

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาพฤติกรรม การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักที่มาติดตามผลการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วย กระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลัง การผ่าตัดกระดูกขาหักจากอุบัติเหตุที่แพทย์นัดมาติดตามผลการรักษาในช่วงเดือน กรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2544 โดยทำการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 72 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน โดยได้ค่าดัชนีความตรงกันของเนื้อหาเท่ากับ .73 จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม นำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมา วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง ก่อนไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่รวบรวมได้วิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### สรุปผลการศึกษา

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 69.4 มีอายุอยู่ในช่วง 15-24 ปีมากที่สุด ร้อยละ 38.9 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.6 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 52.8 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 40.3 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 3,001-6,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 34.7 รายได้เฉลี่ย 6,900 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 59.7 ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 79.2 เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ ร้อยละ 63.9 และไม่ได้ทำประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ ร้อยละ 65.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาหลังการผ่าตัดมาแล้ว 3-4 เดือน ร้อยละ 27.8 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 4.5 เดือน และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลที่บ้านขณะเจ็บป่วย ร้อยละ 88.9

## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75 มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักโดยรวมอยู่ในระดับสูงคือมีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็น ร้อยละ 80.3 โดยพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมี 5 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.6 มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 74.8 ด้านภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.4 มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 75.4 ด้านการออกกำลังกายที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.1 มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 78.3 ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.7 มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 81.3 และด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 66.5 ส่วนด้านการจัดการกับความเครียด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.7 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 63.2

พิจารณารายละเอียดพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักเป็นรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน จำแนกเป็นรายชื่อในแต่ละด้าน สรุปได้ดังนี้

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด เช่น การมารับการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัด ร้อยละ 95.8 การระวังไม่ให้แผลถูกน้ำเมื่ออาบน้ำ ร้อยละ 90.3 และการใช้ยาตรงตามเวลาที่แพทย์กำหนด ร้อยละ 88.9 กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง เช่น การสนใจติดตามข่าวสารสุขภาพจากการฟังวิทยุหรือดูจากโทรทัศน์ ร้อยละ 63.9 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด เช่น การสนใจติดตามข่าวสารสุขภาพจากการอ่านหนังสือพิมพ์ หนังสืออื่นๆ หรือวารสารต่างๆ ร้อยละ 33.3

ด้านภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด เช่น การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ร้อยละ 79.2 การรับประทานอาหารที่มีกากได้แก่ ผักและผลไม้เพื่อช่วยไม่ให้ท้องผูก ร้อยละ 70.8 การเลือกรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง ร้อยละ 68.1 กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง เช่น การรับประทานอาหารที่มีวิตามินซี และแคลเซียมสูง ร้อยละ 40.3 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด เช่น การควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้มากเกินไปภายหลังผ่าตัดกระดูกขาที่มีถึง ร้อยละ 40.3

ด้านการออกกำลังกายที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด เช่น การบริหารข้อต่อบริเวณใกล้เคียงกับกระดูกที่หัก โดยได้ขยับทุกทิศทางของการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันข้อติดแข็งอย่างน้อย 2 ครั้งๆ ละ 3 รอบ ร้อยละ 69.4 การออกกำลังกาย เช่น เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาหรือเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ในระหว่างการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 68.1 และการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาและข้อเข่า ตามที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่พยาบาลตามกำหนด ร้อยละ 66.7 กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง เช่น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาอย่างน้อย 10-15

ครั้งต่อชั่วโมงในการบริหาร ร้อยละ 37.5 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด เช่น การนอนราบยกขาขึ้นตรงๆ ในระดับ 45-60 องศาหรืออาจถึง 90 องศา เกร็งขาไว้ นับ 1-5 ซ้ำๆ วางขาลงแล้วเริ่มใหม่ ร้อยละ 12.5 และการออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา โดยเหยียดขาตรง กดเข่าลง ให้แนบชิดกับพื้น เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาไว้ นับ 1-5 ซ้ำๆ แล้วคลาย และเริ่มใหม่ทุกครั้งที่บริหาร ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ

ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด เช่น การใช้ไม้เท้าหรือเครื่องช่วยอื่นๆ ในการช่วยเดินทุกครั้งตลอดระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพ ร้อยละ 90.3 การหลีกเลี่ยงที่จะต้องยกของหนัก และไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดมากเกินไป ร้อยละ 76.4 การหยุดการบริหารหรือกิจกรรมที่กระทำอยู่ที่เมื่อรู้สึกเจ็บขาหรือข้อเท้า ร้อยละ 69.4 กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง เช่น การมีผู้ช่วยเหลือเมื่อต้องทำกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดการเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ การเดินขึ้น ลงบันได เข้าห้องน้ำ ฯลฯ ร้อยละ 36.1 และการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 30.6 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด เช่น การหลีกเลี่ยงที่จะต้องยกของหนัก และไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดมากเกินไป ร้อยละ 16.7

ด้านการจัดการกับความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด เช่น การไม่รับประทานยานอนหลับก่อนนอนเป็นประจำทุกคืนภายหลังจากผ่าตัด ร้อยละ 80.6 และการนอนหลับพักผ่อนคืนละ 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 70.8 กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง เช่น การค้นหาสาเหตุของปัญหาและแก้ไขโดยใช้เหตุผล เมื่อเกิดความรู้สึกเครียด ร้อยละ 65.3 การผ่อนคลายความเครียดด้วยการนอนพักผ่อน หรือนั่งสมาธิ ทุกครั้งที่เกิดความเครียด ร้อยละ 62.5 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด เช่น การผ่อนคลายความเครียดด้วยการอ่านหนังสือทุกครั้งที่เกิดความเครียด ร้อยละ 31.9

ด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด เช่น การได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันขณะที่มีอาการปวดขาหรือเดินไม่สะดวก ร้อยละ 66.7 การไปใช้บริการสุขภาพใกล้บ้านได้ทุกครั้งเมื่อมีปัญหา ร้อยละ 63.9 กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง เช่น การเข้าร่วมทำกิจกรรมเมื่อมีกิจกรรมของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ร้อยละ 61.6 และการร่วมสังสรรค์กับสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีกิจกรรมทุกครั้ง ร้อยละ 55.6 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด เช่น การเข้าร่วมทำกิจกรรมเมื่อมีกิจกรรมของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ร้อยละ 18.1

## อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก ที่มาติดตามผลการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้ศึกษาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

### 1. พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักโดยรวม

จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 75 มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 80.3 เนื่องจากคะแนนรายด้านเกือบทุกด้านอยู่ในระดับสูง และมีการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพรายข้อส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำเกือบทุกข้อในแต่ละด้าน จึงทำให้คะแนนโดยรวมอยู่ในระดับสูง และอาจเนื่องจากผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก ก่อนที่แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ทางโรงพยาบาลจะมีการให้ความรู้และคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด ที่ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านในเรื่องของ อาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การดูแลแผลผ่าตัด การใช้ไม้เท้าในการช่วยเดิน การควบคุมน้ำหนักตัว เป็นต้น พร้อมทั้งมีเอกสารหรือแผ่นพับแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักให้ผู้ป่วยนำกลับบ้านด้วย เพื่อทบทวนความรู้กรณีมีข้อสงสัยหรือจำไม่ได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมที่ปฏิบัติในการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักที่เหมาะสม ทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีหน้าที่รับผิดชอบในการศึกษาและการประกอบอาชีพการเกิดกระดูกขาหักและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ต้องหยุดงานหรือหยุดเรียนส่งผลกระทบต่อระยะเวลาที่ต้องขาดงานหรือขาดเรียน เกิดปัญหาต่อสังคม เศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความจำเป็นที่จะต้องฟื้นฟูสภาพของตนเองให้กลับเป็นปกติโดยเร็วที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 100 ราย พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี จากการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีทั้ง 6 ด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิตรา จันชนะกิจ (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังจำนวน 120 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี อันเป็นผลมาจากการดูแลสุขภาพและปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ

## 2. พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักรายด้าน

เมื่อพิจารณารายด้านของการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ทุกด้านมีระดับคะแนนอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านการจัดการกับความเครียดมีระดับคะแนนปานกลาง ทั้งนี้สามารถอธิบายรายละเอียดของพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านภาวะโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายที่บ้าน ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแยกอภิปรายเป็นรายด้านดังนี้

2.1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 73.6 มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็น ร้อยละ 74.8 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเอง มีการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมในการแสวงหาความรู้และปฏิบัติตนเพื่อลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเป็นประจำในเรื่อง การมารับการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัด ร้อยละ 95.8 การระวังไม่ให้แผลถูกน้ำเมื่ออาบน้ำ ร้อยละ 90.3 และการใช้ยาตรงตามเวลาที่แพทย์กำหนด ร้อยละ 88.9 ตามลำดับ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก แพทย์และพยาบาลได้เน้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ด้วยการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายโดยทั่วไป และบริเวณแผลผ่าตัด ไม่แกะ เกาแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไปทำแผลที่สถานีนามัย คลินิก หรือโรงพยาบาลใกล้บ้านอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง รับประทานยาให้ตรงตามที่แพทย์กำหนด ไม่ซื้อยามารับประทานเอง และมาตรวจตามที่แพทย์นัด เพราะหากมีอาการผิดปกติจะได้ทำการรักษาทันที นอกจากนี้ควร มีการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวด บวม แดง ร้อนที่แผล มีหนองไหลจากแผล หรือมีการเปลี่ยนแปลงความยาวของอวัยวะ ซึ่งต้องรีบมาพบแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด (วชิราภรณ์ สุนนวงศ์, 2538, หน้า 12-13) ส่วนในเรื่องการขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับกระดูกและข้อ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.6 มีพฤติกรรมการปฏิบัติเป็นประจำ โดยส่วนใหญ่จะเป็นการสอบถามข้อสงสัยกับแพทย์เมื่อมารับการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเอ็ดลินและโกแลนตี (Edlin & Golanty, 1985 อ้างใน จิตระการ สุกรดี, 2543, หน้า 55) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคเป็นความรับผิดชอบต่อบุคคลเพื่อปราศจากโรค มีสุขภาพดีและมีชีวิตยืนยาว รู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสุขภาพ นำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมในการดำเนินชีวิต แต่ก็ใช้เวลาในการซักถามได้ไม่นานนัก เนื่องจากมีผู้ป่วยมารับบริการอยู่เป็นจำนวนมาก

โดยสรุปแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะการฟื้นฟูสุขภาพเป็นการดูแลตนเองที่จะช่วยให้เกิดผลดีต่อการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพา สุภราศรี (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 150 ราย พบว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิตรา จันทนะกิจ (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังจำนวน 120 ราย และขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมจำนวน 100 ราย ที่พบว่าพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน

2.2 ด้านภาวะโภชนาการ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 76.4 มีพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสุขภาพด้านภาวะโภชนาการอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็น ร้อยละ 75.4 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพราะในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด อาหารเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยส่งเสริมการหายของแผลและการติดของกระดูก โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน ซึ่งควรมีกรดอะมิโนที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น นม ไข่ เนื้อสัตว์ เนื้อปลา เป็นต้น เพราะการได้รับสารโปรตีนอย่างเพียงพอในอาหาร จะมีผลเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกใหม่ที่เกิดขึ้น และป้องกันการเกิดภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ (วชิราภรณ์ สุนนวงศ์, 2538, หน้า 12; วิรุพท์ เหล่าภัทรเกษม, 2532, หน้า 205; Kay Wienke. cited in Peter.S.Davis, 1994, p 82) นอกจากนี้การดื่มน้ำสะอาดให้ได้อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว จะช่วยขับของเสียต่างๆ ออกจากร่างกายทางปัสสาวะ เป็นการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและการเกิดนิ่ว และป้องกันอาการท้องผูกได้ (มรรยาท ณ นคร, 2543, หน้า 112; สุกนธา ผดุงวัตร, 2537, หน้า 30) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีการดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ร้อยละ 79.2 รับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผักและผลไม้ เพื่อช่วยไม่ให้ท้องผูก ร้อยละ 70.8 และเลือกรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงทั้งเนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วต่างๆ ร้อยละ 68.1 ทั้งนี้เพราะความรู้เหล่านี้เป็นความรู้พื้นฐานจากการศึกษาในโรงเรียนซึ่งเป็นสุขบัญญัติแห่งชาติ ประกอบกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นผลจากการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ โดยเฉพาะจากสื่อวิทยุ และโทรทัศน์ เพราะจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 63.9 ได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจากการฟังวิทยุหรือดูโทรทัศน์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ คมสัน หุตะแพทย์ (อ้างใน ปาลีรัตน์ พรทวีภมทา, 2541, หน้า 53) กล่าวไว้ว่า การที่จะโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล ข่าวสาร เช่น วิทยุ โทรทัศน์ วารสาร หนังสือพิมพ์และเอกสาร

ทางวิชาการต่างๆ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเกิดความรู้ที่ดี เพื่อนำไปปฏิบัติให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ

ส่วนในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีวิตามินและแคลเซียมสูง เพื่อช่วยเสริมสร้างกระดูก ควรเป็นในรูปของสารอาหาร เช่น นม เนย โดยควรได้รับแคลเซียม 1,400-1,600 มิลลิกรัมต่อวัน (เจริญ โชติภวณิชย์, 2539, หน้า 74) มีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติเป็นบางครั้งถึงร้อยละ 40.3 เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.3 ไม่เคยปฏิบัติในเรื่องการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้มากเกินไป ภายหลังจากผ่าตัดกระดูกขา โดยการบริโภคอาหารในปริมาณที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ของทอดต่างๆ เนื้อติดมัน ฯลฯ อาหารที่มีน้ำตาลมากหรือมีรสหวาน เพื่อคงไว้ซึ่งการมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม เพราะน้ำหนักตัวที่มากเกินไปจะก่อให้เกิดแรงกระทำต่อข้อเพิ่มมากขึ้น อาจทำให้เกิดโรคปวดข้อตามมา และการที่ขาดการรับน้ำหนักตัวมากอาจทำให้กระดูกที่ติดกันใหม่หักได้ เพราะยังไม่แข็งแรงพอที่จะรับน้ำหนักมากๆ ได้ (วชิราภรณ์ สุมวงศ์, 2538, หน้า 13) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ สงวนเชื้อ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจำนวน 100 ราย ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมในเรื่องการคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 45 ไม่พยายามควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 44 รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ และร้อยละ 48 ไม่ทราบถึงการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อเสริมความแข็งแรงของกระดูก และจากการสัมภาษณ์ในการศึกษารั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเลือกรับประทานอาหารประเภทที่ตนเองชอบและไม่มี การตรวจสอบน้ำหนักตัว เพราะคิดว่าอยู่ในช่วงฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดจึงต้องรับประทานอาหารเพื่อบำรุงสุขภาพตนเองให้มาก โดยไม่คำนึงถึงประเภทของอาหารที่ควรเลือกรับประทาน และสาเหตุอีกประการหนึ่งคือ บริโภคนิสัยของแต่ละบุคคล การไม่คุ้นเคยกับอาหาร เช่น การดื่มนม ซึ่งคนไทยส่วนใหญ่ไม่เคยชินกับการดื่มนมซึ่งเป็นแหล่งอาหารที่ให้แคลเซียมสูง แต่โดยรวมแล้วพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพด้านการโภชนาการก็อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ฉลานวัฒน์ (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลังจำนวน 120 ราย พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการโภชนาการของผู้สูงอายุที่ปวดหลังอยู่ในระดับค่อนข้างดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ ขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 100 ราย ซึ่งพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมด้านภาวะโภชนาการมีระดับคะแนนสูงสุด

2.3 ด้านการออกกำลังกายที่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 68.1 มีพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็น ร้อยละ 78.3 ทั้งนี้เพราะการ

ออกกำลังกายเป็นกิจกรรมหลักที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักมีการฟื้นฟูสภาพอยู่ในระดับที่ดีขึ้น จึงจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ข้อสะโพก และข้อเท้า ทั้งขาข้างที่ทำผ่าตัดและไม่ทำผ่าตัด เพื่อเพิ่มกำลังและความทนทานของกล้ามเนื้อ ให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง ข้อต่างๆ ได้มีการเคลื่อนไหวคล่องตัว ไม่มีการยึดติดกันของเอ็นและปลอกหุ้มข้อ ทำให้ร่างกายมีความคล่องตัวคล่องไว การหมุนเวียนโลหิตดีขึ้น (มรรยาท ณ นคร, 2543, หน้า 103) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเป็นประจำในเรื่อง การบริหารข้อต่อบริเวณใกล้เคียงกับกระดูกที่หัก โดยได้ขยับทุกทิศทางของการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันข้อติดแข็งอย่างน้อย 2 ครั้งๆ ละ 3 รอบ ร้อยละ 69.4 การออกกำลังกายเช่น เกร็งกล้ามเนื้อต้นขา หรือเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ในระหว่างการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 68.1 การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาและข้อเข่า ตามที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่พยาบาลตามกำหนด ร้อยละ 66.7 ซึ่งในข้อดังกล่าวเป็นการออกกำลังกายท่าพื้นฐานง่ายๆ ใช้เวลาน้อย และสามารถปฏิบัติได้ขณะที่ทำกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร (อ้างในขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา, 2541, หน้า 52) ที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี แต่เป็นไปตามวิถีชีวิตประจำวันมากกว่าการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี เช่นเดียวกับผลการศึกษาในครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นบางครั้ง ในข้อที่เกี่ยวกับการออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาอย่างน้อย 10-15 ครั้ง/ชั่วโมง ในการบริหาร ร้อยละ 37.5 และการออกกำลังข้อสะโพก ขา และกล้ามเนื้อต้นขาโดยการนอนราบยกขาขึ้นตรงๆ ในระดับ 45-60 องศาหรืออาจถึง 90 องศา เกร็งขาไว้ นับ 1-5 ซ้ำๆ วางขาลงแล้วเริ่มใหม่ ร้อยละ 31.9 และมีกลุ่มตัวอย่างถึง ร้อยละ 12.5 ที่ไม่เคยปฏิบัติ เนื่องจากข้อดังกล่าวจะเป็นลักษณะการออกกำลังกายที่เป็นแบบแผน ซึ่งจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจะออกกำลังกายตามคำแนะนำเฉพาะในระยะแรกๆ หลังผ่าตัดเท่านั้น หลังจากนั้นคิดว่าการทำงานประจำวันเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว และส่วนใหญ่จะบริหารร่างกายในช่วงที่มีเวลาว่างเช่น หลังตื่นนอนและก่อนนอน บางรายจะบริหารเพียงวันละครั้งโดยระบุสาเหตุว่าไม่มีเวลา บางรายก็จะบอกว่าไม่มีความจำเป็นเพราะคิดว่าตนเองมีอาการดีขึ้นแล้ว เป็นต้น ซึ่งตรงกับคำกล่าวของเลวี (Levy, 1984 อ้างใน อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์, 2540, หน้า 35) ที่ว่า การที่บุคคลจะออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ นั้น แต่ละคนจะมีเหตุผลและเงื่อนไขที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สลูอิส และคณะ (Sluis. et al., 1993 อ้างใน อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์, 2540, หน้า 63) ที่ว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการไม่ยินยอมออกกำลังกายคือ ความไม่สุขสบายจากความเจ็บปวด การไม่มีเวลาออกกำลังกาย และการออกกำลังกายไม่เข้ากับวิถีชีวิตประจำวัน

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 27.8 มีระยะเวลาหลังการผ่าตัดมานานพอสมควรคือ 3-4 เดือน ประกอบกับได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเมื่อมารับการรักษา



อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายที่ได้รับ ทำให้คะแนนการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพา ศุภราศรี (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 150 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 2 เดือนถึง 1 ปี มักขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย เนื่องจากอาการเจ็บแปลและกลัวแผลแยก ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมาแล้วตั้งแต่ 1-5 ปี จะเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

**2.4 ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ** พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.7 มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็น ร้อยละ 81.3 ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้ไม้เท้าช่วยเดินอย่างถูกต้อง ทั้งนี้เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีการบาดเจ็บที่ขาและได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกไว้ ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เป็นปกติ จึงมีความจำเป็นที่ต้องใช้ไม้เท้าในการช่วยเดิน ประกอบกับผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับการสอนและมีการสาธิตย้อนกลับจนถูกต้องก่อนกลับบ้าน ซึ่งเป็นข้อปฏิบัติตามคู่มือการสอนผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จากการได้รับคำแนะนำอย่างจริงจังในเรื่องการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพโดยเฉพาะผลเสียเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการหกล้ม หรือการลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดมากเกินไปจนทำให้เกิดการหักของวัสดุที่ใช้ตามกระดูก ทำให้พฤติกรรมฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยจะลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดได้เต็มที่เมื่อผลเอกซเรย์พบว่า การตามกระดูกได้ผลดีและอยู่ในแนวที่ถูกต้อง ในระยะแรกหลังผ่าตัดกระดูกขา แพทย์จะอนุญาตให้ลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดได้ ร้อยละ 25 ของน้ำหนักตัว เมื่อเวลาผ่านไป 2-3 สัปดาห์จึงค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 50 ของน้ำหนักตัว และภายหลังการผ่าตัด 6 สัปดาห์จึงจะสามารถให้ลงน้ำหนักได้เต็มที่ (มรรยาท ณ นคร, 2543, หน้า 114; กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2542, หน้า 597) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติประจำในเรื่อง การใช้ไม้เท้าหรือเครื่องช่วยอื่นๆ ในการช่วยเดินทุกครั้งตลอดระยะเวลาการฟื้นฟู ร้อยละ 90.3 การหลีกเลี่ยงที่จะต้องยกของหนักและไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดมากเกินไปเมื่อจำเป็นต้องใช้แรงในการยกของ ร้อยละ 76.4 การหยุดการบริหารหรือกิจกรรมที่กระทำอยู่ทันทีเมื่อรู้สึกเจ็บขาหรือข้อเข่า ร้อยละ 69.4 แต่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 9.7 ที่มีพฤติกรรมการใช้ไม้เท้าเป็นบางครั้ง โดยให้เหตุผลว่าไม่สะดวกที่จะถือไม้เท้าไปในที่ต่างๆ และมีบางรายให้เหตุผลว่าอายุที่จะใช้ไม้เท้าในการช่วยเดิน เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยรุ่น ร้อยละ 38.9 และวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 25 ทำให้กลุ่มตัวอย่างค้ำึงถึง

ภาพลักษณ์ของตนเองด้วย ส่วนในเรื่องของการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงจากอุบัติเหตุ และการมีผู้ช่วยเหลือเมื่อต้องทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น การเดินขึ้น-ลงบันได หรือการเข้าห้องน้ำ ยังมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.1 และร้อยละ 30.6 ที่มีพฤติกรรมปฏิบัติเป็นบางครั้งเพราะคิดว่าสภาพแวดล้อมภายในบ้านจัดไว้ดีแล้ว และเคยชินกับสภาพที่เป็นอยู่ดีแล้ว ในเรื่องการเดินขึ้น-ลงบันได หรือเข้าห้องน้ำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะให้เกิดผลว่า จะมีผู้ช่วยเหลือเฉพาะในช่วงแรกๆ หลังการผ่าตัดเท่านั้น แต่เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ มีภาระกิจต้องทำงานนอกบ้าน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจะพยายามช่วยเหลือตนเองเพราะคิดว่าสามารถทำด้วยตนเองได้ ซึ่งก็มีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่เกิดการหกล้มในห้องน้ำ แต่ก็ไม่เป็นอันตรายร้ายแรงใดๆ หลังจากนั้นก็เกิดการเรียนรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ สงวนเชื้อ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมมีความพร้อมทางด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิต และมีถึงร้อยละ 41 มีความพร้อมในการขึ้นลงบันไดอย่างถูกวิธี และไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากนัก และร้อยละ 27 ไม่ได้หลีกเลี่ยงการยกของหนัก เช่นเดียวกับผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16.7 ไม่เคยปฏิบัติในเรื่องการหลีกเลี่ยงที่จะต้องยกของหนัก และไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดมากเกินไป นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.3 มีอาชีพรับจ้าง ใช้แรงงานเป็นส่วนใหญ่ บางครั้งในขณะทำงานก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงที่จะต้องยกของซึ่งเป็นความจำเป็นในงานอาชีพได้

2.5 ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.7 มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็น ร้อยละ 63.2 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการผ่าตัดเป็นสิ่งคุกคามต่อสภาพจิตใจของบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักซึ่งยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ ความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้หรือต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดได้ (ซอลดา พันธุเสนา, 2536, หน้า 29) จากการสัมภาษณ์มีกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับว่ามีอารมณ์โกรธ หงุดหงิด ไม่สบายใจ โดยเฉพาะช่วงเวลาหลังการผ่าตัดในระยะแรก ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างไม่เคยชินกับการมีเหล็กหรือวัสดุตามกระดูกอยู่ในร่างกาย ทำให้การเดิน นั่ง หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำได้ไม่สะดวก ทำให้เกิดความหงุดหงิดและมีอารมณ์โกรธ แต่กลุ่มตัวอย่างก็พยายามหาวิธีผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น การค้นหาสาเหตุและแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล การทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การนอนพักผ่อน การอ่านหนังสือ ฟังเพลงหรือดูโทรทัศน์ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปฏิบัติเป็นบางครั้ง เช่น การค้นหาสาเหตุและแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล เมื่อเกิดความรู้สึกเครียด ร้อยละ 65.3

มีการผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยการนอนพักผ่อน ร้อยละ 62.5 และการอ่านหนังสือ ร้อยละ 52.8 ในส่วนของวิธีการผ่อนคลายความเครียด ด้วยการระบายความทุกข์หรือความคับข้องใจกับบิดามารดาหรือคนใกล้ชิดที่ไว้วางใจได้ มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 45.8 ที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 38.9 ปฏิบัติประจำ และร้อยละ 15.3 ไม่เคยปฏิบัติ โดยเก็บปัญหาไว้ไม่พูดระบายให้บุคคลใกล้ชิดได้รับทราบ เพราะเกรงว่าถ้าพูดไปแล้วจะทำให้บุคคลเหล่านั้นไม่สบายใจและวิตกกังวล สำหรับพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติคือ การผ่อนคลายความเครียดด้วยการอ่านหนังสือ มีถึงร้อยละ 31.9 อธิบายได้ว่า ในปัจจุบันเทคโนโลยีที่ทันสมัยต่างๆ มีมากขึ้น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่น ร้อยละ 38.9 ความสนใจส่วนใหญ่จึงมุ่งไปที่การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรือการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ โดยเฉพาะการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฟังเพลง หรือดูโทรทัศน์ มีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติในข้อนี้เป็นประจำถึงร้อยละ 44.4 นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 70.8 มีพฤติกรรมการปฏิบัติประจำในเรื่อง การนอนหลับพักผ่อนคืนละ 6-8 ชั่วโมง โดยไม่มีการรับประทานยานอนหลับก่อนนอน ร้อยละ 80.6 สอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1987 อ้างใน ศิริรัตน์ สงวนเชื้อ, 2541, หน้า 48) ซึ่งกล่าวถึงการนอนหลับพักผ่อนว่าเป็นการจัดความเครียดวิธีหนึ่ง โดยควรใช้เวลาอนพักนอนในตอนกลางคืนให้เต็มทีอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง และพักในตอนกลางวันครั้งละครั้งถึงหนึ่งชั่วโมง โดยสรุปแล้วพฤติกรรมที่ฟื้นฟูสภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.9 เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ ร้อยละ 65.3 ไม่ได้ทำประกันชีวิตหรือประกัน สุขภาพ และรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ ร้อยละ 34.7 อยู่ในช่วง 3,001-6,000 บาท ต่อเดือนต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยโดยรวมคือ 6,993 บาทต่อเดือน เป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง จะเกิดความวิตกกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในบ้าน

2.6 ด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็น ร้อยละ 66.4 โดยการสนับสนุนที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดคือ การได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันขณะที่มีอาการปวดขาหรือเดินไม่สะดวก ร้อยละ 66.7 เป็นผลจาก ชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ส่วนใหญ่จะเป็นเครือญาติหรือเพื่อนบ้านที่ใกล้ชิดสนิทสนมกัน มีลักษณะการดำเนินชีวิตที่พึ่งพาอาศัยและเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมของสังคมไทย (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536 อ้างใน จิตตระการ สุวรรดี, 2543, หน้า 57) มีการพบปะไปมาหาสู่กันอย่างสม่ำเสมอ สามารถพึ่งพาอาศัยกันได้เมื่อจำเป็น ซึ่งการพูดคุยปรึกษาปัญหาต่างๆ กับคนใกล้ชิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก คลายความวิตกกังวล ได้รับการช่วยเหลือ คำแนะนำ คำปรึกษาและกำลังใจจากคนใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัว ช่วยเสริมความรู้สึกมั่นคงด้านจิตใจ ช่วยให้ปฏิบัติพฤติกรรม

ฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (อ้างใน จิตตระการ ศุภรัตน์, 2543, หน้า 58) ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากที่สุดต่อผู้ป่วยและมีส่วนร่วมอย่างมากในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดยครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ (Jones.SL. 1982 อ้างใน น้ำค้าง ว่องเกษญา, 2539, หน้า 40; Watson, 1987 อ้างใน อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์, 2540, หน้า 38) จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.9 มีผู้ดูแลที่บ้านขณะเจ็บป่วย คอยให้ความช่วยเหลือ และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายเป็นประจำ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการฟื้นคืนการทำงานของอวัยวะส่วนนั้นๆ ได้เร็วขึ้น ( Genth, 1995 อ้างใน อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์, 2540, หน้า 69)

นอกจากนี้ในเรื่องการไปใช้บริการสุขภาพใกล้บ้านได้ทุกครั้งเมื่อมีปัญหา มีกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 63.9 สอดคล้องกับการศึกษาของวิระมล กาสีวงศ์ (2541) ศึกษาองค์ประกอบในการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม จำนวน 70 ราย พบว่า ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ที่ต่ำกว่า 6 กิโลเมตร มีผลต่อความสะดวกในการไปรับบริการถึง ร้อยละ 82.9 นอกจากนี้บทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้สนับสนุนให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ จะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำให้ผู้พิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยสรุปแล้ว พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของกลุ่มตัวอย่างด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพา ศุภราศรี (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 150 ราย ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทั้ง โดยตรงและ โดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักโดยรวมอยู่ในระดับดี ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ในด้านต่างๆ ดังนี้

1. **ด้านการจัดบริการสุขภาพศึกษาในโรงพยาบาล** สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ โดย

1.1 ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก ควรมีการจัดเตรียมเนื้อหาให้เหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน และสามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง

1.2 ส่งเสริมให้มีการปรับปรุงการใช้สื่อต่างๆ ให้น่าสนใจ ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย โดยจัดทำเป็นคู่มือให้น่าอ่าน มีภาพประกอบ มีสีสันสวยงาม เข้าใจง่าย เน้นประเด็นสำคัญที่น่าสนใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถนำกลับไปศึกษาด้วยตนเองต่อที่บ้านได้

1.3 ควรมีการให้บริการสุขภาพที่บ้าน (home health care) หรือมีระบบส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่สถานบริการสาธารณสุขที่ใกล้บ้าน ให้มีการกระตุ้นและติดตามผลในเรื่องการออกกำลังกาย และการดูแลแผลผ่าตัด ฯลฯ เพื่อให้เกิดการรักษาที่ต่อเนื่อง มีการประเมินผลผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อทราบปัญหาและนำมาวางแผนแก้ไขให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกาฟื้นฟูสภาพที่ดี และเหมาะสมต่อไป

## 2. **ด้านการปฏิบัติพยาบาล**

เน้นให้พยาบาลในหอผู้ป่วยสอนผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน โดยพยาบาลจะต้องเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในเรื่องการควบคุมน้ำหนัก การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และวิธีการจัดการกับความเครียด ซึ่งวิธีการให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยควรสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจได้ง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริงในการดำเนินชีวิตประจำวัน

### ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และเป็นกลุ่มผู้ป่วยขาหักที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เท่านั้น จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของผู้ป่วยขาหักหลังการผ่าตัดทั้งหมดได้ และไม่สามารถนำไปอ้างอิงในกลุ่มผู้ป่วยขาหักหลังการผ่าตัดที่โรงพยาบาลอื่นได้

2. พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการศึกษาซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างได้

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และศึกษาในสถานบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ให้มากขึ้น เพื่อสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ได้กว้างขึ้น
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก เช่น การรับรู้ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง แรงจูงใจ เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาถึงพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป
4. ควรศึกษาวิธีการต่างๆ ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก ก่อนออกจากโรงพยาบาล ที่มีผลต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน
5. ศึกษาการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก ในการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้าน
6. ศึกษาสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก
7. ศึกษาสาเหตุของความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก
8. ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการสอนและไม่ได้รับการสอนหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักในประเด็นที่สำคัญๆ
9. ศึกษาการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก ที่มีผลต่อการคืนสู่สภาพปกติจากการประเมินของแพทย์