)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ลักษณะผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.80) อายุเฉลี่ย 78.80 นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 89.83) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 50.85) เกินครึ่งไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 57.63) และไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 64.41) รายได้ต่อเดือน 20,001 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 30.51) รองลงมาน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 25.42)

มากกว่าครึ่งมีรายได้มั่นคง (ร้อยละ 77.97) ค่ารักษาส่วนใหญ่เบิกได้จากต้นสังกัด คือ ส่วนราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 71.19) ทุกคนมีโรคประจำตัว และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 59.32) ส่วนใหญ่มีyarรับประทาน (ร้อยละ 79.66) และรับประทานมากกว่า 1 ชนิด (ร้อยละ 71.20)

3. ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยผู้ป่วยทั้งหมด ต้องมีผู้ดูแลช่วยอาบน้ำหรือเช็ดตัวให้ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ช่วยตนเองไม่ได้เกี่ยวกับการใช้ห้องสุขา (ร้อยละ 72.88) และต้องการความช่วยเหลือในการดูแลปฏิบัติเกี่ยวกับสุขวิทษาส่วนบุคคล (ร้อยละ 71.19) ช่วยตนเองในการสวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้หรือได้น้อย (ร้อยละ 67.80) เกินครึ่งหนึ่งเคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ (ร้อยละ 62.71) และเกือบครึ่งไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้โดยไม่สามารถนั่งเองได้ (ร้อยละ 49.15) กลั้นอุจจาระไม่ได้หรือต้องสวน/ใช้ยาระบายอยู่เสมอ (ร้อยละ 30.51) ประมาณหนึ่งในสี่ไม่สามารถกลืนปัสสาวะหรือต้องใส่สายสวนปัสสาวะหรือต้องสวนปัสสาวะ และไม่สามารถช่วยตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารโดยไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ (ร้อยละ 25.42) ตามลำดับ (ตาราง 1)

**ตาราง 1** ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (N=59)

กิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
<b>การรับประทานอาหาร</b>		
ไม่สามารถดื่อกอาหารเข้าปากได้	15	25.42
ดื่อกอาหารได้ แต่ต้องมีคนช่วย	37	62.71
ดื่อกอาหารได้เองและช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ	7	11.87
<b>สุขวิทยาส่วนบุคคล (การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ฯลฯ)</b>		
ต้องการความช่วยเหลือ	42	71.19
ทำเองได้/ทำเองได้ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้	17	28.81
<b>การเคลื่อนย้าย</b>		
ไม่สามารถนั่งเองได้	29	49.15
ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้	20	33.90
ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	8	13.56
ทำได้เอง	2	3.39
<b>การใช้ห้องสุขา</b>		
ช่วยตนเองไม่ได้	43	72.88
ทำเองได้บ้าง	14	23.73
ช่วยตนเองได้ดี ขึ้นและลงจากโถส้วม/ถอดใส่กระโถน ทำความสะอาดเรียบร้อย	2	3.39
หลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย		
<b>การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน</b>		
เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	37	62.71
ต้องใช้รถเข็นช่วยตนเองให้เคลื่อนที่ได้โดยไม่ต้องมีคนเข็น	3	5.10
เดินหรือเคลื่อนที่ได้โดยมีคนช่วย	18	30.51
เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	1	1.68
<b>การสวมใส่เสื้อผ้า</b>		
ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตนเองแทบไม่ได้หรือน้อย	40	67.80
ช่วยตนเองได้ แต่ต้องมีคนช่วยบางขั้นตอนเช่น รูดซิป ติดกระดุม	16	27.10
ช่วยตนเองได้ดีโดยการติดกระดุม รูดซิปได้หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงได้	3	5.10
<b>การอาบน้ำ/เช็ดตัว</b>		
ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	59	100.00
<b>การกลั้นและการถ่ายอุจจาระ</b>		
กลั้นไม่ได้หรือต้องสวนอุจจาระ หรือใช้ยาระบายอยู่เสมอ	18	30.51
กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง	29	49.15
กลั้นได้ตามปกติ	12	20.34
<b>การกลั้นปัสสาวะ</b>		
กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะหรือต้องสวนปัสสาวะ	15	25.42
กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง	34	57.63
กลั้นได้ปกติ	10	16.95

4. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งหมด 9 ด้าน ได้แก่ การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ การดูแลให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การดูแลด้านการขยับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล การส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม การเฝ้าระวังอุบัติเหตุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ

ประทานยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 74.58) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 25.42) (ตาราง 2) เมื่อจำแนกผลการศึกษาคำถามในแต่ละด้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ระดับสูงในด้านการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ การดูแลให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา

ตาราง 2 ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
สูง (35-44 คะแนน)	44	74.58
ปานกลาง (26-34 คะแนน)	15	25.42
ต่ำ (0-25 คะแนน)	0	0

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดก่อนจำหน่าย ผู้ดูแลเกินครึ่งหนึ่งสามารถดูแลผู้ป่วยได้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.63) (ตาราง 3) เมื่อจำแนกผลการศึกษาคำถามความสามารถของผู้ดูแลในแต่ละด้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถระดับสูงในด้านการดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล

การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ มีความสามารถระดับปานกลางในด้านการดูแลให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา และมีความสามารถระดับต่ำในด้าน การดูแลด้านการขยับถ่าย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม การเฝ้าระวังอุบัติเหตุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ตาราง 3 ระดับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด

ระดับความสามารถ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (44-56 คะแนน)	17	28.81
ปานกลาง (34-43 คะแนน)	34	57.63
ต่ำ (0-33 คะแนน)	8	13.56



**การอภิปรายผล**

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและต้องการความช่วยเหลือทุกด้าน ซึ่งจากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ บาร์เทิล (Barthel activity of daily living) ก่อนจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งพาคือคนอื่นเป็นอย่างมากหรือต้องนอนติดเตียง โดยผู้ป่วยมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 86.44) และมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก (ร้อยละ 13.56) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปรีดา และคณะ พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงเมื่อเทียบกับความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนเข้าโรงพยาบาล (สุปรีดา, เพ็ญศรี, ทิพวรรณ, พงษ์, และสุนทรี, 2549) ซึ่งเป็นภาวะด้านร่างกายในช่วงการเปลี่ยนผ่านในชีวิต ภายหลังที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายไปในด้านลบ เนื่องมาจากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการหักของกระดูกข้อสะโพก เนื่องจากกระดูกจะมีเยื่อหุ้มกระดูก (periosteum) ที่มีอวัยวะรับความรู้สึกเจ็บปวดจำนวนมาก จนทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้มากและรุนแรง สอดคล้องกับคำกล่าวของ เบรดลีย์ และโคซอก (Bradley & Kozok, 1995) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะข้อสะโพกหักจากการหกล้มจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบเฉียบพลัน นอกจากนี้ภาวะข้อสะโพกหักยังส่งผลให้ผู้สูงอายุ กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือมีความสามารถดูแลตนเองลดลงจากก่อนที่จะมีภาวะข้อสะโพกหัก

เมื่อพิจารณาความรู้ของผู้ดูแลในการดูแล

ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า ผู้ดูแล ร้อยละ 74.58 มีความรู้ในการดูแลระดับสูง อาจเป็นเพราะผู้ดูแลเกินครึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ การแสวงหา แสวงหา ข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยในเรื่องโรค อาการและการดำเนินโรค วิธีการรักษา และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎา (2543) พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ระดับปริญญาตรีขึ้นไป สามารถรับรู้ข่าวสารได้มากขึ้น ขณะที่ผู้ดูแล ร้อยละ 57.63 มีความสามารถระดับปานกลางนั้น อาจเป็นเพราะผู้ดูแลเกือบทั้งหมดต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ให้กับครอบครัว ซึ่งอาชีพเป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอาชีพที่ปฏิบัติงานอย่างอิสระไม่มีกำหนดเวลาที่แน่นอน เช่น แม่บ้าน สามารถจัดการกับเวลาในการดูแลผู้ป่วยและการพักผ่อนได้ แต่ในขณะที่ผู้ดูแลซึ่งมีอาชีพที่ถูกกำหนดเวลาไว้แน่นอน เช่น รับราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือลูกจ้าง อาจมีเวลาจำกัดในการดูแลผู้ป่วย (ไพรินทร์, 2543 อ้างตาม สำอาง, 2550) ผู้ดูแลที่มีงานประจำต้องปรับเวลาทำงานให้มีความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย เครียดและไม่มีอิสระ ผู้ดูแลที่เป็นเกษตรกรหรือมีกิจการส่วนตัวจะปรับตัวได้ดีกว่าเพราะไม่ต้องปรับเวลาทำงาน (ศศิพัฒน์, 2548) จึงอาจทำให้มีข้อจำกัดในการที่จะเรียนรู้ฝึกฝนทักษะความสามารถในการปฏิบัติ ซึ่งต้องใช้เวลาและต้องอาศัยการฝึกบ่อยๆ จึงจะทำได้ดี

เมื่อพิจารณาความรู้และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลพบว่า ด้านที่มีความรู้ และมีความสามารถในการดูแลระดับสูง และที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันมีด้วยกัน 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ อธิบาย

ได้ว่า ระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับความยุ่งยากซับซ้อนของชุดกิจกรรมและเทคโนโลยีที่ใช้ (Taylor, 1989) กิจกรรมการดูแลล้วนเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยตระหนักว่าเป็นความต้องการที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำเองได้และผู้ดูแลสามารถสังเกตวิธีปฏิบัติ ทักษะของบุคลากรที่มีสุขภาพ โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาล และผู้ดูแลสามารถศึกษาหาข้อมูลและหาความรู้จากสื่อต่างๆ ได้ง่ายอย่างไรก็ตาม จากการศึกษายังพบว่า ด้านที่ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลไม่สอดคล้องกัน ได้แก่ การดูแลด้านการขับถ่าย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม การเฝ้าระวังอุบัติเหตุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลระดับปานกลาง แต่มีความสามารถในการดูแลระดับต่ำ อาจเป็นเพราะกิจกรรมในด้านต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างซับซ้อนในการปฏิบัติ ผู้ดูแลต้องใช้ความสามารถเฉพาะและต้องใช้เวลาในการฝึกทักษะในการปฏิบัติ เช่น กิจกรรมเกี่ยวกับการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจผิดปกติ การป้องกันการติดเชื้อระบบหายใจ การฝึกการขับถ่าย การฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากถ่าย ปัสสาวะและลดการคั่งของปัสสาวะ การช่วยเหลือส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรด้วยตนเอง การกระตุ้นให้สนใจ แชน ขา ข้างปกติและข้างที่ผ่าตัด การป้องกันข้อสะโพกเลื่อนหลุด/หักซ้ำ การบริหารและการจัดทำเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำลึกอุดตัน การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดและการใช้เครื่องพยุงเดิน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดต้องประกอบอาชีพ จึงอาจทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาในการที่จะเรียนรู้ฝึกฝน ประกอบกับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้าไข้ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน กิจกรรมการดูแลส่วนใหญ่พยาบาลและทีมสุขภาพ

จะปฏิบัติเอง พยาบาลมีภาระงานค่อนข้างมาก เวลาที่ให้กับผู้ดูแลมีข้อจำกัด จากข้อจำกัดดังกล่าว อาจทำให้ไม่สามารถจะลึกถึงปัญหาความต้องการของผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬามาศ (2539) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังด้านการให้ความรู้มาก แต่ได้บริการจากพยาบาลในระดับปานกลาง เนื่องจากบุคลากรพยาบาลมีขอบเขตจำกัดในการให้บริการจึงให้บริการไม่มากตามที่ญาติและผู้ป่วยต้องการ และอาจเป็นไปได้ว่าการให้ข้อมูลของพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นการให้ความรู้แบบการให้สุขศึกษาที่ได้จากการสอบถามปัญหาความเจ็บป่วย โดยอาจขาดการประเมิน ซึ่งเป็นองค์ประกอบแรกที่สำคัญยิ่งในกระบวนการสอนและการให้ข้อมูลกับ ผู้รับบริการในโรงพยาบาล นอกจากนี้สภาพแวดล้อมในการสอนก็มีความสำคัญต่อการให้ข้อมูลของพยาบาล จึงอาจทำให้ผู้ดูแลรับรู้ข้อมูลได้ไม่เพียงพอ (นที, 2541)

เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลที่ญาติ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติในระดับต่ำคือ การฝึกการขับถ่ายซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก แต่ญาติ ผู้ดูแลอาจจะไม่ทราบเป้าหมาย ความสำคัญของกิจกรรมการดูแล และจากประสบการณ์การดูแลของผู้วิจัยพบว่า ญาติ ผู้ดูแลมักเข้าใจผิด คิดว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำน้อยจึงทำให้ไม่ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ และการขยับตัวเพื่อการขับถ่ายบ่อยๆ จะทำให้กระแทกกระเทือนแผลผ่าตัด และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าการใช้กระเป๋าน้ำแข็งวางและการกดเบาๆ บริเวณท้องน้อยของผู้ป่วยทุก 2-3 ชั่วโมง เป็นการฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากถ่ายปัสสาวะ และสามารถลดการคั่งของปัสสาวะได้ กิจกรรมดังกล่าวแม้จะไม่ซับซ้อนแต่เป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความรู้ ทักษะซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝนบ่อยๆ จึงจะสามารถประเมิน

และปฏิบัติได้ถูกต้อง

ดังนั้นผู้ดูแลควรได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักทุกราย และพยาบาลยังเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของญาติ ผู้ดูแลเช่นเดียวกับญาติที่เป็นกุญแจสำคัญในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจึงควรมีการประเมินญาติ ผู้ดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อจะได้ให้ข้อมูลและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลแก่ผู้ดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โดยเฉพาะเมื่อต้องกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ดูแล

**ข้อเสนอแนะการวิจัย**

ผลของการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อเสนอแนะดังนี้

1. การนำไปใช้ในการปฏิบัติกรพยาบาล

1.1 ควรเพิ่มความรู้ในการดูแลให้แก่ผู้ดูแลในด้านที่ผู้ดูแลมีความรู้ระดับปานกลาง ซึ่งบางกิจกรรมผู้ดูแลยังขาดความรู้หรือเข้าใจไม่ถูกต้อง ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม เช่น การบริหารขาข้างที่ผ่าตัดและข้างปกติ 2) การดูแลด้านการขยับถ่าย เช่น การฝึกและกระตุ้นการขยับถ่าย 3) การเฝ้าระวังอุบัติเหตุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันการหกล้มหรือข้อสะโพกเคลื่อนหลุด การใช้เครื่องพยุงเดินเพื่อป้องกันการหกล้ม การป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ การป้องกันหลอดเลือดดำลึกอุดตัน การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 4) การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน เช่น การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อน โดยอาจปรับหรือสร้างสื่อการสอนให้ดูทันสมัย น่าสนใจ เหมาะกับผู้ดูแลแต่ละราย ผู้ดูแลสามารถทบทวนเองได้ทันทีเมื่อต้องการ

1.2 ควรเพิ่มความสามารถในการดูแลในด้านที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ระดับต่ำและเสี่ยง

ต่ออันตราย ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม การเฝ้าระวังอุบัติเหตุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มหรือข้อสะโพกเคลื่อนหลุด การป้องกันอุบัติเหตุ/พลัดตกหกล้ม การบริหารร่างกายเพื่อป้องกันข้อติด/กล้ามเนื้อลีบและป้องกันหลอดเลือดดำลึกอุดตัน การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดและการใช้เครื่องพยุงเดิน การป้องกันการสำลัก การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การฝึกการขยับถ่าย ทั้งนี้การตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก จะต้องมีการประเมินและบันทึกความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยควบคู่กับการประเมินความสามารถและความต้องการของผู้ดูแลเป็นระยะๆ ตั้งแต่แรก รับจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติให้เหมาะกับผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย และมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลทุกรายมีโอกาสได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแล อาจจัดให้มีห้องเรียนสำหรับสาธิตโดยเฉพาะ เป็นต้น

2. การนำไปใช้ในการวิจัย

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล โดยเฉพาะโปรแกรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก เช่น การบริหารกล้ามเนื้อและข้อ การช่วยเคลื่อนย้าย ท่าทางที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การหกล้มหรือข้อสะโพกเคลื่อนหลุด การป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ฯลฯ โดยมีการจัดทำร่วมกันในทีมสหสาขาเพื่อเป็นแนวทางสำหรับญาติผู้ดูแลเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยในภาวะที่มีข้อจำกัดของจำนวนบุคลากร และเวลาในการทำกายภาพบำบัด เป็นต้น

**ข้อจำกัดของการวิจัย**

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดูแล

ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษา ผ่าตัดและพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และข้อขา และกระดูกและข้อหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีกฎระเบียบห้ามญาติเฝ้าไข้ อาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่รับการรักษาในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่อนุญาตให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ซึ่งลดข้อจำกัดในเรื่องของเวลาในการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล

#### บรรณานุกรม

- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ. (2551). *สถิติผู้ป่วยโรคกระดูกสะโพกหัก*. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- จอม สุวรรณโณ. (2540). *ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จุฑามาศ พุทธิพิทักษ์. (2539). *การศึกษาความเห็นของผู้มารับบริการต่อการบริการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 8(1-3), 50-58 .
- ดุจเดือน เขียวเหลือง. (2551). *ผลการสอน 2 วิธีต่อความรู้และความสามารถในการใช้กระเป๋าย่อยบ้านของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

#### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณฝ่ายบริการพยาบาลที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการจัดการประสานงานกับผู้ทรงคุณวุฒิ ขอขอบคุณ ผศ. นายแพทย์ธนะรัตน์ บุญเรือง อาจารย์นายแพทย์ วรার্থ ยืนยงวิวัฒน์ ผศ. ดร. เนตรนภา คู่พันธ์วิคุณพิทักษ์ แก้วแพง คุณกัญชวลี พุ่มน้อย ที่กรุณาช่วยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณ รศ. ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย คุณอวยพร ภัทรภักดีกุล คุณอุมา จันทวิเศษ และทีมงานฝ่ายบริการพยาบาลทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือแนะนำ

- นที เกื้อกุลกิจการ. (2541). *การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล*. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.
- รัชฎา รัชชานาม. (2543). *สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม*. สารนิพนธ์มหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม). คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2548). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัว*. สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุปรีดา มั่นคง, เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ทิพวรรณ ไตรติลานนท์, พจניים รอดจินดา. และสุนทรี เจียรวิทย์กิจ. (2549). *ความสามารถในการทำหน้าที่และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนจำหน่าย*

- ออกจากโรงพยาบาล. *รามาศิเบตสาร*, 12(3), 318-333.
- สำออง พันธุ์ประทุม. (2550). *ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ การพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- Baker, A. C. (1993). The spouse's positive effect on the stroke patient's recovery. *Rehabilitation Nursing*, 18(1), 30-33.
- Bradley, C. F., & Kozak, C. (1995). Nursing care and management of the elderly hip fracture patient. *Journal of Gerontological Nursing*, 21(8), 15-22.
- Browning, J., & Schwirian, P. M. (1994). Spousal caregiver's burden: Impact of care recipient health problems and mental status. *Journal of Gerontological Nursing*, 20(2), 17-22.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family & Community Health*, 15(2), 1-10.
- Evans, R. L., Bishop, D. S., & Matlock, A. L. (1987). Pre-stroke family interaction as a predictor of stroke outcome. *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68(8), 508-512.
- Given, B. A., & Given, C. W. (1991). Family caregiving for the elderly. *Annual Review of Nursing Research*, 9, 77-101.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. In C. Eisdorfer (Ed.), *Annual Review of Gerontology & Geriatrics* (pp. 194-246). New York: Springer Publishing.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 80, 607-610.
- Mossey, J. M., Mutran, F., Knott, K., & Craik, R. (1989) Determinants of recovery 12 months after hip fracture. *American journal of public health*, 79(3), 279-286.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St Louis: Mosby Year Book.
- Stone, J. T., Wyman, J. T., & Salisbury, S. A. (1999). *Clinical gerontological nursing* (2nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Taylor, S. G. (1989). An interpretation of family within Orem's general theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 2(3), 131-137.
- Williams, M. A., Oberst, M. T., & Bjorklund, B. C. (1994). Early outcomes after hip fracture among women discharged home and to nursing home. *Research in Nursing & Health*, 17(6), 175-183.

## Knowledge and Capabilities of Primary Caregivers in Providing Quality Care for Elderly Patients with Post-Operative Hip Fracture, Songklanagarind Hospital\*

Manee Hasap\*\* Mongkolchai Hasap\*\* Tasanee nasae\*\*\*

### Abstract

*The purpose of this study was to evaluate the primary caregivers' knowledge and capabilities for providing quality care to be hospitalized post-hip fracture surgery elderly patients. The theoretical framework of the study was derived from the concepts of dependent care agency in Orem's Self-Care theory, and family care provision for the elderly and chronically ill patients. The 59 subjects were purposively selected. The subjects were primary caregivers of post-operated hip fracture elderly patients who had been admitted to the Orthopaedic Ward of Songklanagarind Hospital. Demographic data of the caregivers and patients were collected by non-participant observation using the evaluation and recording forms. The reliability of caregivers' knowledge measurement (0.86) was obtained by KR-20 and that of caregivers' capabilities for post-operative care evaluation form (0.97) obtained from 2 observers by interrater reliability. The data were analyzed using descriptive statistic, which were frequency, percentage, mean, and standard deviation.*

*The result of this study indicated that elderly patients with post-hip fracture surgery had many pre-discharge self care limitations. Approximately, 75% of the caregivers had knowledge to respond to patient's essential needs at a high level, while the rest (25%) had this knowledge a moderate level. For observation, 57.63% of the subjects had capabilities in care practice at a moderate level; 28.81% had capabilities in care practice at a high level, while 13.56% had at a low level.*

*The result of this study can be used as basic information for patients and caregivers capabilities developing plan especially, providing patients' activities, accident surveillance and complications prevention for a good life quality of elderly patients after hip surgery both hospitalization and rehabilitation at home.*

**Keywords:** care givers' knowledge; care givers' capabilities; elderly hip fracture patients

\* This research was supported by Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

\*\* Registered Nurse, Songklanagarind Hospital, Songkhla, Thailand.

\*\*\* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.