

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการฟื้นตัว
ด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด



นันทา ขวัญดี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

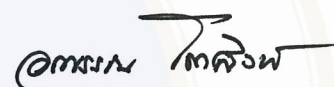
Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการฟื้นตัว
ด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด


นางสาวนันทา ขวัญดี
ผู้วิจัย


ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรถพรณ โสณวิทย์,
พย.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ก้องเขต เจริญสุวรรณ,
พบ. ว.ว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม


ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพร อนุชิต,
พย.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม


ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ. ว.ว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการฟื้นตัว
ด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2553

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงกมล วัตราคูลย์,
พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ก้องเขต เจริญสุวรรณ,
พ.บ. ว.ว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพร ดนัยคุณฎีกุล,
พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ. ว.ว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
.....

นางสาวนันtha ขวัญดี
ผู้วิจัย

.....
.....

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริธมมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรถพรณ โตสิงห์,
พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์และบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุพร ดนัยคุชฎีกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ก้องเขต เจริญสุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางถ่ายทอดความรู้อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคลกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล วัตราคูลย์ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณและอาจารย์แพทย์หญิง จินตนา อาสนะแสน ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ในการใช้เครื่องมือการประเมินภาวะการรับรู้ในผู้สูงอายุ และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของภาษาจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลผู้อำนวยการโรงพยาบาล เลิศสิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกอย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งญาติผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอกราบขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ที่ให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาต่อและอนุมัติทุนการศึกษาจากกองทุนพระราชทานพัฒนาศิริราชเพื่อสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณต่อบุพการี พี่ๆ และน้องๆ ทุกท่านผู้เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนแก่ผู้วิจัยเสมอมา คุณประโยชน์อันเกิดจากงานวิจัยนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์และผู้ป่วยทุกท่าน

นนทา ขวัญดี

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

THE RELATIONSHIP BETWEEN PAIN, DEPRESSION, SOCIAL SUPPORT AND FUNCTIONAL RECOVERY IN ELDERLY PATIENTS WITH HIP FRACTURE FOLLOWING SURGERY

นันทา ขวัญดี 5036808 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อรพรรณ โตสิงห์, พย.ด., สุพร คณัยคุณฤกุล, พย.ด.,
ก้องเขต เจริญสุวรรณ, พ.บ., ว.ว.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 86 ราย จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2552 ถึงเดือนมกราคม 2553 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำ แบบประเมินความปวด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 88.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวด ร้อยละ 17.4 ปวดในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 40 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.6 ซึมเศร้าในระดับปานกลาง และร้อยละ 27.9 ซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 51.97 (SD = 13.64) คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 15.73 (SD= 3.48) ร้อยละ 87.2 ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยในระยะเวลา 1 เดือนหลังผ่าตัด ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ ($r = -.35, p < 0.01$). การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ ($r = .25, p < 0.05$) อย่างไรก็ตามพบว่าความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ ($r = -.16, p > .05$)

ผลการศึกษาสนับสนุนกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่กล่าวว่ากระบวนการเปลี่ยนผ่านจากภาวะการเจ็บป่วยบุคคลต้องการปัจจัยที่จะช่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านหรือเกิดการฟื้นตัวไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ วิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัดเกิดฟื้นตัวจากภาวะการเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้นนั้นคือควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ ถ้าพบว่าเกิดภาวะซึมเศร้าควรให้การดูแลและช่วยเหลือจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามควรส่งเสริมให้มีการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตสังคม ด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน จากครอบครัวและชุมชนด้วย

คำสำคัญ: กระดูกสะโพกหัก / การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ / ผู้สูงอายุ / การฟื้นตัวหลังผ่าตัด

THE RELATIONSHIP BETWEEN PAIN, DEPRESSION, SOCIAL SUPPORT AND FUNCTIONAL RECOVERY IN ELDERLY PATIENTS WITH HIP FRACTURE FOLLOWING SURGERY

NUNTA KHWANDEE 5036808 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ORAPAN THOSINGHA, D.N.S.,
SUPORN DANAIDUTSADEEKUL, D.N.S., KONGKHET RIANSUWAN, M.D.

ABSTRACT

The objective of this study was to explore the relationship between pain, depression, social support, and functional recovery in elderly patients with hip fracture following surgery. Transition theory was utilized as a conceptual framework of the study. The sample comprised 86 patients who had hip fracture and received hip surgery at general orthopedic wards of four tertiary care hospitals in Bangkok, Thailand, from May 2009 to January 2010. The instruments used in this study consisted of the Modified Barthel Activity of Daily Living Index (MBAI), the Pain Visual Analog Scale (PVAS), the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) and the MOS Social Support Survey. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results of this study revealed that almost all patients (88.4%) experienced pain while 17.4% reported severe pain. About forty percent of patients had depression while 11.6% had moderate depression and 27.9% had mild depression. The mean score of social support was 51.97 (SD = 13.64). The mean score of functional recovery was 15.73 (SD= 3.48). Almost all patients (87.2%) showed mild dependence regarding daily living activity at 1 month after surgery. Depression was negatively correlated with functional recovery ($r = -.35, p < 0.01$) and social support was positively correlated with functional recovery ($r = .25, p < 0.05$). However, pain level was not correlated with functional recovery ($r = -.16, p > .05$).

The results of this study support the ideology of transition theory, in that during the transition process from illness, patients always require appropriate facilitating factors to assist their transition or recovery to their ultimate health outcomes. In order to facilitate elderly patients with hip fracture who are undergoing hip surgery to recover from their illnesses, assessment on depression should be routinely performed. If depression is identified, they should receive continuous care and support from the health care team. Moreover, psychosocial and instrumental support from family and community should be encouraged.

KEY WORDS: HIP FRACTURE / FUNCTIONAL RECOVERY / ELDERLY /
POSTOPERATIVE RECOVERY

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
นิยามตัวแปร	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	9
1. ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก	10
1.1 สาเหตุของการเกิดกระดูกสะโพกหัก	10
1.2 ชนิดของกระดูกสะโพกหักและการผ่าตัดรักษา	12
2. ผลกระทบที่เกิดจากภาวะกระดูกสะโพกหัก	15
2.1 ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย	15
2.2 ผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล	16
2.3 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม	17
3. การฟื้นฟูตัวหลังทำผ่าตัด	17
3.1 ระยะเวลาของการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัด	17
3.2 มิติของการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัด	18

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.3 ผู้สูงอายุและการฟื้นฟูฟันตัวหลังทำผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก	20
3.4 เครื่องมือที่ใช้วัดการฟื้นฟูฟันตัวหลังทำผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก	22
4. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน	23
การนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านไปใช้อธิบายปรากฏการณ์ฟันตัว	26
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นฟูฟันตัวด้านการทำหน้าที่หลังทำผ่าตัด	27
5.1 ความปวด	27
5.2 ภาวะซึมเศร้า	31
5.3 การสนับสนุนทางสังคม	35
6. สรุป	40
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
สถานที่เก็บข้อมูล	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	46
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	47
การวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 4 ผลการวิจัย	50
บทที่ 5 อภิปรายผล	61
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	69
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	72
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	93
บรรณานุกรม	110
ภาคผนวก	120
ประวัติผู้วิจัย	168

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	52
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา	55
3	ระยะเวลาของการรอผ่าตัดและระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาล จำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา	56
4	จำนวนและร้อยละจำแนกตามอาการปวดแผลของกลุ่มตัวอย่าง	57
5	จำนวนและร้อยละจำแนกตามการเกิดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง	58
6	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง	59
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน	59
8	ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการฟื้นตัว	60

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	ภาพแสดงกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา	6
2	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย	7



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประชากรโลกรวมทั้งประเทศไทยมีอายุยืนยาวขึ้นเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้สามารถลดอัตราการตายและส่งผลให้อายุคาดหวังของประชากรยืนยาวขึ้นจึงเกิดการเคลื่อนของโครงสร้างประชากรไปสู่สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในระดับสูง ในประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 9.5 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2000 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 19 ของประชากรในปี พ.ศ. 2025 (Thailand Health Profile Report, 2007) ซึ่งอายุที่เพิ่มมากขึ้นนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ (disability) และภาวะการพึ่งพา (dependence) ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542) กระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาหนึ่งที่มีอุบัติการณ์การเกิดสูงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ (คณะกรรมการพัฒนาดัชนีภาวะโรค สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2547) และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้แก่การหกล้ม (fall) (Bergstrom, Bjornstig, Stenlund, & Jonsson, 2007) ในประเทศไทยพบว่าในแต่ละปีมีประชากรผู้สูงอายุหกล้ม 20-30 % (Jitapunkul & Suriwongpaisal, 2000) และตำแหน่งของกระดูกที่หักบ่อยเมื่อล้มได้แก่กระดูกสะโพกพบได้ถึง 40% (Pongchaiyakul, Songpattanasilp, & Taechakaichana, 2008) และคาดการณ์ว่าจะมีอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักเพิ่มมากขึ้นกับประชากรทั่วโลก ในปี 1990 พบว่ามีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักประมาณ 1.26 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 2.6 ล้านคนในปี 2025 และ 4.5 ล้านคนในปี 2050 (Gullberg, Johnell, & Kanis, 1997) และจากการศึกษาวิจัยพบว่า 50 % ของภาวะกระดูกสะโพกหักเกิดขึ้นกับประชากรในทวีปเอเชีย (Pongchaiyakul et al., 2008) สำหรับประเทศไทยพบว่าในจำนวนประชากร 100,000 คน ผู้หญิงจะมีอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหัก 289 คน ผู้ชาย 114 คน (Lau et al., 2001) และเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและการทำหน้าที่ของร่างกายตามอายุที่มากขึ้น เกิดความเสี่ยงของระบบต่างๆ ร่วมกับมีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เพิ่มขึ้นทำให้ผลที่เกิดตามมาเมื่อเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ปอดบวม แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบและ

ข้อคิดเห็น เป็นต้น การเกิดภาวะทุพพลภาพ (disability) ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม รวมไปถึงการเสียชีวิตได้ ในที่สุด (Folden & Tappen, 2007) หากไม่ได้รับการรักษาและการดูแลที่มีประสิทธิภาพดีพอ

ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและส่วนใหญ่ต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด โดยวิธีการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (hip replacement) และวิธีการใส่โลหะตามภายใน (internal fixation) โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living, ADL) ให้กลับคืนสู่สภาพเดิมมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Oh & Feldt, 2000; Deakin, Wenn, & Moran, 2008) ลดอาการเจ็บปวด และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการนอนนานๆ ซึ่งแม้ว่าในปัจจุบันวิธีการรักษากระดูกสะโพกหักจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นแต่ถ้าทำการผ่าตัดแล้วไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ดี หรือมีการฟื้นฟูสภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดในหลายๆด้าน เช่น จำนวนเตียงที่ไม่เพียงพอกับผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ที่มีจำนวนมากขึ้น หรือไม่มีหอผู้ป่วยที่ดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยเฉพาะ ก็จะทำให้การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ (functional recovery) เป็นไปได้ช้า โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ (Oh & Feldt, 2000 ; Cameron, 2005) เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสี่ยงของระบบต่างๆที่เกิดขึ้นตามวัยอยู่แล้ว เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เป็นต้น รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ทำให้สมรรถภาพต่างๆของร่างกายลดลง โดยเฉพาะสมรรถภาพในการประกอบกิจต่างๆ (functional ability) ร่วมกับมีโรคหรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ร่วมด้วย จึงไวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าคนในวัยอื่นๆ เมื่อโรคหรือปัญหาได้รับการรักษาแล้วผู้ป่วยสูงอายุจะปรับสภาพร่างกายคืนสู่สมดุลได้ช้ากว่าผู้ป่วยอายุน้อย ส่งเสริมให้การฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดเป็นไปได้อย่างช้ามากขึ้น ซึ่งภายหลังผ่าตัดมักพบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากงานวิจัยพบว่า 70% ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดแล้วไม่สามารถฟื้นตัวในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายเช่นเดิมได้ (Folden & Tappen, 2007)

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด (postoperative recovery) ข้อสะโพกเป็นกระบวนการที่ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดภายหลังทำผ่าตัด ถ้าการฟื้นตัวเป็นไปอย่างเหมาะสมจะมีผลทำให้การทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายคืนสู่สภาวะปกติ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ADL)ได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ (Oh & Feldt, 2000; Hershkovitz, Kalandariov, Hermush, Weiss, & Brill, 2007) ลดการพึ่งพาบุคคลอื่น (Dai, Huang, Yang, Tsauo, & Yang, 2002 ; Rosell & Parker, 2003) จากการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักหลังทำ

ผ่าตัดพบว่าไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะการทำหน้าที่ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติของร่างกายได้ในระยะเวลา 1 ปี (Lin & Chang, 2004) นอกจากนี้การฟื้นตัวได้เร็วจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วย (morbidity) ทำให้มีสุขภาพจิตดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Shyu, Chen, & Liang, 2004 ; Boonen, 2004) และลดอัตราการตาย (Hershkovitz et al., 2007) รวมไปถึงช่วยลดปัญหาด้านสาธารณสุขและปัญหาด้านเศรษฐกิจ (Arinzon, Gepstein, Shabat & Berner, 2007) ซึ่งการฟื้นตัวกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดจะเกิดภายในระยะเวลา 1 ปี (Lin & Chang, 2004) ในขณะที่เดียวกันถ้าการฟื้นตัวไม่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หรือปฏิบัติได้ไม่ดีในระดับเดิม ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น (Herrick et al., 2004) มีผลเสียต่อสุขภาพจิต ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนาน มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูง และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น (Inonye, Bogardus, Baker, Leo-Summer, & Cooney, 2000) การฟื้นตัวในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (functional recovery) ในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่

ความปวด (pain) เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการฟื้นตัวในการทำหน้าที่ด้านร่างกายเป็นไปได้ช้า (Morrison et al., 2003) เนื่องจากเมื่อเกิดอาการปวดผู้ป่วยก็จะไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย หรือใช้ระยะเวลานานกว่าปกติ จึงทำให้การฟื้นตัวในการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นไปได้ช้า นอกจากนี้ยังพบว่าอาการปวดในระดับปานกลางและระดับที่รุนแรงในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหัก จะทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ gluteus medius ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่ช่วยในการเคลื่อนไหวของข้อสะโพกลดลง (Herrick et al., 2004) และจะมีผลทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นไปได้ช้า และมีผลทำให้การฟื้นตัวช้าลง

ภาวะทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า (depression) จากการศึกษาในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักพบว่ามียุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า (depression) 31.3% (Shyu et al., 2008) ซึ่งภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับ การทำหน้าที่ของร่างกายภายหลังทำผ่าตัดกระดูกสะโพก ทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นไปได้ช้า เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง และสารสื่อประสาทนี้ควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีการฟื้นตัวในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า (depression) (Shyu et al., 2004) และทำให้ functional recovery ไม่ดีที่ระยะเวลา 3 เดือนและ 6 เดือนหลังจำหน่าย (Voshaar et al., 2007)

การสนับสนุนทางด้านสังคม (social support) ก็พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดทั้งทางตรงและ

ทางอ้อม ผู้ป่วยบางคนอาจต้องการการสนับสนุนทางสังคมทางตรง ได้แก่ความช่วยเหลือด้าน
 สิ่งของ ด้านแรงงาน เป็นต้น แต่บางคนก็อาจต้องการการสนับสนุนทางสังคมทางอ้อม เช่นการ
 สนับสนุนในด้านของการให้ข้อมูล การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทาง
 สังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพทั้งในด้านของการต่อสู้กับปัญหาจากการเจ็บป่วย ช่วยลดความ
 รุนแรงของปัญหา รวมไปถึงการทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น มีการปรับตัวได้
 อย่างเหมาะสม ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้มีผลต่อการฟื้นตัวทั้งสิ้น จากการศึกษาในผู้ป่วยที่มีกระดูก
 สะโพกหักหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีการฟื้นตัวในการทำหน้าที่
 ด้านร่างกาย (functional recovery) ในระยะเวลา 2 เดือนหลังจำหน่ายดีกว่าผู้ป่วยที่มีแหล่งสนับสนุน
 ทางสังคมน้อย (Oh & Feldt, 2000)

สำหรับในประเทศไทยการศึกษาวิจัยเรื่องของการฟื้นตัวส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มของ
 ผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกซึ่งเป็นแบบนัดหมายล่วงหน้า (elective case) ส่วนการฟื้นตัวในกรณีฉุกเฉิน
 (emergency case) ยังมีค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ได้แก่
 ความปวด (pain) ภาวะซึมเศร้า (depression) การสนับสนุนทางสังคม (social support) ว่ามีความ
 เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการฟื้นตัวในการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักภายหลังทำ
 ผ่าตัดอย่างไร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการฟื้นตัวในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย
 ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดการฟื้นตัวในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย
 ที่มีความสามารถของการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายกลับมาได้เหมือนเดิมมากที่สุด ลดการพึ่งพาบุคคล
 อื่น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามการวิจัย

ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้าน
 การทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดหรือไม่ และมีความสัมพันธ์กัน
 อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับ
 การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

สมมติฐานการวิจัย

1. ความปวด มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด
2. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด
3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด โดยใช้กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของเมลิสและชูเมคเกอร์ (Meleis & Schumacher, 1994) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2553

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลโดยนำเอาปัจจัยในเรื่อง ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยร่วมในการวางแผนและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด เพื่อส่งเสริมให้มีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด

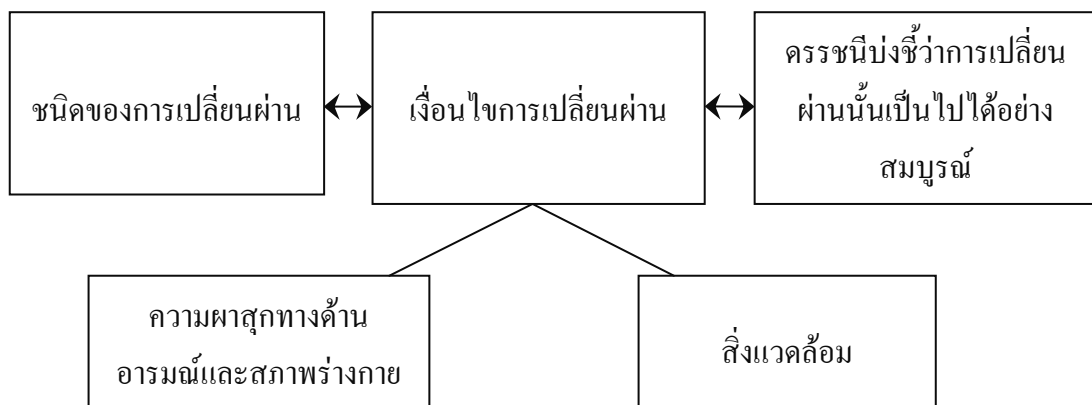
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของเมลิสและชูเมคเกอร์ในปี 1994 (Meleis & Schumacher, 1994) ซึ่งได้อธิบายถึงกระบวนการเปลี่ยนผ่านว่าเป็น

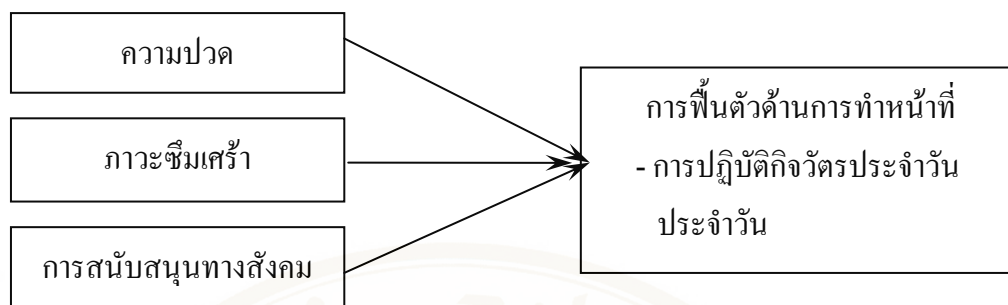
การเปลี่ยนจากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งหรืออีกสถานะหนึ่งของชีวิต และประกอบไปด้วยมโนทัศน์ดังต่อไปนี้คือ

1. ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Type of transition)
2. ลักษณะโดยทั่วไปของการเปลี่ยนผ่าน (Universal properties of transition)
3. เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition condition)
4. ครรชนิบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปอย่างสมบูรณ์ (Indicators of healthy transition)
5. การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics)

การนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ มโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาได้แก่ ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (types of transition) ซึ่งการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (health/illness transition) ได้แก่ การเกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions) เป็นปัจจัยเงื่อนไขทางด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม มีผลทั้งด้านการส่งเสริมและยับยั้งต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่านของบุคคลว่าจะผ่านพ้นไปได้โดยง่ายหรือผ่านไปด้วยความยากลำบาก ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านในด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย (emotional and physical well-being) ได้แก่ ความปวด ภาวะซึมเศร้า และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ครรชนิบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปอย่างสมบูรณ์ (Indicators of healthy transition) ได้แก่ การที่สามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง สุขสบายและมีพฤติกรรมที่เป็นปกติ (mastery of new behaviors) นั่นก็คือมีการฟื้นตัวในการทำหน้าที่ด้านร่างกายหลังทำผ่าตัด สามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามตัวแปร

ความปวด (pain) หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคลถึงความรู้สึกไม่สุขสบาย เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายๆด้าน เช่น ด้านร่างกาย สังคม สิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ การแสดงออก และความทนต่ออาการปวด ความปวดจะแตกต่างกันแม้สิ่งที่เป็นสาเหตุจะเป็นสิ่งเดียวกัน (Mc Caffery & Pasero, 1999) ในการศึกษาครั้งนี้ความปวดภายหลังผ่าตัดข้อสะโพก หมายถึง ความรู้สึกปวดบริเวณที่ผ่าตัดของผู้ป่วยเมื่อมีการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่างๆ ประเมินได้โดยใช้แบบประเมินความปวดด้วยการเปรียบเทียบกับเส้นตรง (Pain Visual Analog Scale, PVAS) (McCaffery & Pasero, 1999) มีคะแนน 1-10 คะแนนต่ำหมายถึงมีระดับความปวดน้อย คะแนนสูงหมายถึง มีระดับความปวดมาก

ภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึง ภาวะผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปแบบต่างๆ มีการเบี่ยงเบนในด้านความคิดและการรับรู้ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความรู้สึกทางเพศลดลง มีกิจกรรมทางกายน้อยลง เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม ไม่มีสัมพันธกับบุคคลอื่น ในการศึกษาครั้งนี้ภาวะซึมเศร้า หมายถึงภาวะผิดปกติทางอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก ประเมินได้โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) มีคะแนน 0-30 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึงมีระดับความซึมเศร้าน้อย คะแนนสูงหมายถึง มีระดับความซึมเศร้ามาก

การสนับสนุนทางสังคม (social support) หมายถึง การที่บุคคลมีการติดต่อสัมพันธ์ พึ่งพาซึ่งกันและกัน มีการให้และรับความรัก ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ การให้ข้อมูลข่าวสาร และ

การให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ อาจเป็นการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือจากเครือข่ายสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ มีรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย ในการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากบุคคลอื่นๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์และการให้ข้อมูล การสนับสนุนในเชิงของการช่วยเหลือ การสนับสนุนด้านจิตใจและความรู้สึก และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้านบวก ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม MOS Social Support Survey (Sherbourne & Stewart, 1991) คะแนนสูงหมายถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนต่ำ หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ (functional recovery) หมายถึง การที่ร่างกายกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดภายหลังการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ในการศึกษาครั้งนี้การฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดข้อสะโพก หมายถึงความสามารถในการกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน(activities of daily living, ADLs) ได้ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติภายหลังทำผ่าตัดข้อสะโพก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้ายจากเตียง การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั่นการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Modified Barthel Activity of Daily Index (MBAI)(Jitapunkul, Kamolrantankul, & Ebrahim, 1994) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล (Barthel ADL Index) (Mahoney & Barthel, 1965) มีคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึงมีภาวะการพึ่งพาสูง คะแนนสูงหมายถึงมีภาวะการพึ่งพาน้อย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด การทบทวนวรรณกรรมครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก
 - 1.1 สาเหตุของการเกิดกระดูกสะโพกหัก
 - 1.1.1 ปัจจัยภายใน (Intrinsic factors)
 - 1.1.2 ปัจจัยภายนอก (Extrinsic factors)
 - 1.2 ชนิดของกระดูกสะโพกหักและการผ่าตัดรักษา
2. ผลกระทบที่เกิดจากภาวะกระดูกสะโพกหัก
 - 2.1 ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย
 - 2.2 ผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล
 - 2.3 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม
3. การฟื้นตัวหลังทำผ่าตัด
 - 3.1 ระยะเวลาของการฟื้นตัวหลังผ่าตัด
 - 3.2 มิติของการฟื้นตัวหลังผ่าตัด
 - 3.3 ผู้สูงอายุและการฟื้นตัวหลังทำผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก
 - 3.4 เครื่องมือที่ใช้วัดการฟื้นตัวหลังทำผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก
4. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านและการนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านไปใช้อธิบายปรากฏการณ์การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่หลังทำผ่าตัด
 - 5.1 ความปวด
 - 5.2 ภาวะซึมเศร้า
 - 5.3 การสนับสนุนทางสังคม
6. สรุป

1. ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก

กระดูกสะโพกหักเป็นสาเหตุของภาวะความเจ็บป่วย (morbidity) และสาเหตุของการตาย (mortality) ที่สำคัญของผู้สูงอายุทั่วโลก พบว่ามีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักประมาณ 1.26 ล้านคนทั่วโลกในปี 1990 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 4.5 ล้านคนในปี 2050 (Gullberg et al., 1997) กระดูกสะโพกหักเป็น 1 ใน 10 ของโรคที่ทำให้เกิดความเสื่อม (impairment) (Heetveld, Raaymakers, Luitse, Nilhof & Gouma, 2007) ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น พบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 65 ปี (Braithwaite, Col & Wong, 2003; Lin & Chang, 2004; HersHKovitz et al., 2007) และยังพบว่าเพศหญิงจะเกิดภาวะกระดูกหักมากกว่าเพศชาย (Shyu, Tang, Tsai, Liang & Chen, 2006; Arinzon et al., 2007) โดยจากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เกิดภาวะกระดูกหักในรายที่เกิดขึ้นใหม่พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2.7 เท่า (Kanis et al., 2004)

1.1 สาเหตุของการเกิดกระดูกสะโพกหัก

แม้ว่าการเกิดกระดูกสะโพกหักสามารถพบได้ในบุคคลทุกช่วงอายุแต่กลุ่มบุคคลที่เกิดกระดูกสะโพกหักที่พบมากที่สุดคือผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมักเกิดภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) และมีความสามารถในการทรงตัวลดลงทำให้มีความเสี่ยงต่อการล้มสูง ซึ่งอุบัติการณ์การล้มจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยกลางคน และเพิ่มสูงสุดเมื่ออายุมากกว่า 80 ปี (Rubenstein & Josephson, 2002) บริเวณของกระดูกที่พบว่าการหักบ่อยที่สุดในผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดล้มได้แก่ กระดูกสะโพกซึ่งพบได้ถึง 48% (Formiga et al., 2008) กลไกการเกิดอุบัติเหตุ (mechanism of injury) ที่ส่งผลทำให้เกิดกระดูกสะโพกหักได้ง่ายประกอบไปด้วยกลไก 4 อย่าง ได้แก่

เกิดการล้มแล้วมีการกระแทกบริเวณสะโพกโดยตรง หรือบริเวณใกล้เคียงสะโพก กล่าวคือล้มแล้วมีการกระแทกบริเวณต้นขาด้านข้างหรือกระแทกบริเวณก้นกบ ทำให้แรงไปตกบริเวณ greater trochanter ซึ่งทำให้กระดูกสะโพกหักได้ง่าย

ปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อป้องกันตนเองจากแรงกระแทกไม่เพียงพอหรือไม่เร็วพอที่จะสามารถช่วยลดพลังงานจากการล้มให้ต่ำกว่า threshold ได้

มีไขมันหรือกล้ามเนื้อบริเวณรอบๆ ข้อสะโพกไม่เพียงพอ เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นทำให้ไขมันหรือกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อสะโพกเสื่อมลง ทำให้ไม่มีตัวกลางในการลดแรงกระแทก จากการศึกษาพบว่าในผู้หญิงที่มีกระดูกสะโพกหักมีเนื้อเยื่ออ่อนปกคลุมบริเวณ trochanter น้อยกว่าในผู้หญิงที่ไม่มีกระดูกสะโพกหักที่มีดัชนีมวลกายเท่ากัน (Lauritzen & Askegaard, as cited in Koval

& Zuckerman, 1992) และการเกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อระหว่างการเล่นกีฬาไปสู่การเพิ่มแรงในการทำให้เกิดการหักของกระดูกสะโพกได้ง่ายขึ้น

ความแข็งแรงของกระดูก ไม่เพียงพอในการรับแรงกระแทก ทำให้เกิดกระดูกหักได้ง่ายเมื่อเกิดการล้มเพียงเบาๆ (Formiga, Rivera, Nolla & Pujol, 2004)

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการล้มได้ง่ายและมีผลทำให้เกิดภาวะกระดูกสะโพกหักและเป็นปัจจัยที่พบได้ในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ได้แก่ (Formiga et al., 2008)

1.1.1 ปัจจัยภายใน (intrinsic factors) หมายถึง องค์ประกอบภายในตัวผู้ป่วยเอง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายที่เสื่อมลงตามวัยของระบบต่างๆ (Jitapunkul, 1999) ปัจจัยภายในเป็นสาเหตุของการล้มถึง 40.7% (Formiga et al., 2008) ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่

- **ความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (impaired physical function)** เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องในการได้ยินและการมองเห็น (visual and hearing impairments) ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ช้าลง (reaction time) การเสื่อมของระบบประสาทสัมผัส (neurosensory impairment) กำลังของกล้ามเนื้อที่อ่อนลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นและมีผลทำให้การทรงตัว (balance) ของร่างกายที่เปลี่ยนไป ปัจจัยเหล่านี้ทำให้โอกาสของการล้มมากกว่าคนปกติ จากการศึกษพบว่า การให้โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้ป่วยสูงอายุในระยะเวลา 16 สัปดาห์สามารถทำให้การทรงตัว (balance) ดี และช่วยให้การควบคุมการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น (Pijnappels, Reeves, Maganaris & Dieen, 2008)

- **ความพร่องด้านการรู้คิด (cognitive impairment)** เช่น ภาวะหลงลืม (dementia) มีผลให้การรับรู้ของผู้ป่วยเปลี่ยนไปและเป็นสาเหตุให้เกิดการล้มได้ง่าย

- **ภาวะโรคร่วม** ผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่พบว่า มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค (Aharonoff, Immerman & Zuckerman, 2004) โรคร่วมเหล่านี้ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (hypertension) เบาหวาน (diabetes) ข้อเสื่อม (degenerative joint disease) โรคหลอดเลือดในสมอง (stroke) โรคหัวใจ เป็นต้น ภาวะโรคร่วมเหล่านี้มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสรีรวิทยา เช่น โรคเบาหวานอาจทำให้เกิดภาวะวูบจากน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemic syncope) เกิดความบกพร่องของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (impaired ambulation for neuropathy) และมีผลทำให้เกิดความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (Andreassen, Jakobsen, Flyvbjerg, & Andersen, 2009) ความบกพร่องของระบบประสาทอัตโนมัติ (cardiac autonomic neuropathy) ที่อาจมีผลทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าทาง มีอาการวิงเวียน เป็นต้น (Boulton et al., 2005) ความผิดปกติของหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral arterial disease) ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดร่วมกับมีการ

สูญเสียประสาทรับความรู้สึกส่วนปลาย (peripheral neuropathy) ต่อความเจ็บปวดและแรงกด หรือผลจากยารักษาเบาหวานที่ผู้ป่วยรับประทาน (side effect of diabetes medications) ปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดการล้มได้ง่าย จากงานวิจัยพบว่าโรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคเบาหวานพบได้ถึง 31.3% และ มีความสัมพันธ์กับการเกิดการล้มแล้วทำให้เกิดกระดูกสะโพกหัก (Corsinovi et al., 2008)

- **ประวัติการใช้ยา** ยาที่มักพบว่าเป็นปัญหาได้แก่ยาที่ทำให้เกิดการง่วงซึม เป็นผลให้การรับรู้ลดลงและการควบคุมการทรงตัวของสมองด้อยลง เช่น ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ หรือยาขับปัสสาวะ ยาลดน้ำมูก ยาลดความดันโลหิตสูงบางชนิด ก็เป็นปัจจัยภายในที่เป็นสาเหตุทำให้หกล้มได้ จากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายชนิดขณะอยู่โรงพยาบาลเกิดการล้มมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาน้อยชนิดกว่า (Corsinovi et al., 2008)

- **ภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis)** เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นมวลกระดูกจะเริ่มลดลงโดยจะลดลงอย่างช้าๆราวร้อยละ 0.5-1 ต่อปี แต่ในผู้หญิงจะมีอัตราการสูญเสียมวลกระดูกในอัตราที่สูงมากในระยะก่อนหมดประจำเดือนหรือหลังหมดประจำเดือนหมดประจำเดือนช่วง 5 ปีแรก โดยอาจมีอัตราการสูญเสียถึงร้อยละ 2- 4 ต่อปี (Jitapunkul, 1999) ภาวะกระดูกพรุนเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดกระดูกหักได้ง่ายเนื่องจากระดับของมวลกระดูกมีผลต่อความทนต่อการแตกหัก จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายในระดับที่ทำให้ร่างกายแข็งแรงจะช่วยลดการเกิดภาวะกระดูกหักได้ถึง 45% ในผู้ชายและ 38% ในผู้หญิงเนื่องจากการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกระดูก (Moayyeri, 2008)

1.1.2 ปัจจัยภายนอก (extrinsic factors) หมายถึง สิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น การจัดสิ่งของไม่เป็นระเบียบ แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นไม่เรียบ มีสิ่งกีดขวางทางเดิน ขาดราวยึดหรือที่เกาะบริเวณบันไดหรือภายในห้องสุขา เป็นต้น นอกจากนี้ความแรงของการล้ม (fall severity) ก็มีผลต่อการหักของกระดูกสะโพก (Formiga et al., 2008)

1.2 ชนิดของกระดูกสะโพกหักและการผ่าตัดรักษา (Lyons, 1997)

กระดูกสะโพกหัก (hip fracture) โดยทั่วไปหมายถึงการหักบริเวณส่วนต้นของกระดูกต้นขา (proximal femoral fracture) สามารถแบ่งตามลักษณะโครงสร้างทางกายวิภาค ได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่ Intracapsular hip fracture หรือ Femoral neck fracture และ Extracapsular hip fracture หรือ Intertrochanteric fracture

1.2.1 Intracapsular hip fracture หรือ Femoral neck fracture หมายถึง

การหักที่เกิดขึ้นภายใน capsule พบการหักชนิดนี้เกิดขึ้น 40% ของกระดูกสะโพกหักทั้งหมด Femoral neck fracture สามารถแบ่งออกเป็น 4 ชนิด (Garden, 1961) ได้แก่

Type I เป็นการหักที่เกิดขึ้นแบบไม่สมบูรณ์ (incomplete fracture หรือ impacted fracture) หัวกระดูกยังอยู่ในตำแหน่งเดิม การหักชนิดนี้อาจรักษาได้โดยไม่ต้องผ่าตัด

Type II เป็นการหักที่เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์แต่ไม่มีการเคลื่อนของกระดูกส่วนที่หัก (complete fracture without displacement) การหักชนิดนี้เสี่ยงต่อการเกิดการเคลื่อนของกระดูกส่วนที่หัก

Type III เป็นการหักที่เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์และมีการเคลื่อนของกระดูกส่วนที่หักเป็นบางส่วน (complete fracture with partial displacement)

Type IV เป็นการหักที่สมบูรณ์ และมีการเคลื่อนของกระดูกส่วนที่หักออกจากกัน (complete fracture with total displacement) ทำให้หัวกระดูก femur หมุนออกจากกระดูกที่หักอย่างสมบูรณ์

การผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหักชนิด Femoral neck fracture

การผ่าตัดรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักจะเลือกใช้วิธีการไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ อายุ ภาวะโรคร่วม ปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ประโยชน์ในการนำไปใช้ ชนิดของการหัก ประสิทธิภาพของแพทย์ผู้ผ่าตัด ซึ่งไม่ว่าวิธีไหนมีเป้าหมายในการรักษาเหมือนกันคือ มีอาการปวดหลังผ่าตัดน้อยที่สุดและมีการทำหน้าที่ของร่างกายกลับคืนมาเหมือนเดิมมากที่สุด (Iorio, 2008) ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักชนิด Femoral neck fracture การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดที่นิยมใช้ได้แก่

การเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมด้านเดียว (hemiarthroplasty) เป็นการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะหัวของกระดูก femur โดยใช้หัวกระดูกเทียม

มักเลือกใช้ในการหักของ femoral neck fracture ชนิด displaced fracture เนื่องจากการหักชนิดนี้มีอัตราการเกิด avascular necrosis สูงโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีข้อสะโพกอักเสบ หรือมีสภาวะกระดูกโป่งบางที่ทำผ่าตัดด้วยวิธี internal fixation แล้วให้ผลลัพธ์ไม่ดี (Leigton et al., 2007) การผ่าตัดชนิด hemiarthroplasty มีข้อดีคือ มีอัตราการผ่าตัดซ้ำค่อนข้างต่ำ มีอาการปวดหลังผ่าตัดน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (LOS) น้อย ราคาคู่มือค่ามากกว่าวิธีการผ่าตัดชนิด internal fixation (Iorio, 2008) แต่มีข้อควรระวังคืออาจจะทำให้เกิดการสึกกร่อนของ acetabulum จากการเสียดสีระหว่าง prosthesis กับ cartilage

การเปลี่ยนข้อเทียมทุกส่วนของผิวข้อ (total hip arthroplasty, THA) เป็นวิธีการผ่าตัดที่มีการเปลี่ยนทั้งส่วนหัวกระดูกต้นขาและเบ้าสะโพกโดยใช้ข้อเทียม ซึ่งข้อบ่งชี้ในการเลือกใช้คือ ผู้ป่วยที่มีการหักของ femoral neck ชนิด displaced fracture และมีพยาธิสภาพที่ข้อสะโพกนั้น หรือมีการชำรุดของเบ้าสะโพก ผู้ป่วยที่ highly active และคาดหวังว่าจะมีชีวิตอีกมากกว่า 10 ปี (Leighton et al., 2007)

การผ่าตัดชนิด THA มีข้อดีคือให้ผลดีในระยะยาว สามารถรักษาระดับความสามารถในการมี activity เหมือนก่อนผ่าตัดได้มากกว่า และมีอาการปวดน้อยกว่าวิธี hemiarthroplasty (Iorio, 2008) มีอัตราการผ่าตัดซ้ำค่อนข้างต่ำ แต่มีข้อเสียในเรื่องการเคลื่อนของข้อเทียม (dislocation) มีอัตราการเกิดสูงเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดชนิด hemiarthroplasty นอกจากนี้ยังมีการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดมากกว่าวิธีอื่นๆ

การใส่โลหะตามภายใน (internal fixation) เลือกใช้ในการหักของ femoral neck ชนิด undisplaced fracture มักใช้กับผู้ป่วยที่อายุค่อนข้างน้อย มีความแข็งแรงของกระดูกดี ข้อดีของการผ่าตัดวิธีนี้คือใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดสั้น เสียเลือดน้อย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดต่ำ ลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล แต่มีข้อเสียได้แก่ มีโอกาสเกิด implant failure เช่น screw หัก ถอน หรือทะลุเข้า acetabulum โลหะที่ใส่อาจเกิดการเคลื่อน กระดูกไม่ติด (Parker, White, & Boyle, 2008) และมีอัตราการผ่าตัดซ้ำค่อนข้างสูง (Heetveld et al., 2007; Leighton et al., 2007; Iorio, 2008) ซึ่งพบได้ถึง 35-40% ในระยะเวลา 2 ปีหลังทำผ่าตัด

1.2.2 Extracapsular hip fracture หรือ Intertrochanteric fracture

หมายถึง การหักนอก capsule และรวมไปถึงการหักบริเวณ greater trochanter และ lesser trochanter (Koval & Zuckerman, 1992) การแบ่งชนิดของ Intertrochanteric fracture โดยยึดหลัก stability of the fracture pattern (Evan, 1949) แบ่งได้เป็น 2 ชนิดได้แก่ stable fracture และ unstable fracture ซึ่งดูตรงบริเวณ posteromedial ของปลายกระดูกหักทั้ง 2 ด้าน ซึ่งเป็นกระดูก cortical และเป็นตำแหน่งที่รับน้ำหนัก ถ้าหากไม่แตกหักเป็นหลายชิ้นหรือแตกละเอียด และปลายทั้ง 2 ด้านสามารถสบกันได้ หรือค้ำยันกันอยู่ (buttress) ก็ถือว่าเป็นกระดูกหักชนิดมั่นคง (stable fracture) แต่ถ้ากระดูกแตกหัก และไม่สามารถจัดเรียงให้มั่นคงได้ก็จะเป็นกระดูกหักชนิดไม่มั่นคง (unstable fracture)

การผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหักชนิด Interochanteric fracture

การใส่โลหะตามภายใน (internal fixation) เป็นการผ่าตัดที่นิยมทำในการรักษาการหักชนิด intertrochanteric fracture การผ่าตัดชนิดนี้เน้นในเรื่องของการทำให้กระดูกติดกัน และการหายของกระดูกให้อยู่ในสภาพเดิม ข้อเสียของการผ่าตัดวิธีนี้คือภายหลังการรักษามีอัตราการผ่าตัดซ้ำค่อนข้างสูง การผ่าตัดซ้ำอาจเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การที่กระดูกไม่ติด (non-union) หรือเกิดจาก avascular necrosis (AVN) จากการที่ blood vessels ถูกทำลายทำให้การไหลเวียนเลือดได้ไม่ดี การผ่าตัดชนิด internal fixation ผู้ป่วยอาจไม่สามารถลงน้ำหนักได้เต็มที่ทันทีหลังทำผ่าตัด

การเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (hip arthroplasty) การผ่าตัดโดยวิธีเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในกระดูกสะโพกหักชนิด Interochanteric fracture มักจะพิจารณาทำในคนสูงอายุที่มีสภาวะกระดูกพรุนอย่างมาก (severe osteoporosis) มีภาวะข้อเสื่อม (osteoarthritis) ข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) หรือกระดูกหักที่เกิดจากพยาธิสภาพ (pathological fracture) พบว่าการทำผ่าตัดโดยวิธีใส่ prosthesis อาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกว่าวิธี internal fixation

2. ผลกระทบที่เกิดจากภาวะกระดูกสะโพกหัก

เมื่อเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักย่อมเกิดผลกระทบตามมาทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ผู้ดูแล ต่อภาวะเศรษฐกิจและครอบครัว ดังนี้

2.1 ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย

- **อาการปวด (pain)** ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ต่อผู้ป่วยได้แก่ อาการปวด (Morrison et al., 2003) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด 3 เดือนจะพบว่า 68% ของผู้ป่วยยังมีอาการปวดในระดับเล็กน้อย 32% มีอาการปวดในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง (Aharonoff et al., 2004)

- **ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological)** เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ โดยเฉพาะสภาพจิตใจ ความรู้สึก และความคิด ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้า และส่งผลให้สภาวะการเจ็บป่วยทางกายแย่ลง การฟื้นฟูหายเกิดขึ้นได้ช้า เพราะภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจในการดูแลเอาใจใส่ต่อสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง จากการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักพบว่าผู้ป่วย 31.3% เกิดภาวะ depression ภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยในกลุ่มนี้มี impairment cognitive function มากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดภาวะ depression และมีการฟื้นตัวในเรื่องของ ADL และ walking ability น้อยกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะ depression (Shyu et al., 2008)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oh & Feldt ในปี 2000 ที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีความวิตกกังวลต่ำ จะมี functional recovery หลังผ่าตัดได้ดี

- **ภาวะทุพพลภาพ (disability)** ภาวะทุพพลภาพเป็นอีกผลกระทบหนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัด มีผู้ป่วยถึง 40% ที่ไม่สามารถกลับไปมีระดับของการทำกิจกรรมประจำวันได้เหมือนก่อนเกิดกระดูกสะโพกหัก ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ภายหลังทำผ่าตัด ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และ 6% ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เลย (Aharonoff et al., 2004)

- **อัตราการตาย (mortality)** ปัจจุบันพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักขณะอยู่โรงพยาบาลเพิ่มจาก 2% เป็น 11.7% (Aharonoff et al., 2004) และอัตราการตายจะเกิดมากในระยะเวลา 3 เดือนหลังเกิดกระดูกสะโพกหักซึ่งสามารถพบได้ถึง 65% และในระยะเวลา 1 ปีพบ 23 % (Alegre-Lopez, Cordero-Guevara, Alonso-Valdivielso, & Fernandez Melon, 2005) ในประเทศไทยมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจำนวน 330 คน ที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าอัตราการตายขณะอยู่โรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกหักเท่ากับ 2.1% และมีอัตราการมีชีวิตรอด 91%, 88% และ 83% ในระยะเวลา 3 เดือน, 6 เดือน และ 12 เดือนตามลำดับ (Chariyalertsak, Suriyawongpisal & Thakinstain, 2001) ซึ่งปัจจัยที่ทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้นมีหลายประการ ได้แก่ ภาวะโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ก่อนเข้ารับการรักษา อายุ เพศของผู้ป่วย ความสามารถในการเดินของผู้ป่วยก่อนเกิดกระดูกสะโพกหัก ประเภทของการผ่าตัด ความชำนาญของแพทย์ผู้ทำผ่าตัด เป็นต้น

2.2 ผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล

เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดแล้วไม่สามารถกลับไปมีระดับของการทำกิจกรรมประจำวันได้เหมือนเดิม ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัวและผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดภาระต่อผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักในระยะเวลา 1 สัปดาห์ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ปัญหาในเรื่องของการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และการขาดความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งพบได้ถึง 15.6% และปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาระต่อผู้ดูแลในระยะเวลา 1 เดือนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งพบได้ถึง 56% (Lin & Lu, 2007)

2.3 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม

จากการที่ได้ทราบถึงผลกระทบด้านต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักแล้ว จะเห็นได้ว่านอกจากปัจจัยที่เกิดโดยตรงกับผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ยังส่งผลกระทบไปถึงด้านเศรษฐกิจและสังคมด้วย เช่นในเรื่องของระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล (length of stay, LOS) ค่ารักษาพยาบาล (cost) จากลักษณะของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่มีโรคร่วมด้วย การฟื้นตัวช้าหลังผ่าตัดและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง มีผลให้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล (LOS) นาน ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ Morrison และคณะในปี 2003 ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักพบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคงมีความปวดในระดับกลางถึงระดับสูง ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีเท่าที่ควรและไม่สามารถทำกายภาพบำบัดได้ ทำให้ต้องพักบนเตียงนานขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ส่งผลให้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล (LOS) นานขึ้น และค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักเปรียบเทียบค่ารักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโรคร่วมและกลุ่มที่มีภาวะโรคร่วมพบว่าค่ารักษาในกลุ่มที่ไม่มีภาวะโรคร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่มีภาวะโรคร่วมอย่างชัดเจน (Chen, Lee, Chun, & Howe, 2007)

3. การฟื้นตัวหลังทำผ่าตัด (postoperative recovery)

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด (postoperative recovery) โดยทั่วไปหมายถึง กระบวนการใช้พลังงาน เพื่อการกลับสู่สภาวะปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและกลับคืนสู่การใช้ชีวิตตามปกติ การกลับคืนสู่สภาวะการทำหน้าที่ปกติของร่างกาย หรือในระดับเดียวกันกับก่อนผ่าตัด และกลับไปสู่ภาวะสุขภาพดี (Allvin, Berg, Idvall, & Nilsson, 2006)

3.1 ระยะเวลาของการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในการผ่าตัดโดยทั่วไปสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสิ้นสุดการผ่าตัด (early phase) ระยะหลังผ่าตัดช่วงแรก (intermediate phase) และระยะท้าย (late phase) (Allvin et al., 2006)

ระยะสิ้นสุดการผ่าตัด (early phase) หมายถึงระยะตั้งแต่การผ่าตัดเสร็จสิ้น ผู้ป่วยฟื้นจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกจนมีสัญญาณชีพปกติ มีสติสัมปชัญญะ และปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (reflex) กลับคืนมา หายใจเองได้แต่อาจต้องใช้ออกซิเจนและต้องได้รับการดูแลเหมาะสม เคลื่อนไหวร่างกายได้ สัญญาณชีพคงที่แต่ต้องได้รับการเฝ้าระวังใกล้ชิดเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง ระยะนี้ต้องประเมินระบบต่างๆของร่างกาย ได้แก่ระบบทางเดินหายใจ ระดับความรู้สึกตัว กำลังของกล้ามเนื้อ ความดันโลหิต ระยะนี้ยังต้องมีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย ระยะนี้จะอยู่จะอยู่ในช่วงวันที่หนึ่งของการผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัดช่วงแรก (intermediate phase) หมายถึงระยะตั้งแต่ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ สติสัมปชัญญะดี ระบบต่างๆของผู้ป่วยเริ่มทำงานตามปกติ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหรือลุกเดินได้ ระยะนี้เป็นช่วงสัปดาห์แรกของการผ่าตัดจนถึงระยะที่อาการของผู้ป่วยดีพอพร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

ระยะท้าย (late phase) หมายถึงระยะที่ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆเป็นระยะเวลาตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึงการกลับคืนสู่สภาวะการทำหน้าที่ปกติของร่างกาย ในระดับเดียวกันกับก่อนผ่าตัดและสู่ภาวะสุขภาพดี

3.2 มิติของการฟื้นตัวหลังผ่าตัด การฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยทั่วไปสามารถแบ่งได้เป็น 4 มิติได้แก่ ได้แก่ มิติทางด้านร่างกาย (physiological) มิติทางด้านจิตใจ (psychological) มิติทางด้านสังคม (social) และมิติด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ (habitual) (Allvin et al., 2006)

มิติทางด้านร่างกาย (physiological) หมายถึง การกลับคืนมาซึ่งการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การกลับสู่สภาวะปกติในการทำหน้าที่ของร่างกาย สามารถควบคุมความเจ็บปวดหรืออาการเหนื่อยล้า สามารถส่งมอบพลังงานของร่างกายไว้ สามารถผ่านเหตุการณ์ต่างๆได้ดี

มิติทางด้านจิตใจ (psychological) หมายถึง ความสามารถในการผ่านเหตุการณ์ต่างๆได้ การกลับสู่สภาพจิตใจที่ปกติ สามารถเปลี่ยนผ่านจากภาวะการเจ็บป่วยสู่สภาวะปกติ สามารถจัดการกับความโกรธ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความอ่อนล้า และสามารถผ่านภาวะกดดันไปได้

มิติทางด้านสังคม (social) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีบทบาทในสังคมและอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ตามปกติ

มิติด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ (habitual) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ และการขับถ่ายปกติ รวมไปถึงการกลับไปทำงานได้ตามปกติ

การฟื้นตัวหลังทำผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักและรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลหลังผ่าตัดคือการดูแลให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวได้โดยเร็วที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็วและเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการนอนนานๆ ซึ่งตัวชี้วัดที่สามารถบ่งบอกถึงการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกได้ดี ได้แก่ การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ (functional recovery) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (postoperative complication) ความสามารถในการกลับไปอยู่บ้าน (discharge destination) และอัตราการตาย (mortality)

การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ (functional recovery) สามารถวัดได้จากความสามารถในการเคลื่อนที่ของผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัด ในผู้ป่วยสูงอายุหลังทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกพบว่าขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีผู้ป่วย 22% ที่สามารถเดินได้โดยไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์ในการช่วยเดิน เช่น wheelchair และ 73% สามารถเดินได้ในระยะเวลา 3 เดือนหลังผ่าตัด (Aharonoff et al., 1997) ซึ่งพบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลทำให้การเคลื่อนที่ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างลำบาก เช่น อายุ ภาวะโรคร่วม ภาวะสับสน (dementia) หลังผ่าตัด ความสามารถในการเคลื่อนที่ก่อนเกิดกระดูกสะโพกหัก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีตัวชี้วัดความสามารถในการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ที่สำคัญและนิยมใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living, ADL) เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหัก มีผู้ป่วยจำนวนไม่มากนักที่ภายหลังทำผ่าตัดแล้วสามารถกลับมาทำหน้าที่ของร่างกายได้ในระดับเดียวกันกับก่อนเกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก และอยู่ในภาวะที่ไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น มีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 126 คนพบว่าในระยะเวลา 1 เดือนหลังเกิดกระดูกสะโพกหัก 50% ของผู้ป่วยมีระดับของการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และมากกว่า 25% มีระดับของการทำกิจวัตรประจำวันลดลงในระยะเวลา 6 เดือน (Ganz, Peterson, Russo, & Guccione, 2007; Givens et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีอายุ 85 ปีหรือมากกว่าพบว่าในระยะเวลา 3 เดือนหลังผ่าตัด การฟื้นตัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน (basic activities of daily living, BADL) เป็นไปได้น้อยมาก และในระยะเวลา 1 ปีหลังผ่าตัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นสูงทำได้น้อยมากเช่นกัน (instrumental activities of daily living, IADL) (Aharonoff et al., 2004)

ภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด (postoperative complication) เป็นตัววัดการฟื้นหายที่สามารถเกิดได้ทั้งในระยะสั้นๆซึ่งพบได้ประมาณ 15.1% (Richmond et al., 2003) ภาวะแทรกซ้อนในระยะสั้นที่พบได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) หัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) การติดเชื้อระบบปัสสาวะ (urinary tract infection) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) และภาวะข้อสะโพกเคลื่อนหลุด (hip dislocation) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในระยะยาวได้แก่ ภาวะหัวกระดูกขาดเลือดไปเลี้ยง (avascular necrosis) ซึ่งพบได้ถึง 25% (Nikolopoulos et al., 2003) อาการปวดสะโพกหลังผ่าตัดพบ 32% ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับความปวดปานกลางถึงระดับสูงในระยะเวลา 3 เดือนหลังผ่าตัด (Aharonoff et al., 2004)

ความสามารถในการกลับไปอยู่บ้าน (discharge destination) มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและสามารถกลับไปอยู่บ้าน เช่น ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้สูงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปอยู่บ้านได้หรือกลับไปได้ช้า พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักและเกิดภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วยอย่างน้อย 1 ชนิดและไม่ได้รับการแก้ไขขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะทำให้เกิดการจำหน่ายผู้ป่วยไปอยู่ในสถานพยาบาลมากกว่าจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านถึง 2 เท่า (Halm et al., 2003) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอยู่ก่อนหรือมีภาวะหลงลืมร่วมด้วย ก็อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้แต่อาจต้องจำหน่ายไปอยู่สถานพยาบาล

อัตราการตาย (mortality) ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัด พบว่ามีอัตราการตายเพิ่มมากขึ้น อัตราการตายขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลเพิ่มจาก 2% เป็น 11.7% (Goldacre, Roberts & Yeates, 2002) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะพบอัตราการตายได้ถึง 10.6% เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าซึ่งพบอัตราการตาย 2.1% (Shah et al., 2001) นอกจากนี้ยังพบว่าในระยะเวลา 1 ปีหลังผ่าตัดพบอัตราการตาย 25% และ 16.9% ในระยะเวลา 2 ปีหลังผ่าตัด (Aharonoff et al., 2004) ซึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้มีอัตราการตายสูงได้แก่ อายุที่มากขึ้น ภาวะโรคร่วม ความผิดปกติด้านการรับรู้ของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด เป็นต้น

3.3 ผู้สูงอายุและการฟื้นตัวหลังทำผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและการทำหน้าที่ของร่างกาย เกิดการเสื่อมของระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบภูมิคุ้มกัน การเสื่อมของการมองเห็น การได้ยิน การควบคุมการทรงตัวเสียไป มีความเสื่อมของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบขับถ่าย เป็นต้น รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ มีผลทำให้มีการลดลงของสมรรถภาพสำรอง ถึงแม้สมรรถภาพที่มีอยู่จะเพียงพอในสภาวะปกติแต่เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงจากโรคและมีความจำเป็นต้องใช้สมรรถภาพสำรองแล้วระบบอวัยวะและความสมดุลในร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุจะทรุดตัวหรือล้มเหลวลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยสูงอายุจึงไวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เมื่อโรคหรือปัญหาได้รับการรักษาแล้วผู้ป่วยสูงอายุจะปรับสภาพร่างกายคืนสู่สมดุลได้ช้ากว่าผู้ป่วยอายุน้อย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) นอกจากนี้เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นความชุกของการเจ็บป่วยจะเพิ่มขึ้นด้วยมีผลทำให้เกิดภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ และส่งผลให้ความสามารถในเชิงปฏิบัติ (functional ability) ลดลง ซึ่งความสามารถในเชิงปฏิบัติเป็นการวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เช่น กิจกรรมประจำวันพื้นฐาน (basic

activity of daily living) ได้แก่ ความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การเข้าใช้ห้องน้ำหรือการอาบน้ำ เป็นต้น หรือความสามารถอีกระดับหนึ่งคือกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (instrumental activity of daily living) เช่น การไปจ่ายตลาด ความสามารถในการประกอบอาหาร

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจะทำให้เกิดความพร่องในการช่วยเหลือตนเองในเรื่องของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน และเมื่อกลับไปอยู่บ้านในสภาพที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยจะมีผลทำให้การฟื้นตัวจะเป็นไปได้ช้า จากการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านในสภาวะที่ยังต้องพึ่งพาบุคคลอื่น พบว่าในระยะเวลา 1 ปีภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วย 41.3% เสียชีวิต 28.6% มีชีวิตอยู่แต่ไม่สามารถมีการฟื้นตัวในการทำหน้าที่ของร่างกายได้ในระดับเดิม (Boyd et al., 2008)

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัดก็เช่นเดียวกันพบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่ำกว่าความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายขณะเข้ารับการรักษาน (Lee, 2006) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของสภาพร่างกายตามวัยที่สูงขึ้นร่วมกับการมีภาวะโรคร่วมที่เกิดขึ้นตามวัยเมื่อเข้ารับการรักษานจากภาวะกระดูกสะโพกหักแล้วจะทำให้เกิดฟื้นตัวได้ช้า ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เหมือนเดิม การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆลดลง และนำไปสู่ปัญหาต่างๆอีกมากมายและมีผลต่ออวัยวะต่างๆของร่างกายรวมทั้งสภาพจิตใจ นอกจากนี้ผลต่อเนื่องและโรคแทรกซ้อนจากการนอนอยู่นานก็จะเกิดขึ้นได้แม้จะนอนต่อเนื่องเพียงไม่นาน ซึ่งจะทำให้เกิดการถดถอยของสภาวะร่างกาย เช่น ทำให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดลดลง การเสื่อมลงของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งจะยังเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย จากการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัดและติดตามการฟื้นตัวในระยะเวลา 1 ปีพบว่าภายหลังทำผ่าตัดผู้ป่วยมีความสามารถในการเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่าก่อนกระดูกหักและต้องพึ่งพาบุคคลอื่น (Lin & Chang, 2004) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัดถึง 50% ที่สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายและไม่สามารถกลับไปปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ดังเดิม (Ganz, Peterson, Russo, & Guccione, 2007) ในขณะที่การเกิดอัตราการตายในระยะเวลา 1 ปีหลังผ่าตัดอยู่ระหว่าง 8.9%-25% (Aharonoff et al., 2004) ดังนั้นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วภายหลังผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาามีภาวะสุขภาพที่ดีเหมือนเดิม เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วทำให้สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีการฟื้นตัวได้เร็ว นอกจากการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วแล้ว สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวได้เร็วได้แก่ การเตรียมความพร้อมในเรื่องของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ในปัจจุบัน

พบว่าผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดข้อสะโพกควรมีการลุกจากเตียงตั้งแต่วันแรกของการผ่าตัด หรือถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ก็ควรมีการเปลี่ยน position หรือมีการเคลื่อนไหวบนเตียงให้มากที่สุด โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวได้เร็ว สามารถกลับมามีระดับของการทำหน้าที่ได้ดีเท่ากับหรือใกล้เคียงระดับเดิมก่อนเกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ลดภาวะแทรกซ้อน ภาวะทุพพลภาพ หรืออัตราการตายที่อาจเกิดขึ้น

3.4 เครื่องมือที่ใช้วัดการฟื้นตัวหลังทำผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

เครื่องมือที่ใช้วัดการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมีอยู่หลายชนิดสามารถเลือกใช้ตามความเหมาะสม ที่นิยมใช้ในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักได้แก่ การวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (activities of daily living หรือ ADL) โดยใช้ ดัชนีบาร์ธเอลเอเดิล (Barthel ADL Index) (Mahoney & Barthel, 1965) แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (instrumental activities of daily living : IADL) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยลอร์ดันและโบรดี (Lawton & Brody, 1969) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความซับซ้อนมากขึ้นมีทั้งหมด 8 กิจกรรม ได้แก่ การเตรียมอาหาร การจับจ่ายซื้อของ การทำงานบ้าน การใช้โทรศัพท์ การซักผ้า การเดินทาง การรับประทานยา และการจัดการเรื่องเงิน นอกจากนี้ยังมีแบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่โดยไม่ต้องพึ่งพา (functional Independence Measure หรือ FIM) ซึ่งมีข้อคำถาม 18 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกายด้านการเคลื่อนไหวและคำถามเกี่ยวกับภาวะการรับรู้

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกเกณฑ์การวัดการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในเรื่องของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living หรือ ADL) ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถด้านการรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเดิน การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ สุขาภิบาลส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขา การขึ้นลงบันได การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะเนื่องจากเป้าหมายสำคัญในการฟื้นฟูสภาพคือผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรม และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุด เครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) ได้แก่ ดัชนีบาร์ธเอลเอเดิล (Barthel ADL Index) (Mahoney & Barthel, 1965) เนื่องจากผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งเครื่องมือที่นิยมใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุได้แก่ ดัชนีบาร์ธเอลเอเดิล (Barthel ADL Index) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุ ใช้ได้ง่าย สะดวก แบบสอบถามมีทั้งหมด 10 ข้อ

4. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory)

Chick & Melieis ได้ให้ความหมายของกระบวนการเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการเคลื่อน การผ่าน จากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งหรืออีกสถานะหนึ่งของชีวิต ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และอาจมีผลกระทบต่อบุคคลมากกว่าหนึ่งคนในสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนผ่านเป็นมโนทัศน์ที่สำคัญมโนทัศน์หนึ่งของศาสตร์ทางการพยาบาล โดยจะมีความสัมพันธ์กันระหว่างพยาบาล ผู้ใช้บริการ สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพ

Chick และ Melieis ได้เสนอทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านว่ามีลักษณะเป็นระบบเปิด คือ มีสิ่งนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และการตอบสนองของกระบวนการหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (output) โดยสิ่งนำเข้าหรือปัจจัยชักนำให้เกิดการเปลี่ยนผ่าน (antecedent events) มี 3 ชนิดได้แก่ การเปลี่ยนผ่านตามระยะของพัฒนาการ (developmental transition) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (situation transition) การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (health and illness transition)

การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่จะมีโครงสร้างของกระบวนการที่เกิดขึ้นเป็น 3 ระยะ คือ เริ่มจากระยะที่ 1 ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้น (entry) ของกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ระยะที่ 2 เป็นระยะการพยายามปรับเข้าสู่สภาวะใหม่ (passage) และระยะสุดท้ายที่เป็นทางออก (exit) นอกจากนี้ Chick และ Melieis เสนอว่าต้องพิจารณาปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนผ่าน (mediating factors) ว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีทั้งที่มาจากภายในตัวบุคคล (individual) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งถ้าบุคคลมีปัจจัยส่วนบุคคลที่ตรงกับได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ก็จะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านไปสู่อีกสถานะหนึ่งซึ่งเป็นสภาพที่มั่นคงลงความเป็นอยู่เดิมของบุคคล (disconnectedness/instability) ให้กลับมาสู่สภาวะเดิมได้อีกครั้งหนึ่ง (connectedness/stability)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1994 เมลิสและชูเมเคอร์ (Meleis & Schumacher, 1994) ได้พัฒนากลอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านโดยอยู่บนพื้นฐานทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Chick และ Melieis ในปี 1986 และได้สรุปเสนอเป็นแบบจำลองทางการพยาบาลสำหรับการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งของชีวิต (A nursing model of transition) ประกอบไปด้วยมโนทัศน์ต่างๆดังนี้คือ

1. ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Type of transition)
2. ลักษณะโดยทั่วไปของการเปลี่ยนผ่าน (Universal properties of transition)

3. เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน (Transition condition)
4. ครรชนบ่งชี้การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ (Indicators of healthy transition)
5. การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics)

มโนทัศน์ ที่ 1: ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Type of transition)

เป็นการแบ่งชนิดหรือความครอบคลุมของปรากฏการณ์ในการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งหรือจากสถานะหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งหรืออีกสถานะหนึ่ง แบ่งออกเป็น 4 ชนิดได้แก่

1. การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (developmental transition) ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านของบุคคลในวัยต่างๆ เช่น การเข้าสู่วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หรือวัยผู้สูงอายุ เป็นต้น
2. การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (situational transition) เช่น การเปลี่ยนระดับการศึกษา การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทวิชาชีพ หรือสถานการณ์ที่บุคคลต้องย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัย
3. การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (health/illness transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว เช่น การเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นต้น
4. การเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (organizational transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่มีผลต่อชีวิตการทำงานของคนในองค์กรและผู้รับบริการ หรือเป็นการเปลี่ยนแปลง ของสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และมีผลกระทบต่อบุคคลในองค์กรหรือสังคมนั้น

มโนทัศน์ ที่ 2: ลักษณะโดยทั่วไปของการเปลี่ยนผ่าน (Universal properties of transition)

ลักษณะโดยทั่วไปของการเปลี่ยนผ่าน เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยมีการเคลื่อนผ่านจากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งหรืออีกสถานะหนึ่ง โดยจะเกิดขึ้นแบบมีทิศทาง และมีการเปลี่ยนแปลงในคุณลักษณะบทบาทความสัมพันธ์ ความสามารถและแบบแผนของพฤติกรรม

มโนทัศน์ ที่ 3: เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน (Transition condition)

เป็นปัจจัยเงื่อนไขทางด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านจะเป็นตัวทำนายว่าการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น จะผ่านพ้นไปได้โดยง่ายหรือจะมีความยากลำบาก เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านประกอบไปด้วย

การให้ความหมาย (meanings) หมายถึง การประเมินการตัดสินใจการเปลี่ยนผ่าน และการประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านต่อชีวิตของบุคคลนั้นๆว่าการเปลี่ยนผ่านจะมีผลทางด้านบวก ผลทางด้านลบ หรือไม่มีผลต่อชีวิตของบุคคลนั้น การประเมินตัดสินใจการเปลี่ยนผ่านมักขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมที่บุคคลนั้นมีต่อการเปลี่ยนผ่าน นอกจากนี้ยังอาจขึ้นอยู่กับบริบทของสังคมนั้นด้วย

การคาดหวัง (expectation) หมายถึง การคาดหวังถึงการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความคิดที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่านนั้นๆ ซึ่งถ้าบุคคลคาดหวังอะไรแล้วการเปลี่ยนผ่านเป็นไปตามที่คาดหวัง ความคิดก็จะน้อยลง

ระดับความรู้และทักษะ (level of knowledge/skill) หมายถึง ระดับของความรู้และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจตลอดจนมีทักษะที่จะสามารถพัฒนาตนให้สามารถทำให้การเปลี่ยนผ่านไปได้อย่างสมบูรณ์

สิ่งแวดล้อม (environment) หมายถึง สิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคลซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในระหว่างที่เกิดการเปลี่ยนผ่านของบุคคล ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปได้ง่าย เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) การสนับสนุนจากครอบครัว (family support) กลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง (group support) หรือการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล (nursing support) เป็นต้น

ระดับของการวางแผน (level of planning) หมายถึง การเตรียมตัว หรือวางแผนในการแยกแยะปัญหา หรือความต้องการ การวางแผนอาจเกิดขึ้นก่อนหรือขณะเกิดการเปลี่ยนผ่านก็ได้ เพื่อที่จะช่วยทำให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปอย่างสมบูรณ์

ความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย (emotional and physical well-being) หมายถึง สภาวะทางอารมณ์และสภาพร่างกายในระหว่างที่มีการเปลี่ยนผ่าน ถ้าบุคคลมีความผาสุกทางอารมณ์และมีความสุขสบายทางด้านร่างกายในช่วงของการเปลี่ยนผ่าน ก็จะทำให้บุคคลนั้นสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้ง่ายขึ้น ในขณะเดียวกันถ้าบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ เช่น มีความเครียด สับสน มีภาวะซึมเศร้า หรือมีความสุขสบายทางด้านร่างกายในช่วงของการเปลี่ยนผ่าน ก็จะทำให้บุคคลนั้นเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างลำบาก

มโนทัศน์ ที่ 4: ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ (Indicators of healthy transition)

การเปลี่ยนผ่านอย่างสมบูรณ์ เป็นการเปลี่ยนผ่านที่จะทำให้เกิดผลในทางที่ดี ซึ่งสิ่งที่บ่งชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ หรือการเปลี่ยนผ่านนั้นประสบความสำเร็จหรือไม่ ธรรมชาติจึงวัดประกอบไปด้วย 3 อย่างคือ

ความรู้สึกมีความผาสุก (subjective well-being) แสดงถึงความสามารถในการเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรู้สึกมีพลัง

สามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง สุขสบายและมีพฤติกรรมที่เป็นปกติ (mastery of new behaviors) ซึ่งสามารถประเมินการเปลี่ยนผ่านได้ทั้งระดับบุคคลและระดับองค์กร

มีสัมพันธภาพที่ดี (well-being of relationship) ควรประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทุกคนในครอบครัว ในระดับองค์กรสามารถประเมินได้จากความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การสื่อสารที่มีคุณภาพ การทำงานร่วมกันเป็นทีม

มโนทัศน์ ที่ 5: การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics)

หมายถึงวิธีการต่างๆ ที่พยาบาลจะสามารถช่วยเหลือให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้โดยง่ายและเป็นไปอย่างสมบูรณ์ บทบาทของพยาบาลประกอบไปด้วยการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การให้การช่วยเหลือ เช่น การให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ และการใช้บทบาทเสริม

การนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านไปใช้อธิบายปรากฏการณ์การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัด

ในสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมเดิมในสภาพที่ร่างกายยังไม่สามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ในระดับเดียวกับก่อนเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักแม้จะได้รับการรักษาและกำลังเปลี่ยนเข้าสู่ระยะของการฟื้นตัวแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยก็ยังมีสภาพการทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายยังไม่คืนสู่สภาพปกติ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น บุคคลอาจไม่สามารถยอมรับสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ได้และทำให้กระบวนการเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะสุขภาพดีไม่สามารถผ่านไปได้อย่างราบรื่น สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions) ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่อาจส่งเสริมหรือยับยั้งให้บุคคลเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้ง่ายขึ้นหรือเป็นไปอย่างยากลำบาก ทั้งเงื่อนไขในด้านของการให้

ความหมาย การคาดหวัง ระดับความรู้และทักษะ สิ่งแวดล้อม ระดับของการวางแผน และความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย ในการศึกษาครั้งนี้เงื่อนไขด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย ที่มีผลต่อการกลับมาทำหน้าที่ได้ในระดับเดียวกับก่อนเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักและทำให้การเปลี่ยนผ่านไปสู่ระยะของการฟื้นตัวในผู้ป่วยข้อสะโพกหักหลังผ่าตัดเป็นไปได้ไม่ดีได้แก่ ความปวดและภาวะซึมเศร้า เนื่องจากความปวดหลังผ่าตัดเป็นอุปสรรคต่อการมีกิจกรรมและทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปได้ช้า ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างลำบาก ซึ่งการจำกัดการเคลื่อนไหวยังอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาและมีผลต่อการเปลี่ยนผ่านไปสู่ระยะของการฟื้นตัวทั้งในระยะแรกไปจนถึงระยะท้าย ภาวะซึมเศร้ามีผลทำให้บุคคลขาดแรงจูงใจ หดหู่กำลังใจที่จะเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ไม่รับรู้ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ไม่กระตือรือร้นต่อการฟื้นฟูสภาพของร่างกายหลังผ่าตัด บางคนมีความผิดปกติของการรับรู้ อาจเพิกเฉยต่อคำแนะนำที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งทำให้การเปลี่ยนผ่านไปสู่ระยะของการฟื้นตัวเป็นไปได้ยาก ส่วนเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่านไปสู่ระยะของการฟื้นตัวในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านสังคม (social support) การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น ทำให้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง มีความชัดเจนในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดี การสนับสนุนทางสังคมยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนเอาใจใส่ดูแล ไม่รู้สึกละเลยทอดทิ้ง มีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย หรือการที่มีผู้ดูแลคอยดูแลช่วยเหลือทั้งในด้านสิ่งของ แรงงาน การเงิน สิ่งต่างๆเหล่านี้พบว่ามีผลทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่ระยะของการฟื้นตัวได้ง่ายขึ้น

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่หลังทำผ่าตัด

มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่หลังทำผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักปัจจัยเหล่านั้นได้แก่ อายุ เพศ ภาวะโรคร่วม ความปวด ความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนเกิดกระดูกหัก ชนิดของการหักและชนิดของการทำผ่าตัด ภาวะด้านการรับรู้ ตลอดจนภาวะทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเหล่านี้ที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังทำผ่าตัดทั้งสิ้น แต่ในที่นี้จะขอกล่าวถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่หลังทำผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ดังนี้

5.1 ความปวด (pain) ความปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญและมีความรุนแรงของผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัด (Zalon, 2004) ความปวดหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุก็นับเป็นปัจจัยสำคัญเช่นเดียวกันที่มีผลต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งเป้าหมายของการผ่าตัดรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักคือการที่ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันของร่างกายได้เหมือนเดิมหรือ

ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ดังนั้นการดูแลรักษาในเรื่องของความปวดจึงมีความจำเป็นในการที่จะนำไปสู่เป้าหมายภายหลังทำผ่าตัดกระดูกสะโพกหักโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาติดตามผลในระยะเวลา 6 เดือนหลังผ่าตัดข้อสะโพกพบว่าผู้ป่วยยังมีการปวดในระดับปานกลางและระดับรุนแรงถึง 26 % (Morrison et al., 2003) ความปวดหลังผ่าตัดจะเป็นความปวดเฉียบพลัน (acute pain) คือเป็นความรู้สึกปวดจากการทำลายของเนื้อเยื่อ สารชีวเคมี ที่สามารถทำให้มีความปวดถูกปล่อยออกมาเฉพาะที่ ณ บริเวณที่เกิดการบาดเจ็บ จะกระตุ้นปลายเส้นประสาทชนิด C และ A delta ทำให้เกิดให้เกิดสัญญาณส่งไปยังไขสันหลังส่วนหลัง (dorsal horn) หรือเซลล์ประสาทรับรู้ (sensory nuclei) ของเส้นประสาทบริเวณศีรษะ ซึ่งเป็นตำแหน่งที่อาจจะมีการปรับเปลี่ยนสัญญาณให้เพิ่มขึ้นหรือลดลง แล้วจึงส่งขึ้นไปยังบริเวณเปลือกสมองทำให้เกิดการรับรู้และการตอบสนอง (พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน, 2547) ความปวดหลังผ่าตัดข้อสะโพกมักจะรุนแรงในระยะแรกโดยอาจขึ้นกับลักษณะและปริมาณของการบาดเจ็บ และจะค่อยๆ ลดลงในวันต่อมา เนื่องจากเมื่อแผลภายนอกหายเป็นปกติสารชีวเคมีจะมีปริมาณลดลงแต่ระบบประสาทรับรู้ยังคงทำงานต่อไปอีกระยะหนึ่ง อาการปวดจึงลดลงกว่าเดิม ความปวดจากการรับรู้การบาดเจ็บ (nociceptive pain) หดไปคงเหลือแต่ความปวดที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ลักษณะอาการปวดระยะหลังจึงเปลี่ยนไป ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเฉียบพลันถ้าได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้อาการปวดและการตอบสนองต่างๆ ที่เกิดขึ้นหายได้ในระยะเวลาอันสั้น ถ้าความปวดไม่ได้รับการดูแลรักษา ก็จะทำให้เกิดเป็นความปวดที่ยืดเยื้อและเป็นเหตุให้กลายเป็นความปวดเรื้อรังได้ ความปวดภายหลังทำผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก จะเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน (acute pain) และจะหายไปในระยะเวลานั้นๆ หรืออาจจะปวดต่อเนื่องไปได้ในระยะยาวขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ อย่าง เช่น ระดับของความปวด ระดับความอดทนต่อความปวด การตอบสนองต่อความปวดของผู้ป่วยแต่ละคน รวมไปถึงปัจจัยในด้านอื่นๆ ได้แก่ ภาวะโรคร่วม เช่น ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานร่วมด้วยอาจมีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดที่มาเลี้ยงเส้นประสาท และทำให้เส้นประสาทนั้นไม่สามารถนำความรู้สึกต่อไปได้ เกิดอาการชา (numbness) และมีผลให้ผู้ป่วยไม่รับรู้ถึงความรู้สึกปวด (Boulton, Mayik, Arezzo, & Sosenko, 2004) ซึ่งแนวทางการจัดการกับความปวดควรประเมินผลลัพธ์ในหลายๆ ด้าน ทั้งในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) และในด้านของคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้ป่วย ความปวดหลังผ่าตัดเป็นอุปสรรคต่อการมีกิจกรรมและทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปได้ช้า พบว่าผู้ป่วยที่มีความปวดในระดับปานกลางหรือในระดับที่รุนแรง (moderate and severe pain) ภายหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก (Herrick et al., 2004) ทำให้ผู้ป่วยต้องพักบนเตียงนานหลังผ่าตัด ซึ่งการจำกัดการเคลื่อนไหวยังเป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา (Morrison et

al., 2003) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้แก่ กระบวนการเผาผลาญของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบ (muscle atrophy) และส่งผลกระทบต่อการทำงานของกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่สามารถทำกายภาพหลังผ่าตัดได้หรือทำได้ช้าลง และมีผลต่อการฟื้นตัวในทั้งในระยะสั้นและระยะยาวภายหลังผ่าตัด

ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัด

ความปวดมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัดเป็นไปได้ช้าเนื่องจากเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งมีความจำเป็นต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ภายหลังผ่าตัด และผลกระทบดังกล่าวมีความเกี่ยวเนื่องกันและส่งผลกระทบถึงกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจในระยะหลังผ่าตัดลดลงได้ จากการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจำนวน 85 คนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าความปวดในระดับที่รุนแรงขณะมีการเคลื่อนไหวเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวในระยะเวลา 2 เดือนภายหลังทำผ่าตัด (Oh & Feldt, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัดจำนวน 165 คนที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยที่มีระดับความปวดที่ 4 คะแนนขึ้นไปจะมีระดับของการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Arinzon et al., 2007) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความปวดในระดับปานกลางหรือในระดับที่รุนแรง (moderate and severe pain) ภายหลังผ่าตัดข้อสะโพกจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก (Herrick et al., 2004) และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีความปวดในระดับปานกลางหรือในระดับที่รุนแรงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าก็เป็นปัจจัยที่ทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นไปได้ช้า

การประเมินความปวด (สหทยา ไพบูลย์วรชาติ, 2549)

การประเมินความปวดในทุกรูปแบบเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยบอก (self report) ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการปวดที่ผู้ป่วยบอก เช่น อุนิสัยของผู้ป่วย วัฒนธรรม ประเพณี ความวิตกกังวล เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถบอกผู้ประเมินได้โดยตรง การประเมินความปวดต้องอาศัยปัจจัยอื่นช่วยด้วย เช่น ความถี่ของอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เป็นต้น การประเมินความปวดแบ่งเป็นสองรูปแบบ ได้แก่

การประเมินมิติเดียว เป็นการประเมินเฉพาะความรุนแรงของความปวดเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเข้าใจการเปรียบเทียบ ผู้ป่วยแต่ละรายอาจแสดงระดับของความปวดต่างกัน การประเมินมิติเดียวมีหลายวิธี ได้แก่

Category scales เป็นวิธีบอกความรุนแรงของอาการปวดโดยการบอกเล่าออกมาหรือใช้รูปภาพอธิบาย

Numeric scales เป็นวิธีที่ง่ายและนิยมใช้มากที่สุดทางคลินิก โดยใช้ scale จาก 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวดเลย และ 10 หมายถึงมีอาการปวดมากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยเคยมีมา ตัวเลข 1-3 แสดงถึงปวดน้อย ตัวเลข 4-7 หมายถึงปวดปานกลาง และตัวเลขมากกว่า 7 แสดงถึงการปวดรุนแรง

Visual analog scale คล้ายกับ Numeric scales แต่ใช้เส้นตรงที่มีความยาว 10 ซม. โดยที่ปลายข้างหนึ่งเขียนว่า “no pain” (ไม่ปวด) และปลายอีกข้างเขียนว่า “the worst pain imaginable” (ปวดรุนแรงที่สุดเท่าที่เคยมีมา) จากนั้นให้ผู้ป่วยผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงในตำแหน่งที่ตรงกับความปวดในขณะนั้นแล้วผู้วัดนำไปเปรียบเทียบกับสเกลมาตรฐานอีกครั้ง

การประเมินหลายมิติ เป็นการประเมินความปวดที่มีรายละเอียดและซับซ้อนมากขึ้น แบบประเมินเหล่านี้ได้แก่

McGill Pain Questionnaire (MPQ) เป็นแบบสอบถามซึ่งประเมินความปวดทั้ง 3 มิติ คือ sensory, affective และ evaluation ซึ่งมีรายละเอียดค่อนข้างมาก ผู้ป่วยบางรายก็ไม่สามารถตอบคำถามได้หมด การตอบคำถามใช้เวลานาน แต่ถ้าทำได้การประเมินจะมีความสมบูรณ์มาก

Memorial Pain Assessment Care ประกอบไปด้วย scale pain, pain relief และ mood โดยใช้ VAS เป็นตัววัด ข้อดีของวิธีนี้คือ ใช้เวลาไม่นานและการประเมินจะประเมินทั้งอารมณ์และความปวดควบคู่กัน

Brief Pain Inventory (BPI) เป็นแบบสอบถามที่ออกแบบเพื่อใช้ในงานวิจัย cancer pain โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ วัดความรุนแรงของอาการปวด และผลของความปวดที่เกิดขึ้นว่ามีผลต่อผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ซึ่งจากการทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งทำให้สามารถติดตามอาการและประเมินผลของการบำบัดอาการปวดของผู้ป่วยได้ค่อนข้างดี

แบบประเมินความปวดแผลผ่าตัดที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ Visual analog scale และ Numeric scales เนื่องจากเป็นวิธีที่ใช้ได้ง่ายในทางคลินิก มีความเที่ยงตรงสูง แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า Visual analog scale นอกจากจะใช้ได้ง่าย สะดวก มีความเที่ยงตรงสูงแล้วยังมีความไว (Sensitivity) มากกว่าแบบประเมิน Numeric scales นอกจากนี้ยังเป็นแบบประเมินที่ไม่ขึ้นอยู่กับการพูด

หรืออายุจึงเป็นแบบประเมินที่เหมาะสมเป็นอย่างยิ่งในการวัดระดับความปวดหลังผ่าตัด (Coll, Ameen, & Mead, 2003; Kane, Bershadsky, Rockwood, Saleh, & Islam, 2004) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ Visual analog scale เป็นเครื่องมือในการประเมินความปวดหลังผ่าตัด

5.2 ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้กับทุกคน ทุกวัย ทุกโอกาส ทั้งในบุคคลทั่วไป ผู้ป่วยด้วยโรคทางกายและผู้ป่วยจิตเวช ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดได้ตั้งแต่ซึมเศร้าธรรมดาจนถึงภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติ ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยทางกายพบได้เสมอ

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ได้มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการ ดังนี้

Beck (Beck, 1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงของความรู้สึก โดยมีความคิดในด้านลบต่อตนเอง มีความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ดำเนินตนเอง ทำให้บุคคลคนนั้นมีอาการเฉยเมย เฉื่อยชา เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความรู้สึกทางเพศลดลง พยายามหลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมต่างๆ เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม ไม่เข้าร่วมสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีความรู้สึกเศร้าโศก เสียใจ ขาดความกล้าหาญ ขาดแรงจูงใจ ไม่สนใจทำกิจกรรมต่างๆ มีความรู้สึกอ่อนล้า นอนไม่หลับ ความรู้สึกอยากอาหารลดลง (Velente, 1994)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง เป็นลักษณะของความรู้สึกอย่างหนึ่ง แสดงออกในลักษณะของอาการท้อแท้ หดหู่ เศร้าโศก เสียใจ รู้สึกโดดเดี่ยว (Beeber, 1998)

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมา สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าหมายถึง ลักษณะของความรู้สึกอย่างหนึ่งมีความคิดในด้านลบต่อตนเอง มีความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ แสดงออกในลักษณะของอาการท้อแท้ หดหู่ เศร้าโศก เสียใจ รู้สึกโดดเดี่ยว เฉยเมย เฉื่อยชา เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความรู้สึกทางเพศลดลง ความรู้สึกอ่อนล้า ขาดความกล้าหาญ ขาดแรงจูงใจ พยายามหลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมต่างๆ ไม่เข้าร่วมสังคม

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าอาจมีได้หลายประการ ซึ่งสามารถแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้ (Gotlib & Hammen, 2009)

สาเหตุทางพันธุกรรม พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง มีหลักฐานจากหลายการศึกษาถึงบทบาทของพันธุกรรม โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นครั้งแรกในวัยเด็กหรือวัยรุ่น การศึกษาเด็กที่พ่อแม่มีภาวะซึมเศร้าพบว่ามียอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไป ในทำนองเดียวกันการศึกษานูติของเด็กที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบว่ามียอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงกว่านูติของเด็กทั่วไป

ปัจจัยทางด้านชีวเคมี เกิดความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง สารเหล่านี้ได้แก่ acetylcholine, serotonin, dopamine และ norepineprine และความไม่สมดุลของสารเคมีเหล่านี้ เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

สาเหตุทางด้านจิตใจ อาจเกิดจากการสูญเสียไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียในความเป็นจริง หรือสูญเสียในจินตนาการ เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ มีภาวะอารมณ์โกรธและไม่เป็นมิตร มีความคิดในด้านลบกับตนเอง มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง คิดว่าตนเองไม่มีความหมาย

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น จะมีอาการแลอาการแสดงที่แตกต่างกันออกไป สามารถสรุปได้ดังนี้ (Gotlib & Hammen, 2009)

อาการทางด้านร่างกาย มักจะแสดงออกโดยมีอาการดังต่อไปนี้คือ เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารจุ น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มมากขึ้น นอนไม่หลับ หรือหลับมากผิดปกติ อ่อนเพลีย ไร้สมรรถภาพทางเพศ ท้องอืด ท้องเสีย แบบแผนการทำกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไป การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง

อาการทางจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความคิด สติปัญญา อารมณ์ และการรับรู้ ทำให้ขาดสมาธิ ขาดแรงจูงใจ วิตกกังวล เครียด มีอารมณ์เศร้าหมอง โกรธ ขุ่นเคืองง่าย รู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า โดดเดี่ยว ท้อแท้ หดหู่ เชื่อว่าสภาวะที่ตนเองเป็นเกิดจากมีสิ่งอื่นมากระทำ และอาจทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายตามมา

อาการทางพฤติกรรมและสังคม มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของอุปนิสัยและสัมพันธภาพ เช่นอาจไม่ร่าเริงสนุกสนานเหมือนเดิม มีท่าทีเฉยเมย ไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อมหรือกิจกรรมต่างๆ ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ลดลง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ไม่ติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น และอาจแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกระงอกหักหลังทำผ่าตัด

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือสิ่งเร้าที่คุกคามชีวิต เช่น การเกิดอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือการที่ต้องเข้ารับการรักษาวិธีการต่างๆ แม้กระทั่งความปวด จะส่งผลทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมองส่วนของลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุมให้การทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ของร่างกายเกิดขึ้นตามปกติ ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotion) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical) การมีเพศสัมพันธ์ (sexual drives) และการตอบสนองต่อความเครียด ภาวะต่างๆ ที่อยู่ในสมองส่วนของ limbic system ได้แก่ hypothalamus เป็นส่วนที่ทำให้เกิดการตอบสนองต่อการทำหน้าที่หลายอย่าง ได้แก่ การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การนอนหลับ ความอยากอาหาร การมีเพศสัมพันธ์ ปฏิกริยาต่อความเครียด และการมีกิจกรรมอื่นๆ ให้เกิดขึ้นตามปกติ นอกจากนี้ยังควบคุมการทำหน้าที่ของต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ซึ่งกระตุ้นการหลั่ง adrenocorticotrophin hormone (ACTH) และ ACTH มีหน้าที่กระตุ้น adrenal gland ให้หลั่ง cortisol นอกจากนี้ยังมีภาวะในสมองส่วนของ Limbic system ซึ่งเกี่ยวข้องกับปฏิกริยาทางด้านอารมณ์ ได้แก่ amygdala และ hippocampus จะเห็นได้ว่า limbic system มีความสำคัญและซับซ้อนเกี่ยวกับความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง รวมไปถึงการทำหน้าที่ของสารสื่อประสาทที่มีผลต่อสภาวะทางอารมณ์และพฤติกรรม (Heim & Nemeroff, 1999)

ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ที่สำคัญ ได้แก่ serotonin, norepinephrine, dopamine และ cortisol ที่ควบคุมอารมณ์ ปฏิกริยาตอบสนองต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้น และควบคุมการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การนอนหลับ ความอยากอาหาร การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสารต่างๆ เหล่านี้สามารถตรวจพบได้ในเลือด ปัสสาวะ และน้ำไขสันหลัง จากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีระดับของ cortisol สูงกว่าของคนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการหลั่งของ cortisol แตกต่างไปจาก cycle ปกติซึ่งจะหลั่งสูงสุดที่เวลา 8 และ 16 นาฬิกาและต่ำสุดในช่วงกลางคืน แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการหลั่ง cortisol ตลอดเวลาและหลั่งสูงสุดในเวลากลางคืน (Arborelius, Owens, Plotsky & Nemeroff, 1999)

ไม่มีความชัดเจนว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับสารสื่อประสาททำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงระดับของสารสื่อประสาท แต่มีความเชื่อว่าสิ่งต่างๆ ที่เกิดกับบุคคล เช่นการที่มีสิ่งมากระตุ้นหรือมีการได้รับบาดเจ็บ เช่น เกิดการบาดเจ็บจากกระดูกสะโพกหักก็มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงให้เกิดความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง และการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีนี้ส่งผลทำให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้า แต่ขณะเดียวกันถ้าบุคคลนั้นสามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าผ่านพ้นไปได้ สารเคมีในสมองก็จะกลับสู่ระดับปกติและทำให้ภาวะ

ซึมเศร้าลดลง นอกจากนี้ hormone จากต่อมไร้ท่อซึ่งเป็นตัวควบคุมกระบวนการต่างๆ เช่น ปฏิกริยาตอบสนองต่อภาวะเครียด และการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ ก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบว่าระดับของ hormone ที่ผิดปกติสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักพบว่าเกิดภาวะซึมเศร้าประมาณ 31% (Given et al., 2008) ซึ่งอาจมีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเหล่านี้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เช่น อายุที่มากขึ้นจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนที่อายุน้อย จากการศึกษาในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ย้ายในชุมชน พบว่าเกิดภาวะซึมเศร้า 6.1-10.6% (Kessler et al., 2005; Smit, Schoevers, Deeg, Beckman, & Cuij, 2008) ภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นโรคร่วมและความพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลงก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย Smit และคณะทำการศึกษาในผู้สูงอายุในชุมชนพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม 2 โรคหรือมากกว่าและผู้ที่มีความพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายจะเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุปกติ (Smit, Schoevers, Deeg, Beckman, & Cuij, 2008)

เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าก็จะทำให้ขาดแรงจูงใจ หดหู่กำลังใจที่จะเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง อาจแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าในลักษณะของการไม่รู้ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ไม่กระตือรือร้นต่อการฟื้นฟูสภาพของร่างกายภายหลังผ่าตัด อาจเพิกเฉยต่อคำแนะนำที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังอาจส่งผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วย ทำให้นอนหลับได้ไม่เพียงพอและเกิดอาการอ่อนเพลีย ทำให้ไม่สามารถมี activity หลังผ่าตัดได้เท่าที่ควรจะเป็น สาเหตุเหล่านี้ส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยโดยตรง จากการศึกษาในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดข้อสะโพกพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหว (ambulation) และการทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) ลดลง (Kirk-Sanchez, 2004; Givens et al., 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (depression) จะมีความผิดปกติของการรับรู้ (impairment cognitive function) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และ walking ability ได้น้อยกว่า (Shyu et al., 2008)

การประเมินภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้ามีผู้สร้างขึ้นมากมาย แบบประเมินที่มีชื่อเสียงและนิยมใช้กันมากได้แก่

Beck depression Inventory หรือ BDI ของ Beck (Beck, 1967) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุมในด้านของภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม แต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนนรวมทั้งหมด 63 คะแนน

แปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าคือ คะแนน 0-9 แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 10-15 คะแนนมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คะแนน 16-19 คะแนนมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนน 20-29 คะแนนมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก และคะแนน 30-63 คะแนนมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

Center for Epidemiological Studies Depression Checklist หรือ CES-D (Radloff, 1977) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ เป็นการวัดในเรื่องของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการค้นหาวินิจฉัยโรค ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์และความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออก และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยสอบถามในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

Zung Self-Rating Depression Scale หรือ ZSRDS (Zung, 1965) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประเมินความไม่สมดุลย์ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกาย และด้านจิตใจ แปลผลคะแนนตามอาการที่เกิดขึ้นว่ามีมากหรือน้อย แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อใช้กับผู้สูงอายุเพราะอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดตามกระบวนการสูงอายุ

Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) ซึ่งพัฒนาเป็นแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Geriatric Depression Scale (GDS) ที่สร้างโดย Yesavage ในปี ค.ศ. 1983 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ คำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม แบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกในทางบวกจำนวน 10 ข้อ และความรู้สึกในทางลบ 20 ข้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ซึ่งแบบประเมินนี้ครอบคลุมครบทุกด้าน ใช้สะดวก เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้น มีความเที่ยงตรงสูงและเหมาะสมกับวัฒนธรรมของคนไทย

5.3 การสนับสนุนทางสังคม (social support)

มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้อย่างหลากหลาย แต่ที่เป็นที่นิยมและเป็นที่รู้จักโดยทั่วไปได้แก่

Cobb กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่า มีผู้ที่รัก เอาใจใส่ เห็นคุณค่า และทำให้บุคคลรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความรู้สึกผูกพัน และได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิดได้แก่ (Cobb, 1976)

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนโดยการให้ความรักและการเอาใจใส่
2. การสนับสนุนด้านการเห็นคุณค่าและการนับถือตนเอง (esteem support) เป็นการสนับสนุนให้บุคคลเห็นว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับ
3. การสนับสนุนทางการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support or Network) เป็นการสนับสนุนให้บุคคลเห็นว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และทุกคนที่อยู่ในเครือข่ายของสังคมนั้นสามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

House ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าหมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เพื่อน สมาชิกในองค์กร สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม การแบ่งหน้าที่กันทำในสังคมและทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ โดย House ได้แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 4 ด้านคือ (House & Kahn, 1985)

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนให้รับรู้การมีคุณค่าในตนเอง ผลกระทบของความเจ็บป่วย มีความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟังสิ่งต่างๆ
2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการสนับสนุนในการให้คำแนะนำ ข้อเท็จจริง การปฏิบัติเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ คำแนะนำที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในเรื่องอื่นๆ
3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ ด้านการเงิน และแรงงาน (instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้วยการแบ่งเบาภาระงาน ให้สิ่งของ ให้เวลา
4. การสนับสนุนผ่านการประเมินตัดสิน (appraisal support) เป็นการรับรองพฤติกรรมว่าถูกต้องหรือไม่ (affirmation) และให้คำแนะนำเมื่อทำไม่ถูก (feed back) และเปรียบเทียบการกระทำกับผู้อื่นในสังคม (social comparison)

Schaefer และคณะ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งประคับประคองจิตใจของบุคคล เมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญความเครียดในชีวิต แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 3 ด้าน (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการให้ความรัก การเอาใจใส่ ดูแล
2. การสนับสนุนทางการให้ข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา หรือเป็นข้อมูลป้อนกลับทำให้บุคคลรับรู้พฤติกรรม และแนวทางการปฏิบัติตน
3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของและแรงงาน เป็นการช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ และแรงงาน

จากการให้ความหมายที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลมีการติดต่อสัมพันธ์ พึ่งพาซึ่งกันและกัน มีการให้และรับความรัก ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ การให้ข้อมูลข่าวสาร และการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ อาจเป็นการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือจากเครือข่ายสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ มีความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม (Mac Elveen, 1986) คือ

กลุ่มเครือญาติ เป็นกลุ่มที่มีความผูกพันกันมาก มีปฏิสัมพันธ์กันหลายชนิดและสม่ำเสมอ อยู่ร่วมกัน และมีการติดต่อสัมพันธ์กันบ่อยครั้ง

กลุ่มที่ไม่ใช่เครือญาติ เป็นกลุ่มที่บุคคลเลือกติดต่อกับ มีความสนใจที่เหมือนกัน กลุ่มนี้มักจะเป็นกลุ่มที่มีอายุใกล้เคียงกัน และมีการดำเนินชีวิตคล้ายคลึงกัน

ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมดังนี้คือ (Cohen & Syme, 1985)

1. การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคงและจะส่งผลต่อ ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน (neuroendocrine and immune system) ทำงานได้ดีขึ้นและมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยส่งเสริมในการต่อสู้กับปัญหาจากการเจ็บป่วยและช่วยลดความรุนแรงของปัญหาด้วย

2. การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต โดยจะช่วยลดความเครียดซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่ภาวะวิกฤต ทำให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียด และมีการปรับตัวได้เหมาะสมนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังเช่นการศึกษาของ Casado และคณะ (2009) ที่ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 164 คน ซึ่งภายหลังทำผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากทีมสุขภาพโดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายคอยดูแลและให้คำแนะนำ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง และมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการฟื้นตัวที่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วย สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัด

การเกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก และต้องทำผ่าตัดเป็นเหตุให้เกิดปัญหาหลายอย่างตามมา ได้แก่ความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆของร่างกาย ความผิดปกติของระบบต่างๆที่อาจเกิดขึ้น เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบภูมิคุ้มกัน การสูญเสียภาพลักษณ์ เจตนาคติที่เปลี่ยนไป กลัวการกลับเป็นซ้ำ การที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และการผ่าตัดยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทางกาย การฟื้นตัว การมีชีวิตรอยู่หลังการเจ็บป่วย สภาพทางด้านเศรษฐกิจ และการที่ต้องแยกจากสมาชิกในครอบครัว ปัญหาต่างๆเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆมากกว่าปกติ เช่น ต้องการการสนับสนุนในด้านของการให้ข้อมูล (information support) เพื่อให้เกิดความชัดเจน ผู้ที่ต้องการการเอาใจใส่ ไม่ต้องการถูกทอดทิ้งก็อาจต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) ซึ่งมีผลต่อการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดข้อสะโพก มีการศึกษาในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับของ emotional support สูงจะมี recovery of ADL และ IADL ในระยะเวลา 6 เดือนหลังจำหน่ายดี (Shyu et al., 2006) นอกจากนี้ผู้ที่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของร่างกายหรือมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจก็อาจต้องการการสนับสนุนทางด้านสิ่งของ ด้านการเงิน และแรงงาน (instrumental support) เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับของความปวดหลังผ่าตัด และความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมน้อยมีผลทำให้ระดับของความปวดและความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น และส่งผลทำให้ความสามารถในด้านต่างๆ ลดลง ซึ่งทำให้กระบวนการฟื้นตัวไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมสูงจะทำให้มีระดับของความปวดหลังผ่าตัดน้อย มีความเครียดและความรู้สึกไม่สบายใจต่ำ และปัจจัยเหล่านี้จะมีผลทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นไปได้ดี (Mitchinson, Kim, Geisser, Rosenberg & Hinshaw, 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะสามารถทำกิจกรรมได้น้อยหลังทำผ่าตัดข้อสะโพกในระยะเวลา 2 เดือน ภายหลังผ่าตัดข้อสะโพก (Kirk-Sanchez, 2004) และผู้ป่วยที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีการฟื้นตัว (functional recovery) หลังผ่าตัดที่ระยะเวลา 2 เดือนหลังจำหน่ายดีกว่าคนที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย (Oh & Feldt, 2000) ความถี่ของการมี social support ก็มีผลต่อการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัด จากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มี social contact น้อยก่อนกระดูกหักจะมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตระหว่างการ follow up ในระยะเวลา 2 ปีสูง (Mortimore et al., 2008)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้สร้างแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

Personal Resource Questionnaire (PRQ) (Brandt & Weinert, 1981) เป็นแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ Brandt และ Weinert ปี 1981 แบ่งการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านตามแนวคิดของ Weiss ปี 1974 แบ่งแบบประเมินเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่มาจากกลุ่มบุคคล และความพึงพอใจในแหล่งสนับสนุนดังกล่าว ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เกณฑ์การประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 7 ระดับ

Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) (Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1981) เป็นแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Norbeck ปี 1981 เป็นแบบสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ด้านการให้ความช่วยเหลือ ด้านอารมณ์ และด้านการยอมรับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เกณฑ์การประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ

Social Support Questionnaire ของ Schaefer และคณะ (Schaefer et al., 1981) แบ่งแบบประเมินเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยแบบประเมินใน 9 สถานการณ์เกี่ยวกับการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ และความรู้สึก ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ เกณฑ์การประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House ปี 1981 (House, 1981) เป็นการประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และการสนับสนุนด้านการประเมินตัดสิน มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 17 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ เกณฑ์การประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ

MOS social support survey (Sherbourne & Stewart, 1991) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Sherbourne และ Stewart ในปี 1991 มีจำนวน ข้อคำถาม 19 ข้อ ประกอบด้วยการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการให้ข้อมูลจำนวน 8 ข้อ การสนับสนุนในเชิงของการช่วยเหลือจำนวน 4 ข้อ การสนับสนุนด้านจิตใจและความรู้สึกจำนวน 3 ข้อ และการสนับสนุนด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้านบวกจำนวน 4 ข้อ เครื่องมือนี้มีค่า Validity และค่า Reliability สูง เกณฑ์การประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม MOS social support survey เนื่องจากเป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมทุกด้าน มีจำนวน ข้อคำถาม 19 ข้อซึ่งไม่มากเกินไป และเครื่องมือนี้มีค่า Validity และค่า Reliability สูง นอกจากนี้ยังมีการนำไปใช้ในประเทศแถบเอเชีย ได้แก่ ประเทศไต้หวันและประเทศจีน ซึ่งมีวัฒนธรรมคล้ายคลึงกับประเทศไทย พบว่ามีค่า Validity และค่า Reliability สูงเช่นกัน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในงานวิจัยครั้งนี้

6. สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า ภาวะกระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน และคาดการณ์ว่าจะมีอุบัติการณ์การเกิดเพิ่มมากขึ้นกับประชากรทั่วโลก แม้ว่าการรักษาในปัจจุบันจะมีวิทยาการที่ทันสมัย ได้ผลดี แต่ถ้าภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าทีได้ไม่ดีก็จะส่งผลให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หรือปฏิบัติได้ไม่ดีในระดับเดิม ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น มีภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนาน สูญเสียค่าใช้จ่ายสูง มีผลเสียต่อสุขภาพจิต และอัตราการตายเพิ่มขึ้น ซึ่งการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ภายหลังทำผ่าตัดพบว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความปวด เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการฟื้นตัวในการทำหน้าที่ด้านร่างกายให้เป็นไปได้ช้า (Morrison et al., 2003) เนื่องจากเมื่อเกิดอาการปวดผู้ป่วยก็จะไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย หรือใช้เวลานานกว่าปกติ ภาวะทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า (depression) ก็มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกาย ภายหลังทำผ่าตัดกระดูกสะโพกเนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง และสารสื่อประสาทนี้ควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย และทำให้การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่หลังผ่าตัดเป็นไป得更ช้า นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมก็เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้ผู้ป่วยต่อสู้กับปัญหาจากการเจ็บป่วย ช่วยลดความรุนแรงของปัญหา รวมไปถึงการทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยต่างๆที่กล่าวมานั้นเป็นปัจจัยที่พยาบาลควรให้ความสำคัญในการประเมินผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกระดูกสะโพกหัก และได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกและวิธีการใส่เหล็กดามภายใน มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึงมกราคม พ.ศ. 2553 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. มีคะแนนจากการประเมิน Mini-Mental State Examination เท่ากับหรือมากกว่า 24 คะแนน
2. ไม่มีการหักของกระดูกสะโพกแบบ multiple fracture
3. ไม่มีภาวะการเสื่อมหรือเป็นโรคข้ออยู่ก่อน
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ การติดเชื้อ การหลุดของข้อเทียม หรือภาวะแทรกซ้อนที่มีผลให้มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาจากเดิม
5. สื่อสารได้เป็นปกติ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ $\alpha = .05$ ให้อำนาจการทดสอบ $\text{power} = .80$ และเนื่องจากไม่มีตัวอย่างของการกำหนด effect size จากงานวิจัยที่ทบทวน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร effect size ในการวิจัยครั้งนี้เป็นขนาดกลาง ($\text{medium effect size} = .30$)

ตามข้อเสนอแนะของ โพลิต และ เบ็ค (Polit & Beck, 2008) ที่ว่า การวิจัยทางการแพทย์หรือทางสังคมศาสตร์สามารถกำหนดขนาดอิทธิพลเป็นขนาดกลางได้ หากไม่มีค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ผ่านมา จากการเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่าง 88 คน ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวนี้มีเพียงพอในการศึกษาที่ต้องการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

สถานที่เก็บข้อมูล

สถานที่เก็บข้อมูลเป็นหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 4 แห่งที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับสลาก โดยมีเกณฑ์ที่เลือกคือ โรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มประชากรอย่างน้อย 8 คนต่อเดือน และแบ่งประเภทของโรงพยาบาลเป็น 4 ประเภทได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสังกัดกองทัพ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากการสุ่มได้โรงพยาบาล 4 แห่งดังนี้คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งนี้มีลักษณะเหมือนกันคือ มีแนวทางการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักคล้ายคลึงกัน แพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยเป็นแพทย์ที่มีวุฒิบัตรด้านศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และมีการดูแลรักษาในเรื่องของการทำกายภาพบำบัดภายหลังผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล โรคประจำตัว และประวัติการหกล้ม

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้จากการสอบถาม และบันทึกในเวชระเบียน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ใช้แบบประเมิน ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Modified Barthel Activity of Daily Index (MBAI) (Jitapunkul, Kamolrantsakul, & Ebrahim, 1994) เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พัฒนาแบบทดสอบโดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ โดยพัฒนามาจากประเมินความสามารถใน

การทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล (Barthel Index) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สร้างโดย Mahoney และ Barthel ในปี 1965 เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองภายใต้ข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวและความเสื่อมทางกายภาพ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถของบุคคลได้ง่าย ชัดเจน และรวดเร็ว เหมาะสมจะใช้ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุทางคลินิก Barthel Index เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงสูง จากการศึกษาของ Shah และคณะที่นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน 258 ราย ได้ค่าความสอดคล้องภายใน .87 (Shah, Vanclay, & Copper, 1989) ในประเทศไทยได้มีการนำเครื่องมือนี้มาแปลเป็นภาษาไทย และนำไปใช้ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ คือ สุวรรณี มหาภานันท์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .95 (สุวรรณี มหาภานันท์, 2538) มีการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 40 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .95 (สุนนา แสนมาโนช, 2541) ต่อมาได้มีการพัฒนาแบบทดสอบโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะเพื่อให้เหมาะกับการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุไทย โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเดิน การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขา การขึ้นลงบันได การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ คะแนนในแต่ละหัวข้อจะแตกต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรม คะแนนมากแสดงถึงระดับความต้องการการช่วยเหลือน้อย

การแปลผล ให้คะแนนตามระดับความสามารถดังนี้

- 0-4 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
- 5-8 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมด
- 9-11 คะแนน หมายถึง พึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง
- 12+ คะแนน หมายถึง พึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความปวด ใช้แบบประเมิน Pain Visual Analog Scale (PVAS) (Mc Caffery, 1999) เป็นเส้นตรงตามแนวนอนที่มีความยาว 10 ซม. โดยที่ปลายสุดด้านซ้ายของเส้นตรงเขียนว่า “no pain” (ไม่ปวด) และปลายสุดด้านขวาของเส้นตรงเขียนว่า “the worst pain imaginable” (ปวดรุนแรงที่สุดเท่าที่เคยมีมา) ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงในตำแหน่งที่ตรงกับความปวดในขณะนั้น แล้วผู้วัดนำไปเปรียบเทียบกับสเกลตัวเลขมาตรฐานอีกครั้ง แบบประเมิน Pain Visual Analog Scale เป็นแบบประเมินที่ใช้อย่าง สะดวกและรวดเร็ว มีผู้นำไปใช้ประเมินในผู้ป่วยผ่าตัดแบบฉุกเฉินจำนวน 60 คน และผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินจำนวน 101 คน พบว่าแบบประเมินนี้มีค่า Validity และค่า Reliability สูง (Deloach, Higgins, Caplan, & Stiff, 1998; Gallagher, Bijur, Latimer, & Silver, 2002) แบบประเมินมีคะแนนตั้งแต่ 0-10

การแปลผล

0 หมายถึง ไม่ปวดเลย

10 หมายถึง ปวดมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Geriatric Depression Scale (GDS) ที่สร้างโดย Yesavage ในปี ค.ศ. 1983 เป็นแบบสอบถามที่ได้รับความนิยมมาก สำหรับประเทศไทยได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ ถีทองอินทร์ (2535) และหาค่าความเชื่อมั่นได้ .94 ต่อมาได้มีการนำแบบประเมินนี้มาพัฒนาเป็นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) โดยใช้ชื่อว่า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) และหาค่าความเที่ยงตรงได้ .93 แบบประเมินนี้ประเมินความรู้สึกในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ คำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกในทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 และอีก 20 ข้อเป็นข้อคำถามในทางลบ เป็นแบบวัดที่ใช้สะดวก เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้น มีความเที่ยงตรงสูง และเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทย

การแปลผล

คะแนน 0 – 12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุปกติ

คะแนน 13 – 18 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression)

คะแนน 19 – 24 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเศร้าปานกลาง (moderate depression)

คะแนน 25 – 30 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเศร้ารุนแรง (severe depression)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม MOS social support survey เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Sherbourne และ Stewart ในปี 1991 (Sherbourne & Stewart , 1991) โดยผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย และแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา จากนั้นส่งเครื่องมือที่แปลเป็นภาษาอังกฤษให้เจ้าของเครื่องมืออีกครั้งเพื่อขอคำแนะนำ และนำกลับมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำที่เจ้าของเครื่องมือแสดงความคิดเห็น และส่งกลับไปให้เจ้าของเครื่องมืออีกครั้ง เนื่องจากแบบสอบถามนี้ครอบคลุมทุกด้าน มีจำนวนข้อคำถาม 19 ข้อซึ่งไม่มากเกินไป ประกอบด้วยการสนับสนุนทางด้าน

อารมณ์และการให้ข้อมูลจำนวน 8 ข้อ การสนับสนุนในเชิงของการช่วยเหลือ จำนวน 4 ข้อ การสนับสนุนด้านจิตใจและความรู้สึกจำนวน 3 ข้อ และการสนับสนุนด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้านบวกจำนวน 4 ข้อ แบบสอบถามนี้มีค่า Validity และค่า Reliability สูง นอกจากนี้ยังมีการนำไปใช้ในประเทศแถบเอเชียได้แก่ประเทศไต้หวันและประเทศจีน ซึ่งเป็นประเทศที่มีวัฒนธรรมคล้ายคลึงกับประเทศไทย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟามากกว่า .80 (Shyu, Tang, Liang, & Weng, 2006) คำตอบเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|---------------------------------------|
| 5 | หมายถึง | ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก |
| 3 | หมายถึง | ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นบางครั้ง |
| 2 | หมายถึง | ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย |
| 1 | หมายถึง | ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเลย |

การแปลผล

คะแนนสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

คะแนนต่ำ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการประเมินภาวะการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย ใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination, TMSE) (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536) เป็นการวัดความสามารถทางสมองเพื่อคัดกรองความเป็นไปได้ของความผิดปกติ ประกอบด้วยแบบทดสอบ 11 ข้อ คะแนนรวม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนต่ำกว่า 24 คะแนนแสดงว่ามีความผิดปกติทางสมอง โดยผู้วิจัยฝึกการใช้เครื่องมือเพื่อให้สามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้องดังนี้คือ

1. รับฟังการอธิบายวิธีการใช้เครื่องมือ ที่ถูกต้องจากอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
2. เข้าร่วมสังเกตวิธีการใช้เครื่องมือ กับผู้ป่วยสูงอายุจากอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
3. ฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือด้วยตนเอง โดยอยู่ในความควบคุมของอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจำนวน 10 ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

Modified Barthel Activity of Daily Index (MBAI) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องมือ Barthel Index ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหาสูง = .93 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วจึงนำคะแนนที่ได้มาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Geriatric Depression Scale มีค่าความเที่ยงตรง 0.93 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วจึงนำคะแนนที่ได้มาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 และหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยแปลจาก MOS Social Support Survey พัฒนาโดย Sherbourne & Stewart ปี 1991 ซึ่งจากการนำไปใช้ในประเทศได้หวั่นในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 90 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 265 คน พบว่ามีค่าความตรงตามเนื้อหา (Validity) สูง เมื่อแปลเป็นภาษาไทยแล้วได้แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นนำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วจึงนำคะแนนที่ได้มาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมทำวิจัยทราบถึงสิทธิในการที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล โดยผู้ทำวิจัยให้ข้อมูลถึงขั้นตอนการทำวิจัยโดยละเอียดและถ้าผู้เข้าร่วมมีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ต้องชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมทำวิจัยทราบว่าข้อมูลต่างๆจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัย มีสิทธิที่จะไม่ตอบ

คำถามในข้อที่ไม่ต้องการตอบหรือมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมการทำวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการ ในเรื่องการขอรับการพิจารณาตรวจสอบจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลราชวิถี
2. หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลราชวิถี โดยชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งเพื่อแนะนำตัวและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ติดตามผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่รับใหม่ และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและชี้แจงเรื่องสิทธิของผู้ป่วยให้รับทราบ อธิบายเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ระยะเวลาได้แก่ ระยะที่ 1 สอบถามเรื่อง ข้อมูลส่วนบุคคล วัดระดับความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม หลังผ่าตัดวันที่ 3 หรือ เมื่อผู้ป่วยเริ่มลงน้ำหนักที่ขาครั้งแรก ระยะที่ 2 สอบถามข้อมูลในเรื่องของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางโทรศัพท์ จากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการรับโทรศัพท์ 1 เดือนภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
6. ประเมินคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ที่มีคะแนนการรับรู้เท่ากับหรือมากกว่า 24 คะแนน จะถูกเลือกเข้าร่วมในการวิจัย และให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้คัดผู้ป่วยออกจำนวน 27 รายเนื่องจากมีคะแนนการรับรู้ต่ำกว่า 24 คะแนน
7. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 40 นาที (และเก็บข้อมูลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่ระยะเวลา 1 เดือนภายหลังจำหน่าย โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการในการตอบแบบสอบถาม เช่นอ่านหนังสือไม่ได้ หรือสายตา มองเห็นไม่ชัด ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ฟัง และให้ตอบทีละข้อจนครบข้อคำถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

คำตอบลงในแบบสอบถาม ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 10 คน ซึ่งในขั้นตอนของการดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยต้องตัดกลุ่มตัวอย่างออกด้วยเหตุผลดังนี้คือ 5 คน เนื่องจากแพทย์ปรับแผนการรักษาโดยห้ามผู้ป่วยเดิน 3 คน เกิดภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ และอีก 2 คน ตัดออกเนื่องจากผู้ป่วยถึงแก่กรรมก่อนเก็บข้อมูลระยะที่ 2 อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้เก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมจนสมบูรณ์ทุกขั้นตอนจำนวน 86 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลศิริราชจำนวน 41 คน โรงพยาบาลเลิดสินจำนวน 18 คน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 15 คน และโรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 12 คน

8. หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/Windows (Statistical Package of Social Science) ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ สิทธิในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
2. คำนวณความปวดวิเคราะห์โดยหาค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. คำนวณของภาวะซึมเศร้าวิเคราะห์โดยหาค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. คำนวณการสนับสนุนทางสังคมวิเคราะห์โดยหา ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
5. คำนวณการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่วิเคราะห์โดยหาค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
6. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

6.1 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยทดสอบค่าการกระจายของตัวแปรต้น ได้แก่ ระดับความเจ็บปวด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่

6.2 ผลการทดสอบพบว่าการกระจายของตัวแปรทั้งระดับความเจ็บปวด ภาวะซึมเศร้า และการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ไม่เป็นไค้ปกติ แต่คะแนนการสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะเป็นไค้ปกติเพียงค่าเดียว ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สหสัมพันธ์ของเพียร์สันในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

6.3 ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการแก้ปัญหาเมื่อข้อมูลมีลักษณะไม่ตรงตามเงื่อนไขของการใช้สถิติ โดยการเปลี่ยนรูปแบบข้อมูล (Data Transformation) ของคะแนนระดับความเจ็บปวด คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนการสนับสนุนทางสังคม และคะแนนการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ ให้เป็นคะแนนมาตรฐาน (Standard Score) หรือคะแนน ซี (Z Score) และได้ทดสอบการกระจายทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น ซึ่งพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้การวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (รายละเอียดแสดงในภาคผนวก)

6.4 นำคะแนนมาตรฐานของตัวแปรต้น และตัวแปรตามมาวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ภายหลังทำผ่าตัด จำนวน 86 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2553 ณ หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด
3. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด
4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด
5. การฟื้นตัวของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด
6. ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการฟื้นตัวของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อสะโพกจำนวน 86 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.3 เพศชาย ร้อยละ 33.7 มีอายุเฉลี่ย 76 ปี ($SD = 7.60$) สถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 50 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยเปอร์เซ็นต์ การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 68.6 และร้อยละ 67.4 ไม่มีรายได้ ค่าใช้จ่ายใน

ครอบครัวเพียงพอไม่มีหนี้สินร้อยละ 87.2 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิเบิกจากต้นสังกัด และบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจำนวนที่เท่ากันคือ ร้อยละ 46.5 กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการล้มมาก่อน ร้อยละ 26.7 และมีจำนวนครั้งของการล้มคือ 1 ครั้งต่อปี รองลงมาได้แก่ 3 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 39.1 และ 30.4 ตามลำดับ) ดังตาราง 1



ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 86)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	33.7
หญิง	57	66.3
อายุ ($\bar{X}$ = 75.57 , SD= 7.60 , Min= 60, Max= 90)		
60-70 ปี	21	24.42
71-80 ปี	42	48.84
81-85 ปี	16	16.60
> 85 ปี	7	8.14
สถานภาพสมรส		
โสด	6	7.0
คู่	43	50.0
หม้าย	34	39.5
หย่า	3	3.5
ศาสนา		
พุทธ	86	100
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	19	22.1
ประถมต้น	40	46.5
ประถมปลาย	5	5.8
มัธยมต้น	2	2.3
มัธยมปลาย	10	11.6
ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา	7	8.1
ปริญญาตรี	2	2.3

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 86)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	59	68.6
ข้าราชการบำนาญ	12	14.0
รับจ้าง	10	11.6
ธุรกิจส่วนตัว	4	4.7
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	7	8.1
มากกว่า 5,000 บาท	21	24.4
ไม่มีรายได้	58	67.4
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	7	8.1
เพียงพอ	75	87.2
เพียงพอ เหลือเก็บ	4	4.7
สิทธิการรักษา		
จ่ายค่ารักษาเอง	4	4.7
ต้นสังกัด	40	46.5
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	40	46.5
ประวัติการล้ม		
ไม่มีประวัติการล้ม	63	73.3
มีประวัติการล้ม	23	26.7
1 ครั้งต่อปี	9	39.1
2 ครั้งต่อปี	6	26.1
3 ครั้งต่อปี	7	30.4
มากกว่า 3 ครั้งต่อปี	1	4.3

1.2 ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 21.6, 35.1 และ 32.4 มีโรคประจำตัว 1 โรค 2 โรคและ 3 โรคตามลำดับ โรคประจำตัว 3 โรคแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 66.3) รองลงมาได้แก่ เบาหวานและโรคหัวใจ (ร้อยละ 34.9 และ 23.3 ตามลำดับ) สาเหตุที่ทำให้กระดูกสะโพกหักในการศึกษานี้คือ สิ้นล้ม รองลงมาได้แก่ ตกจากที่สูงและอุบัติเหตุทางรถ (ร้อยละ 84.9, 9.3 และ 5.8 ตามลำดับ) ในการเข้ารับการรักษาร้อยละ 55.8 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Femoral neck fracture ร้อยละ 44.2 เป็น Intertrochanteric fracture และการผ่าตัดที่ได้รับ ได้แก่ การทำ Internal fixation รองลงมาคือการผ่าตัด Hemiarthroplasty (ร้อยละ 54.7 และ 45.3) ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดอยู่ในช่วง 90-240 นาที ($\bar{X} = 140$, $SD = 31.71$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา

ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (n = 86)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
มี	74	86.0
ไม่มี	12	14.0
จำนวนโรคประจำตัว		
1 โรค	16	21.6
2 โรค	26	35.1
3 โรค	24	32.4
4 โรค	8	10.8
ชนิดของโรคประจำตัว		
เบาหวาน	30	34.9
ความดันโลหิตสูง	57	66.3
โรคหัวใจ	20	23.3
สาเหตุของการเกิดสะโพกหัก		
ลื่นล้ม	73	84.9
ตกจากที่สูง	8	9.3
อุบัติเหตุทางรถ	5	5.8
การวินิจฉัยโรค		
Femoral neck fracture	48	55.8
Intertrochanteric fracture	38	44.2
ชนิดของการผ่าตัด		
Hemiarthroplasty	39	45.3
Internal Fixation	47	54.7

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา (ต่อ)

ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (n = 86)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัด (นาท) ($\bar{X}$ = 140, SD = 31.71, Min = 90, Max = 240)		
60-120 นาที	41	47.67
121-180 นาที	43	50
> 180 นาที	2	2.33

ระยะเวลาในการรอผ่าตัดและจำนวนวันของการนอนโรงพยาบาล จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าร้อยละ 17.4 ใช้ระยะเวลาในการรอผ่าตัด 4 วัน ($\bar{X}$ = 6.69, SD = 4.27) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลรวมของการผ่าตัดทั้ง 2 ชนิดเฉลี่ย 15.77 วัน (SD = 7.52) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของการผ่าตัดชนิด Hemiarthroplasty เฉลี่ย 16.95 วัน (SD = 8.94) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของการผ่าตัดชนิด Internal fixation เฉลี่ย 15.34 วัน (SD = 5.93) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ระยะเวลาของการรอผ่าตัดและระยะเวลาของการนอน โรงพยาบาลจำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา

ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
ระยะเวลาในการรอผ่าตัด	6.69	4.27
ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลรวม	15.77	7.524
ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของการผ่าตัดชนิด Hemiarthroplasty	16.95	8.947
ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของการผ่าตัดชนิด Internal Fixation	15.34	5.932

ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย พบว่า 76 ราย มีอาการปวดแผล (ร้อยละ 88.4) โดยมีคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 (SD = 2.74, Min = 0.00, Max = 10.00) ร้อยละ 41.9 ปวดแผลระดับเล็กน้อย รองลงมาเป็นการปวดในระดับปานกลางและระดับมาก (ร้อยละ 29.1 และ 17.4 ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละจำแนกตามอาการปวดแผลของกลุ่มตัวอย่าง

	จำนวน (n = 86)	ร้อยละ
อาการปวดแผลผ่าตัด		
มีอาการปวด ($\bar{X}$ = 3.77, SD = 2.74, Min = 0.00, Max = 10.00)	76	88.4
ไม่มีอาการปวด	10	11.6
ระดับของอาการปวดแผล		
ปวดเล็กน้อย (1-3 คะแนน)	36	41.9
ปวดปานกลาง (4-6 คะแนน)	25	29.1
ปวดมาก (7-10 คะแนน)	15	17.4

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 รายพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 รายไม่เกิดภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 60.5) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 รายเกิดภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 39.5) ร้อยละ 27.9 เกิดภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 11.6 เกิดภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง โดยคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าคือ 10.52 (SD = 5.75, Min = 1, Max = 22) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละจำแนกตามการเกิดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

	จำนวน (n= 86)	ร้อยละ
การเกิดภาวะซึมเศร้า ($\bar{X}$ = 10.52, SD = 5.75, Min = 1, Max = 22)		
เกิดภาวะซึมเศร้า	34	39.5
ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า	52	60.5
ระดับของการเกิดภาวะซึมเศร้า		
ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า (0-12 คะแนน)	52	60.5
ซึมเศร้าเล็กน้อย (13-18 คะแนน)	24	27.9
ซึมเศร้าปานกลาง (19-24 คะแนน)	10	11.6

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 คน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนของมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระหว่าง 22-95 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 19-95 คะแนนโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51.97 (SD = 13.64) และเมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมรายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.14 (SD = 6.55) การสนับสนุนในเชิงของการช่วยเหลือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.63 (SD = 3.08) การสนับสนุนด้านจิตใจและความรู้สึกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.23 (SD = 2.68) การสนับสนุนด้านการมีปฏิสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.97 (SD = 3.71) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง

การสนับสนุนทางสังคม	พิสัย		$\bar{X}$	SD
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง		
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	19-95	22-95	51.97	13.64
การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม	8-40	8-40	19.14	6.55
การสนับสนุนในเชิงของการช่วยเหลือ	4-20	4-20	12.63	3.08
การสนับสนุนด้านจิตใจและความรู้สึก	3-15	3-15	9.23	2.68
การสนับสนุนด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้านบวก	4-20	4-20	10.97	3.71

การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด ซึ่งวัดจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 รายพบว่าคะแนนของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเฉลี่ยที่ 15.73 (SD = 3.48) และร้อยละ 87.2 ต้องการพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 7.0 มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นในระดับปานกลาง และมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมดร้อยละ 5.8 ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

	จำนวน (n = 86)	ร้อยละ
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\bar{X} = 15.73$, SD = 3.48 , Min = 7, Max = 20)		
ระดับของการพึ่งพา		
พึ่งพาเกือบทั้งหมด (5-8 คะแนน)	5	5.8
พึ่งพานปานกลาง (9-11 คะแนน)	6	7.0
พึ่งพาน้อย (12 คะแนนขึ้นไป)	75	87.2

ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันซึ่งได้นำคะแนนมาตรฐานของความปวดและคะแนนมาตรฐานของการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่มาวิเคราะห์พบว่าความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ ($r = -.16, p > 0.05$) การหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01, r = -.35$) และการหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05, r = .25$) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่	-			
2. ความปวด	-.16	-		
3. ภาวะซึมเศร้า	-.35**	.37**	-	
4. การสนับสนุนทางสังคม	.25*	-.15	-.46**	-

** $p < .01$; * $p < .05$

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ เมลลิสและคณะ การอภิปรายผลการวิจัยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 66.3) มีอายุเฉลี่ย 76 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า เพศหญิงจะเกิดภาวะกระดูกหักมากกว่าเพศชาย และเกิดมากกว่าถึง 2.7 เท่า (Kanis et al., 2004; Shyu, Tang, Tsai, Liang & Chen, 2006; Arinzon et al., 2007) การเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น (Braithwaite, Col & Wong, 2003; Lin & Chang, 2004; HersHKovitz et al., 2007) อธิบายได้ว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นมวลกระดูกเริ่มลดลง ผู้หญิงมีอัตราการสูญเสียมวลกระดูกสูงมากในระยะก่อนหมดประจำเดือนหรือหลังหมดประจำเดือนช่วง 5 ปีแรก สาเหตุของการเกิดกระดูกสะโพกหักในการศึกษานี้สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการลื่นล้มซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 84.9 ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเองซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายที่เสื่อมลงตามวัย (Jitapunkul, 1999) ได้แก่ ความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย เช่นผู้ที่มีความบกพร่องในการได้ยินและการมองเห็น ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งต่างๆช้าลง หรือเกิดการเสื่อมของระบบประสาทสัมผัส เป็นต้น ความพร่องด้านการรู้คิด ภาวะโรคร่วม ภาวะกระดูกพรุน โดยพบว่าปัจจัยภายในเหล่านี้เป็นสาเหตุของการล้มถึงร้อยละ 40.7 (Formiga et al., 2008) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.8) เกิดการหักชนิด Femoral neck fracture และร้อยละ 44.2 เป็น Interochanteric fracture การผ่าตัดที่ได้รับคือการทำ Internal fixation รองลงมาคือการผ่าตัด Hemiarthroplasty (ร้อยละ 54.7 และ 45.3 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ร้อยละ 46.5 มีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพถึง ร้อยละ 68.6 ทำให้ไม่มีรายได้ที่เกิดจากตนเองโดยตรง (ร้อยละ 67.4) แต่ค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพียงพอไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 87.2) เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใน

ครอบครัวยุติการใช้สิทธิเบิกจากต้นสังกัด และสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 46.5 เท่ากัน) และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประวัติการล้มมาก่อนถึงร้อยละ 26.7 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86) มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคขึ้นไป โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 66.3) รองลงมาได้แก่ เบาหวานและโรคหัวใจ (ร้อยละ 34.9 และ 23.3 ตามลำดับ) สนับสนุนการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่พบว่าไม่มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค (Aharonoff, Immerman & Zuckerman, 2004) และโรคร่วมที่พบได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต (Arinzon et al., 2007; Corsinovi et al., 2008) ภาวะโรคร่วมเหล่านี้ก็เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดการล้มได้ง่าย เนื่องจากมีผลต่อการรับสัมผัส การไหลเวียน และการปรับสมดุลของร่างกาย

ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดเฉลี่ยร้อยละ 88.4 โดยมีคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 โดยร้อยละ 41.9 ปวดแสบระดับเล็กน้อย รองลงมาเป็นปวดในระดับปานกลาง และระดับมาก (ร้อยละ 29.1 และ 17.4 ตามลำดับ) สนับสนุนการศึกษาของ Morrison และคณะที่ทำการศึกษาระดับความปวดในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 411 คน พบว่าคะแนนความปวดเฉลี่ยขณะผู้ป่วยถูกจากเตียงในวันที่ 3 หลังผ่าตัดเท่ากับ 3.3 และร้อยละ 83 มีระดับความปวดในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง (Morrison et al., 2003) อธิบายได้ว่าความปวดหลังผ่าตัดจะเป็นความปวดเฉียบพลัน (acute pain) คือเป็นความรู้สึกปวดจากการทำลายของเนื้อเยื่อ ร่างกายมีการหลั่งสารชีวเคมี ที่สามารถทำให้มีความปวดถูกปล่อยออกมาเฉพาะที่ ณ บริเวณที่เกิดการบาดเจ็บ จะกระตุ้นปลายเส้นประสาทชนิด C และ A delta ทำให้เกิดให้เกิดสัญญาณส่งไปยังไขสันหลังส่วนหลัง (dorsal horn) หรือเซลล์ประสาทรับรู้ (sensory nuclei) ของเส้นประสาทบริเวณศีรษะ ซึ่งเป็นตำแหน่งที่อาจจะมีการปรับเปลี่ยนสัญญาณให้เพิ่มขึ้นหรือลดลง แล้วจึงส่งขึ้นไปยังบริเวณเปลือกสมองทำให้เกิดการรับรู้และการตอบสนอง (พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน, 2547) ความปวดหลังผ่าตัดข้อสะโพกมักจะรุนแรงในระยะแรกโดยอาจขึ้นกับลักษณะและปริมาณของการบาดเจ็บ และจะค่อยๆ ลดลงในวันต่อๆ มา เนื่องจากเมื่อแผลภายนอกหายเป็นปกติสารชีวเคมีจะมีปริมาณลดลงแต่ระบบประสาทรับรู้ยังคงทำงานต่อไปอีกระยะหนึ่ง อาการปวดจึงลดลงกว่าเดิม ความปวดจากการรับรู้การบาดเจ็บ (nociceptive pain) หดไป คงเหลือแต่ความปวดที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง แม้ว่าความปวดภายหลังผ่าตัดข้อสะโพก จะเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน (acute pain) แต่ก็อาจจะปวดต่อเนื่องไปได้ในระยะยาว ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ อย่าง เช่น ระดับของความปวด ระดับความอดทนต่อความปวด การตอบสนองต่อความปวดของผู้ป่วย ภาวะ

เครียดของแต่ละบุคคล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รวมไปถึงชนิดของการหักของกระดูก สะโพกตลอดจนชนิดของการทำผ่าตัด

อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า ระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ (ค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 3.3) และมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ไม่มีการปวด อธิบายได้ว่าอาจมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่มีการปวด เช่น ภาวะโรคร่วมที่มีผลทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทการรับรู้ (sensory impairment) หรือยาแก้ปวดที่ได้รับอย่างเพียงพอ และมีประสิทธิภาพที่มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่มีการปวด จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัดและได้รับยาแก้ปวดทางช่องไขสันหลัง (epidural analgesia) 4 วันติดต่อกันหลังผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาแก้ปวดทางช่องไขสันหลัง (Foss, Kristensen, Kristensen, Jensen, & Kehlet, 2005)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.5 เกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 27.9 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 11.6 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง สนับสนุนงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดภาวะซึมเศร้าขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 31 (Given, Sanft & Marcantonio, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shyu และคณะที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจำนวน 118 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.2 เกิดภาวะซึมเศร้าเป็นระยะเวลาสั้นๆ และร้อยละ 31.3 เกิดภาวะซึมเศร้าเป็นระยะเวลานาน (Shyu et al., 2008) สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะกระดูกหักและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น การที่ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่และการรักษาที่ได้รับ ร่วมกับภาวะของโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ถือว่าเป็นสิ่งเร้าที่มากุศลคามชีวิตจะส่งผลทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมองส่วนของลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุมให้การทำหน้าที่ในด้านต่างๆของร่างกายเกิดขึ้นตามปกติ ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotion) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical) การมีเพศสัมพันธ์ (sexual drives) และการตอบสนองต่อความเครียด อวัยวะต่างๆ ที่อยู่ในสมองส่วนของ limbic system ได้แก่ hypothalamus เป็นส่วนที่ทำให้เกิดการตอบสนองต่อการทำหน้าที่หลายๆอย่าง ได้แก่ การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การนอนหลับ ความอยากอาหาร การมีเพศสัมพันธ์ ปฏิกริยาต่อความเครียด และการมีกิจกรรมอื่นๆให้เกิดขึ้นตามปกติ นอกจากนี้ยังควบคุมการทำหน้าที่ของต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ซึ่งกระตุ้นการหลั่ง adrenocorticotrophin hormone (ACTH) และ ACTH มีหน้าที่กระตุ้น adrenal gland ให้หลั่ง cortisol นอกจากนี้ยังมีอวัยวะในสมองส่วนของ Limbic system ซึ่ง

เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ได้แก่ amygdala และ hippocampus ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเกิดความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมองและการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีนี้ส่งผลกระทบต่อให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้า (Heim & Nemeroff, 1999)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.83 มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ($x = 51.97$, $SD = 13.648$) ร้อยละ 51.17 มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งจากวัฒนธรรมและแบบแผนของสังคมไทย เป็นลักษณะสังคมที่มีความผูกพันในครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ผู้สูงอายุส่วนมากมักจะอาศัยร่วมกับคู่สมรสหรือครอบครัวที่เป็นบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง ทำให้ได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เช่น การมาเยี่ยม มาเฝ้าดูแลขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองได้รับความรัก การเอาใจใส่ดูแล ความนับถือ การยกย่อง ความเห็นอกเห็นใจ ตลอดจนการช่วยเหลือทางการเงิน วัตถุ และสิ่งของต่างๆ นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นๆ เช่น เพื่อนบ้านอยู่เป็นประจำ จึงทำให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันร่วมด้วย ซึ่งเป็นเหตุทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมสูง ส่วนกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มอาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ร้อยละ 7.0 เป็นโสด ร้อยละ 39.5 เป็นหม้ายและร้อยละ 3.5 สถานภาพหย่า จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มีกลุ่มทางสังคมที่เล็กลง นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 67.4 ไม่มีรายได้ต้องอาศัยค่าใช้จ่ายจากลูกหลาน ซึ่งส่วนใหญ่ลูกหลานต้องออกไปทำงาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ได้รับการช่วยเหลือเอื้อประโยชน์จากบุคคลอื่นน้อย

การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดซึ่งในการศึกษาครั้งนี้วัดจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าคะแนนของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเฉลี่ยที่ 15.73 ($SD = 3.48$) และร้อยละ 87.2 มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นในระดับปานกลาง และต้องการพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมดร้อยละ 7.0 และ 5.8 ตามลำดับ ซึ่งสนับสนุนการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า 25% ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง ในช่วงระยะเวลาระหว่างก่อนเกิดกระดูกสะโพกหักและหลังเกิดกระดูกสะโพกหัก และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการพึ่งพาในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันในระยะเวลา 3 เดือนหลังกระดูกสะโพกหัก (Cree et al., 2001) และมีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 126 คนพบว่าในระยะเวลา 1 เดือนหลังเกิดกระดูกสะโพกหัก 50% ของผู้ป่วยมีระดับของการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และมากกว่า 25% มีระดับของการทำกิจวัตรประจำวันลดลงในระยะเวลา 6 เดือน (Givens et al., 2008) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัดและติดตามการฟื้นตัวในระยะเวลา 1 ปีพบว่าภายหลังทำผ่าตัดผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้น้อยกว่าก่อนกระดูกหัก และต้องพึ่งพาบุคคลอื่น (Lin & Chang, 2004) และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัดถึง 50% ที่สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายและไม่สามารถกลับไปปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดังเดิม (Ganz, Peterson, Russo, & Guccione, 2007) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุมีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดแล้ว ส่วนใหญ่จะเกิดความยากลำบากในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเพื่อกลับไปมีการทำหน้าที่ของร่างกายได้ดีเท่าเดิมหรือได้ใกล้เคียงสภาวะเดิมมากที่สุด ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยหลายๆ อย่าง ทั้งปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของสภาพร่างกายตามวัยที่สูงขึ้น ร่วมกับการมีภาวะโรคร่วมที่เกิดขึ้นตามวัยเมื่อเข้ารับการรักษาจากภาวะกระดูกสะโพกหักแล้วจะทำให้เกิดฟื้นตัวได้ช้า ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เหมือนเดิม การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง นอกจากนี้ผลต่อเนื่องและโรคแทรกซ้อนจากการนอนอยู่นานก็จะเกิดขึ้นได้แม้จะนอนต่อเนื่องเพียงไม่นาน ซึ่งจะทำให้เกิดการถดถอยของสภาวะร่างกาย เช่น ทำให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดลดลง การเสื่อมลงของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งจะยังเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ก็มีผลทำให้มีการลดลงของสมรรถภาพสำรอง ถึงแม้สมรรถภาพที่มีอยู่จะเพียงพอในสภาวะปกติ แต่เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงจากโรคและความจำเป็นต้องใช้สมรรถภาพสำรองแล้ว ระบบอวัยวะและความสมดุลในร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุจะทรุดตัวหรือล้มเหลวลงอย่างรวดเร็วซึ่งส่งเสริมให้เกิดภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้การฟื้นตัวเป็นไปได้ยากลำบาก และเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะการพึ่งพาเพิ่มมากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดและการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

จากการศึกษานี้พบว่า ความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ ($r = -.16, p > .05$) ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าความปวดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการฟื้นตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นการศึกษาของ Cree และคณะ ที่ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง จะมีความลำบากในการออกกำลังกาย และมีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน ทำให้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะพึงพาภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Cree et al., 2001; Morrison et al., 2003 ; Arinzon et al., 2007) และอาการปวดมีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลง มีผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงด้วย ดังเช่นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีภาวะกระดูกสะโพกหักแต่ยังคงต้องปฏิบัติโปรแกรมการออกกำลังกายแล้วพบว่า ผู้ที่มีภาวะในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ Quadriceps กล้ามเนื้อ Hamstring และกล้ามเนื้อ Gluteus medius ลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลงและความสามารถในการออกกำลังกายทำได้น้อย ทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย (Onder et al., 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการปวดมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างไม่ยอมทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดภาวะการพึ่งพาตามมา (Herrick et al., 2004) จากผลการศึกษาพบว่าความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุและส่วนใหญ่มิโรคประจำตัว และโรคประจำตัวเหล่านี้มีผลต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย อาจมีความผิดปกติของระบบประสาทการรับรู้ (sensory impairment) มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นหรือการได้ยิน และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการปวดเพียงเล็กน้อย จากการศึกษาในผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพพบว่าผู้ที่มีความผิดปกติของระบบประสาทการรับรู้จะมีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ได้ไม่ดี (Fusco et al., 2009) นอกจากนี้ภาวะโรคร่วมอื่น เช่นผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วยจะมีผลทำให้การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่เป็นไปได้ช้า เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงอยู่แล้วสอดคล้องกับการศึกษาของ Mingli และคณะ (2009) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วยและพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการฟื้นตัวได้ไม่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

การศึกษากครั้งนี้พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$, $r = -.35$) สอดคล้องกับผลการศึกษาในหลายๆการศึกษาก่อนหน้านี้ เช่นการศึกษาในผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดข้อสะโพกพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหว (ambulation) และการทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) ลดลง (Kirk-

Sanchez, 2004; Givens, Sanft & Marcantonio, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Vosbaar และคณะ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 139 คนและพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะซึมเศร้า ภายหลังเกิดกระดูกสะโพกหัก มีผลทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นไปได้น้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะเวลา 3 และ 6 เดือนภายหลังออกจากโรงพยาบาล (Vosbaar et al., 2007) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนและมีภาวะการเจ็บปวดเรื้อรังจำนวน 41 คน พบว่าคนที่เกิดภาวะซึมเศร้าจะมีระดับคะแนนของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kauppila, Pesonen, Tarkkila & Rosenberg, 2007) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าส่งผลโดยตรงต่อความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเองของผู้ป่วย มีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงที่มีกระดูกสะโพกหักแล้วพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากจะทำให้ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเองลดลง และส่งผลทำให้พฤติกรรมการออกกำลังกายหลังทำการผ่าตัดลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นตัวได้ช้า (Resnick et al., 2007) และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (depression) จะมีความผิดปกติของการรับรู้ (impairment cognitive function) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และ walking ability ได้น้อยกว่า (Shyu et al., 2008) นอกจากนี้ Arinzon และคณะได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 165 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ดีเท่าผู้ป่วย ที่มีภาวะทางด้านอารมณ์ปกติ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะรบกวนแบบแผนพฤติกรรมตามปกติและรบกวนกระบวนการคิดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในเรื่องของอาการปวดและไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ดีเท่าที่ควร และมีผลทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรต่างๆหรือแม้แต่โปรแกรมการออกกำลังกายได้น้อยทำให้การฟื้นตัวเกิดได้ช้า (Arinzon et al., 2007)

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของ ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$, $r = .25$) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีกระดูกสะโพกหักจำนวน 101 คน และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันด้านต่างๆ เช่น การเตรียมอาหาร การจ่ายตลาด เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมและส่งเสริมให้มีการฟื้นตัวที่ดี จึงเชื่อได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการฟื้นตัวในทางอ้อม (Roberto, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shyu และคณะที่ศึกษาในผู้ป่วยมีกระดูกสะโพกหักจำนวน 126 คนและพบว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่ดี

จะมีการฟื้นตัวในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นสูงได้ดีที่ระยะเวลา 6 เดือนภายหลังจำหน่าย (Shyu et al., 2006) นอกจากนี้ยังมีผู้ทำการศึกษาในผู้ป่วยวัยกลางคนจนถึงผู้สูงอายุที่มีการบาดเจ็บของแขนและขาที่มีสาเหตุจากการล้ม ทั้งกระดูกสะโพกหัก กระดูกแขนและกระดูกขาหัก และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีการฟื้นตัวได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเมื่อติดตามผลลัพธ์ในระยะเวลา 5 เดือนและ 12 เดือน (Kempen, Scaf-Klomp, Ranchor, Sanderman, & Ormel, 2001) และยังมีการศึกษาในผู้ป่วยที่ผ่าตัดทรวงอกและผ่าตัดช่องท้องจำนวน 605 คนพบว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีผลให้ระดับของความปวดและความไม่สุขสบายจากความปวดก่อนการผ่าตัดลดลงรวมไปถึงระดับของความเครียดก็ลดลงด้วย และมีผลทำให้หลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างมีระดับของความปวดต่ำและมีความเครียดน้อย และส่งผลต่อการฟื้นหลังผ่าตัดซึ่งประเมินจากระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย (Mitchinson et al., 2008) นอกจากนี้ยังมีผู้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจำนวน 217 คนพบว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่คนเดียวพบว่าจะมีภาวะซึมเศร้าสูง มีผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและเกิดภาวะสุขภาพผดถอยตามมา (Alpass & Neville, 2003)

ผลการศึกษาสนับสนุนกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่กล่าวว่า ในกระบวนการเปลี่ยนผ่านจากภาวะการเจ็บป่วย บุคคลต้องการปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านหรือเกิดการฟื้นตัวไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านเรียกปัจจัยนี้ว่า ปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition condition) และผลการศึกษาทำให้ได้ข้อสรุปว่า สำหรับผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เป็นปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่าน หรือฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของร่างกายคือ ความซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นวิธีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เกิดการบาดเจ็บกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัดฟื้นตัวจากภาวะการเจ็บป่วย ควรประกอบไปด้วย กิจกรรมที่สำคัญ 2 ประการคือ 1) การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินมาตรฐาน และหากพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าควรให้การดูแลและขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 2) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือในด้านต่างๆจากครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพาตนเองค่อนข้างต่ำ การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาลตั้งแต่เริ่มแรก จึงเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของเมลิสและชูเมคเกอร์ในปี 1994 (Meleis & Schumacher, 1994) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในหอผู้ป่วยสามัญ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในกระบวนการเก็บข้อมูลมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ที่ต้องคัดออกจากการวิจัย เนื่องจากแพทย์ปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาโดยห้ามผู้ป่วยลงน้ำหนักที่ขาภายหลังการผ่าตัดระยะแรก (5 คน) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว (3 คน) และถึงแก่กรรมก่อนเก็บข้อมูลครบ (2 คน) อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้เก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมจนสมบูรณ์ทุกขั้นตอนจำนวน 86 คน ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งสิ้น 9 เดือน ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2553

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา แบบประเมินความปวด ใช้แบบประเมิน Pain Visual Analog Scale (PVAS) (Mc Caffery, 1999) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสนับสนุนทางสังคม MOS social support survey (Sherbourne & Stewart, 1991) โดยผู้วิจัยได้รับการอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมืออย่างเป็นทางการและได้ใช้วิธีการแปลแบบมาตรฐาน (back translation) แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Modified Barthel Activity of Daily Index (MBAI) (Jitapunkul, Kamolrantankul, & Ebrahim, 1994) เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่พัฒนาแบบทดสอบโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ เพื่อให้เหมาะกับการประเมินความสามารถในผู้สูงอายุไทย โดยพัฒนามาจากประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล (Barthel Index) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สร้างโดย

Mahoney และ Barthel ในปี 1965 ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำผลที่ได้หาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.71, 0.94 และ 0.82 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม หลังผ่าตัดวันที่ 3 หรือ เมื่อผู้ป่วยเริ่มเดินครั้งแรก ระยะที่ 2 สอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางโทรศัพท์ จากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการรับโทรศัพท์ 1 เดือนภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/Windows (Statistical Package of Social Science/ Windows) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยมีดังนี้

1. อาการปวดแผลหลังผ่าตัดวันที่ 3 หรือ เมื่อผู้ป่วยเริ่มลงน้ำหนักที่ขาครั้งแรก พบได้ถึงร้อยละ 88.4 โดยมีคะแนนความปวดในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 41.9) รองลงมาเป็นความปวดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 29.1) และระดับมาก (ร้อยละ 17.4)
2. ภาวะซึมเศร้าพบว่าร้อยละ 39.5 ของกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 27.9 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และร้อยละ 11.6 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง
3. การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.17) มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม
4. การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ภายหลังทำผ่าตัด ซึ่งวัดจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าคะแนนของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีค่าเฉลี่ยที่ 15.73 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 87.2 มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นในระดับปานกลางและต้องการพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมดร้อยละ 7.0 และ 5.8 ตามลำดับ
5. ความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด ($P > .05$, $r = -.16$)

6. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$, $r = -.35$) แสดงว่าหากผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าจะมีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ภายหลังการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกได้ช้า

7. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$, $r = .25$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการเกื้อหนุนที่ดีจากครอบครัวและสังคมจะมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกได้ดี

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นตัว ด้านการทำหน้าที่หลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ซึ่งเป็นการสนับสนุนแนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ เมลลิส ว่า การฟื้นตัวหรือเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะสุขภาพนั้น บุคคลต้องมีปัจจัยช่วยเหลือในกระบวนการเปลี่ยนผ่านอย่างเหมาะสม พยาบาลในฐานะนักบำบัดทางสุขภาพ จึงควรใช้ข้อค้นพบจากงานวิจัยเพื่อสนับสนุนการฟื้นตัวของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังการผ่าตัดดังนี้

1. ตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านร่างกาย โดยนำเครื่องมือที่เหมาะสมมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักทุกราย และถ้าพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าก็ควรหาแนวทางในการดูแลแก้ไขซึ่งพยาบาลควรมีการทำงานร่วมกับสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุม ซึ่งเมื่อภาวะซึมเศร้าได้รับการแก้ไขก็จะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ดีขึ้น

2. สนับสนุนให้ครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือเครือข่ายในสังคมของผู้ป่วยเกื้อหนุนหรือสนับสนุนผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้เร็วขึ้น

ด้านการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นพื้นฐานเพื่อการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาล

ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาในเรื่องของการรับรู้ผิดปกติ (คะแนน $TMSE < 24$) เพราะการศึกษานี้จำกัดเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มที่มีคะแนนการรับรู้ปกติ (คะแนน $TMSE \geq 24$) เนื่องจากต้องการประเมินภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย การศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ผิดปกติจะทำให้เกิดความครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีปัญหาเรื่องการฟื้นตัวด้านร่างกายมากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวด้านการ
ทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

THE RELATIONSHIP BETWEEN PAIN, DEPRESSION, SOCIAL SUPPORT AND
FUNCTIONAL RECOVERY IN ELDERLY PATIENTS WITH HIP FRACTURE
FOLLOWING SURGERY

นันทา ขวัญดี 5036808 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อรพรรณ โตสิงห์, พย.ค., สุพร คณัฏฐกุล, พย.ค.,
ก้องเขต เจริญสุวรรณ, พ.บ., ว.ว.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

หลักการและเหตุผล

กระดูกสะโพกหักมีอุบัติการณ์การเกิดสูงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ (คณะกรรมการพัฒนาดัชนีภาวะโรค สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2547) และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้แก่การหกล้ม (fall) (Bergstrom, Bjornstig, Stenlund, & Jonsson, 2007) ในประเทศไทยพบว่าในแต่ละปีมีประชากรผู้สูงอายุหกล้ม 20-30 % (Jatapunkul & Suriwongpaisal, 2000) และตำแหน่งของกระดูกที่หักบ่อยเมื่อล้มได้แก่กระดูกสะโพกพบได้ถึง 40% (Pongchaiyakul, Songpattanasilp, & Taechakaichana, 2008) และคาดการณ์ว่าจะมีอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักเพิ่มมากขึ้นกับประชากรทั่วโลก ในปี 1990 พบว่ามีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักประมาณ 1.26 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 2.6 ล้านคนในปี 2025 และ 4.5 ล้านคนในปี 2050 (Gullberg, Johnell, & Kanis, 1997) และจากการศึกษาวิจัยพบว่า 50 % ของภาวะกระดูกสะโพกหักเกิดขึ้นกับประชากรในทวีปเอเชีย (Pongchaiyakul et al., 2008) สำหรับประเทศไทยพบว่าในจำนวนประชากร 100,000 คน ผู้หญิงจะมีอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหัก 289 คน ผู้ชาย 114 คน (Lau et al., 2001)

ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่ต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด โดยวิธีการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (hip replacement) และวิธีการใส่โลหะตามภายใน (internal fixation) โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living, ADL) ให้กลับคืนสู่สภาพเดิมมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Oh & Feldt, 2000; Deakin, Wenn, & Moran, 2008) เพื่อลดอาการเจ็บปวด และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการนอนนานๆ ซึ่งแม้ว่าในปัจจุบันวิธีการรักษากระดูกสะโพกหักจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นแต่ถ้าทำการผ่าตัดแล้วไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ดี หรือมีการฟื้นฟูสภาพที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ (functional recovery) เป็นไปได้ช้าโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ (Oh & Feldt, 2000 ; Cameron, 2005) เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของระบบต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามวัยอยู่แล้ว เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เป็นต้น รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ทำให้สมรรถภาพต่างๆ ของร่างกายลดลง โดยเฉพาะสมรรถภาพในการประกอบกิจต่างๆ (functional ability) ร่วมกับมีโรคหรือปัญหาสุขภาพอื่นๆ ร่วมด้วยจึงไวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าคนในวัยอื่นๆ เมื่อโรคหรือปัญหาได้รับการรักษาแล้วผู้ป่วยสูงอายุจะปรับสภาพร่างกายคืนสู่สมดุลได้ช้ากว่าผู้ป่วยอายุน้อย ส่งเสริมให้การฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดเป็นไปได้อย่างมากขึ้น ภายหลังผ่าตัดมักพบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากงานวิจัยพบว่า 70% ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดแล้วไม่สามารถมีการฟื้นตัวในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายเช่นเดิมได้ (Folden & Tappen, 2007)

การฟื้นตัวหลังผ่าตัด (postoperative recovery) ข้อสะโพกเป็นกระบวนการที่ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดภายหลังทำผ่าตัด ถ้าการฟื้นตัวเป็นไปอย่างเหมาะสมจะมีผลทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายคืนสู่สภาวะปกติ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ (Oh & Feldt, 2000; Hershkovitz, Kalandariov, Hermush, Weiss, & Brill, 2007) ลดการพึ่งพาบุคคลอื่น (Dai, Huang, Yang, Tsao, & Yang, 2002 ; Rosell & Parker, 2003) ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วย (morbidity) ทำให้มีสุขภาพจิตดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Shyu, Chen, & Liang, 2004 ; Boonen, 2004) และลดอัตราการตาย (Hershkovitz et al., 2007) รวมไปถึงช่วยลดปัญหาด้านสาธารณสุขและปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งการฟื้นตัวในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (functional recovery) ของผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักซึ่งเป็นเป้าหมายหลักในการให้การดูแลรักษาของทีมสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ อย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาในการทำผ่าตัด สภาวะการรับรู้ของ

ผู้ป่วย ระดับของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยก่อนเกิดกระดูกสะโพกหัก ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม ความปวด สภาพอารมณ์ที่ผิดปกติ และชนิดของการทำผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่ออธิบายถึงผลของความปวด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีกระดูกสะโพกหัก ภายหลังทำผ่าตัด

ความปวด (pain) เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นไปได้ช้า (Morrison et al., 2003) ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดจะเกิดความกลัวว่าความปวดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวหรือขณะทำกายภาพบำบัด จึงพยายามหลีกเลี่ยง ไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกายหรือใช้ระยะเวลานานกว่าปกติ (Oh & Feldt, 2000). จึงทำให้การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นไปไม่ได้ช้า นอกจากนี้ยังพบว่าอาการปวดในระดับปานกลางและระดับที่รุนแรงในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจะทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ gluteus medius ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่ช่วยในการเคลื่อนไหวของข้อสะโพกลดลง (Herrick et al., 2004) และจะมีผลทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นไปไม่ได้ช้าและมีผลทำให้การฟื้นตัวช้าลง

ภาวะซึมเศร้า (depression) ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก 16.8%- 31.3% (Voshaar et al., 2007; Shyu et al., 2008) และ มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกายภายหลัง ทำผ่าตัดกระดูกสะโพก ทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นไปไม่ได้ช้า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง จะมีผลทำให้มีความเสื่อมของการทำหน้าที่ด้านร่างกายเกิดขึ้นตลอดเวลา (Penninx and colleagues, 2000) มีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักและเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าจะทำให้ functional recovery ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ดีที่ระยะเวลา 3 เดือนและ 6 เดือนหลังจำหน่าย (Voshaar et al., 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักและเกิดภาวะซึมเศร้าจะมีการฟื้นตัวในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้น้อยกว่า ผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (depression) (Shyu et al., 2004)

การสนับสนุนทางด้านสังคม (social support) มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดทั้งทางตรง เช่นการสนับสนุนในเชิงของการช่วยเหลือ และสนับสนุนทางอ้อม ได้แก่การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการให้ข้อมูล การสนับสนุนด้านจิตใจและความรู้สึก เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพทั้งในด้านของการต่อสู้กับปัญหาจากการเจ็บป่วย ช่วยลดความรุนแรงของปัญหา รวมไปถึง

การทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และมีผลทำให้เกิดการฟื้นตัวที่ดี จากการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหว (ambulation) และการทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) ลดลง (Kirk-Sanchez, 2004; Givens et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ (functional recovery) ในระยะเวลา 2 เดือนหลังจำหน่ายดีกว่าผู้ป่วยที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย (Oh & Feldt, 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่าการศึกษาวิจัยเรื่องของการฟื้นตัวส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกซึ่งเป็นแบบนัดหมายล่วงหน้า (elective case) ส่วนการฟื้นตัวในกรณีฉุกเฉิน (emergency case) ยังมีค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความปวด (pain) ภาวะซึมเศร้า (depression) การสนับสนุนทางสังคม (social support) ว่ามีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดหรือไม่ และมีความสัมพันธ์กันอย่างไร ผลจากการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในการหาแนวทางในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการฟื้นตัวที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) วิเคราะห์ความสัมพันธ์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่นำมาศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกระดูกสะโพกหักและได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกและวิธีการใส่เหล็กตามภายใน มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึง มกราคม พ.ศ. 2553 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. มีคะแนนจากการประเมิน Mini-Mental State Examination เท่ากับหรือมากกว่า 24 คะแนน
2. ไม่มีการหักแบบ multiple fracture
3. ไม่มีภาวะการเสื่อมหรือเป็นโรคข้ออยู่ก่อน
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ การติดเชื้อ การหลุดของข้อเทียม หรือภาวะแทรกซ้อนที่มีผลให้มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาจากเดิม
5. พุดคุยสื่อสารได้เป็นปกติ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ $\alpha = .05$ ให้อำนาจการทดสอบ $\text{power} = .80$ และเนื่องจากไม่มีตัวอย่างของการกำหนด effect size จากงานวิจัยที่ทบทวน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร effect size ในการวิจัยครั้งนี้เป็นขนาดกลาง (medium effect size = .30) ตามข้อเสนอแนะของ โพลิต และ เบ็ค (Polit & Beck, 2008) ที่ว่า การวิจัยทางการแพทย์หรือทางสังคมศาสตร์สามารถกำหนดขนาดคوتيฟผลเป็นขนาดกลางได้ หากไม่มีค่าขนาดคوتيฟผลจากการศึกษาที่ผ่านมา จากการเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่าง 88 คน ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวนี้มีเพียงพอในการศึกษาที่ต้องการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล โรคประจำตัว และประวัติการหกล้ม

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้จากการสอบถาม และเวชระเบียน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ใช้แบบประเมิน ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Modified Barthel Activity of Daily Index (MBAI) (Jitapunkul, Kamolrantankul, & Ebrahim, 1994) เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พัฒนาแบบทดสอบโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ โดยพัฒนามาจากประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล (Barthel Index) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สร้างโดย Mahoney และ Barthel ในปี 1965 เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองภายใต้ข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวและความเสื่อมทางกายภาพ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถของบุคคลได้ง่าย ชัดเจน และรวดเร็ว เหมาะสมจะใช้ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุทางคลินิก Barthel Index เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงสูง จากการศึกษาของ Shah และคณะที่นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน 258 ราย ได้ค่าความสอดคล้องภายใน .87 (Shah, Vanclay, & Copper, 1989) ในประเทศไทยได้มีการนำเครื่องมือนี้มาแปลเป็นภาษาไทย และนำไปใช้ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ คือ สุวรรณี มหาภานันท์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .95 (สุวรรณี มหาภานันท์, 2538) มีการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 40 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .95 (สุมนา แสนมาโนช, 2541) ต่อมาได้มีการพัฒนาแบบทดสอบโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะเพื่อให้เหมาะกับการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุไทย โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเดิน การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขา การขึ้นลงบันได การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ คะแนนในแต่ละหัวข้อจะแตกต่างกันตามความยากง่ายของกิจกรรม คะแนนมากแสดงถึงระดับความต้องการการช่วยเหลือน้อย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่นกับกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 30 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และหาความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความปวด ใช้แบบประเมิน Pain Visual Analog Scale (PVAS) (Mc Caffery, 1999) เป็นเส้นตรงตามแนวนอนที่มีความยาว 10 ซม. โดยที่ปลายสุดด้านซ้ายของเส้นตรงเขียนว่า “no pain” (ไม่ปวด) และปลายสุดด้านขวาของเส้นตรงเขียนว่า “the worst pain imaginable” (ปวดรุนแรงที่สุดเท่าที่เคยมีมา) ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงในตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกปวดในขณะนั้น แล้วผู้วิจัยนำไปเปรียบเทียบกับสเกลตัวเลขมาตรฐานอีกครั้ง แบบประเมิน Pain Visual Analog Scale เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว มีผู้นำไปใช้ประเมินในผู้ป่วยผ่าตัดแบบฉุกเฉินจำนวน 60 คน และผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินจำนวน 101 คน พบว่าแบบประเมินนี้มีค่า Validity และค่า Reliability สูง (Deloach, Higgins, Caplan, & Stiff, 1998; Gallagher, Bijur, Latimer, & Silver, 2002) แบบประเมินมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนนต่ำหมายถึงมีความปวดน้อย คะแนนสูงหมายถึงมีความปวดมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Geriatric Depression Scale (GDS) ที่สร้างโดย Yesavage ในปี ค.ศ. 1983 เป็นแบบสอบถามที่ได้รับความนิยมมาก สำหรับประเทศไทยได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย อรรพรรณ ลิ้มทองอินทร์ (2535) และหาค่าความเชื่อมั่นได้ .94 ต่อมาได้มีการนำแบบประเมินนี้มาพัฒนาเป็นแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) โดยใช้ชื่อว่า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) และหาค่าความเที่ยงตรงได้ .93 แบบประเมินนี้ประเมินความรู้สึกในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ คำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกในทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 และอีก 20 ข้อเป็นข้อคำถามในทางลบ เป็นแบบวัดที่ใช้สะดวก เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้น มีความเที่ยงตรงสูง และเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 30 รายโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 และหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม MOS social support survey เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย Sherbourne และ Stewart ในปี 1991 (Sherbourne & Stewart, 1991) โดยผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย และแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา จากนั้นส่งเครื่องมือที่แปลเป็นภาษาอังกฤษให้เจ้าของเครื่องมืออีกครั้งเพื่อขอคำแนะนำ และนำกลับมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำที่เจ้าของ

เครื่องมือแสดงความคิดเห็น และส่งกลับไปให้เจ้าของเครื่องมืออีกครั้ง เนื่องจากแบบสอบถามนี้ครอบคลุมทุกด้าน มีจำนวนข้อคำถาม 19 ข้อซึ่งไม่มากเกินไป ประกอบด้วยการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการให้ข้อมูลจำนวน 8 ข้อ การสนับสนุนในเชิงของการช่วยเหลือ จำนวน 4 ข้อ การสนับสนุนด้านจิตใจและความรู้สึกจำนวน 3 ข้อ และการสนับสนุนด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้านบวกจำนวน 4 ข้อ แบบสอบถามนี้มีค่า Validity และค่า Reliability สูง นอกจากนี้ยังมีการนำไปใช้ในประเทศแถบเอเชียได้แก่ประเทศไต้หวันและประเทศจีน ซึ่งเป็นประเทศที่มีวัฒนธรรมคล้ายคลึงกับประเทศไทย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟามากกว่า .80 (Shyu, Tang, Liang, & Weng, 006) คำตอบเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 30 รายโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Conbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการ ในเรื่องการขอรับการพิจารณาตรวจสอบจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี
2. หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลราชวิถี โดยชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งเพื่อแนะนำตัวและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ติดตามผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่รับใหม่ และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและชี้แจงเรื่องสิทธิของผู้ป่วยให้รับทราบ อธิบายเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ระยะเวลาได้แก่ ระยะที่ 1 สอบถามในเรื่องของข้อมูลส่วนบุคคล ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม หลังผ่าตัดวันที่ 3 หรือ เมื่อผู้ป่วยเริ่ม Ambulation ระยะที่ 2 สอบถามข้อมูลใน

เรื่องของการสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางโทรศัพท์ จากผู้ป่วยหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการรับโทรศัพท์ 1 เดือนภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

6. ประเมินคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ที่มีคะแนนการรับรู้เท่ากับหรือมากกว่า 24 คะแนนจะถูกเลือกเข้าร่วมในการวิจัย และให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้คัดผู้ป่วยออกจำนวน 27 รายเนื่องจากมีคะแนนการรับรู้ต่ำกว่า 24 คะแนน

7. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 40 นาที (และเก็บข้อมูลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่ระยะเวลา 1 เดือนภายหลังจำหน่าย โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการในการตอบแบบสอบถาม เช่นอ่านหนังสือไม่ได้ หรือสายตา มองเห็นไม่ชัด ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ฟัง และให้ตอบทีละข้อจนครบข้อคำถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 10 ราย ซึ่งในขั้นตอนของการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยต้องตัดกลุ่มตัวอย่างออกด้วยเหตุผลดังนี้คือ 5 ราย เนื่องจากแพทย์ปรับแผนการรักษาโดยห้ามผู้ป่วยเดิน 3 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ และอีก 2 รายตัดออกเนื่องจากผู้ป่วยถึงแก่กรรมก่อนเก็บข้อมูลระยะที่ 2 อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้เก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมจนสมบูรณ์ทุกขั้นตอนจำนวน 86 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลศิริราชจำนวน 41 คน โรงพยาบาลเลิดสินจำนวน 18 คน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 15 คน และโรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 12 คน

8. หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ ซึ่งแจ้งให้ผู้เข้าร่วมทำวิจัยทราบถึงสิทธิในการที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล โดยผู้ทำวิจัยให้ข้อมูลถึงขั้นตอนการทำวิจัย โดยละเอียดและถ้าผู้เข้าร่วมมีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ต้องชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมทำวิจัยทราบว่าข้อมูลต่างๆ จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัย มีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามในข้อที่ไม่ต้องการตอบหรือมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมการทำวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/Windows (Statistical Package of Social Science) ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ สิทธิในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
2. คำนวณความปวดวิเคราะห์โดยหา ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. คำนวณของภาวะซึมเศร้าวิเคราะห์โดยหาค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. คำนวณการสนับสนุนทางสังคมวิเคราะห์โดยหา ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
5. คำนวณการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่วิเคราะห์โดยหาค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
6. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

6.1 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยทดสอบค่าการกระจายของตัวแปรต้น ได้แก่ ระดับความเจ็บปวด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่

6.2 ผลการทดสอบพบว่า การกระจายของตัวแปรทั้งระดับความเจ็บปวด ภาวะซึมเศร้า และการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ไม่เป็นโค้งปกติ แต่คะแนนการสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะเป็นโค้งปกติเพียงค่าเดียว ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สหสัมพันธ์ของเพียร์สันในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

6.3 ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการแก้ปัญหา เมื่อข้อมูลมีลักษณะไม่ตรงตามเงื่อนไขของการใช้สถิติ โดยการเปลี่ยนรูปแบบข้อมูล (Data Transformation) ของคะแนนระดับความเจ็บปวด คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนการสนับสนุนทางสังคม และคะแนนการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ ให้เป็นคะแนนมาตรฐาน (Standard Score) หรือคะแนน ซี (Z Score) และได้ทดสอบการกระจายทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น ซึ่งพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงของการใช้การวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (รายละเอียดแสดงในภาคผนวก)

6.4 นำคะแนนมาตรฐานของตัวแปรต้น และตัวแปรตามมาวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารั้งนี้เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อสะโพกจำนวน 86 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.3 เพศชาย ร้อยละ 33.70 มีอายุเฉลี่ย 76 ปี ($SD = 7.60$) สถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 50 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยเปอร์เซ็นต์ การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 68.6 และร้อยละ 67.4 ไม่มีรายได้ ค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพียงพอไม่มีหนี้สินร้อยละ 87.2 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิเบิกจากต้นสังกัด และบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจำนวนที่เท่ากันคือ ร้อยละ 46.5 กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการล้มมาก่อน ร้อยละ 26.7 และมีจำนวนครั้งของการล้มคือ 1 ครั้งต่อปี รองลงมาได้แก่ 3 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 39.1 และ 30.4 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา

ในการศึกษารั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 21.6, 35.1 และ 32.4 มีโรคประจำตัว 1 โรค 2 โรคและ 3 โรคตามลำดับ โรคประจำตัว 3 โรคแรกได้แก่ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 66.3) รองลงมา ได้แก่ เบาหวานและโรคหัวใจ (ร้อยละ 34.9 และ 23.3 ตามลำดับ) สาเหตุที่ทำให้กระดูกสะโพกหักในการศึกษารั้งนี้คือ ลื่นล้ม รองลงมาได้แก่ ตกจากที่สูงและอุบัติเหตุทางรถ (ร้อยละ 84.9, 9.3 และ 5.8 ตามลำดับ) ในการเข้ารับการรักษาร้อยละ 55.8 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Femoral neck fracture ร้อยละ 44.2 เป็น Intertrochanteric fracture และการผ่าตัดที่ได้รับ ได้แก่ การทำ Internal fixation รองลงมาคือการผ่าตัด Hemiarthroplasty (ร้อยละ 54.7 และ 45.3) ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดอยู่ในช่วง 1.3 – 4 ชั่วโมง ($\bar{X} = 2.22$, $SD = 0.56$) ระยะเวลาในการรอผ่าตัดและจำนวนวันของการนอนโรงพยาบาล จากการศึกษารั้งนี้พบว่าร้อยละ 17.4 ใช้ระยะเวลาในการรอผ่าตัด 4 วัน ($\bar{X} = 6.69$, $SD = 4.27$) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลรวมของการผ่าตัดทั้ง 2 ชนิดเฉลี่ย 15.77 วัน ($SD = 7.52$) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของการทำผ่าตัดชนิด Hemiarthroplasty เฉลี่ย 16.95 วัน ($SD = 8.94$) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของการทำผ่าตัดชนิด Internal fixation เฉลี่ย 15.34 วัน ($SD = 5.93$)

ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย พบว่า 76 รายมีอาการปวดแผล (ร้อยละ 88.4) โดยมีคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 (SD = 2.74, Min = 0.00, Max = 10.00) ร้อยละ 41.9 ปวดแผลระดับเล็กน้อย รองลงมาเป็นการปวดในระดับปานกลางและระดับมาก (ร้อยละ 29.1 และ 17.4 ตามลำดับ)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 ราย ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 60.5) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 รายเกิดภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 39.5) ร้อยละ 27.9 เกิดภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 11.6 เกิดภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง โดยคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าคือ 10.52 (SD = 5.75, Min = 1, Max = 22)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 คน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนของมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระหว่าง 22-95 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ 19-95 คะแนนโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51.97 (SD = 13.648) และเมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมรายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.55 การสนับสนุนในเชิงของการช่วยเหลือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.08 การสนับสนุนด้านจิตใจและความรู้สึกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.68 การสนับสนุนด้านการมีปฏิสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.71

การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด ซึ่งวัดจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย พบว่าคะแนนของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเฉลี่ยที่ 15.73 (SD = 3.48) และร้อยละ 87.2 ต้องการพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 7.0 มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นในระดับปานกลางและมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมดร้อยละ 5.8

ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการฟื้นตัวด้านการทำ หน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันซึ่งได้นำคะแนนของความปวดและคะแนนรวมของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาวิเคราะห์พบว่าความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ ($p > .05$, $r = -.16$) การหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$, $r = -.35$) และการหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $r = .25$)

การอภิปรายผล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 66.3) มีอายุเฉลี่ย 76 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า เพศหญิงจะเกิดภาวะกระดูกหักมากกว่าเพศชาย และเกิดมากกว่าถึง 2.7 เท่า (Kanis et al., 2004; Shyu, Tang, Tsai, Liang & Chen, 2006; Arinzon et al., 2007) การเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น (Braithwaite, Col & Wong, 2003; Lin & Chang, 2004; Hershkovitz et al., 2007) อธิบายได้ว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นมวลกระดูกเริ่มลดลง ผู้หญิงมีอัตราการสูญเสียมวลกระดูกสูงมากในระยะก่อนหมดประจำเดือนหรือหลังหมดประจำเดือนช่วง 5 ปีแรก สาเหตุของการเกิดกระดูกสะโพกหักในการศึกษารุ่นนี้สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการลื่นล้มซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 84.9 ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเองซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายที่เสื่อมลงตามวัย (Jitapunkul, 1999) ได้แก่ ความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย เช่นผู้ที่มีความบกพร่องในการได้ยินและการมองเห็น ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งต่างๆช้าลง หรือเกิดการเสื่อมของระบบประสาทสัมผัส เป็นต้น ความพร่องด้านการรู้คิด ภาวะโรคร่วม ภาวะกระดูกพรุน โดยพบว่าปัจจัยภายในเหล่านี้เป็นสาเหตุของการล้มถึงร้อยละ 40.7 (Formiga et al., 2008) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.8) เกิดการหักชนิด Femoral neck fracture และร้อยละ 44.2 เป็น Interochanteric fracture การผ่าตัดที่ได้รับคือการทำ Internal fixation รองลงมาคือการผ่าตัด Hemiarthroplasty (ร้อยละ 54.7 และ 45.3 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ร้อยละ 46.5 มีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพถึง ร้อยละ 68.6 ทำให้ไม่มีรายได้ที่เกิดจากตนเองโดยตรง (ร้อยละ 67.4) แต่

ค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพียงพอไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 87.2) เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิเบิกจากต้นสังกัด และสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 46.5 เท่ากัน) และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประวัติการล้มมาก่อนถึงร้อยละ 26.7 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86) มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคขึ้นไป โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 66.3) รองลงมาได้แก่ เบาหวานและโรคหัวใจ (ร้อยละ 34.9 และ 23.3 ตามลำดับ) สนับสนุนการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่พบว่า มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค (Aharonoff, Immerman & Zuckerman, 2004) และโรคร่วมที่พบ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต (Arinzon et al., 2007; Corsinovi et al., 2008) ภาวะโรคร่วมเหล่านี้ก็เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดการล้มได้ง่าย เนื่องจากมีผลต่อการรับสัมผัส การไหลเวียน และการปรับสมดุลของร่างกาย

ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดแผลร้อยละ 88.4 โดยมีคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 โดยร้อยละ 41.9 ปวดแผลระดับเล็กน้อย รองลงมาเป็นปวดในระดับปานกลาง และระดับมาก (ร้อยละ 29.1 และ 17.4 ตามลำดับ) สนับสนุนการศึกษาของ Morrison และคณะที่ทำการศึกษาระดับความปวดในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 411 คน พบว่าคะแนนความปวดเฉลี่ยขณะผู้ป่วยลุกจากเตียงในวันที่ 3 หลังผ่าตัดเท่ากับ 3.3 และร้อยละ 83 มีระดับความปวดในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง (Morrison et al., 2003) อธิบายได้ว่าความปวดหลังผ่าตัดจะเป็นความปวดเฉียบพลัน (acute pain) คือเป็นความรู้สึกปวดจากการทำลายของเนื้อเยื่อ ร่างกายมีการหลั่งสารชีวเคมี ที่สามารถทำให้มีความปวดถูกหลั่งออกมาเฉพาะที่ ณ บริเวณที่เกิดการบาดเจ็บ จะกระตุ้นปลายเส้นประสาทชนิด C และ A delta ทำให้เกิดให้เกิดสัญญาณส่งไปยังไขสันหลังส่วนหลัง (dorsal horn) หรือเซลล์ประสาทรับรู้ (sensory nuclei) ของเส้นประสาทบริเวณศีรษะ ซึ่งเป็นตำแหน่งที่อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณให้เพิ่มขึ้นหรือลดลง แล้วจึงส่งขึ้นไปยังบริเวณเปลือกสมองทำให้เกิดการรับรู้และการตอบสนอง (พงศ์การดี เจาทะเกษตริน, 2547) ความปวดหลังผ่าตัดข้อสะโพกมักจะรุนแรงในระยะแรกโดยอาจขึ้นกับลักษณะและปริมาณของการบาดเจ็บ และจะค่อยๆ ลดลงในวันต่อๆ มา เนื่องจากเมื่อแผลภายนอกหายเป็นปกติสารชีวเคมีจะมีปริมาณลดลงแต่ระบบประสาทรับรู้ยังคงทำงานต่อไปอีกระยะหนึ่ง อาการปวดจึงลดลงกว่าเดิม ความปวดจากการรับรู้การบาดเจ็บ (nociceptive pain) หมดไป คงเหลือแต่ความปวดที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง แม้ว่าความปวดภายหลังทำผ่าตัดข้อสะโพก จะเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน (acute pain) แต่ก็อาจจะปวดต่อเนื่องไปได้ในระยะยาว ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ อย่าง เช่น

ระดับของความปวด ระดับความอดทนต่อความปวด การตอบสนองต่อความปวดของผู้ป่วย ภาวะเครียดของแต่ละบุคคล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รวมไปถึงชนิดของการหักของกระดูก สะโพกตลอดจนชนิดของการทำผ่าตัด

อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า ระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ (ค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 3.3) และมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ไม่มีอาการปวด อธิบายได้ว่าอาจมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด เช่น ภาวะโรคร่วมที่มีผลทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทการรับรู้ (sensory impairment) หรือยาแก้ปวดที่ได้รับอย่างเพียงพอ และมีประสิทธิภาพที่มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัดและได้รับยาแก้ปวดทางช่องไขสันหลัง (epidural analgesia) 4 วันติดต่อกันหลังผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาแก้ปวดทางช่องไขสันหลัง (Foss, Kristensen, Kristensen, Jensen, & Kehlet, 2005)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.5 เกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 27.9 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 11.6 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง สนับสนุนงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีกระดูกสะโพกหักพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดภาวะซึมเศร้าขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 31 (Given, Sanft & Marcantonio, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shyu และคณะที่ทำการศึกษานี้ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจำนวน 118 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.2 เกิดภาวะซึมเศร้าเป็นระยะเวลาสั้นๆ และร้อยละ 31.3 เกิดภาวะซึมเศร้าเป็นระยะเวลานาน (Shyu et al., 2008) สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะกระดูกหักและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น การที่ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่และการรักษาที่ได้รับ ร่วมกับภาวะของโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ถือว่าเป็นสิ่งเร้าที่มากลุมคามชีวิตจะส่งผลทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมองส่วนของลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุมให้การทำหน้าที่ในด้านต่างๆของร่างกายเกิดขึ้นตามปกติ ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotion) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical) การมีเพศสัมพันธ์ (sexual drives) และการตอบสนองต่อความเครียด ภาวะต่างๆที่อยู่ในสมองส่วนของ limbic system ได้แก่ hypothalamus เป็นส่วนที่ทำให้เกิดการตอบสนองต่อการทำหน้าที่หลายอย่าง ได้แก่ การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การนอนหลับ ความอยากอาหาร การมีเพศสัมพันธ์ ปฏิกริยาต่อความเครียด และการมีกิจกรรมอื่นๆ ให้เกิดขึ้นตามปกติ นอกจากนี้ยังควบคุมการทำงานของต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ซึ่งกระตุ้นการหลั่ง adrenocorticotrophin hormone (ACTH) และ ACTH มีหน้าที่กระตุ้น

adrenal gland ให้หลั่ง cortisol นอกจากนี้ยังมีอวัยวะในสมองส่วนของ Limbic system ซึ่งเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ได้แก่ amygdala และ hippocampus ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเกิดความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมองและการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีนี้ส่งผลกระทบให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้า (Heim & Nemeroff, 1999)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.83 มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ($\bar{X} = 51.97$, $SD = 13.648$) ร้อยละ 51.17 มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งจากวัฒนธรรมและแบบแผนของสังคมไทย เป็นลักษณะสังคมที่มีความผูกพันในครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ผู้สูงอายุส่วนมากมักจะอาศัยร่วมกับคู่สมรสหรือครอบครัวที่เป็นบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง ทำให้ได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เช่น การมาเยี่ยม มาเฝ้าดูแลและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณค่าได้รับความรัก การเอาใจใส่ดูแล ความนับถือ การยกย่อง ความเห็นอกเห็นใจ ตลอดจนการช่วยเหลือทางการเงิน วัตถุ และสิ่งของต่างๆ นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นๆ เช่น เพื่อนบ้านอยู่เป็นประจำ จึงทำให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันร่วมด้วย ซึ่งเป็นเหตุทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมสูง ส่วนกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มอาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ร้อยละ 7.0 เป็นโสด ร้อยละ 39.5 เป็นหม้ายและร้อยละ 3.5 สถานภาพหย่า จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มีกลุ่มทางสังคมที่เล็กลง นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 67.4 ไม่มีรายได้ต้องอาศัยค่าใช้จ่ายจากลูกหลาน ซึ่งส่วนใหญ่ลูกหลานต้องออกไปทำงาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ได้รับการช่วยเหลือเอื้อประโยชน์จากบุคคลอื่นน้อย

การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้วัดจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าคะแนนของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเฉลี่ยที่ 15.73 ($SD = 3.48$) และร้อยละ 87.2 มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย รองลงมา กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นในระดับปานกลาง และต้องการพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมดร้อยละ 7.0 และ 5.8 ตามลำดับ ซึ่งสนับสนุนการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า 25% ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง ในช่วงระยะเวลาระหว่างก่อนเกิดกระดูก

สะโพกหักและหลังเกิดกระดูกสะโพกหัก และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะเวลา 3 เดือนหลังกระดูกสะโพกหัก (Cree et al., 2001) และมีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 126 คนพบว่าในระยะเวลา 1 เดือนหลังเกิดกระดูกสะโพกหัก 50% ของผู้ป่วยมีระดับของการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และมากกว่า 25% มีระดับของการทำกิจวัตรประจำวันลดลงในระยะเวลา 6 เดือน (Givens et al., 2008) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัดและติดตามการฟื้นตัวในระยะเวลา 1 ปี พบว่าภายหลังทำผ่าตัด ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่าก่อนกระดูกหัก และต้องพึ่งพามุคคลอื่น (Lin & Chang, 2004) และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัดถึง 50% ที่สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายและไม่สามารถกลับไปปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดังเดิม (Ganz, Peterson, Russo, & Guccione, 2007) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุมีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดแล้ว ส่วนใหญ่จะเกิดความยากลำบากในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเพื่อกลับไปมีการทำหน้าที่ของร่างกายได้ดีเท่าเดิมหรือได้ใกล้เคียงสภาวะเดิมมากที่สุด ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยหลายๆ อย่าง ทั้งปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของสภาพร่างกายตามวัยที่สูงขึ้น ร่วมกับการมีภาวะโรคร่วมที่เกิดขึ้นตามวัยเมื่อได้รับการรักษาจากภาวะกระดูกสะโพกหักแล้วจะทำให้เกิดฟื้นตัวได้ช้า ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เหมือนเดิม การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง นอกจากนี้ผลต่อเนื่องและโรคแทรกซ้อนจากการนอนอยู่นานก็จะเกิดขึ้นได้แม้จะนอนต่อเนื่องเพียงไม่นาน ซึ่งจะทำให้เกิดการถดถอยของสภาวะร่างกาย เช่น ทำให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดลดลง การเสื่อมลงของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งจะยิ่งเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ก็มีผลทำให้มีการลดลงของสมรรถภาพสำรอง ถึงแม้สมรรถภาพที่มีอยู่จะเพียงพอ ในสภาวะปกติแต่เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงจากโรคและมีความจำเป็นต้องใช้สมรรถภาพสำรองแล้วระบบอวัยวะและความสมดุลในร่างกาย ของผู้ป่วยสูงอายุจะทรุดตัวหรือล้มเหลวลงอย่างรวดเร็วซึ่งส่งเสริมให้เกิดภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้การฟื้นตัวเป็นไปได้ยากลำบาก และเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะการพึ่งพาเพิ่มมากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดและการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

จากการศึกษานี้พบว่าความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ ($r = -.16, p > .05$) ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าความปวดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการฟื้นตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การศึกษาของ Cree และคณะ ที่ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักและพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักในระดับปานกลางถึงระดับ

รุนแรง จะมีความลำบากในการออกกำลังกาย และมีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะพังพาดหลังกระดูกสะโพกหัก (Cree et al., 2001; Morrison et al., 2003 ; Arinzon et al., 2007) และอาการปวดมีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลง มีผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงด้วย ดังเช่นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีภาวะกระดูกสะโพกหักแต่ยังคงต้องปฏิบัติโปรแกรมการออกกำลังกายแล้วพบว่า ผู้ที่มีภาวะในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ Quadriceps กล้ามเนื้อ Hamstring และกล้ามเนื้อ Gluteus medius ลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลงและความสามารถในการออกกำลังกายทำได้น้อย ทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย (Onder et al., 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการปวดมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างไม่ยอมทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดภาวะการพังพาดตามมา (Herrick et al., 2004) จากผลการศึกษาพบว่าความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุและส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และโรคประจำตัวเหล่านี้ มีผลต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย อาจมีความผิดปกติของระบบประสาทการรับรู้ (sensory impairment) มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นหรือการได้ยิน และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการปวดเพียงเล็กน้อย จากการศึกษาในผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพพบว่าผู้ที่มีความผิดปกติของระบบประสาทการรับรู้จะมีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ได้ไม่ดี (Fusco et al., 2009) นอกจากนี้ภาวะโรคร่วมอื่น เช่นผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วยจะมีผลทำให้การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่เป็นไปได้ช้าเนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงอยู่แล้วสอดคล้องกับการศึกษาของ Mingli และคณะ (2009) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วยและพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการฟื้นตัวได้ไม่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

การศึกษานี้ พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$, $r = -.35$) สอดคล้องกับผลการศึกษาในหลายๆ การศึกษาก่อนหน้านี้ เช่นการศึกษาในผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดข้อสะโพกพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ความสามารถในการ

เคลื่อนไหว (ambulation) และการทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) ลดลง (Kirk-Sanchez, 2004; Givens, Sanft & Marcantonio, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Vosbaar และคณะ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 139 คนและพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะซึมเศร้า ภายหลังเกิดกระดูกสะโพกหักมีผลทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัด เป็นไปได้น้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะเวลา 3 และ 6 เดือนภายหลังออกจากโรงพยาบาล (Vosbaar et al., 2007) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนและมีภาวะการเจ็บปวดเรื้อรังจำนวน 41 คน พบว่าคนที่เกิดภาวะซึมเศร้าจะมีระดับคะแนนของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kaupila, Pesonen, Tarkkila & Rosenberg, 2007) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าส่งผลโดยตรงต่อความเชื่อในสมรรถนะของตนเองของผู้ป่วย มีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงที่มีกระดูกสะโพกหัก แล้วพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านำมาจะทำให้ความเชื่อในสมรรถนะของตนเองลดลง และส่งผลทำให้พฤติกรรมการออกกำลังกายหลังทำการผ่าตัดลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นตัวได้ช้า (Resnick et al., 2007) และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (depression) จะมีความผิดปกติของการรับรู้ (impairment cognitive function) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และ walking ability ได้น้อยกว่า (Shyu et al., 2008) นอกจากนี้ Arinzon และคณะได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 165 คนพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ดี เท่าผู้ป่วยที่มีภาวะทางด้านอารมณ์ปกติ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะรบกวนแบบแผนพฤติกรรมตามปกติและรบกวนกระบวนการคิดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในเรื่องของอาการปวดและไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ดีเท่าที่ควร และมีผลทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรต่างๆหรือแม้แต่โปรแกรมการออกกำลังกายได้น้อยทำให้การฟื้นตัวเกิดได้ช้า (Arinzon et al., 2007)

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของ ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$, $r = .25$) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีกระดูกสะโพกหักจำนวน 101 คน และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันด้านต่างๆ เช่น การเตรียมอาหาร การจ่ายตลาด เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมและส่งเสริมให้มีการฟื้นตัวที่ดี จึงเชื่อได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการฟื้นตัวในทางอ้อม (Roberto, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shyu และคณะที่ศึกษาในผู้ป่วย

มีกระดูกสะโพกหักจำนวน 126 คนและพบว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่ดีจะมีการฟื้นตัวในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นสูงได้ดีที่ระยะเวลา 6 เดือนภายหลังจำหน่าย (Shyu et al., 2006) นอกจากนี้ยังมีผู้ทำการศึกษาในผู้ป่วยวัยกลางคนจนถึงผู้สูงอายุที่มีการบาดเจ็บของแขนและขาที่มีสาเหตุจากการล้ม ทั้งกระดูกสะโพกหัก กระดูกแขนและกระดูกขาหัก และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีการฟื้นตัวได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเมื่อติดตามผลลัพธ์ในระยะเวลา 5 เดือนและ 12 เดือน (Kempen, Scaf-Klomp, Ranchor, Sanderma, & Ormel, 2001) และยังมีการศึกษาในผู้ป่วยที่ผ่าตัดทรวงอกและผ่าตัดช่องท้องจำนวน 605 คน พบว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีผลให้ระดับของความปวดและความไม่สุขสบายจากความปวดก่อนการผ่าตัดลดลง รวมไปถึงระดับของความเครียดก็ลดลงด้วย และมีผลทำให้หลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างมีระดับของความปวดต่ำและมีความเครียดน้อย และส่งผลต่อการฟื้นหลังผ่าตัดซึ่งประเมินจากระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย (Mitchinson et al., 2008) นอกจากนี้ยังมีผู้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจำนวน 217 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือทำให้ภาวะซึมเศร้าลดน้อยลง และผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่คนเดียวพบว่าจะมีภาวะซึมเศร้าสูง มีผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและเกิดภาวะสุขภาพพลดลงตามมา (Alpass & Neville, 2003)

ผลการศึกษาสนับสนุนกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่กล่าวว่า ในกระบวนการเปลี่ยนผ่านจากภาวะการเจ็บป่วย บุคคลต้องการปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านหรือเกิดการฟื้นตัวไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านเรียกปัจจัยนี้ว่า ปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition condition) และผลการศึกษาทำให้ได้ข้อสรุปว่า สำหรับผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เป็นปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่าน หรือฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของร่างกายคือ ความซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นวิธีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เกิดการบาดเจ็บกระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัดฟื้นตัวจากภาวะการเจ็บป่วย ควรประกอบไปด้วย กิจกรรมที่สำคัญ 2 ประการคือ 1) การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินมาตรฐาน และหากพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าควรให้การดูแลและขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 2) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือในด้านต่างๆจากครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพาตนเองค่อนข้างต่ำ การสนับสนุนให้

ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาลตั้งแต่เริ่มแรก จึงเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่หลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ซึ่งเป็นการสนับสนุนแนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ เมลลิส ว่า การฟื้นตัวหรือเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะสุขภาพนั้น บุคคลต้องมีปัจจัยช่วยเหลือในกระบวนการเปลี่ยนผ่านอย่างเหมาะสม พยาบาลในฐานะนักบำบัดทางสุขภาพจึงควรใช้ข้อค้นพบจากงานวิจัยเพื่อสนับสนุนการฟื้นตัวของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังการผ่าตัดดังนี้

1. ตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านร่างกาย โดยนำเครื่องมือที่เหมาะสมมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักทุกราย และถ้าพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าก็ควรหาแนวทางในการดูแลแก้ไขซึ่งพยาบาลควรมีการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุม ซึ่งเมื่อภาวะซึมเศร้าได้รับการแก้ไขก็จะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ดีขึ้น
2. สนับสนุนให้ครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือเครือข่ายในสังคมของผู้ป่วยเกื้อกูลหรือสนับสนุนผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้เร็วขึ้น

ด้านการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นพื้นฐานเพื่อการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาล

ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาในเรื่องของการรับรู้ผิดปกติ (คะแนน TMSE < 24) เพราะการศึกษานี้จำกัดเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มที่มีคะแนนการรับรู้ปกติ (คะแนน TMSE $\geq$ 24) เนื่องจากต้องการประเมินภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย การศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ผิดปกติจะทำให้เกิดความครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วย ที่คาดว่าจะมีปัญหาระหว่างการฟื้นตัวด้านร่างกายมากขึ้น

THE RELATIONSHIP BETWEEN PAIN, DEPRESSION, SOCIAL SUPPORT
AND FUNCTIONAL RECOVERY IN ELDERLY PATIENTS WITH HIP
FRACTURE FOLLOWING SURGERY

NUNTA KHWANDEE 5036808 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ORAPAN THOSINGHA, (D.N.S.)
SUPORN DANAIDUTSADEEKUL, (D.N.S.), KONGKHET RIANSUWAN, M.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance

Hip fracture is one of the common problems in the elderly and the incidence is increasing according to the increased number of elderly population in the world. The incidence of hip fracture increase with age. An increasing number of hip fracture is expected worldwide, with a predicted rise from 1.26 million in 1990 to 2.6 million in 2025 and 4.5 million in 2050. (Gullberg, Johnell, & Kanis, 1997). More than 50% of hip fracture in the world occurred in Asia. (Pongchaiyakul et al., 2008) In Thailand, the incidences were 114 and 289 in men and women. (per 100,000) (Lau et al., 2001) The most common precipitating event for a fracture is a fall. The incidence of fall in the elderly was 20-30% by year in Thailand. (Jatapunkul & Suriwongpaisal, 2000). The incidence of hip fracture was approximately 40% after fall. (Pongchaiyakul, Songpattanasilp, & Taechakaichana, 2008)

Either hip arthroplasty or internal fixation was the most common treatment for hip fracture in the elderly. The major goals of hip surgery will be regaining prefracture ambulatory status and returning to their previous activities of daily living (Oh & Feldt, 2000; Deakin, Wenn, & Moran, 2008), reduce pain and help the elderly

to get of the bed earlier because elderly patients who have limitation of activities of daily living after surgery may develop complications which leading to prolonged hospitalization and recovery.

Despite the successful operation due to advances in operative techniques, the patients may be unable to regain the prefracture level of function and independence if they regained inappropriate rehabilitation or inadequate continuity of care. Functional recovery from hip fracture may be more difficult for elderly patients than patients who were younger because of the degenerative change in physical and mental health of aging. Since the physiologic aging changes in older people, they tend to be easily frail and suffer from more illness e.g. diabetes mellitus, hypertension, heart disease and suffer from more complications. Thus, after repair surgery for a hip fracture was found in elderly patients with limit physical activity and poor functional outcomes. (Oh & Feldt, 2000; Cameron, 2005). Previous research was found that 70% of persons undergoing hip repair surgery do not return to their prior level of functioning. (Folden & Tappen, 2007)

Functional recovery after hip fracture surgery defined as the functioning returns to prefracture level functional state or to full function, patients improve mobility and activities of daily living. An improve the recovery after hip repair surgery in elderly patients result in increase in functional ability, higher possibility of returning to prefracture activities of daily living (Oh & Feldt, 2000; HersHKovitz, Kalandariov, Hermush, Weiss, & Brill, 2007), decrease the changes in disability (Dai, Huang, Yang, Tsauo, & Yang, 2002 ; Rosell & Parker, 2003), decrease rate of postoperative complications, morbidity, emotional stress, and increase quality of life (QOL) (Shyu, Chen, & Liang, 2004 ; Boonen, 2004), decrease length of stay (LOS) (Monoco et al., 2003), decreased mortality (HersHKovitz et al., 2007), and decrease health care cost.(Woratanarat et al., 2005) Various factors have been reported to affect the functional recovery of patients with hip fracture e.g. age, sex, timing of surgery, cognitive status, prefracture functional ability, comorbidity, social support, pain, negative emotion, and type of surgery.

The purpose of this study was to examine the influence of pain, depression and social support on functional recovery in elderly patients following hip fracture surgery.

Pain might impede the recovery. Previous research was found that post operative pain is associated with delay ambulation, and long time functional impairment. (Morrison et al., 2003). Elderly patients who had undergone hip fracture surgery; they expressed fear of increased pain with movement and report their worst pain during physical therapy. (Oh & Feldt, 2000). Elderly patients might be less motivated to activity in the necessary rehabilitation to avoid increase pain. Furthermore, elderly patients with moderate or severe pain in the fracture hip had poorer gluteus medius strength in the fracture limb than those with no or mild pain. (Herrick et al., 2004). Poorer strength muscles inhibit physical activity and participation in physical therapy and related to poorer recovery.

Depression, which occurs in 16.8%-31.3% of elderly patients with a hip fracture (Voshaar et al., 2007; Shyu et al., 2008). Depression after hip fracture is associated with impaired functional recovery. It was consistent with the research of Penninx and colleagues (2000), who found that chronicity of depression, had an impact on decline in physical function over time. Previous studies of health outcomes and recovery after hip fracture have found that patients who became depressed had significantly less favorable recovery at three and six months after hip fracture. (Voshaar et al., 2007). It was consistent with other study that patients who were at persistent risk for depression had much less chance of recovering activities of daily living than patients at no risk for depression. (Shyu et al., 2008).

Social support is related to functional recovery after hip fracture surgery in elderly patients either directly support including tangible support or indirectly support including emotional /information support and affectionate support. Social support was related to activity limitations later in the recovery process. In a study with hip fracture in elderly patients reported that social support was related to delay ambulation and activities of daily living at 2 months after hip fracture in elderly patients. (Kirk-Sanchez, 2004; Givens et al., 2008). It was consistent with other study that social

support network size was significantly associated with functional recovery; patients who reported a greater number of network members achieved a higher level of functional status. (Oh & Feldt, 2000).

From the literature review, in Thailand, the studies related to functional recovery after hip surgery in elderly patients were conducted in elective cases, not in emergency cases. Thus, the researcher interested to studying about the relationship between pain, depression, social support and functional recovery in elderly patients with hip fracture following surgery. The finding from this study will help nurses and other health care providers need to evaluate the patients' support systems and necessary assistance should be arranged.

Research Objective

To examine the relationship between pain, depression, social support and functional recovery in elderly patients with hip fracture following surgery

Research Hypothesis

1. Pain was significantly negatively correlated with functional recovery in elder patients with hip fracture following surgery.
2. Depression was significantly negatively correlated with functional recovery in elder patients with hip fracture following surgery.
3. Social support was significantly positively correlated with functional recovery in elder patients with hip fracture following surgery.

Scope of the study

The purpose of this descriptive research was to determine the relationship between pain, depression, social support and functional recovery in elderly patients with hip fracture following surgery. The sample of 86 patients undergoing hip either arthroplasty or internal fixation, both males and females, aged 60 years and older who were hospitalized at the general orthopedic ward of Siriraj Hospital, Lerdsin Hospital, Phramongkutklao Hospital and Rajavithi Hospital, from May, 2009 to January, 2010.

Research Methodology

The present study was a descriptive research aimed to study the relationship between pain, depression, social support and functional recovery in elderly patients with hip fracture following surgery.

Population and sampling

The populations of this study was 86 patients with hip fracture and had an internal fixation or arthroplasty, both males and females, aged 60 years and older who were hospitalized at the general orthopedic ward of Siriraj Hospital, Lerdsin Hospital, Phramongkutklao Hospital and Rajavithi Hospital, from May, 2009 to January, 2010.

Sample size

The sample size was calculated using the power analysis. (Polit & Beck, 2008). The power analysis was determined at power of test = .80, the medium effect size ($r = .30$) with the level of confidence $\alpha = .05$. Therefore, the sample size in this study was 88. The participants were recruited by the following criteria.

Inclusion criteria

1. Patients scoring of Mini-Mental State Examination were ≥ 24
2. Having no multiple fractures
3. Having no complications following surgery e.g. infection, prosthetic joint dislocation or complications that cause change the treatment.
4. Having no joint arthritis.
5. Able to communicate and willing to participate in this study.

Data Collection Instruments

Demographic characteristics questionnaire was developed by the researcher to describe demographic characteristics of the elderly patients it include a) information about the patients' age, gender, marital status, religion, education level, occupation, family income, type of medication payment, health problem and history of

fall. b) information about the patients' cause of fracture, type of hip fracture, type of surgery, time of operative, treatment of analgesic, and time of hospitalization.

Modified Barthel Activity of Daily Living Index (MBAI) that was modified from the Barthel Activity of Daily Living Index (Mahoney & Barthel, 1965) and translated into Thai by Chavalee Yamvong (B.E. 2538) and modified in Thai version by Jitapunkul and colleagues (1994). It is widely used for measuring functional status and rating self-care abilities in elderly people. The question of the MBAI covered feeding, transferring, moving, dressing, grooming (brushing teeth, combing hair, shaving and make up), toilet use, climbing stairs and bowel and bladder control, which are the basic ADLs. The values assigned to each item in the BI were based on the amount of physical assistance required to perform the task. Scoring is based on performance either by report or observation. The total scores ranged from 0-20. A score of 0-4 suggested total dependence, 5-8 severe dependence, 9-11 moderate dependence, and 12-19 mild dependence, and 20 independence. In this study, the researcher used the MBAI to measure the functional status in 30 elderly patients and found that the Conbach's Alpha coefficient were .82 and were .82 in 86 elderly patients

Pain Visual Analog Scale (PVAS) (McCaffery & Pasero, 1999) was used to assess the severity of pain sensation at the operative hip during movement or activities. The PVAS is a tool widely used to measure pain. It provides a continuous scale for subjective magnitude estimation and is a horizontal 10 cm line anchored on one end with 0 (no pain) and on the other with 10 (the worst pain ever experienced). The subjects were asked to place a mark on the line at a point representing the severity of surgical hip pain with movement. The pain intensity score was determined by measuring in millimeters. The high scores indicate that high intensity of pain.

Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) (Train The Brain Forum Committee, 1994) was used to assess the depressive symptoms. The TGDS was developing in Thai version by Train The Brain Forum Committee (1994) from the Geriatric Depression Scale (GDS) (Yesavage, 1983) which was translated in Thai version by Letonginch (1992). The TGDS is a 30 items self-report scale developed to

measure depressive symptom in the older population. The scale evaluates the symptoms that present over the last week. The total score of TGDS ranges from 0 to 30; the higher score indicate more depressive symptoms; 0-12 score points normal, 13-18 points mild depression, 19-24 points moderate depression and 25-30 points severe depression. In this study, the researcher used the TGDS to assess the depressive symptoms in 30 elderly patients and found that the Conbach's Alpha coefficient were .71 and were .70 in 86 elderly patients

MOS Social Support Survey (Sherbourne & Stewart, 1991) was used to assess the social support which was translated from original English version into Thai version by the researcher. The MOS Social Support Survey was a multidimensional self-administered instrument to assess various functional dimensions of social support including emotional/information support, tangible support, affectionate support and positive social interaction. It consists 19 items based on 5- point Likert scale; 1= none of the time, 2= little of the time, 3= some of the time, 4= most of the time and 5= all of the time. Higher scores indicate greater perceived support. In this study, the researcher used the MOS Social Support Survey to assess the social support in 30 elderly patients and found that the Conbach's Alpha coefficient were .94 and were .95 in 86 elderly patients

Data Collection Procedure

Permission to conduct the study was obtained from the institutional review board of the tertiary care settings; Siriraj Hospital, Lerdsin Hospital, Phramongkutkloao Hospital and Rajavithi Hospital. After approval by the Faculty of Graduate Studies, the data were collected by the researcher through the following process;

1. The researcher submitted a proposal to the ethical committee on research involving health subjects of four tertiary hospitals.
2. The researcher introduced herself to head nurse and staff nurse at general orthopedics wards of four tertiary hospitals for informed consent process in data collection.
3. The researcher asked the staff for a name list of patients whose characteristics met the inclusion criteria.

4. The researcher assessed cognitive status with Thai Mental State Examination (TMSE). Patients scoring ≥ 24 on the TMSE were included to participation. In this procedure 27 patients were excluded because they had TMSE scores less than 24.
5. The consent form was explained to the patient and the patient's caregiver by the researcher.
6. When the written consent was obtained from the patient and the patient's caregiver, the researcher collected demographic characteristics data, pain, depression symptom and social support at 3 days postoperative or after the patients had ambulated included 40 min face-to-face interviews and collected ADL at 1 month following discharge included 10 min by interviews from the patient or the patient's caregiver. In the case that the subjects couldn't read or write and had a vision problem the researcher read the questions to them and asked them to answer. Then, the researcher wrote the answers in the questionnaires for the patients, 10 patients in this study could answer the questions by themselves. In this procedure some part of patient were excluded with these reasons, 5 patients cannot walk post operative, 3 patients had medicine complications and 2 patients died before collect data at 1 month following discharge. However, the researcher collected the complete both interviews (at 3 days postoperative and at 1 month following discharge) were 86 cases.

Protection of Human Rights

This study was conducted based on the protection of human rights. Eligible subjects were approached and asked to participate in the study. The researcher explained the purpose of the study, the research process, benefits, visiting by telephone, and right to refuse to participate in the study. The subjects who agreed to participate were informed and assured that data would be kept confidential and reported only as group data. In addition, participants were informed that they could withdraw from the study at any time.

Data Analysis

The data were analyzed using a computer program; Statistic Package for Social Sciences (SPSS) as follows:

1. The demographic characteristics data and information related to patients' illness were analyzed by the frequency, percentage, mean and standard deviation
2. Scores on the Pain Visual Analog Scale were analyzed by mean and standard deviation.
3. Scores on the Thai Geriatric Depression Scale were analyzed by mean and standard deviation.
4. Scores on the MOS Social Support Survey were analyzed by the highest and lowest scores, mean and standard deviation.
5. Scores on the Modified Barthel Activity of Daily Living Index were analyzed by mean and standard deviation.
6. The relationship between pain, depression, social support and functional recovery was analyzed by Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Findings and Discussion of Findings

Patient Demographic characteristics

A sample of 86 subjects completed both interviews at 3 days postoperative (or after the patients had ambulated) and at 1 month following discharge were mostly female (66.3 %), the finding were consistent with previous findings that studied the incidence of hip fracture and functional recovery in elderly patients with hip fracture and reported that the most of patients undergoing hip fracture were female (Kanis et al., 2004; Shyu, Tang, Tsai, Liang & Chen, 2006; Arinzon et al., 2007; Pongchaiyakul, Songpattanasilp, & Taechaichana, 2008). The mean age of patients was 76 years. This finding was agreed with other study that patients with hip fracture were occurred more frequent in elderly persons (Braithwaite, Col & Wong, 2003; Lin & Chang, 2004; HersHKovitz et al., 2007). The explanation of these finding are that elderly persons

have a lower normal bone mass and are at higher risk of developing osteoporosis and women are four times more likely to develop osteoporosis than men. Additionally, postmenopausal women under 65 years who have risk factors for osteoporosis other than menopause and osteoporosis increase the risk of hip fracture. 50 % of subjects were married. The mostly of subjects were unemployment (68.6 %) and no income (67.4 %). The most common precipitating event for this fracture is a fall (84.9 %) because the elderly has risk factors for fall include intrinsic factors and extrinsic factors.(Jitapunkul, 1999), intrinsic factors are impaired physical function, visual and hearing impair, cognitive impairment and sensory deficits, comorbid and osteoporosis. The cause of the fall was identified as intrinsic factors 41.8%. (Formiga et al., 2008), 55.8 % were diagnosed as femur neck fracture, 44.2 % were intertrochanteric fracture. All of the cases received surgery; 54.7 % experienced internal fixation and 45.3 % received hemiarthroplasty. Half of subjects were married (50%), all of the subjects were Buddhists, 46.5% of subjects finished primary school. Most of subjects were unemployed (68.6 %), 67.4% no income. The major of medical payment were government and 30 bath (both 46.5%), 26.7 % had experienced fall in the past year. Most of the elder patients (86 %) had one or more than one chronic disease. Respectively 66.3 %, 34.9 % and 23.3 % of patients had hypertension, diabetes mellitus and heart disease. Consistent with previous studies it was found that the patients with hip fracture had one or more underlying diseases (Aharonoff, Immerman & Zuckerman, 2004); these include diabetes mellitus, heart disease, stroke, kidney disease and neurological impairment. (Arinzon et al., 2007; Corsinovi et al., 2008)

Pain experience in elderly patients with hip fracture

Most of the elderly patients (88.4 %) reported pain experience. The average of PVAS at 3 days postoperative or after the patients had ambulated was 3.77 (SD= 2.74), 41.9 % had mild pain, 29.1 % had moderate pain and 17.4 % had severe pain. The finding corresponds with the recent studies on the hip fracture in elderly patients of Morrison et al. (2003) which found that mean pain scores over the first 3 postoperative days with transfer out of bed were 3.3, 83% of patients experienced moderate to severe pain getting out of bed. Arinzon et al. (2007) studied in 165 of

elder patients with hip fracture and found that the average pain score on admission was 7.38 and on discharge from the hospital 3.67. Furthermore, Aharonoff et al. (2004) studied elder patients with hip fracture and found that 68% of patient with hip fracture who had mild or no pain, 32% of patient had moderate to severe pain at 3 months post fracture. These results were explained by the pain pathway that when a high intensity stimuli (by tissue injury from surgery) activate polymodal nociceptors in the periphery. These unmodified bare nerve endings initiate action potential generation in small, myelinated A delta fiber and unmyelinated C fiber, within a mixed peripheral nerve. Impulses ascend and enter the spinal cord via the dorsal root and synapsing with second-order neurons in the superficial dorsal horn. From the first central synapse, onward transmission includes activation of neurons within the spinothalamic tract. The ascending pathways give off branches within the brainstem, and then synapse in the thalamus. At the level of the thalamus where multiple areas within the brain are activated, reflecting the complex nature of pain perception. After hip surgery, the patient had severe pain during movement, after that pain experience was decreased when the surgical wound was healing. Although, post surgery pain had a short duration and be acute pain in nature, it may continue longer (chronic pain) depending on various factors including extent of the surgery, level of pain, the pain threshold and pain tolerance, response to pain of the patient, depression experience of the patient and the level of social support. The elderly patients who had no pain experience were explained that the other factors may influence on pain experience including co morbidity which cause of sensory impairment or effectiveness pain management corresponds with the recent study on the elderly patients with hip fracture and found that patients who received 4 days of continuous postoperative epidural analgesia were improved pain relief. (Foss, Kristensen, Kristensen, Jensen, & Kehlet, 2005)

Depression symptom in elderly patients with hip fracture

A sample of 86 subjects, 39.5 % had depression, 27.9 % had mild depression, and 11.6% had moderate depression. The average of depression scales was 10.25 (SD = 5.75, Min = 1, Max = 22). This could be explained that when elderly patients who had stressful life event (hip fracture), the stress response is activation of neurotransmitter include adrenaline, dopamine, serotonin and noradrenaline.

Neurotransmitters especially noradrenaline (is in the cerebral cortex, the limbic system, the thalamus, and the hippocampus) and serotonin (is in the cerebral cortex, the limbic system, cerebellum, and spinal cord) are believed to be key in the control of mood and emotional behavior. Serotonin is involved in the regulation of pain, pleasure, anxiety, panic, arousal, and sleep behavior (the sleep-wake cycle). Furthermore, when the patient is under stress, the adrenal gland increases secretion of a hormone called cortisol. Short-term, this hormone can help aid in survival, for example by mobilizing energy reserves. It is known that in normal people the level of cortisol in the bloodstream peaks in the morning, and then decreases as the day progresses. In depressed people, however, cortisol peaks earlier in the morning and does not level off or decrease in the afternoon or evening. Although the exact mechanism that causes depression is uncertain, clinical studies suggest that chronically elevated cortisol may induce clinical depression by somehow affecting central serotonergic neurotransmission. (Arborelius, Owens, Plotsky & Nemeroff, 1999)

The finding corresponds with the recent studies on the hip fracture by Given, Sanft & Marcantonio.(2008) which found that elderly patients with hip fracture had depressive symptoms on admission. In addition, Shyu et al. (2008) reported that 44.2% of elderly patients with hip fracture had mild depressive symptom, 31.3% had severe depressive symptom and these patients had much less chance of recovering activities of daily living. The explanations of these are that elderly patients with hip fracture are particularly vulnerable to depression for a number of reasons including; they may experience limitations in their performance of daily activities of living due to hip fracture, pain experience, new environment, the utilization of medical services, health care cost and chronic medical conditions that approximately 87% of elder patients in this study with hip fracture had one or more. These factors are also associated with increased vulnerability to late-life depression.

Social support in elderly patients with hip fracture

The mean score of MOS Social Support Survey was 51.97 (SD = 13.64), the highest and the lowest of score were 95 and 22. The mean of emotional/information support score was 19.38 (SD = 6.70), tangible support was 12.55 (SD = 3.11), affectionate support was 9.38 (SD = 2.67) and positive social

interaction was 11.13 (SD= 3.83). This study found that 48.83 % of subjects had a higher mean score and 51.17 % had a lower mean score. These could be explained that the elderly patients who had a higher social support because Thai cultures tend to be a person as fundamentally connected with other people. Parents have dependent children and living with them. Thai culture was an important norm that family members offer respect, family harmony, responsibility, and caring for older adults in the family. In the other hand, elderly patients who had a lower social support could be explain that they may be loss of spouse and not have relatives.

Functional recovery in elderly patients with hip fracture

The average score of Modified Barthel Activity of Daily Living Index (MBAI) that measured functional recovery in elderly patients with hip fracture was 15.73 (SD= 3.48), 87.2 % of these elderly patients was mild dependence, 7.0 % was moderate dependence and 5.8 % was severe dependence. Many studies have shown that approximately 25% of elderly patients with hip fracture had experienced functional decline between the prefracture and postfracture time and 44% of patients had developed some functional dependence 3 months postfracture and most commonly was bathing (42%)(Cree et al., 2001). Similarly, reported that 50% of elderly patients with hip fracture had a new decline in ADLs, and 25% had a decline at 6 months. (Ganz, Peterson, Russo, & Guccione, 2007; Givens et al., 2008). These finding corresponded with Lin & Chang (2004) which reported that more elderly people became totally dependent or needed assistance in ADLs one year after fracture. Similarly, finding of Boyd et al. (2008) reported that 28.6% cannot recovery to pre fracture ambulatory status. These could be explained that elderly patients with hip fracture post operative often encounter difficulties in their recovery, regaining pre fracture ambulatory status and returning to their previous living situations. The causes of delay recovery in these populations were the degenerative change in physical and mental health of aging which lead to be easily frail and suffer from illnesses and complications resulting in increase disability and mortality.

Relationship between pain and functional recovery in elderly patients with hip fracture following surgery

The data analysis by the Pearson's Product Moment Correlation Coefficient revealed no significant relationship between pain score at 3 days postoperative or after the patients had ambulated and functional recovery at 1 month following discharge ($p > .05$, $r = -.16$). The explanation of this result that pain experience after hip surgery not associated with functional recovery at 1 month following discharge. This finding was not agreed with previous studies which reported that moderate or severe pain in elderly patients with hip fracture might impede on rehabilitation recovery process by patient's avoidance of mobility in rest and during physical therapy. In addition, pain might impede on sleep disturbance, fatigue and predisposition to depression, decreased cognitive function, all these leading to delay recovery (Cree et al., 2001; Morrison et al., 2003; Arinzon et al., 2007). Similarly, the study of Herrick et al (2004) reported that the patient with moderate or severe pain in the fracture hip had a high depressive symptom that cause of delay recovery because the patient avoided to had physical therapy. Furthermore, they reported that the patient with moderate or severe pain in the fracture hip had lower quadriceps and hamstring strength in both limbs and poorer gluteus medius muscle strength than the patient with no or mild pain. The poor muscle strength inhibited physical activity and participation in physical therapy. Consistent with previous study in other populations that studied to assess the association of daily pain with physical function among old-old persons living in community and show that daily pain associated with impaired physical performance and muscle strength and leading to delay recovery (Onder et al., 2006). This finding difference from previous studies which could be explained that elderly patients with hip fracture had one or more chronic disease. These chronic diseases have influence on the functional recovery including patients with diabetes have a diabetic somatic neuropathies and lead to sensorimotor deficit and may experience paresthesia, loss of sensation, muscle weakness and atrophy, hearing or vision impairment (Boulton et al., 2004). These factors had affected on functional recovery in elderly patients with hip fracture although, the patient had a mild pain. Previous study in community-dwelling frail elderly as part of home care rehabilitation programs found that patients with sensory impairment remained unchanged or worsened in ADL

(Fusco et al., 2009). Furthermore, elderly patients with hip fracture and had other comorbidities e.g. stroke may delay functional recovery because these patients have a muscle weakness. Similarly, reported of Feng et al (2009) which found that elderly patients with hip fracture and had post stroke hemiplegia were delay of recovering than patients without hemiplegia.

Relationship between depression and functional recovery in elderly patients with hip fracture following surgery

The present study found that depression was negatively correlated with functional recovery at a moderate level with statistical significance at the level of 0.01 ($p < 0.01$, $r = -.35$). This result supported the hypothesis 2 of this study and supported transition theory (Meleis & Schumacher, 1994). Depression was viewed as a transition condition in term of emotional and physical well-being which attests to the difficulties encountered during transition. The finding from this study support prior findings of elderly with hip fracture were found that depressive symptom had strongest effect on poor functional outcomes or measure functional recovery in elderly patients with hip fracture. Furthermore, the other research studied in the home-dwelling elderly people with chronic pain reported that the most important finding in that research was the significant and strong influence by depression on decreased ADL (Kauppila, Pesonen, Tarkkila & Rosenberg, 2007). Many reasons that cause of delay functional recovery in elderly patients with hip fracture who had depressive symptom including depressive symptom may individually interfere the process of recovery after hip fracture because is related to activity limitations. (Kirk-Sanchez, 2004; Vosbaar et al., 2007; Givens, Sanft & Marcantonio, 2008), influenced self efficacy of patient which had the greatest influence on exercise (Resnick et al., 2007), is cause of impairment cognitive function and leading to delay of recovering activities of daily living (Shyu et al., 2008). It was consistent with a study by Arizon et al. (2007) that studied in 165 elderly patients with hip fracture and found that patients had depression symptoms interrupt ongoing behavior and cognitive tasks and associated with poorly controlled pain and lead to delay rehabilitation recovery process.

Relationship between social support score and functional recovery in elderly patients with hip fracture following surgery

The present study found that social support was positively correlated with functional recovery at a low level with statistical significance at the level of 0.05 ($P < 0.05$, $r = .25$). This result supported the hypothesis 3 of this study and supported transition theory (Meleis & Schumacher, 1994). Social support was viewed as a transition condition in term of environment which attests to the difficulties encountered during transition. This finding was agreed with previous studies which reported that the patient with hip fracture who had greater levels of emotional support predicted a better recovery of the activities of daily living (ADL) and Instrumental activities of daily living (IADL) during the first 6 months after discharge (Shyu et al., 2006). Similarly, Kempen et al (2001) who study in patient who had sustained fall-related injuries (hip fracture, other fractures) and found that high levels of social supports before injury have a better recovery at 5 and 12 months after hip fracture explained that patients with more social contacts have a greater motivation to remain physically active and maintain their mobility and therefore put more effort into rehabilitation. Consistent with previous study of social support in 101 patients with hip fracture and found that patients who received help from members of their informal network such as meal preparation, shopping, and running errands. They were also using physical therapy, then their functional recovery was progressed. This result indicates that social support may have indirect association with patients' recovery. (Roberto, 1992). In addition, the other research studied in 605 patients undergoing major thoracic or abdominal operations it was found that a greater social network was associated with low pain intensity, unpleasantness, and anxiety. These results encourage the functional recovery process. (Mitchinson et al., 2008). Furthermore, Alpass & Neville (2003) studied in 217 older men reported that older men who loneliness were had depressive symptom and that depression is often a response to declining health and functional impairment.

Conclusion and Recommendations

This finding reported incidence rate for depression elderly patients with hip fracture following surgery was 39.5%, 27.9% had mild depression and 11.6% had moderate depression and patients who became depressed had significantly less functional recovery. Furthermore, social support was a variable which correlated with functional recovery. In summary, it could be concluded that the elderly patients with hip fracture following surgery who had depressive experienced and low social support less likely to develop functional recovery at 1 month after discharge. Finding of the present study support the research hypothesis 2 and 3 in this study that depression was significantly negatively correlated with functional recovery in elder patients with hip fracture following surgery and social support was significantly positively correlated with functional recovery in elder patients with hip fracture following surgery. Based on the finding of this study, recommendations can be offered to health care providers that following;

1. Health care providers must pay attention not only patients' physical recovery, but also to different aspects of health outcomes.
2. Clinical practice guidelines on depression and social support management should be developed and implemented for elderly patients with fracture.
3. In the future researcher should be study in the patient with cognitive impairment (TMSE < 24) for functional recovery in elder patients with hip fracture following surgery.

บรรณานุกรม

- คณะกรรมการพัฒนาดัชนีภาวะโรค สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2547
 ขวดี แย้มวงษ์. (2538). (Yamvong, C., 2538). ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎี
 ของโอเร็มต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความ
 สามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาใน
 โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
 กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช, 45(6),
 371-374.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช, 46(1), 1-7.
- สุนนา แสนมาโนช. (2541). ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูก
 สะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวล
 ของญาติและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรม
 หาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2542). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงณ์
 มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณี มหาภานันท์. (2538). ผลการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลของโอเร็ม ต่อความผาสุก
 ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สหัชชา ไพบูลย์วรชาติ. (2549). การประเมินความปวด. ใน ศศิกันต์ นิมนราชต์ และ ชัชชัย ปรีชาไว
 (บรรณาธิการ), ความปวดและการระงับปวด. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน. (2547). Pain: ความปวด. กรุงเทพฯ: บริษัท ทิมส์.
- อรวรรณ ลีทองอินทร์. (2535). (Leetonginch, O., 2538). ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ
 ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชราในกรุงเทพฯ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์วิทยา
 ศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Aharonoff, G. B., Immerman, I., & Zuckerman, J. D. (2004). Outcomes after hip fracture.
Techniques in Orthopaedics, 19(3), 229-234.

- Alegre-Lopez, J., Cordero-Guevara, J., Alonso-Valdivielso, J. L., & Fernandez-Melon, J. (2005). Factors associated with mortality and functional disability after hip fracture: an inception cohort study. *Osteoporosis Int.*, 16, 729-736.
- Andreassen, C. E., Jakobsen, J., A.Flyvbjerg, & Andersen, H. (2009). Expression of neurotrophin factors in diabetic muscle relation to neuropathy and muscle strength. *Brain*, 132, 2724-2733.
- Allvin, R., Berg, K., Idvall, E., & Nilsson, U. (2006). Postoperative recovery: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 552-558.
- Alpass, F. M., & Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging and Mental Health*, 7(3), 212-216.
- Arborelius, L., Owens, M. J., Plotsky, P. M., & Nemeroff, C. B. (1999). The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety disorders. *Journal of Endocrinology*, 160, 1-12.
- Aharonoff, G., Koval, K., & Skovron, M. (1997). Hip fracture in the elderly: predictors of one year mortality. *Journal Orthopaedic Trauma*, 11, 162-165.
- Arinzon, Z., Gepstein, R., Shabat, S., & Berner, Y. (2007). Pain perception during the rehabilitation phase following traumatic hip fracture in the elderly is an important prognostic factor and treatment tool. *Disability and Rehabilitation*, 29(8), 651-658.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaaugh, J. (1967). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beeber, L. S. (1998). Treating depression through the therapeutic nurse client relationship. *Nursing Clinics of North America*, 33(1), 153-172.
- Bergstrom, U., U.Bjornstig, Stenlund, H., & Jonsson, H. (2007). Fracture mechanisms and fracture pattern in men and women aged 50 years and older: a study of a 12-year population-based injure register, Ume, Sweden. *Osteoporos Int.*, 10.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *Journal of Gerontology Series ical Scince & Medical ScienceA: Biolog*, 58A(3), 249-265.
- Boonen S, A. P., Barette M. (2004). Functional outcome and quality of life following hip fracture in eldery women: a prospective controlled study. *Osteoporos Int.*, 15, 87-94.

- Boulton, A. J. M., Mayik, R. A., Arezzo, J. C., & Sosenko, J. M. (2004). Diabetic somatic neuropathies. *Diabetes Care*, 27(6), 1458-1486.
- Boulton, A. J. M., Vinki, A. I., Arezzo, J. C., Bril, V., Feldman, E. L., & Freeman, R. (2005). Diabetic Neuropathies. *Diabetes Care*, 28(4), 956-962.
- Boyd, C. M., Landefeld, C. S., Counsell, S. R., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., & Kresevic, D. (2008). Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *Journal American Geriatric Society*, 56(12), 2171-2179.
- Braithwaite, R., Col, N., & Wong, J. (2003). Estimating hip fracture morbidity, mortality and costs. *Journal American Geriatric Society*, 51, 364-370.
- Brandt, A. P., & Weinert, C. (1981). The PRQ: A social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Cameron, I. D. (2005). Coordinated multidisciplinary rehabilitation after hip fracture. *Disability and Rehabilitation*, 27(18-19), 1081-1090.
- Casado, B. L., Resnick, B., Zimmerman, S., Nahm, E.-S., Orwig, D., & Macmillan, K. (2009). Social support for exercise by experts in older women post-hip fracture. *Journal Women Aging*, 21(1), 48-62.
- Chariyalertsak, S., Suriyawongpisal, P., & Thakinstain, A. (2001). mortality after hip fractures in Thailand. *International Orthopaedics*, 25, 294-297.
- Chen, L.-T., Lee, J. A., Chua, B. S., & Howe, T.-S. (2007). Hip fracture in the elderly: the impact of comorbid illnesses on hospitalisation costs. *Ann Acad Med singapore*, 36, 784-787.
- Chilov, M. N., Cameron, I. D., & March, L. M. (2003). Evidence-based guidelines for fixing broken hips: an update. *MJA*, 179, 489-493.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator for life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-312.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Orlando: academic press.
- Cole, M., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among community living subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal Psychiatry*, 160, 1147-1156.

- Coll, A. M., Ameen, J. R. M., & Mead, D. (2003). Postoperative pain assessment tools in day surgery: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 124-133.
- Committee, T. T. B. F. (1994). Thai geriatric depression scale; TGDS. *Siriraj Hospital Gaz.*, 46(1), 1-9.
- Corsinovi, L., Bo, M., Aimonino, N. R., Marinello, R., Gariglio, F., & Marchetto, C. (2008). Predictors of falls and hospitalization outcomes in elderly patients addmitted to an acute geriatric unit. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 10, 1-4.
- Cree, M., Carriere, K. C., Soskolne, C. L., & Suarez-Almazor, M. (2001). Functional dependence after hip fracture. *American Journal Physical Medicine Rehabilitation* 80(10), 736-743.
- Dai, Y. T., Huang, G. S., Yang, R. S., Tsauo, J. Y., & Yang, L. H. (2002). Functional recovery after hip fracture : six month follow-up of patient in multidisciplinary rehabilitation program. *J. of Formosan Medical Association*, 101(12), 846-853.
- Deakin, D. E., Wenn, R. T., & Moran, C. G. (2008). Factors influencing discharge location following hip fracture. *Int. Journal Care Injured*, 39, 213-218.
- Deloach, L. J., Higgins, M. S., Caplan, A. B., & Stiff, J. L. (1998). The visual analog scale in the immediate postoperative period: intrasubject variability and correlation with a numeric scale. *Anesth Analg*, 86, 102-106.
- Evans, E. M. (1949). The treament of trochanteric fracture of the femur. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 31(2), 190-203.
- Feng, M., Zhang, J., Shen, H., & Hu, H. (2009). Predictors of prognosis for elderly patients with poststroke hemiplegia experiencing hip fractures. *Clinical Orthopaedics Related Research.*, 467, 2970-2978.
- Folden, S., & Tappen, R. (2007). Factors influencing function and recovery following hip repair surgery. *Orthopedics Nursing*, 26(4).
- Formiga, F., Navarro, M., Duaso, E., Chivite, D., Ruiz, D., & Perez-Castejon, J. M. (2008). Factors associated with hip fracture-related falls among patients with a history of recurrent falling. *Bone*, 43, 941-944.
- Formiga, F., Rivera, A., Nolla, J. M., & Pujol, R. (2004). characteristics of falls producing hip fracture in an elderly population. *Gerontology* 50, 118-119.

- Foss, N. B., Kristensen, M. T., Kristensen, B. B., Jensen, P. S., & Kehlet, H. (2005). Effect of postoperative epidural analgesia on rehabilitation and pain after hip fracture surgery. *Anesthesiology*, 102, 1197-1204.
- Fusco, D., Bochicchio, G. B., Onder, G., Barillaor, C., Berabei, R., & Landi, F. (2009). Predictors of rehabilitation outcome among frail elderly patients living in the community. *Journal of American Medical Directors Association*, 10(5), 335-341.
- Gallagher, E. J., Bijur, P. E., Latimer, C., & Silver, W. (2002). Reliability and validity of a visual analog scale for acute abdominal pain in the ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 20(4), 287-290.
- Ganz, S. B., Peterson, M. G., Russo, P. W., & Guccione, A. (2007). Functional recovery after hip fracture in the subacute setting *Hospital for Special Surgery Journal* 3(50-57).
- Garden, R. S. (1961). Low-angle fixation in fractures of the femoral neck. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 43(4), 647-663.
- Givens, J. L., Sanft, T. B., & Marcantonio, E. R. (2008). Functional recovery after hip fracture: the combined effects of depressive symptoms, cognitive impairment, and delirium. *Journal American Geriatric Society*, 3-5.
- Goldacre, M., Roberts, S., & Yeates, D. (2002). Mortality after admission to hospital with fractured neck of femur: database study. *BMJ*, 325, 868-869.
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (Eds.). (2009). *Handbook of depression*. New York: The Guilford Press.
- Gullberg, J., Johnell, o., & Kanis, J. (1997). World-wide projections for hip fracture. *Osteoporosis Int.*, 7, 407-413.
- Halm, E. A., Magaziner, J., Hannan, E. L., Wang, J. J., Silberzncig, S. B., Boockvar, K., et al. (2003). Frequency and impact of active clinical issues and new impairments on hospital discharge in patients with hip fracture. *Arch Intern Med*, 163, 108-113.
- Heetveld, M. J., Raaymakers, E. L. F. B., Luitse, J. S. K., Nijhof, M., & Gouma, D. J. (2007). Femoral neck fractures. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 461, 203-212.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (1999). The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1509-1522.

- Herhkovitz, A., Kalandarov, Z., Hermush, V., Weiss, R., & Brill, S. (2007). Factors affecting short-term rehabilitation outcomes of disabled elderly patients with proximal hip fracture. *Arch Phys Med Rehabilitation*, 88, 916-921.
- Herrick, C., Steger-May, K. S., Sinacore, D. R., Brown, M., Schechtman, K. B., & Binder, E. F. (2004). Persistent pain in frail older adults after hip fracture repair. *Journal American Geriatric Society*, 52, 2062-2068.
- House J. S. (1981) *Work stress and social support*. Addison-Wesley, Reading, MA.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health*. New York: Academic Press, INC.
- Iorio, R. (2008). Hip reconstruction: primary total hip replacement in patients with displaced femoral neck fracture. *Current Orthopaedic Practice*, 19(2), 131-134.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai population: Development of a new index. *Age-Ageing*, 23: 97-101.
- Jitapunkul, S. (1999). *Principles of geriatric medicine*. Bangkok: Julalongkron
- Jitapunkul, S., & Yuktanandana, P. (2000). Consequences of hip fracture among Thai women aged 50 years and over: a prospective study. *Journal Med Assoc Thai*, 83, 1477-1451.
- Kane, R. L., Bershadsky, B., Rockwood, T., Saleh, K., & Islam, N. C. (2004). Visual analog scale pain reporting was standardized *Journal of Clinical Epidemiology*, 58, 618-623.
- Kanis, J. A., Johnell, O., Laet, C. D., Johansson, H., Oden, A., & Eisman, J. (2004). A meta-analysis of previous fracture and subsequent fracture risk. *Bone*, 35, 375-382.
- Kempen, G. I. J. M., Scaf-Klomp, W., Ranchor, A. V., Sanderman, R., & Ormel, J. (2001). Social predictors of recovery in late middle-aged and older persons after injury to the extremities: a prospective study. *Journal of Gerontology*, 56B(4), S229-S236.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(), 593-602.
- Kirk-Sanchez, N. J. (2004). Factors related to activity limitations in a group of cuban Americans before and after hip fracture. *Physical Therapy*, 84(5), 408-418.
- Koval, K. J., & Zuckerman, J. D. (1992). *Hip fracture: a practical guide to management*. New York: Springer.

- Kaupila, T., Pesonen, A., Tarkkila, P., & rosenberg, P. H. (2007). Cognitive dysfunction and depression may decrease activities in daily life more strongly than pain in community-dwelling elderly adults living with persistent pain. *Pain Practice*, 7(3), 241-247.
- Lau, E., Lee, J., Suriwongpaisal, P., Saw, S., Das, D., & Khir, A. (2001). The incidence of hip fracture in four Asian countries:the Asian Osteoporosis Study (AOS). . *Osteoporoe Int.*, 12, 239-243.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lee, J. (2006). An imperative to improve discharge planning:predictors of physical function among residents of a medicare skilled nursing facility. *Nursing Administration Quarterly*, 30(1), 38-47.
- Leighton, R. K., Schmidt, A. H., Collier, P., & Trask, K. (2007). Advances in the treatment of intracapsular hip fractures in the elderly. *Journal Injury* 38(S3), s24-s34.
- Lin, P.-C., & Chang, S.-Y. (2004). Functional recovery among elderly people one year after hip fracture surgery. *Journal of Nursing Research*, 12(1).
- Lin, P.-C., & Lu, C.-M. (2007). Psychosocial factors affecting hip fracture elder's burden of care in Taiwan. *Orthopaedic Nursing*, 26(3), 155-161.
- Lyons, A. R. (1997). Clinical outcome and treatment of hip fracture. *American Journal Medicine*, 103(2A), 51S-64S.
- MacElveen-Hoehn, P. M. (1986). Social Networks. In D. C. Longo & R. A. Williams (Eds.), *Clinical practice in psychosocial nursing* Sydney: Appleton-Centure-Crofts.
- Malhoney, F. I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Monaco, M. D., Vallero, F., Monaco, R. D., Mautino, F., & Cavanna, A. (2003). Functional recovery and length of stay after hip fracture in prtients with neurologic impairment. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 82(2), 143-148.
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain clinical manual*. Louis: Mosby.

- Mitchinson, A. R., Kim, H. M., Geisser, M., Rosenberg, J. M., & Hinshaw, D. B. (2008). Social connectedness and patient recovery after major operations. *Journal American Collage Surgery*, 206, 292-300.
- Moayyeri, A. (2008). The association between physical activity and osteoporosis fracture: a review of the evidence and implications for future research. *Ann Epidemiol*, 18, 827-835.
- Morrison, R. s., Magaziner, J., McLaughlin, M. A., Orosz, G., Silberzweig, S. B., & Koval, K. J. (2003). The impact of post-operative pain on outcomes following hip fracture *Pain*, 103, 303-311.
- Mortimore, E., Haselow, D., Dolan, M., Hawkes, W. G., Langenberg, P., & Zimmerman, S. (2008). Amount of social contact and hip fracture mortality. *Journal American Geriatric Society*, 56, 1069-1074.
- Nikolopoulos, K., Papadakis, S., & Kateros, K. (2003). Long-term outcome of patients with avascular necrosis, after internal fixation of femoral neck fracture. *Injury*, 34, 525-528.
- Norbeck, S. J., Lindsey, M. A., & Carrieri, L. V. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research.*, 30(5), 264-269.
- Oh, H., & Felde, K. S. (2000). The prognostic factors for functional recovery in elders with hip fracture. *Nursing and Health Sciences*, 2, 237-242.
- Onder, G., Cesari, M., Russo, A., Zamboni, V., Bernabei, R., & Landi, F. (2006). Assosiation between daily pain and physicl function among old-old adults living in the community: results from the ilSIRENTE study. *Pain*, 121, 53-59.
- Penninx, B. W. J. H., Deeg, D. J. H., Eijk, J. T. M. v., Beekman, A. T. F., & Guralnik, J. M. (2000). Change in depression and physical decline in older adult: a longitudinal perspective. *Journal of Affective Disorder*, 61, 1-12.
- Pijnappels, M., Reeves, N. D., Maganaris, C. N., & Dieus, J. H. v. (2008). Tripping without falling; lower limb strength, a limitation for balance recovery and a target for training in the elderly. *Journal of Electromyomyography and Kinesiology* 18, 188-196.
- Polit, F. D., & Beck, T. C. (2008). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Pongchaiyakul, C., Songpattanasilp, T., & Taechakraichana, N. (2008). Burden of osteoporosis in Thailand. *Journal Med Assoc Thai*, 91(2), 261-267.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Resnick, B., Orwig, D., Hawkes, W., Shardell, M., Golden, J., & Zimmermn, S. (2007). The relationship between psychosocial state and older women 2 months after hip fracture. *Rehabilitation Nursing*, 32(4), 139-149.
- Richmond, J., Aharonoff, G., & Zuckerman, J. (2003). Mortality risk after hip fracture. *Journal Orthopaedic Trauma*, 17, 53-56.
- Roberto, K. A. (1992). The role of social supports in older womens recovery from hip fracture. *Journal of Applied Gerontology* 11(3), 314-325.
- Rosell, P., & Parker, M. (2003). Function outcome after hip fracture ; A 1-year prospective outcome study of 275 patients. *Injury*, 34, 529-532.
- Rubenstein, L. Z., & Josephson, K. R. (2002). The epidemiology of falls and syncope. *Clin. Geriatric Medicine*, 18, 141-158.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related function of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-405.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-126.
- Shah, M., Aharonoff, G., & Wolinsky, P. (2001). Outcome after hip fracture in individuals ninety years of age and older. *Journal Orthopaedic Trauma*, 15, 34-39.
- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703-709
- Shyu, Y.-I. L., Chen, M.-C., Cheng, H.-S., Deng, H.-C., Liang, J., & Wu, C.-C. (2008). Severity of depression risk predicts health outcomes and recovery following surgery for hip fracture elders. *Osteoporos Int*, 19, 1541-1547.
- Shyu, Y. I., Chen, M. C., & Liang, J. (2004). Changes in quality of life among elderly patients with hip fracture in Taiwan. *Osteoporos Int*, 15, 95-102.
- Shyu, Y.-I. L., Tang, w.-R., Liang, J., & Weng, L.-J. (2006). Psychometric Testing of the MOS social support survey on the Taiwaness sample. *Nursing Research*, 55, 411-417.

- Shyu, Y.-L. L., Tang, W.-R., Tsai, W.-C., Liang, J., & Chen, M.-C. (2006). Emotional support levels can predict physical functioning and health related quality of life among elderly Taiwanese with hip fractures. *Osteoporos Int.*, 17, 501-506.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 56, 247-257.
- Smit, F., Schoevers, R., Deeg, D., Beekman, A., & Cuij, P. (2008). An epidemiological approach to depression prevention in old age. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 16, 444-453.
- Thailand Health Profile Report 2005-2007, from [http://www. Moph.go.th/ ops/ thp/ images/ stories/ Report-pics/ Thai-Report/ Year-Reports/ 2548-50](http://www.Moph.go.th/ops/thp/images/stories/Report-pics/Thai-Report/Year-Reports/2548-50)
- Velelte, S. M. (1994). Recognizing depression in elderly patients. *American Journal of Nursing* 94(12), 18-25.
- Voshaar, R. C. O., Banerjee, S., Horan, M., Baldwin, R., Pendleton, N., & Protor, R. (2007). Predictors of incident depression after hip fracture surgery. *American Association for Geriatric Psychiatry*, 15(9), 807-814.
- Woratanarat, P., Wajanavisit, W., Lertbusayanukul, C., Loahacharoensombat, W., & Ongphipatanakul, B. (2005). Cost analysis of osteoporotic hip fracture. *Journal Medicine Associate Thai*, 88(5), S96-104.
- Yasavage, JA., Rose,T., B., Lum, O., Huang, V., & Adey, M. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale. *Journal Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Zalon, M. L. (2004). Correlates of recovery among older adults after major abdominal surgery. *Nursing Research* 53(2), 99-106.
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 12(1), 63-70



ภาคผนวก ก

ผู้ป่วยรายที่.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1. เพศ ☐ 1.ชาย ☐ 2.หญิง
2. อายุ..... ปี
3. สถานภาพสมรส ☐ 1.โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หม้าย ☐ 4.หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่
4. ศาสนา ☐ 1. พุทธ ☐ 2. คริสต์ ☐ 3. อิสลาม ☐ 4. อื่นๆ.....
5. วุฒิการศึกษา
☐ 1.ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2.ประถมต้น
☐ 3.ประถมปลาย ☐ 4.มัธยมต้น
☐ 5.มัธยมปลาย ☐ 6.ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา
☐ 7.ปริญญาตรี ☐ 8.สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ
☐ 1. ไม่ได้ทำงาน ☐ 2. ข้าราชการบำนาญ
☐ 3. รับจ้าง ☐ 4. ทำไร่ ทำนา ทำสวน ☐ 5. ธุรกิจส่วนตัว
7. รายได้ต่อเดือน
☐ 1. น้อยกว่า 5,000 บาท ☐ 2. มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป ☐ 3. ไม่มีรายได้
8. สิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
☐ 1. ชำระค่ารักษาเอง ☐ 2. ประกันสังคม ☐ 3. เบิกค่ารักษาได้
☐ 4. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ 5. ไม่มีสิทธิการรักษา
9. โรคประจำตัว
☐ 1. เบาหวาน ☐ 2. ความดันโลหิตสูง ☐ 3. โรคหัวใจ
☐ 4. อื่นๆ (ระบุ)..... ☐ 5. รวมจำนวนโรค..... โรค
10. ประวัติการหกล้ม ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี.....ครั้ง/ปี

ผู้ป่วยรายที่.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา

H.N.

อายุ

ที่อยู่ตามเวชระเบียน

เบอร์โทรศัพท์

ที่อยู่ติดต่อได้

เบอร์โทรศัพท์

ชื่อญาติ

เกี่ยวข้องเป็น

กับผู้ป่วย

สถานที่ทำงาน

เบอร์โทรศัพท์

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ทำผ่าตัด

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สาเหตุของการเกิดกระดูกสะโพกหัก

ชนิดของการหัก

() Fx. Neck of Femur

() Intertrochanteric Fx.

ชนิดของการทำผ่าตัด

() Hemiarthroplasty

() Total Hip Arthroplasty

ภาคผนวก ข

ผู้ป่วยรายที่.....

เครื่องมือประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ

ดัชนีบาร์เซลเอ็ดดีแอล (Modified Barthel Activity of Daily Index (MBAI))

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนช่วยป้อนให้
 1. ตักอาหารได้เอง แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 0. ความต้องการความช่วยเหลือ
 1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
 - .
 - .
 - .
 - .
 - .
 - .
 - .
 - .
10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้
 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง)
 2. กลั้นได้ปกติ

ภาคผนวก ก

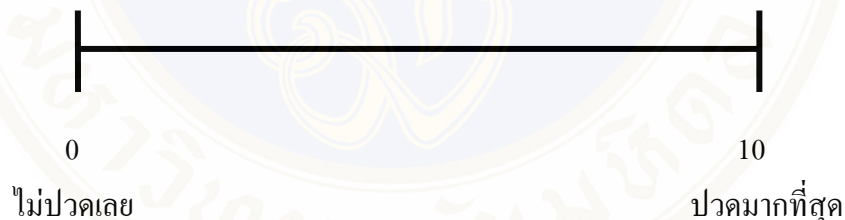
ผู้ป่วยรายที่.....

แบบประเมินความปวดด้วยการเปรียบเทียบกับเส้นตรง

(Pain Visual Analog Scale)

คำชี้แจง เส้นตรงนี้ใช้วัดความรู้สึกปวดบริเวณสะโพกข้างที่ผ่าตัดของท่าน ว่าท่านรู้สึกปวดมากน้อยเพียงใด เส้นตรงนี้เริ่มต้นจากด้านซ้ายมือของท่าน จุดเริ่มต้นคือ 0 เป็นจุดที่ท่านไม่รู้สึกปวดเลย ความปวดจะค่อยๆเพิ่มมากขึ้นถึงปลายสุดด้านขวามือคือ 10 ซึ่งเป็นจุดที่ท่านรู้สึกปวดมากที่สุด

ให้ท่านคิดถึงความปวดบริเวณสะโพกข้างที่ผ่าตัดขณะเคลื่อนไหวตลอดวันที่ผ่านมา และขีดเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรง ตรงตำแหน่งที่ท่านคิดว่าตรงกับระดับความปวดตามความรู้สึกของท่าน



ภาคผนวก ง

ผู้ป่วยรายที่.....

แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

(Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1	คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			
2	คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
3	คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
4	คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ			
5	คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า			
6	.....			
7	.....			
8	.....			
9	.....			
10	.....			
11	.....			
12	.....			
13	.....			
14	.....			
15	.....			
30	คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน			
รวม				

ภาคผนวก จ

ผู้ปวยรายที่.....

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

(MOS Social Support Survey)

แบบสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจว่าท่านได้รับการสนับสนุนหรือได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับท่านมากน้อยเพียงใด ผู้สำรวจจะอ่านข้อคำถามต่างๆ ให้ท่านฟังหนึ่งรอบ และให้ท่านเลือกตอบว่า ท่านเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย หรือเห็นด้วยน้อยที่สุด

	เห็นด้วย น้อยที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
1. คุณมีใครสักคนหนึ่งที่คุณสามารถเชื่อมั่นได้ว่าเขาจะฟังคุณเมื่อคุณต้องการพูด	1	2	3	4	5
2. คุณมีใครสักคนหนึ่งที่ให้ข้อมูลที่ช่วยให้คุณเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ	1	2	3	4	5
3. คุณมีใครสักคนหนึ่งที่ให้คำแนะนำที่ดีแก่คุณเกี่ยวกับภาวะวิกฤตต่างๆที่เกิดขึ้น	1	2	3	4	5
4. คุณมีใครสักคนหนึ่งที่อยู่กับคุณตลอดเวลาหรือใครสักคนที่คุณสามารถบอกเล่าหรือพูดเกี่ยวกับตัวคุณหรือปัญหาส่วนตัวของคุณ	1	2	3	4	5
5. คุณมีใครบางคนผู้ซึ่งให้คำแนะนำที่คุณต้องการจริง	1	2	3	4	5

	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็นด้วย มาก	เห็น ด้วย มาก ที่สุด
6.....	1	2	3	4	5
7.....	1	2	3	4	5
8.....	1	2	3	4	5
9.....	1	2	3	4	5
10.	1	2	3	4	5
19. คุณมีใครสักคนหนึ่งที่คุณทำกิจกรรม ด้วยแล้วช่วยให้คุณสามารถจัดความรู้สึก เป็นทุกข์ได้	1	2	3	4	5

ภาคผนวก จ

ผู้ป่วยรายที่.....

แบบทดสอบสภาพสมองของไทย Thai Mental State Examination (TMSE)

แบบทดสอบความสามารถทางสมองเป็นการทดสอบเพื่อคัดกรองผู้ป่วยในการเข้าร่วมทำวิจัย โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

1. ORIENTATION (6 คะแนน)

คะแนน

(1)วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัส ฯลฯ)

.....

(1)วันนี้ วันที่เท่าไร

.....

(1)เดือนนี้ เดือนอะไร

.....

(1)ขณะนี้ เป็นช่วง (ตอน) ไหนของวัน (เช้า เที่ยง บ่าย เย็น)

.....

(1) ที่นี้ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)

.....

(1) คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร (ภาพอยู่หน้าต่อไป)

.....

2. REGISTRATION (3 คะแนน)

(3) ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกันครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์

มือ) เพียงครั้งเดียวแล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบตามที่ผู้ทดสอบบอกใน

ครั้งแรก ให้ 1 คะแนนในแต่ละคำตอบที่ถูก

*หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกจำนวนผู้ถูกทดสอบจำได้ทั้ง 3 อย่าง และบอกให้ผู้ถูกทดสอบทราบว่าอีกสักครู่จะกลับมาถามใหม่

3. ATTENTION (5 คะแนน)

ให้บอกวันอาทิตย์ วันเสาร์ ย้อนหลัง ให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบซ้ำได้ 1 ครั้ง)

(1) ศุกร์

.....

(1) พฤหัสดี

.....

(1) พุธ

.....

(1) อังคาร

.....

(1) จันทร์

.....

(1) อาทิตย์

.....

(1) เสาร์

.....

4. CALCULATION (3 คะแนน)

ให้คำนวณ 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนนในแต่ละครั้งที่ตอบถูก ใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาทีหลังจากจบคำถาม ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1 ให้ตั้งเลข 93-7 ลงมาในการคำนวณครั้งต่อไป และ 86-7 ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ

- | | |
|-----------|-------|
| (1) 100-7 | ..... |
| (1) -7 | ..... |
| (1) -7 | ..... |

5. LANGUAGE (10 คะแนน)

- (1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือแล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร”
(นาฬิกา)
- (1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเองแล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร”
(เสื้อ ผ้า)
- (1) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี แล้วจำไว้จากนั้นให้พูดตาม “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”
.....
- จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ขั้นตอน) ให้ผู้ทดสอบพูดต่อกันไปให้ครบประโยคทั้ง 3 ขั้นตอนให้คะแนนขั้นตอนละ 1 คะแนน
- (1) หยิบกระดาษด้วยมือขวา
- (1) พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น
- (1) แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ
- (1) ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านแล้วทำตาม “หลับตา” (ข้อความอยู่น้ำต่อไป)
- (2) จงวาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุดเท่าที่ท่านจะสามารถทำได้
(ภาพอยู่น้ำต่อไป และให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างตลอดเวลาที่วาด)
- (1) กล้วยกับส้มเหมือนกันคือเป็นผลไม้ แมวกับสุนัขเหมือนกันคือ
(เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)

6. RECALL (3 คะแนน)

สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อสักครู่นี้มีอะไรบ้าง

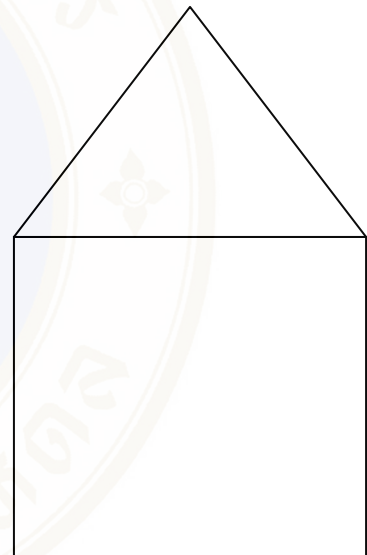
(1) ต้นไม้

(1) รถยนต์

(1) มือ

คะแนนรวม

ผู้ตรวจ



ห้ลับตา

ภาคผนวก ข

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่า จะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย) ความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม

กับการฟื้นตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาว นันทา ขวัญดี

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยสามัญศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี
โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ อาคารเฉลิมพระเกียรติ 10
ได้ โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 เบอร์โทร 0818333706, 024194356-7

ผู้ให้ทุน ไม่มี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาว่าปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัดอย่างไร

ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ ถ้าทราบว่าปัจจัยที่ศึกษามีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด ก็จะสามาถนำไปใช้ในการคิดค้นหรือจัดหากิจกรรมพยาบาล การดูแลที่เหมาะสมและสามารถช่วยลด ป้องกันและแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยได้

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะได้รับการวินิจฉัยว่ามีกระดูกสะโพกหัก และผลจากการวิจัยหรือความรู้ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปหาแนวทางการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีการฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นจากการฟื้นตัวช้า จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 140 คน ระยะเวลาที่จะทำวิจัยรวม 6 เดือน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วจะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 ท่านจะได้รับการทดสอบความสามารถทางสมองโดยวิธีการตอบแบบสอบถามจำนวน

11 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 5 ส่วน โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงระยะเวลาได้แก่

ระยะที่ 1 เป็นระยะหลังผ่าตัดวันที่ 3 หรือ เมื่อแพทย์เริ่มให้ผู้ป่วยลงยืน เดิน โดยในระยะนี้ประกอบไปด้วย

แบบสอบถามทั้งหมด 4 ชุดได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 10 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามนานประมาณ 5 นาที
2. แบบประเมินความปวด ใช้เวลาประมาณ 3 นาที
3. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าจำนวน 30 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที
4. แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 19 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ระยะที่ 2 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 1 เดือน โดยเป็นการตอบแบบสอบถามทางโทรศัพท์ในเรื่องของการประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามนานประมาณ 5-10 นาที

การเข้าร่วมในการวิจัยนี้ อาจทำให้ท่านเสียเวลาบ้าง แต่ไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อตัวท่าน และหากท่านไม่ยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็ได้รับการตรวจรักษาโรคของท่านตามปกติเหมือนเดิมทุกประการ หากท่านมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยตามเบอร์โทรที่ระบุไว้ด้านบนของเอกสารแผ่นนี้ และในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นและท่านจะไม่ได้รับค่าใช้จ่าใดๆ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วโดยไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีลักษณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบคณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการให้บริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอำนวยการ ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช เบอร์โทร. (02) 419-6405-6 FAX (02) 419-6405

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่

ภาคผนวก ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปีอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการฟื้นตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้า จะสามารถติดต่อกับ นางสาวนันทา ขวัญดี ที่เบอร์ 081-8333706 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดิโกดูลยเดชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช โทร (02) 419-6405-6

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อ การบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูล

ส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้ โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออกผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย
คือ..... จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

วันที่.....

ภาคผนวก ณ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

1. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ปิยะภัทร เดชพระธรรม
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู
อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นาฏวิมล งามศิริจิตต์
อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกายภาพบำบัด
อาจารย์คณะกายภาพบำบัดและการเคลื่อนไหวประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ วิไลศรี ศิริหงส์ทอง
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
อาจารย์ประจำภาควิชาสัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวดี ไกรพันธ์
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
อาจารย์ประจำภาควิชาสัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาว ดวงใจ บุญนันท
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ญ

-----Original Message-----

From: Sherbourne, Cathy

Sent: Friday, December 05, 2008 10:54 AM

To: 'g5036808@student.mahidol.ac.th'

Subject: RE:

You are free to use the MOS Social Support Survey and translate it to the Thai language. Good luck with your thesis - it sounds very interesting.

Cathy Sherbourne

ภาคผนวก ฎ

วันที่: Wed, 21 Jan 2009 13:05:33 -0800

จาก: "Sherbourne, Cathy" <cathyd@rand.org> 

ถึง: g5036808@student.mahidol.ac.th 

หัวข้อ: RE: Sent MOS social support survey

Khwandee,

I looked over your translation. To be honest I am not an expert in translation so am not sure if I can be helpful. Below I have made a few comments about some of the items:

You have someone to complain about your anxiety or your personal fear

Comment: Instead of "complain" can you get closer to the term "talk"?

You have someone to be always with you or telling about you problems

Comment: I'm not sure you need the "to be always with you". The intent of the question is that there is someone you can talk to about yourself or your personal problems.

You have someone to comfort you.

Comment: The idea is that there is someone to put their arms around you.

You have someone that make you feel relaxing when you are be with

Comment: The idea of the question is that there is someone that you can get together with and do something relaxing with.

Hope that helps,

Cathy SHerbourne

ภาคผนวก ก



สาขาวิชาประสาทวิทยา, ภาควิชาอายุรศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล, ถนนพหลโยธิน, แขวงศิริราช, เขตบางกอกน้อย, กรุงเทพมหานคร 10700
โทร. (662) 419-7101-2, 419-7105, 419-7665, FAX (662) 412-3009, 411-1103.

DIVISION OF NEUROLOGY, Department of Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital,
Mahidol University, Prannok Road, Bangkoknoi, Bangkok 10700, THAILAND.
Tel: (662) 419-7101-2, 419-7105, 419-7665, FAX (662) 412-3009, 411-1103

๓ มกราคม ๒๕๕๒

ที่ ปส.๒๕๕๒/๑

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ฟองคำ ดิลกสกุลชัย

ตามหนังสือที่ ศร ๐๕๑๗.๐๕/๖๔๔๐ ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๑ เรื่อง ขออนุญาตใช้
เครื่องมือวิจัย โดย นางสาวนันทา ขวัญดี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อยู่ในระหว่างจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์
เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดภาวะซึ่งเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวในผู้ป่วย
กระดูกสะโพกหักหลังทำผ่าตัด” จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย “แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของ
ไทย” เพื่อประกอบการทำโครงร่างวิทยานิพนธ์นั้น ทางกระผมอนุญาตให้ใช้เครื่องมือดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์นิพนธ์ พวงวรินทร์)

หัวหน้าสาขาวิชาประสาทวิทยา

ทรม
- บุญใจ ๑๖ มค.

๑๖ มค. ๕๒
17 มค. ๕๒

ภาคผนวก ฐ



สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร.02-2564449, โทรสาร 02-2511296

31 มีนาคม 2551

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบทดสอบ Barthel ADL Index

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวนันทา ขวัญดี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย แบบทดสอบ Barthel ADL Index เพื่อใช้ประกอบในการวิจัย นั้น

กระผมยินยอมอนุญาตให้ใช้แบบทดสอบดังกล่าวได้

ขอแสดงความนับถือ

(ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล)

หัวหน้าสาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

โทร.02-2564449, 02-6524232

โทรสาร. 02-2911296

ภาคผนวก ๓

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SJ 192/2009

ชื่อโครงการภาษาไทย : ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการฟื้นตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่มี
กระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

รหัสโครงการ : 161/2552(EC2)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวนันทา ขวัญดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
5. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
6. บทสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

วันที่รับรอง : 30 เมษายน 2552

วันหมดอายุ : 29 เมษายน 2553

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรอง
โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS
Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรีพร เลิศอรชรขนิมณี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

4 พฤษภาคม 2552

วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

7 พฤษภาคม 2552

วันที่

ภาคผนวก ข

EC.7

ใบสรุปคำรับรองความเห็นคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลเลิดสิน

ชื่อโครงการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับการ
ฟื้นตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด

ชื่อหัวหน้าโครงการ
ความเห็น

นางสาวนันทา ขวัญดี



สมควรให้การรับรอง



ไม่สมควรให้การรับรอง (ระบุเหตุผลและ / หรือข้อเสนอแนะ) (ถ้ามี)

เหตุผลและข้อเสนอแนะ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

ใบรับรองนี้ ออกให้ ณ วันที่ 20 พฤษภาคม 2552 หมดอายุ 19 พฤษภาคม 2553

.....

(นายแพทย์รัช ประสาทฤทธา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาคผนวก ณ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สพว.วพม./รพ.ร.ร.๖

โทร. ๙๓๖๘๑

ที่ กท ๐๔๔๖.๑๖/ ๐๖๓

วันที่ ๑๕ พ.ค. ๕๖

เรื่อง ขออนุญาตเหินเก็บข้อมูลผู้ป่วย

เรียน ผอ.รพ.ร.ร.๖ (ผ่าน รอง ผอ.รพ.ร.ร.๖(๒))

อ้างถึง หนังสือ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ ศร ๐๕๑๗.๐๒(ศร)/๐๖๓๓
ลง ๙ มี.ค. ๕๖

๑. ตามที่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ขอความร่วมมือมายัง รพ.ร.ร.๖ ให้ นางสาวนันทา ขวัญดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต ซึ่งกำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด" เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักที่รักษาด้วยวิธีการทำผ่าตัดอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษ ณ หอผู้ป่วยสามัญศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการวิจัย โดยโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ. แล้ว เมื่อวันที่ ๒๒ เม.ย. ๕๖ นั้น

๒. สพว.วพม./รพ.ร.ร.๖ พิจารณาแล้วเห็นสมควรดำเนินการดังนี้.-

๒.๑ ส่งนางสาว กงอรอริปิติกส์ รพ.ร.ร.๖ และกองการพยาบาล รพ.ร.ร.๖ ทราบ

เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒.๒ แจ้ง นางสาวนันทา ขวัญดี ทราบ

๒.๓ นำเรียน ผอ.รพ.ร.ร.๖ และ รอง ผอ.รพ.ร.ร.๖(๑) เพื่อกรุณาทราบ

จึงเรียนมาเพื่อกรุณาพิจารณา หากเห็นสมควรกรุณามอบมติในข้อ ๒.

ทราบ

พล.ต.

ผอ.รพ.ร.ร.๖

พ.อ.รศ.

(สุธี พันธ์กุล)

หน.สพว.วพม./รพ.ร.ร.๖

สำเนาถูกต้อง

เสนอ ผอ.รพ.ร.ร.๖

พ.อ.หญิง ผศ.

(ปนัดดา หัตถ์โชติ)

เลขานุการ สพว.วพม./รพ.ร.ร.๖

๑๕/๑๕/๕๖

-ทราบ

-อนุมัติตามเสนอในข้อ ๒.

รับคำสั่ง ผอ.รพ.ร.ร.๖

พ.อ.

(ไตรโรจน์ คุรุเวส)

รอง ผอ.รพ.ร.ร.๖(๒)

๑๕ มี.ค. ๕๖

ทราบ

พ.อ.

รอง ผอ.รพ.ร.ร.๖(๑)

๑๕/๑๕/๕๖

ภาคผนวก ด

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

เอกสารเลขที่ 50 /2552

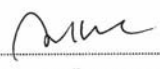
ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) “ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม
กับการฟื้นตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักภายหลังจากผ่าตัด”

(ภาษาอังกฤษ) “The Relationship Between pain, Depression, Social Support And
Functional Recovery In Elderly Patients With Hip Fracture Following Surgery”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาว นันทา ขวัญดี
ตำแหน่ง -
สังกัดหน่วยงาน นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 18 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2552

ลงนาม 
(รศ.คลินิก (พิเศษ) นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม 
(นายสมปอง ธนไพศาลกิจ)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาเวชกรรมทั่วไป
รักษาราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ภาคผนวก ต

```

EXAMINE VARIABLES=ZP
  /PLOT BOXPLOT STEMLEAF HISTOGRAM NPLOT
  /COMPARE GROUP
  /STATISTICS DESCRIPTIVES
  /CINTERVAL 95
  /MISSING LISTWISE
  /NOTOTAL.

```

Explore

[DataSet1] F:\Proposal\Analyse Data (Final)\Complete Data\SPSS (nun).sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ZP	86	100.0%	0	.0%	86	100.0%

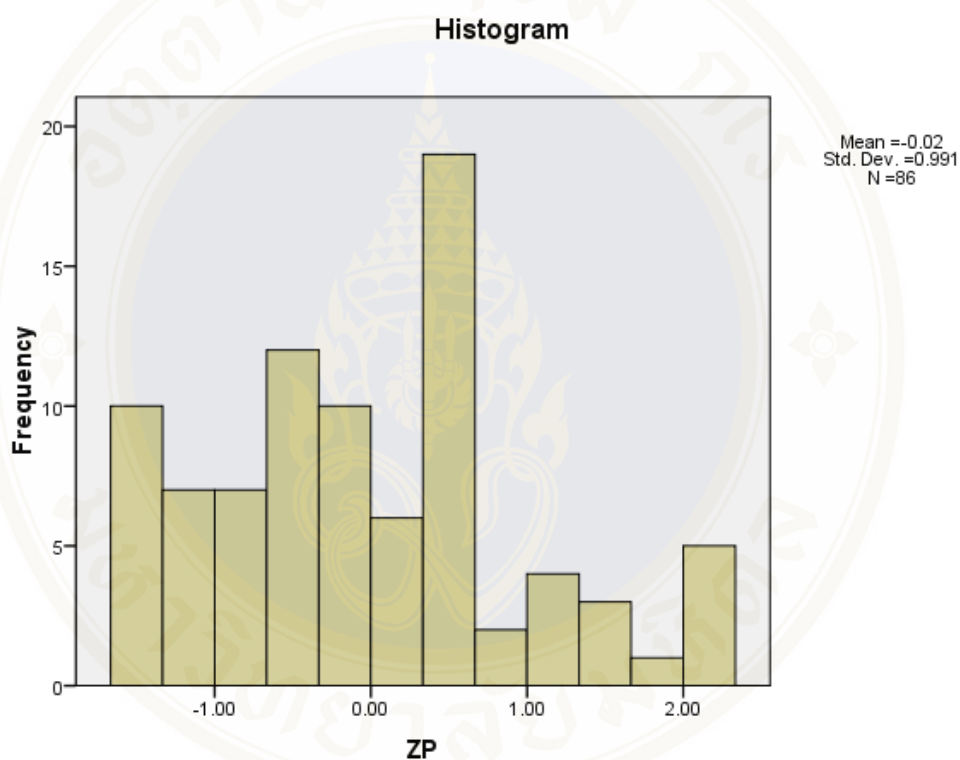
Descriptives

			Statistic	Std. Error
ZP	Mean		-.0192	.10689
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-.2317	
		Upper Bound	.1933	
	5% Trimmed Mean		-.0708	
	Median		-.1900	
	Variance		.983	
	Std. Deviation		.99122	
	Minimum		-1.38	
	Maximum		2.27	
	Range		3.65	
	Interquartile Range		1.38	
	Skewness		.640	.260
	Kurtosis		-.129	.514

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ZP	.096	86	.051	.936	86	.000

a. Lilliefors Significance Correction

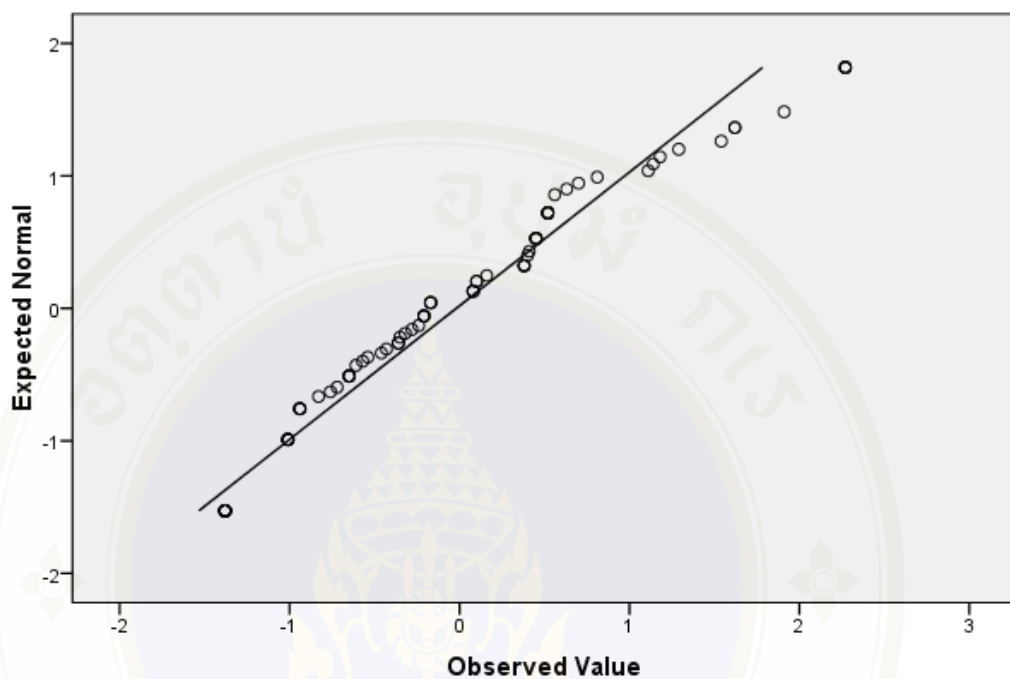


ZP Stem-and-Leaf Plot

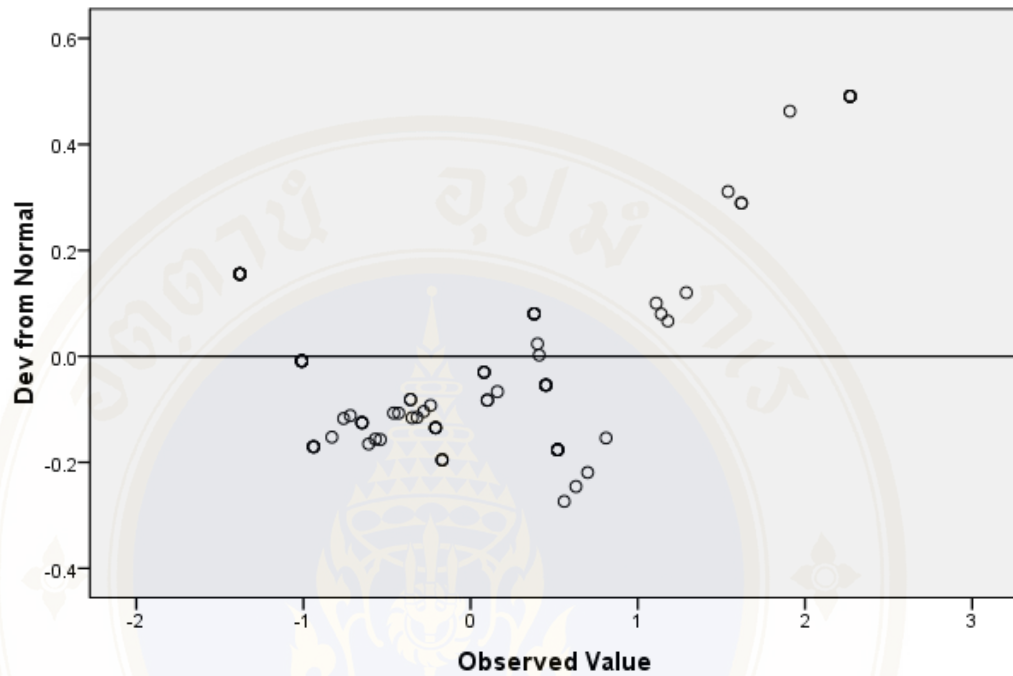
Frequency	Stem & Leaf
17.00	-1 . 00000003333333333
14.00	-0 . 55666667789999
15.00	-0 . 111222222333344
17.00	0 . 00011133334444444
10.00	0 . 5555555678
4.00	1 . 1112
4.00	1 . 5669
5.00	2 . 22222

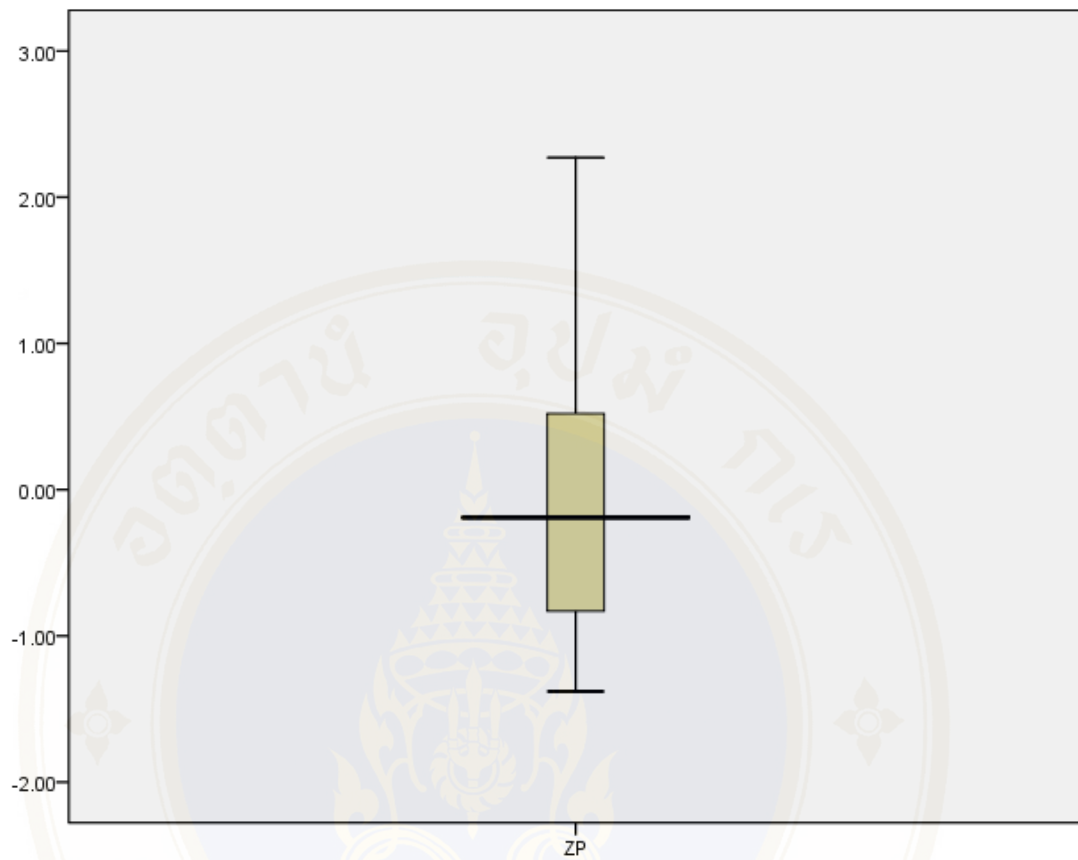
Stem width: 1.0
Each leaf: 1 case(s)

Normal Q-Q Plot of ZP



Detrended Normal Q-Q Plot of ZP





```
EXAMINE VARIABLES=ZD
  /PLOT BOXPLOT STEMLEAF HISTOGRAM NPLOT
  /COMPARE GROUP
  /STATISTICS DESCRIPTIVES
  /CINTERVAL 95
  /MISSING LISTWISE

  /NOTOTAL.
```

Explore

[DataSet1] F:\Proposal\Analyse Data (Final)\Complete Data\SPSS (nun).sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ZD	86	100.0%	0	.0%	86	100.0%

Descriptives

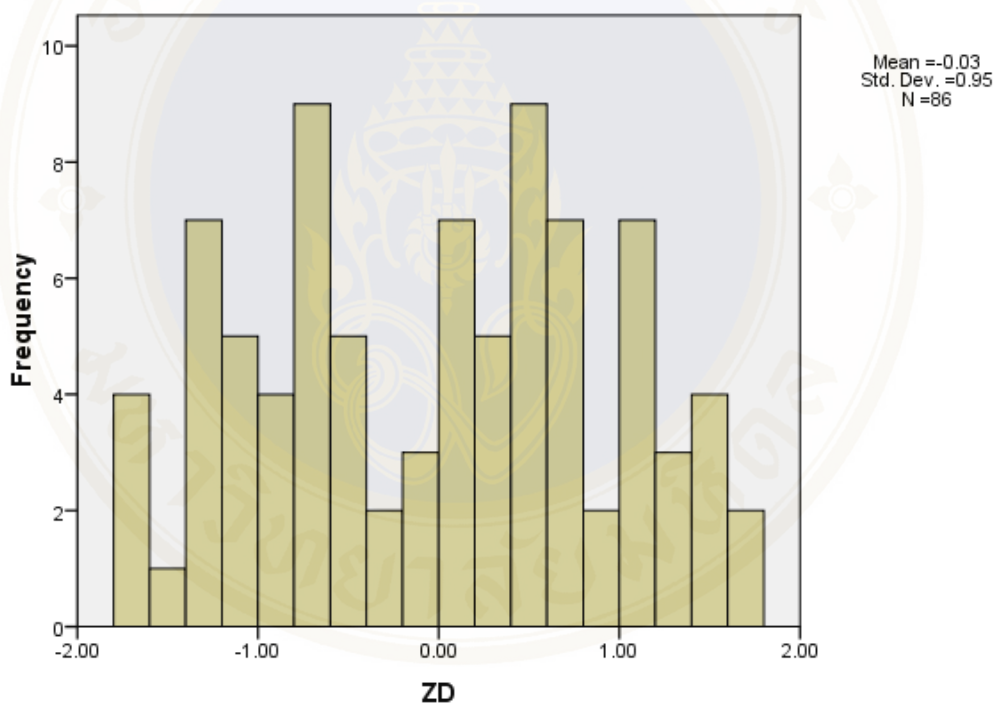
		Statistic	Std. Error
ZD	Mean	-.0313	.10246
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-.2350
		Upper Bound	.1724
	5% Trimmed Mean	-.0295	
	Median	.0800	
	Variance	.903	
	Std. Deviation	.95014	
	Minimum	-1.66	
	Maximum	1.65	
	Range	3.31	
	Interquartile Range	1.61	
	Skewness	-.022	.260
	Kurtosis	-1.146	.514

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ZD	.102	86	.028	.955	86	.004

a. Lilliefors Significance Correction

Histogram

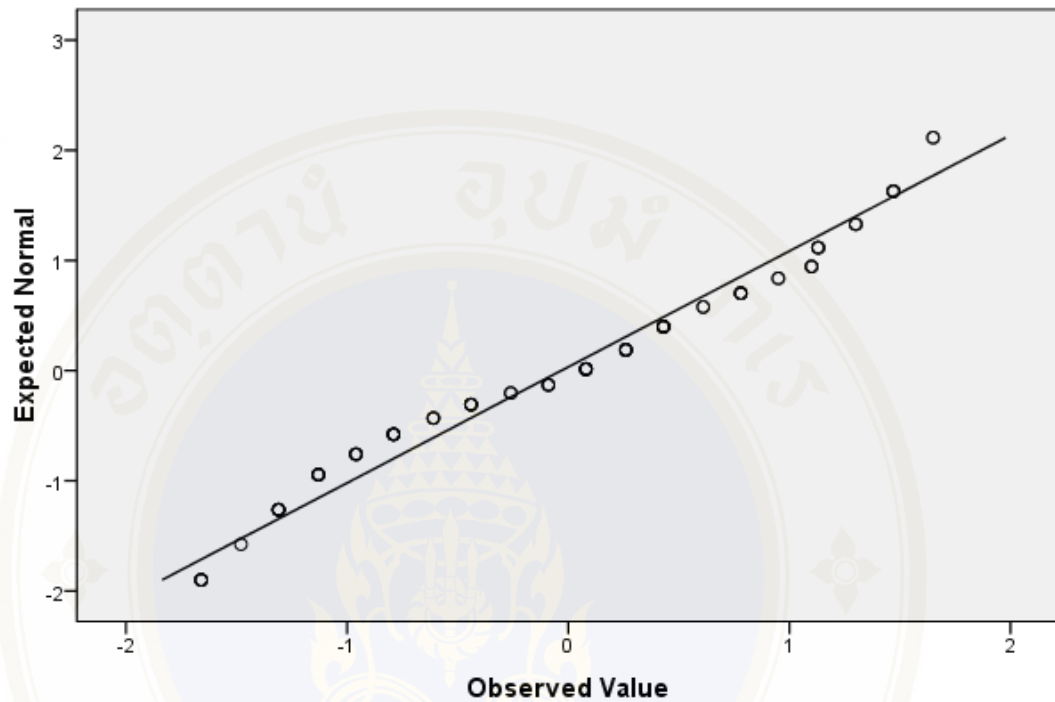


ZD Stem-and-Leaf Plot

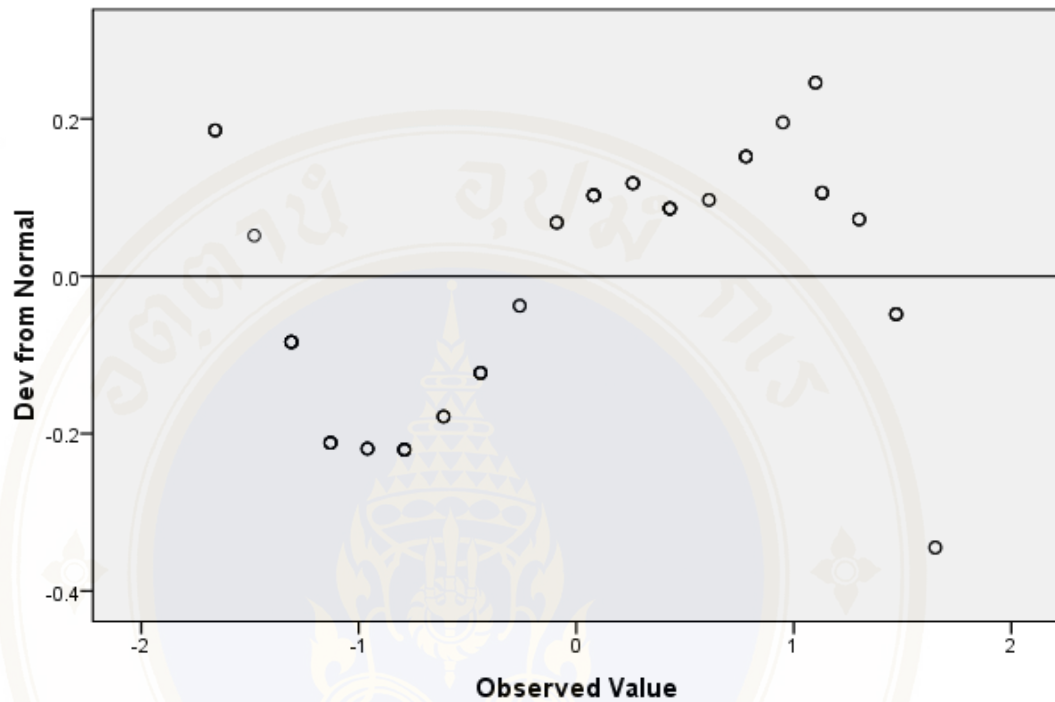
Frequency	Stem &	Leaf
4.00	-1 .	6666
13.00	-1 .	1111133333334
13.00	-0 .	6667777779999
10.00	-0 .	0002244444
21.00	0 .	0000002222244444444
9.00	0 .	667777799
14.00	1 .	1111113334444
2.00	1 .	66

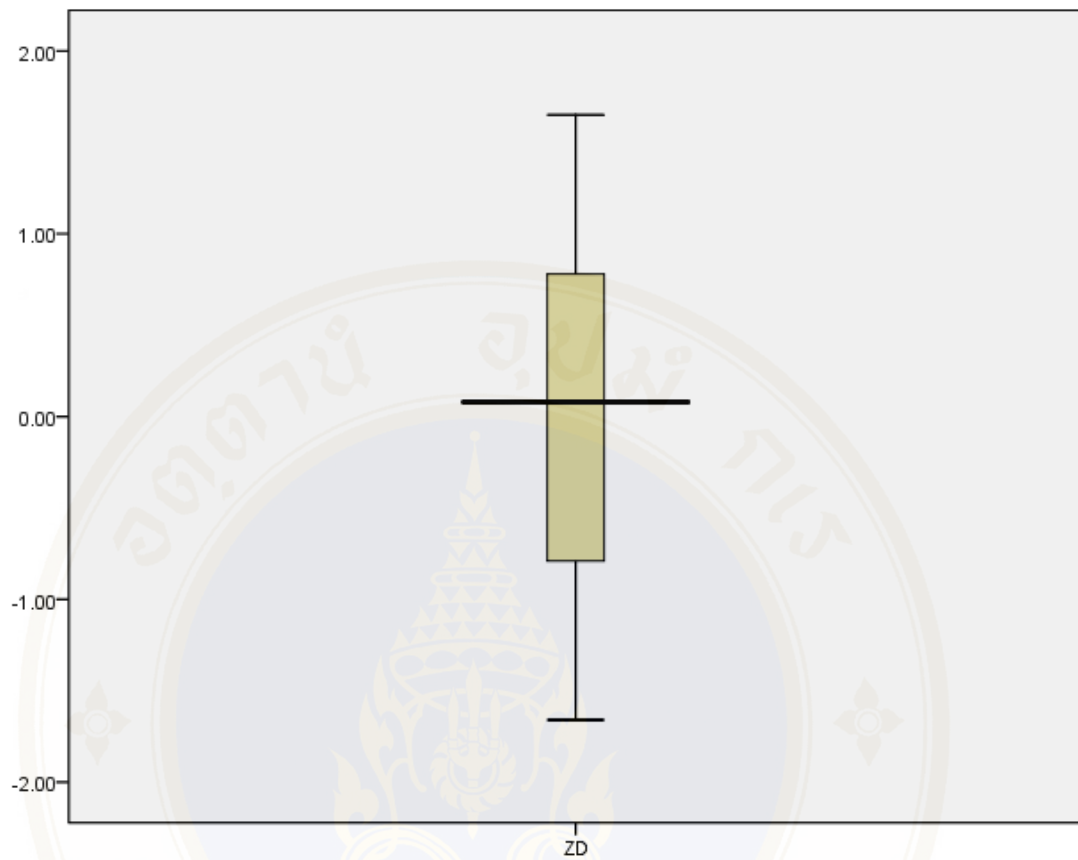
Stem width: 1.0
Each leaf: 1 case(s)

Normal Q-Q Plot of ZD



Detrended Normal Q-Q Plot of ZD





```
EXAMINE VARIABLES=ZSo
  /PLOT BOXPLOT STEMLEAF HISTOGRAM NPLOT
  /COMPARE GROUP
  /STATISTICS DESCRIPTIVES
  /CINTERVAL 95
  /MISSING LISTWISE

  /NOTOTAL.
```

Explore

[DataSet1] F:\Proposal\Analyse Data (Final)\Complete Data\SPSS (nun).sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ZSo	86	100.0%	0	.0%	86	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
ZSo	Mean	.0122	.10853
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	-.2036	
	Upper Bound	.2280	
	5% Trimmed Mean	-.0245	
	Median	-.0350	
	Variance	1.013	
	Std. Deviation	1.00649	
	Minimum	-2.20	
	Maximum	3.15	
	Range	5.35	
	Interquartile Range	1.56	
	Skewness	.517	.260
	Kurtosis	.293	.514

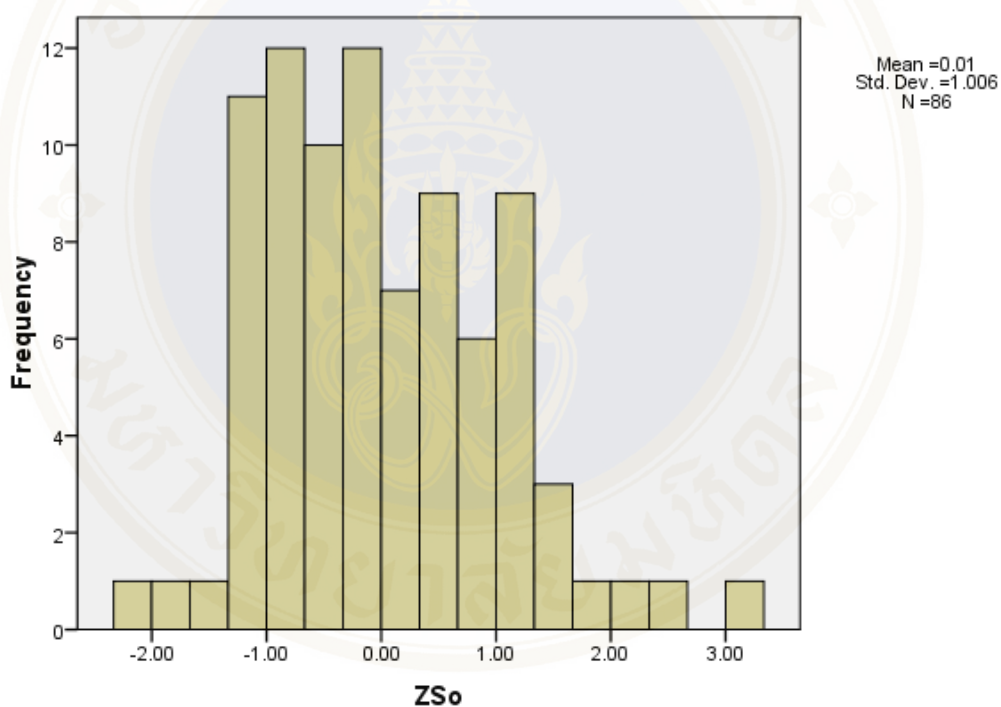
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ZSo	.072	86	.200*	.978	86	.154

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Histogram

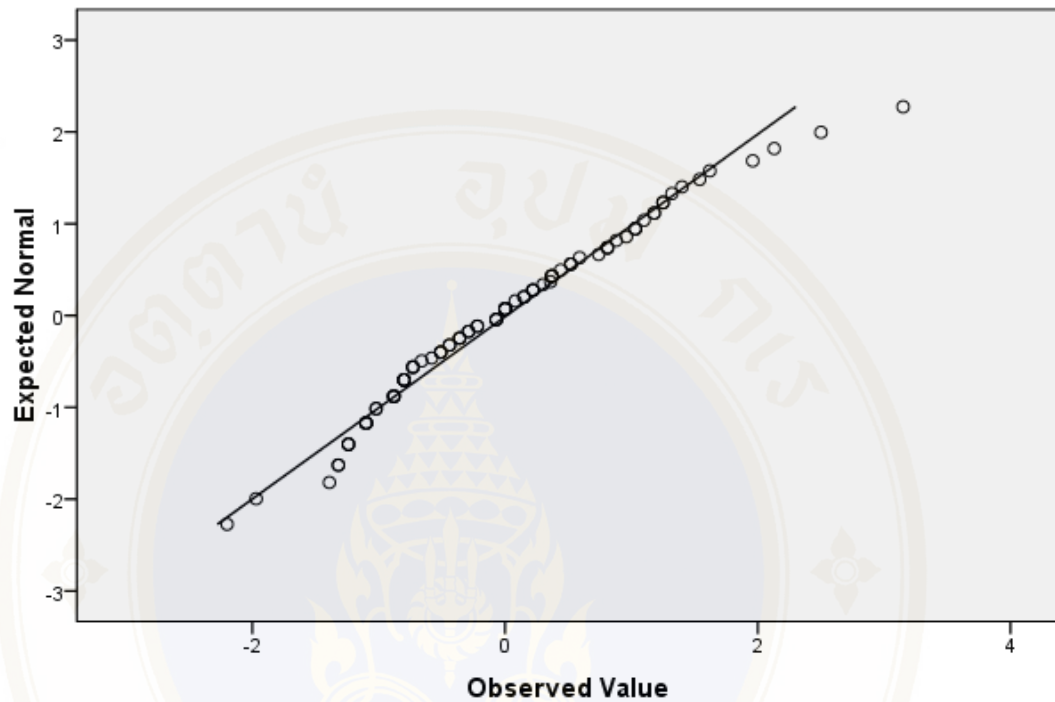


ZSo Stem-and-Leaf Plot

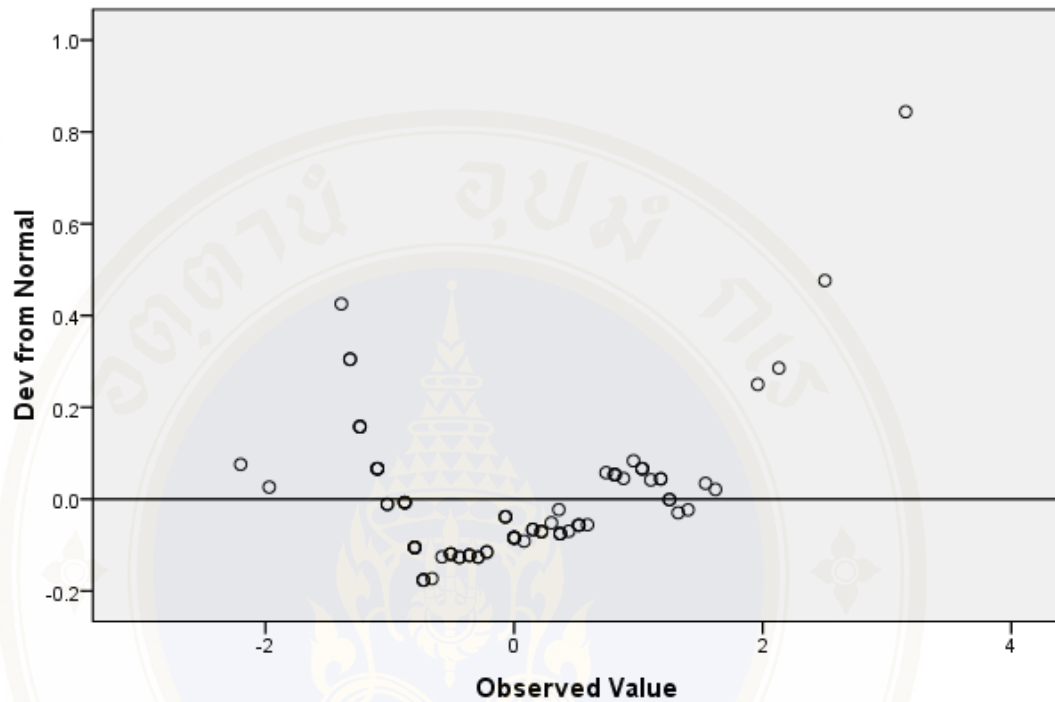
Frequency	Stem & Leaf
1.00	-2 . 2
13.00	-1 . 0011112223339
29.00	-0 . 00022223334455556777888888888
27.00	0 . 0000001122233333445555788889
13.00	1 . 0001112234569
2.00	2 . 15
1.00	Extremes (>=3.2)

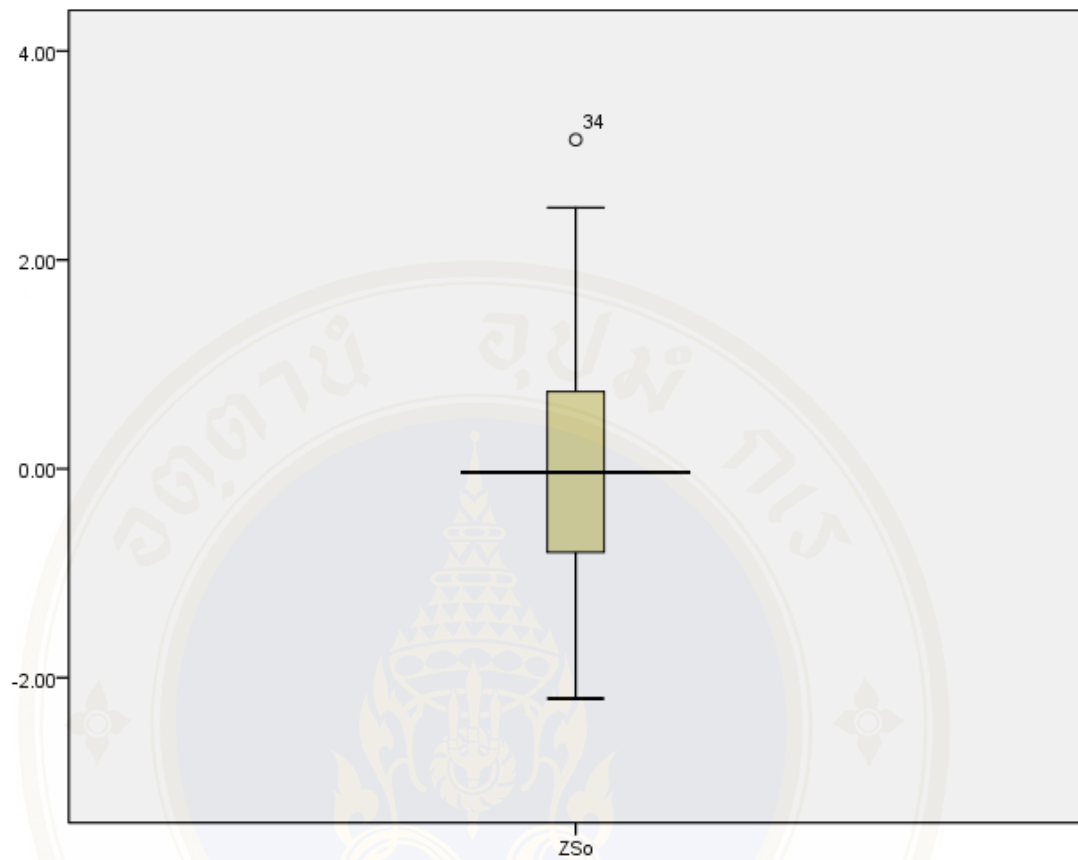
Stem width: 1.0
Each leaf: 1 case(s)

Normal Q-Q Plot of ZSo



Detrended Normal Q-Q Plot of ZSo





```
EXAMINE VARIABLES=ZADL
  /PLOT BOXPLOT STEMLEAF HISTOGRAM NPLOT
  /COMPARE GROUP
  /STATISTICS DESCRIPTIVES
  /CINTERVAL 95
  /MISSING LISTWISE

  /NOTOTAL.
```

Explore

[DataSet1] F:\Proposal\Analyse Data (Final)\Complete Data\SPSS (nun).sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ZADL	86	100.0%	0	.0%	86	100.0%

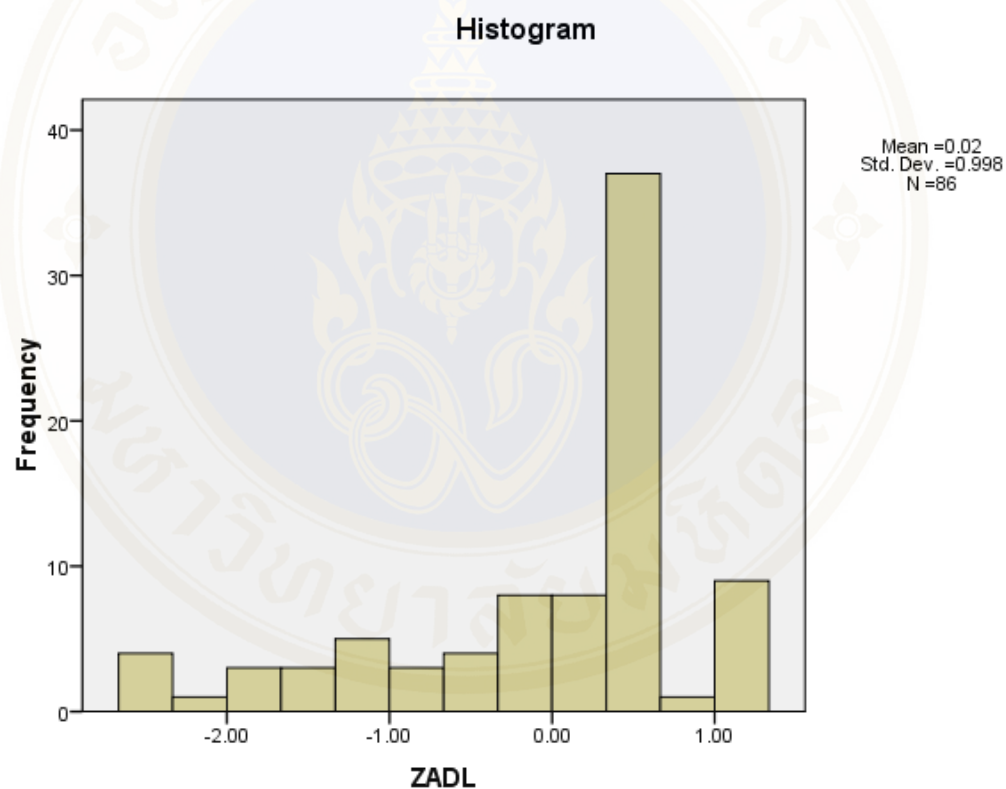
Descriptives

		Statistic	Std. Error
ZADL	Mean	.0158	.10759
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	-.1981	
	Upper Bound	.2297	
	5% Trimmed Mean	.0876	
	Median	.3600	
	Variance	.995	
	Std. Deviation	.99773	
	Minimum	-2.51	
	Maximum	1.23	
	Range	3.74	
	Interquartile Range	1.15	
	Skewness	-1.107	.260
	Kurtosis	.450	.514

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ZADL	.203	86	.000	.860	86	.000

a. Lilliefors Significance Correction

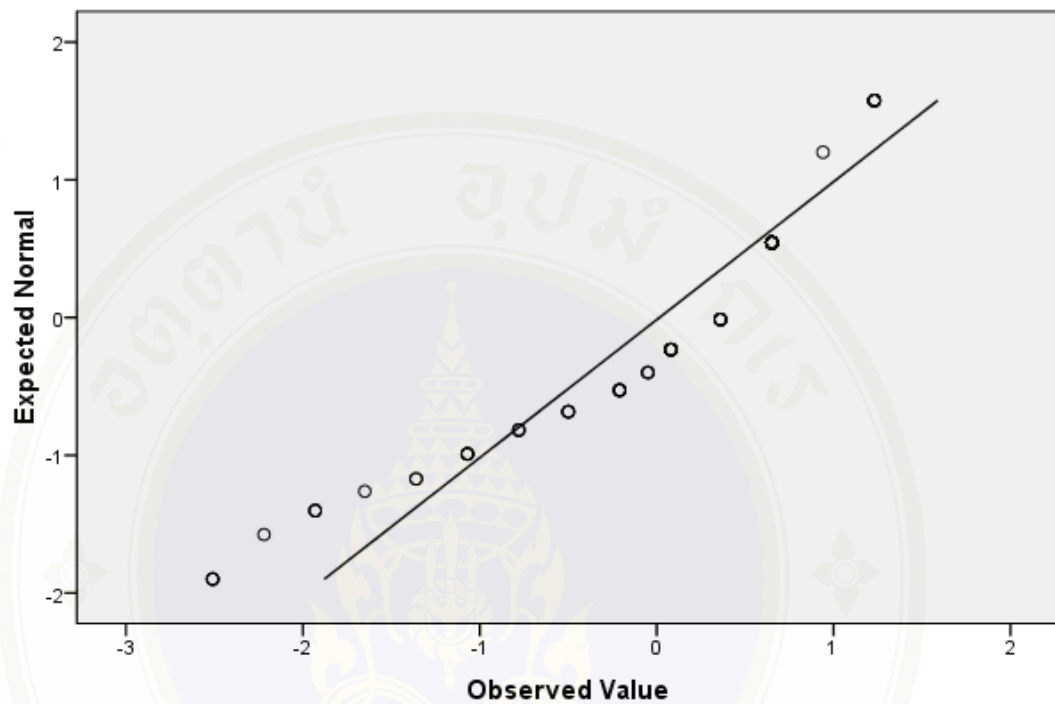


ZADL Stem-and-Leaf Plot

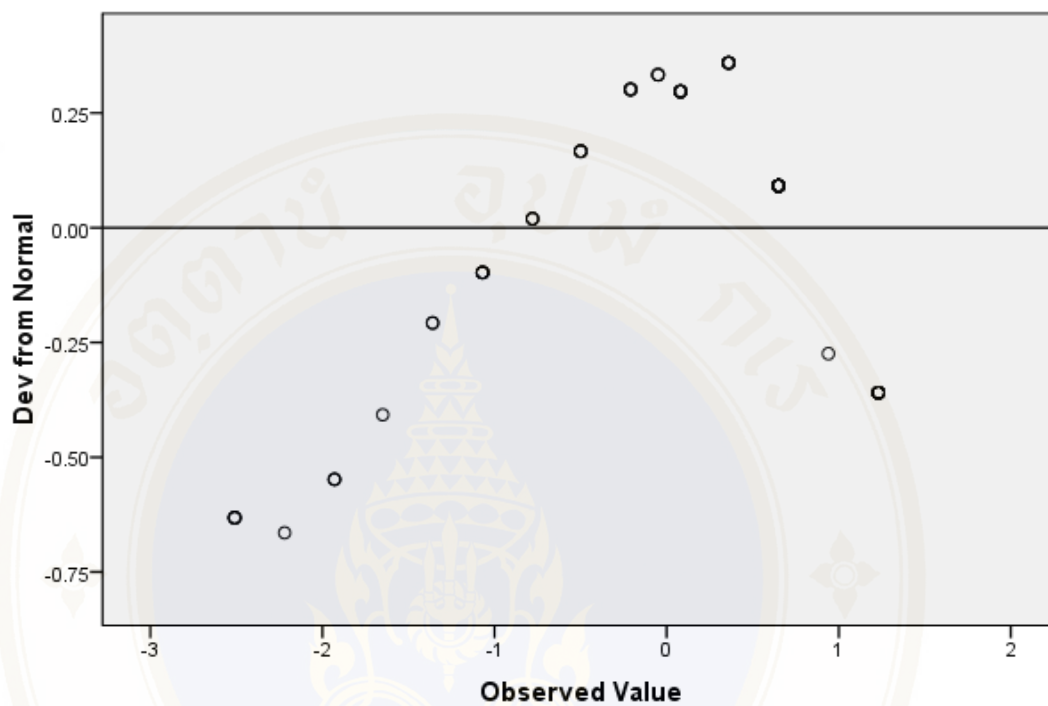
Frequency	Stem &	Leaf
4.00	Extremes	(=<-2.5)
1.00	-2 .	2
4.00	-1 .	6999
7.00	-1 .	0000033
7.00	-0 .	5555777
8.00	-0 .	00022222
15.00	0 .	000000003333333
31.00	0 .	66666666666666666666666666666669
9.00	1 .	222222222

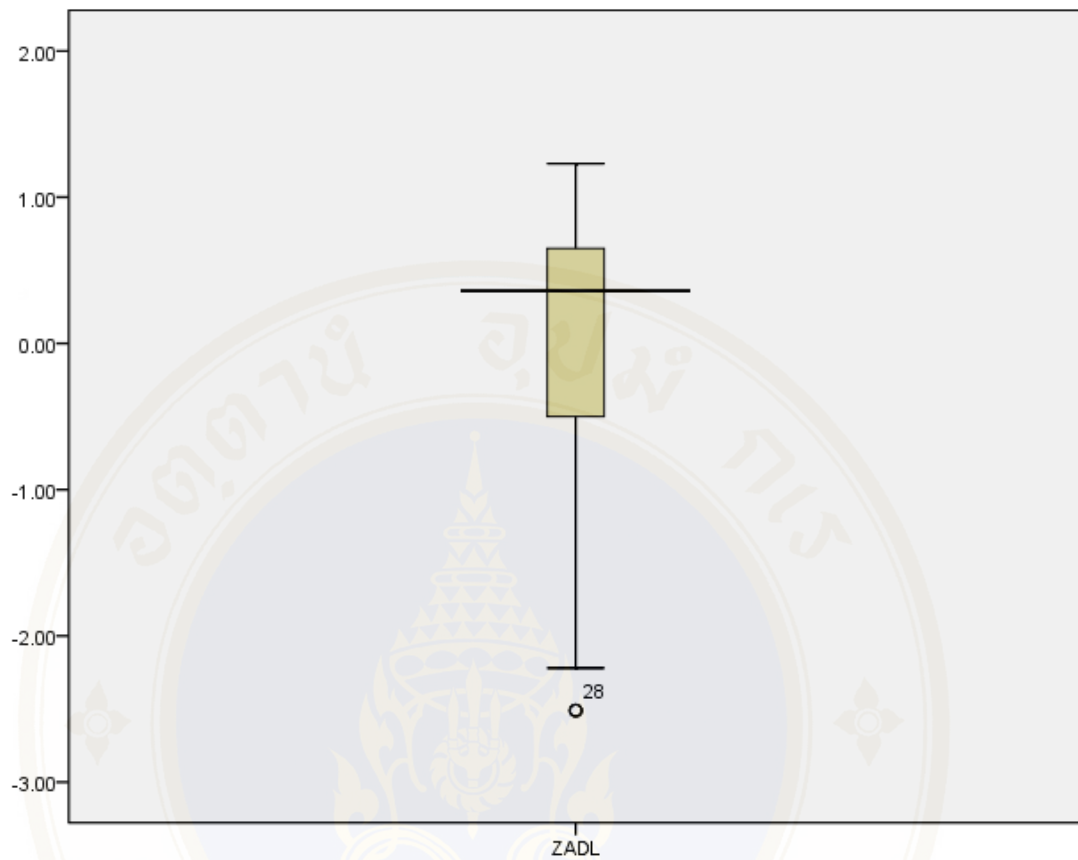
Stem width: 1.0
Each leaf: 1 case(s)

Normal Q-Q Plot of ZADL



Detrended Normal Q-Q Plot of ZADL

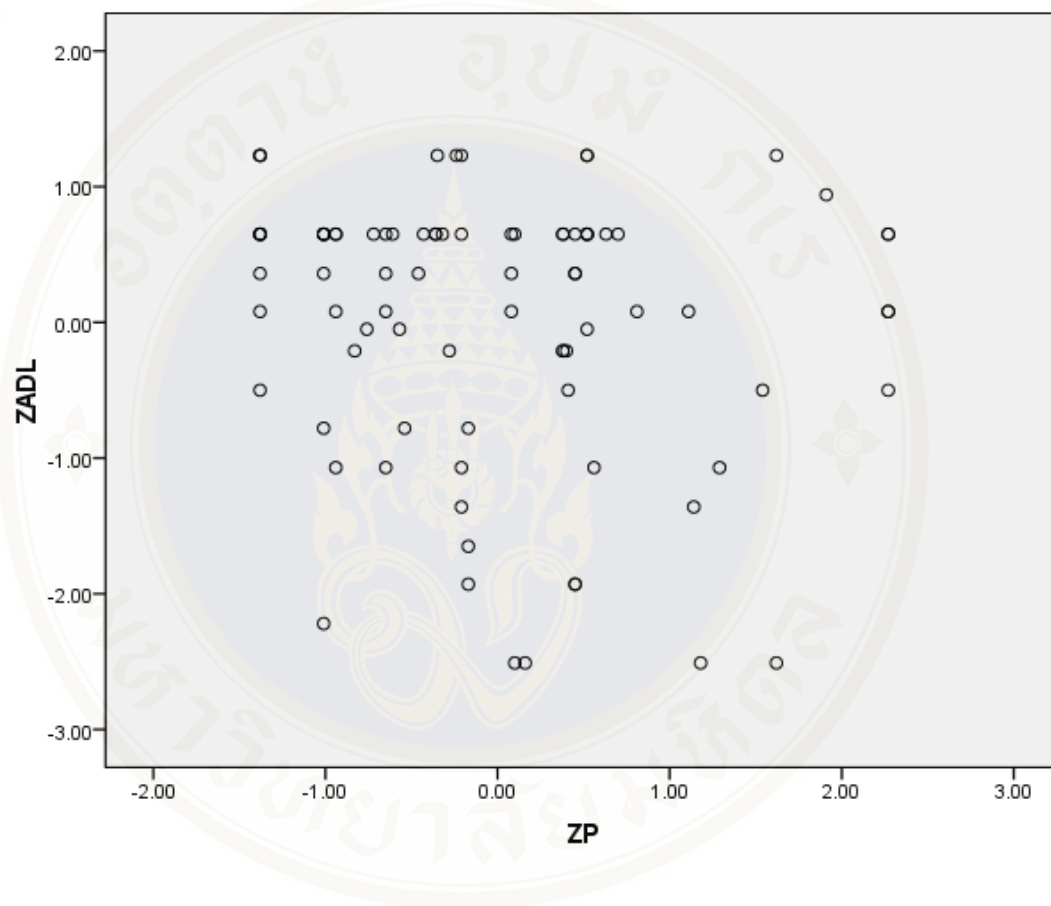




```
GRAPH
  /SCATTERPLOT(BIVAR)=ZP WITH ZADL
  /MISSING=LISTWISE.
```

Graph

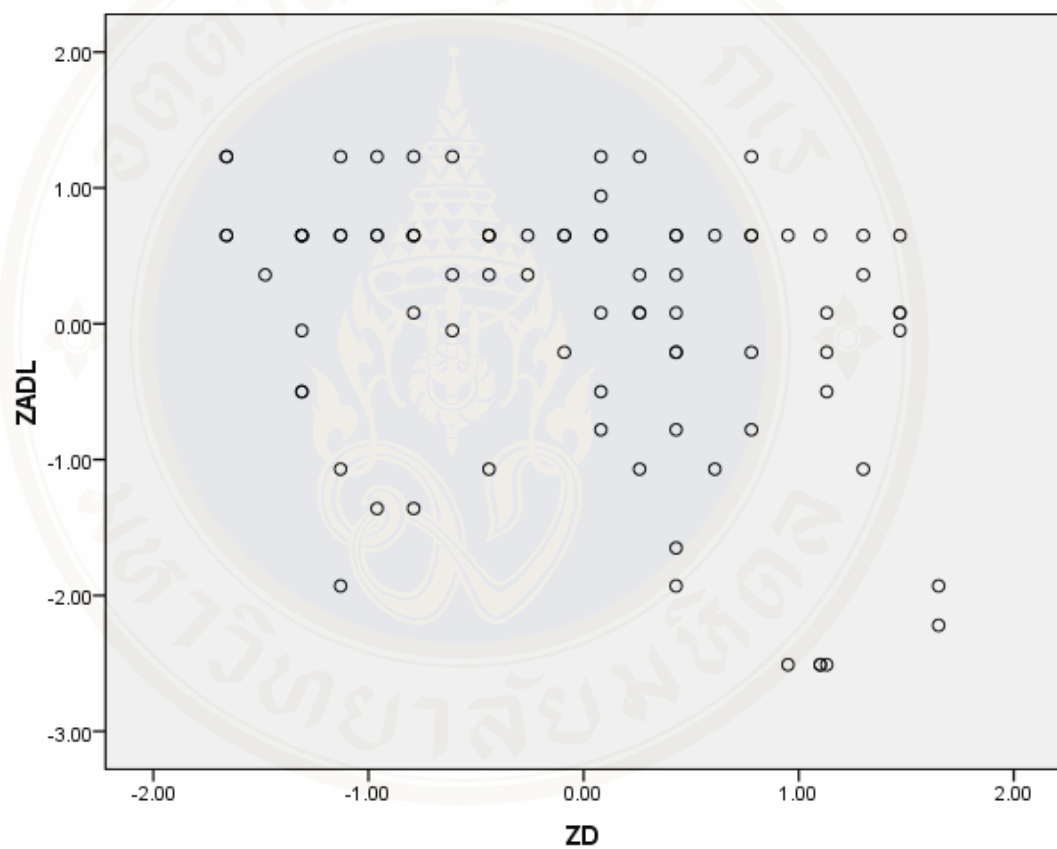
[DataSet1] F:\Proposal\Analyse Data (Final)\Complete Data\SPSS (nun).sav



```
GRAPH
  /SCATTERPLOT(BIVAR)=ZD WITH ZADL
  /MISSING=LISTWISE.
```

Graph

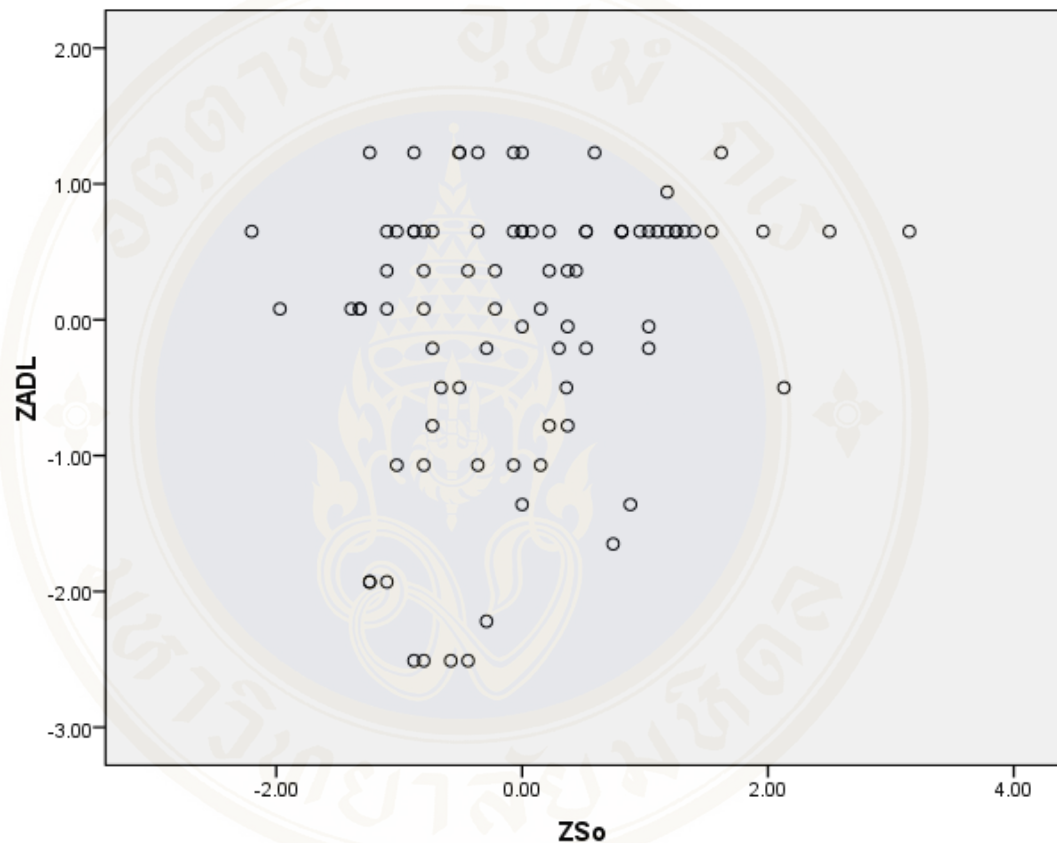
[DataSet1] F:\Proposal\Analyse Data (Final)\Complete Data\SPSS (nun).sav



```
GRAPH
  /SCATTERPLOT(BIVAR)=ZSo WITH ZADL
  /MISSING=LISTWISE.
```

Graph

[DataSet1] F:\Proposal\Analyse Data (Final)\Complete Data\SPSS (nun).sav



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ- สกุล (ภาษาไทย)	นางสาวนันทา ขวัญดี
(ภาษาอังกฤษ)	MISS NUNTA KHWANDEE
วัน เดือน ปีเกิด	29 เมษายน 2510
สถานที่เกิด	จังหวัดระยอง
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2530-2534 พยาบาลศาสตรบัณฑิต การพยาบาลและผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
ทุนการศึกษา	ทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 10 ได้ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร ตำแหน่ง พยาบาลปฏิบัติการ
ที่อยู่ปัจจุบัน	108/132 ม.บัวทอง ตำบลบางรักพัฒนา อ.บางบัวทอง จ. นนทบุรี E-mail address: nuntak@hotmail.com