

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาประเทศที่ผ่านมา ทำให้ปัญหาสุขภาพของประชาชนไทยเปลี่ยนแปลงไป อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยง และอาจเกิดอุบัติเหตุต่างๆ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี ค.ศ. 1998 มีอุบัติการณ์การเกิดการบาดเจ็บทั่วโลกประมาณร้อยละ 16 โดยเป็นการบาดเจ็บจากการจราจรมากที่สุดถึงร้อยละ 16 ของการบาดเจ็บทุกสาเหตุ ซึ่งทำให้เกิดการตายก่อนเวลาอันควร และเกิดความพิการตามมาอีกเป็นจำนวนมาก (World Health Organization, 1999, pp. 17-18) ประเทศไทยในช่วงระยะเวลา 15 ปี (พ.ศ. 2527-2541) อุบัติเหตุทำให้คนไทยเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากปีละ 5.7 ต่อประชากรแสนคน เป็น 18.5 ต่อประชากรแสนคน หรือเพิ่มขึ้น 3.2 เท่า และอัตราการบาดเจ็บก็เพิ่มขึ้น 4.4 เท่า มีความเป็นไปได้ว่าภายในปี 2553 จำนวนอุบัติเหตุจะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 200,000 ราย บาดเจ็บปีละกว่า 100,000 ราย และเสียชีวิตปีละกว่า 30,000 ราย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543, หน้า 210-211) ในจังหวัดเชียงใหม่ ได้จัดระบบการเฝ้าระวังและเก็บข้อมูลของการเกิดอุบัติเหตุในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ระหว่างวันที่ 10-17 เมษายน ปีงบประมาณ 2537-2542 พบว่าอัตราผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี 2539 มีจำนวน 2,214 ราย คิดเป็นอัตรา 142.78 ต่อประชากรแสนคน ปี 2540 มีจำนวน 2,173 ราย คิดเป็นอัตรา 139.07 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2541 มีจำนวน 2,751 ราย คิดเป็นอัตรา 173.31 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2542, หน้า 79) และจากรายงานสถิติของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พ.ศ. 2540 มีผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน 11,887 ราย ปี พ.ศ. 2541 มี 10,827 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.4 และร้อยละ 86.1 ของผู้มารับบริการ (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2540, หน้า 4; 2541, หน้า 4)

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่พบได้บ่อยคือ กระดูกหักซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต โดยเฉพาะการบาดเจ็บจากกระดูกขาหัก ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี (เสมอเดือน กามวัลย์ อ่างโน สมากมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2539, หน้า 723) และ

จากสถิติการผ่าตัดผู้ป่วยกระดูกหักของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2540 มีจำนวนผู้ป่วยกระดูกหักเข้ารับการผ่าตัดทั้งสิ้น 3,088 ราย ในปี พ.ศ. 2541 มี 3,089 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.3 และร้อยละ 87.9 ของผู้ป่วยกระดูกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2540, หน้า, 85; 2541, หน้า, 85) ซึ่งข้อมูลที่รวบรวมมานี้ได้รวมสถิติผู้ป่วยกระดูกหักเข้าไว้ด้วยกัน เนื่องจากมีปัญหาในเรื่องการจัดเก็บข้อมูล จึงไม่มีสถิติเฉพาะที่เกี่ยวกับผู้ป่วยกระดูกขาหักให้เห็นได้ชัดเจน ซึ่งสาเหตุของการเกิดกระดูกขาหัก นอกจากจะมีสาเหตุจากการใช้ยานพาหนะที่มีความเร็วสูง เช่น รถยนต์ รถจักรยานยนต์ มีการขับขี่ด้วยความประมาทแล้ว ยังมีสาเหตุเนื่องมาจากการทำงานด้วยเครื่องจักรกลที่ต้องอาศัยแรงคนร่วมด้วย หรือสาเหตุมาจากการเล่นกีฬาที่มีการประชิดตัวหรือมีความเร็วสูง เช่น ฟุตบอล รักบี้ เป็นต้น หรือเกิดจากภาวะสงคราม ภัยจากอาวุธยุทโธปกรณ์ และการตกจากที่สูง หรือหกล้ม (วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม, 2532, หน้า 12)

ซึ่งผู้ป่วยกระดูกหักจากสาเหตุใดก็ตามแม้ว่าจะได้รับการรักษาไปแล้ว แต่ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ทั้งภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย เช่น ภาวะข้อติดแข็งหรือเคลื่อนไหวข้อได้น้อยลง กระดูกติดผิดรูป (malunion) กระดูกไม่ติด (nonunion) ภาวะกล้ามเนื้อฝ่อลีบเนื่องจากไม่ได้ใช้งาน (disuse atrophy) ภาวะการเกิดกระดูกงอกในกล้ามเนื้อ (myositis ossifican) หรือการติดเชื้อ เป็นต้น (วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม, 2539, หน้า 1057) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจทำให้เกิดความพิการตามมาได้ จากการศึกษาของสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ได้ทำการสำรวจผู้พิการเมื่อปี พ.ศ. 2540 โดยการตรวจร่างกายร่วมด้วยพบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้พิการประมาณร้อยละ 8.1 และประเภทของผู้พิการที่พบมากที่สุดคือ ผู้พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว คิดเป็นสัดส่วนประมาณครึ่งหนึ่งของผู้พิการทั้งหมด (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2540, หน้า 18) โดยลักษณะความพิการส่วนใหญ่เป็นความพิการแขนขาพิการ เขี้ยวคองไม่ได้ถึงร้อยละ 16.9 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543, หน้า 35) และมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุสูงถึงร้อยละ 35.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2542, หน้า 1) ผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกจากความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติก็จะได้รับผลกระทบด้วยทั้งด้านการดูแลสุขภาพพยาบาล ด้านเศรษฐกิจ และสังคม ประเทศไทยได้มีการศึกษาถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ซึ่งประเมินจากค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและไม่สามารถทำงานได้ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุคิดเป็นร้อยละ 3 ของรายได้ประชาชาติหรือ 74,000 ล้านบาท (นครชัย เพื่อนปฐม, 2544, หน้า 34)

จากผลกระทบดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่จะต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการให้ได้ผลมากที่สุด โดยการฟื้นฟูสภาพหลังการรักษาทางออร์โธปิดิกส์ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือ

ตนเองได้ ซึ่งมีความสำคัญไม่น้อยกว่าการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อให้การรักษาแล้วยังไม่หาย เป็นปกติมีความบกพร่องหรือความพิการหลงเหลืออยู่ จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยสามารถที่จะใช้งานส่วนที่หักนั้นได้เหมือนปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด (เสมอเดือน คามวัลย์ อ่างใน สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2539, หน้า 726-728) เพื่อให้สามารถนำศักยภาพที่ยังเหลืออยู่นั้นมาปรับสภาพให้ใช้งานได้ในชีวิตประจำวัน ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องเป็นภาระต่อผู้อื่น (มานพ ประภาษานนท์, 2543, หน้า 105-106) การฟื้นฟูสภาพเป็นการดูแลผู้ป่วยและผู้พิการร่วมกันและต่อเนื่องกับการรักษาทางยาหรือการผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การรักษาได้ผลดี ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องเริ่มบริหารกล้ามเนื้อและเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ผลสำเร็จของการรักษานั้นนอกจากจะทำให้กระดูกติดเหมือนเดิมแล้ว ยังทำให้สามารถใช้งานได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด (สุนทร บวรรัตนเวช, 2532 อ่างใน สุคนธา ผดุงวัตร, 2537, หน้า 28) ในการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้พร้อมที่จะกลับไปพักฟื้นที่บ้าน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่บ้านอย่างถูกต้อง เพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง โดยผู้ป่วยควรมีความรู้ในเรื่อง การปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาที่ถูกต้อง การดูแลแผลผ่าตัดให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ การบริหารขาข้างที่ผ่าตัด การใช้ไม้ค้ำยันช่วยเดินอย่างถูกต้อง และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรมีความรู้ในเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ การฝึกให้มีการขับถ่ายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว และแหล่งสนับสนุนทางสังคม (วชิราภรณ์ สุมนวงศ์, 2538, หน้า 12-13; สุคนธา ผดุงวัตร, 2537, หน้า 29-32)

แนวทางการปฏิบัติงานการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ของงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประกอบด้วยบทบาทตามแผนการรักษาและบทบาทอิสระในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย คือผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลตามแนวทางที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่อาจเกิดขึ้น การฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีที่สุดตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน และส่งเสริมผู้ป่วยให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2539, หน้า 2) และก่อนที่จะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ทางโรงพยาบาลจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยทางหอผู้ป่วยจะใช้คู่มือในการสอนผู้ป่วย และมีแผ่นพับแนะนำการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยหลัง

การผ่าตัดกระดูกขาหักให้ผู้ป่วยนำกลับไปด้วย เนื้อหาในแผนพับจะประกอบด้วยความรู้ในเรื่อง การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตั้งที่กล่าวข้างต้นแล้ว ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยมักจะ ต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง เช่น มีการติดเชื้อที่กระดูกหรือ แผลผ่าตัด กระดูกที่หักเกิดการหักซ้ำ มีการติดเชื้อของกระดูก หรือกระดูกไม่ติด เป็นต้น (วชิราภรณ์ สุนนวงศ์, 2538, หน้า 12) และจากสถิติการผ่าตัด พ.ศ. 2540 ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกขาทั้งสิ้น 584 ราย มีผู้ป่วยที่กลับเข้ามา รับการรักษาหรือแก้ไขความผิดปกติ 129 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.1 ในปี พ.ศ. 2541 มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกขา 515 ราย ต้องกลับเข้ามารับการแก้ไขความผิดปกติ 166 ราย คิดเป็น ร้อยละ 32.2 (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2540, หน้า 55-56; 2541, หน้า 52-53) ซึ่งความผิดปกติที่เกิดจะเป็นในเรื่อง กระดูกไม่ติด ติดผิดรูป มีการติดเชื้อที่กระดูกหรือ แผลผ่าตัด เกิดการหักซ้ำ และอื่นๆ อันเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องในการดูแล ตนเอง โดยเฉพาะในเรื่องการออกกำลังกาย ทำให้การฟื้นฟูสภาพเป็นไปได้ไม่ดีเท่าที่ควร การขาด การออกกำลังกาย หรือการขาดการทำกายภาพบำบัด ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดข้อติดแข็ง และ เกิดการอ่อนกำลังของกล้ามเนื้อของขาข้างที่หักนั้นได้ (เอกชัย จุละจาริตต์ อ้างในช่อราตรี สิริวัตถานันต์, 2530, หน้า 454).

การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะได้ผลดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) ซึ่งเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (เขวาลักษณ์ อนุรักษ์และคณะ, 2543, หน้า 21) การส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยให้บุคคลสามารถดำรงภาวะสุขภาพในระดับสูงสุดของแต่ละคนได้ (กนกพร สุคำวัง, มปป., หน้า 1) ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996 อ้างใน กนกพร สุคำวัง, มปป., หน้า 7) ได้เสนอรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่ามี 3 องค์ประกอบคือ ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องเฉพาะกับความรู้และความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์ซึ่งสามารถประเมินได้จากองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ภาวะ โภชนาการ การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางด้านกายภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ในการประเมินพฤติกรรมฟื้นฟู สภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก ได้ประยุกต์แนวทางการประเมินพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของเพนเดอร์มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยประเมินในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของ ตนเองในเรื่องของความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือแผนการรักษาที่ได้รับ การรับประทาน

อาหารที่มีประโยชน์ประเภทโปรตีน วิตามินซีและแคลเซียมเพื่อส่งเสริมการหายของแผลและการติดของกระดูก การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และให้ข้อต่างๆได้มีการเคลื่อนไหว โดยการปฏิบัติตามทำการบริหารที่ได้รับคำแนะนำและตามคู่มือที่ได้รับจากทางโรงพยาบาล ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็ควรจะได้รับรู้ข้อจำกัดของตนเองในการที่จะหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การละเว้นกิจกรรมที่ต้องใช้แรงขาข้างที่ผ่าตัด การเดินอย่างระมัดระวังไม่เร่งรีบ เป็นต้น (จรรยาพร ธรนิทร์, 2526 อ้างใน สุคนธา ผดุงวัตร, 2537, หน้า 30-31) นอกจากนี้ยังรวมถึงการจัดการกับความเครียด เพราะผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดจะสนใจกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง และความพิการที่หลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง แต่ถ้าหากผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัว หรือผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสมก็จะช่วยลดความวิตกกังวลและยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้ (สุคนธา ผดุงวัตร, 2537, หน้า 32) สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคมในเรื่องการใช้บริการสุขภาพ ก็มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะแหล่งบริการที่ใกล้บ้านดังเช่นการศึกษาของวิระมล กาสีวงศ์ (2541) เรื่ององค์ประกอบในการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม พบว่า ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ เพื่อการฟื้นฟูสภาพที่ต่ำกว่า 6 กิโลเมตร มีผลต่อความสะดวกในการไปรับบริการถึง ร้อยละ 82.9

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักยังไม่มีการศึกษาไว้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหักที่บ้าน โดยนำแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ (1996) มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกายที่บ้าน การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับการให้ความรู้และคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งผลของการศึกษาจะทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก เพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อการฟื้นฟูสภาพให้กลับมีชีวิตที่เป็นปกติโดยเร็ว และยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก ที่มาติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในเรื่อง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกายที่บ้าน การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้จะเป็นการศึกษาในผู้ป่วยกระดูกขาหักภายหลังการรักษาโดยการผ่าตัดที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปไม่จำกัดเพศ ซึ่งมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยกระดูกและข้อ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2544

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

พฤติกรรมกรฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก ที่กระทำในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพื่อการปรับฟื้นคืนสภาพด้านร่างกายให้กลับคืนสภาพเดิม หรือใกล้เคียงสภาพเดิม โดยประเมินใน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านภาวะโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายที่บ้าน ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกขาหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกระดูกขาทั้งส่วนบน (upper leg) และหรือขาส่วนล่าง (lower leg) หัก เนื่องจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุซึ่งได้รับการผ่าตัดจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และกลับมาตรวจตามนัดตั้งแต่หนึ่งครั้งขึ้นไป ที่ห้องตรวจผู้ป่วยกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อให้บุคลากรที่มีสุขภาพ สามารถใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล และ พัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกขาหัก ให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคลต่อไป
2. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาค้นคว้า เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยทาง ศัลยกรรมภายหลังการผ่าตัดในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University