วารสารพยาบาลตำรวจ
Journal of The Police Nurses

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก[1]

THE EFFECT OF THE INDIVIDUAL AND FAMILY SELF-MANAGEMENT PROMOTING PROGRAM ON FUNCTIONAL CAPACITY AMONG OLDER PERSONS WITH HIP FRACTURE

ธนพร รัตนาธรรมวัฒน์[2] ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์[3]
Thanaporn Rattanathammawat Tassana Choowattanapakorn
[1] วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Part of this thesis, Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
[2] นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330
Graduated student in Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330
Assistance Professor Dr., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand
Author Email: ngo-jeng@hotmail.com

Received: 12 พฤษภาคม 2559 Revised: 4 พฤษภาคม 2560 Accepted: 25 ธันวาคม 2561

บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมหรือการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตำรวจ โดยการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 44 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน โดยจัดให้ทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุ เพศ โรคประจำตัว และชนิดของการผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan and Sawin เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบทีผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=2.394, p=.021)

คำสำคัญ : การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว, การทำหน้าที่ของร่างกาย, ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to test the effect of the individual and family self-management promoting program on functional capacity among older persons with hip fracture. Purposive sampling was used to recruit 44 older persons with hip fracture admitted at orthopaedic ward, Police General Hospital. They were equally assigned into an experimental group and a control group matched by age, sex and type of operation. The instruments were the individual and family self-management promoting program based on Ryan & Sawin theory. The functional capacity measured by six-minute walk test (6MWT). The data were analyzed by mean, percentage, standard deviation, and t-test. The result showed that the mean score of functional capacity of older persons with hip fracture after receiving the individual and family self-management promoting program was significantly higher than the control group at $p<.05$. ($t=2.394$, $p=.021$)

Keywords : self-management of individual and family, functional capacity, older persons with hip fracture

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระดูกสะโพกหักเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักทั่วโลก 2.5 ล้านคนในปี ค.ศ. 2025 และเพิ่มขึ้นเป็น 4.5 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในทวีปเอเชียถึงร้อยละ 50 (Johnell, & Kaniss, 2005) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการหกล้ม เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของระบบต่าง ๆ โดยเฉพาะกระดูกที่บางลงและมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง ทำให้โครงสร้างของร่างกายไม่แข็งแรง มีความเสี่ยงต่อการหกล้มและกระดูกหักได้ง่าย ในรายที่กระดูกสะโพกหัก ทำให้เกิดความเจ็บปวด ทรงตัวไม่ได้ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมทันเวลาอาจเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตในที่สุด (Rao & Cherukuri, 2006) ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีอัตราตายสูงเป็น 10 เท่าของผู้สูงอายุทั่วไป (สุชีลา จันทร์วิทยานุชิต, 2554) ดังนั้น ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจึงควรได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว การรักษาที่ได้ผลดี คือ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน (Christmas, 2006)

การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการรักษาเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของข้อสะโพก และบรรเทาอาการปวด มีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายสามารถเคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงกับก่อนกระดูกสะโพกหักมากที่สุด อย่างไรก็ตามยังพบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการผ่าตัดมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว (Penrod, Litke, Hawkes, Magainer, Doucette & Kaval 2008) อีกทั้งไม่กล้าเคลื่อนตัวลงจากเตียง (Ruiz, 2000) นอนนิ่งกับที่เพราะกลัวแผลแยก (เสาวภา อินผา, 2550) ร้อยละ 30-73 กลัวการหกล้ม ทำให้ไม่ยอมเดินหรือเดินน้อยลง ออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง (Roach, 2001) จนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ธนาวรรณ แสนปัญญา, 2554; วัชรา ภูมิพระบุ, 2555) จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น การยึดติดของข้อสะโพก การเดินผิดปกติ การเกิดแผลกดทับ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ปอดบวม ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อสะโพกเทียมหลุด เป็นต้น (วิวัฒน์ วจนะวิศิษฏ์, 2547; Abbas, Murtaza, Umer.

Rashid, & Qadir, 2012) ในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมประจำวันถูกจำกัด ร้อยละ 29-50 ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนก่อนกระดูกสะโพกหัก (Bertram, Norman, Kemp, & Vos, 2011) เช่น การขึ้นหรือลงบันได การยืนเป็นระยะเวลานาน การเดินเข้าหรือออกจากห้องต่าง ๆ ภายในบ้านหรือการเดินในระยะทางยาว 2 ช่วงตึก (วิภาพร ลีเลิศมงคลกุล, 2556) ซึ่งความสามารถในการเดินนี้ บ่งบอกถึงระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจกรรมประจำวัน รวมทั้งความสามารถในการกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้เหมือนก่อนกระดูกสะโพกหัก (Silvia, Inmaculada, & Carman, 2012)

ปัญหาดังกล่าวข้างต้นเกิดจากผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักมีปัญหาในการจัดการตนเองหลังผ่าตัด เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่มีแนวโน้มของการเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นหลายโรค (Cree, Carriere, Soskolene, & Suarez, 2001) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของระบบต่าง ๆ ของร่างกายตามวัย เช่น ปัญหาการได้ยินการมองเห็นลดลง หรือมีอาการสับสนหลังผ่าตัด (กิ่งแก้ว ปาจารีย์, 2548) ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักกลัวว่าตนจะไม่สามารถเรียนรู้การจัดการตนเองหลังผ่าตัดตามที่เจ้าหน้าที่สอนได้ ขาดความมั่นใจในการฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการฝึกยืนหรือฝึกเดินหลังผ่าตัด จำเป็นต้องให้บุคคลในครอบครัวคอยดูแลอยู่ใกล้ชิดทุกครั้ง (เสาวภา อินผา, 2550) นอกจากนั้นระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ค่อนข้างสั้น ทำให้มีเวลาเรียนรู้ในการจัดการตนเองในการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้านน้อย การมีนักกายภาพบำบัดและพยาบาลประจำการที่ไม่เพียงพอ ทำให้มีข้อจำกัดของการสอนผู้สูงอายุให้มีทักษะที่ดีในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายหลังผ่าตัด อีกทั้งการสอนของบุคลากรทีมสุขภาพยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยจัดการกับการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวจึงขาดความมั่นใจไม่กล้ามีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่มั่นใจว่าจะช่วยเหลือการจัดการตนเองหลังผ่าตัดให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างไรจึงจะถูกต้อง และมีคุณภาพ ไม่ขัดกับแผนการรักษา (Grondin, Bourgault, & Bolduc, 2012) ทำให้ศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุด้อยลง การฟื้นหายของการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจึงน้อยและใช้เวลานานกว่าวัยอื่น (Arizon, Fidelman, Zuta, Peisakh, & Berner, 2005)

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดมีความซับซ้อน มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ บุคคลในครอบครัวจึงมีส่วนสนับสนุนและช่วยให้การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุเป็นไปได้เร็วและได้ผลดี เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความสามารถในการจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ลดลง การมีบุคคลในครอบครัวที่มีความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุอยู่ใกล้ ๆ และคอยให้การช่วยเหลือในการจัดการตนเองหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคง อบอุ่น ปลอดภัย มีกำลังใจในการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายหลังผ่าตัด ช่วยให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายกลับสู่สภาวะปกติได้เร็วขึ้นจนสามารถกลับมาทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตได้เหมือนเดิมหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ (จิริสุดา กาญจนสถิตกุล, 2552) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง จะมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น (Munir et al., 2009) พึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (อินทุกานต์ กุลไวย, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การช่วย

ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น (จิริสุดา กาญจนสถิตกุล, 2552) การส่งเสริมการจัดการตนเองด้านความรู้และทักษะแก่ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในการกระตุ้นเตือน จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่เข้มแข็งและรับผิดชอบในการฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้ดีขึ้น (วิภาพร ลีเลิศมงคลกุล และคณะ, 2556) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวโดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวตามแนวคิด ของ Ryan & Sawin (2009) มาใช้โดยการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดที่ถูกต้องและเหมาะสม ฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้สามารถฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เพื่อให้มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ส่งผลระยะยาวต่อการดำเนินชีวิตของทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังได้รับการผ่าตัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังได้รับการผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานวิจัย

ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลองครั้งเดียว

ประชากร คือ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตำรวจ

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะกระดูกสะโพกหักและได้รับการผ่าตัด เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ดำเนินการให้ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (matched pair) ในด้านอายุ เพศ โรคประจำตัว และชนิดของการผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan and Sawin

(2009) ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหักและการจัดการตนเองภายหลังการผ่าตัด ทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลมี 2 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก และ 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

2.2 แบบบันทึกการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ประเมินจากระยะทางที่ผู้ป่วยเดินได้บนพื้นราบภายในเวลา 6 นาที (six minute walk test)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ สมุดบันทึกการจัดการตนเองประจำสัปดาห์ของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โดยบันทึกการบริหารร่างกายแต่ละท่าเป็นจำนวนครั้งที่ทำต่อวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลตำรวจ เอกสารรับรองเลขที่ จว.77/2558 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการศึกษา การรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ที่จะได้รับแก่ตัวอย่าง มีเวลาในการตัดสินใจให้ข้อมูล ตัวอย่างมีสิทธิที่จะถอนตัวหรือยกเลิกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการที่ตัวอย่างจะได้รับ ผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับตัวอย่าง เป็นกิจกรรมรายบุคคล โดยกำหนดระยะเวลาของโปรแกรมรวม 6 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (กิจกรรมครั้งที่ 1) ความรู้และความเชื่อ

1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหักชักจูงให้เห็นความสำคัญของการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและตระหนักถึงความ สามารถของตนเอง

2) การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancy) นำเสนอตัวแบบผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ

3) การรับรู้ความสอดคล้องกับเป้าหมาย (goal congruence) ชักจูงให้เห็นผลของการปฏิบัติผ่านตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด เพื่อให้ตัดสินใจปฏิบัติตาม

สัปดาห์ที่ 2 (กิจกรรมครั้งที่ 2) การกำกับตนเอง

1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้วิจัยในการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดที่เหมาะสม

2) การควบคุมกำกับตนเองและการสะท้อนคิด (Self-monitoring and reflective thinking) ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกันสังเกตและโดยบุคคลในครอบครัวบันทึกพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด นำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้วิจัย เพื่อทบทวนการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาทางแก้ปัญหาร่วมกัน

3) การตัดสินใจ (decision-making) ให้ข้อมูลใหม่หรือข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องในการตัดสินใจทำกิจกรรม

4) การวางแผนและการลงมือปฏิบัติ (planning and action) วางแผนร่วมกันและฝึกทักษะต่าง ๆ

สัปดาห์ที่ 2 (กิจกรรมครั้งที่ 3) การประเมินตนเอง (self evaluation) ก่อนจำหน่ายกลับบ้านสอนการบันทึกแบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 3, 5, 4, และ 6 การจัดการกับการตอบสนอง (management of responses) สอบถามความต่อเนื่องในการปฏิบัติ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ที่ 3 และ 5 เยี่ยมที่ห้องตรวจวันนัดในสัปดาห์ที่ 4 และ 6

ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยให้ตัวอย่างเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (6MWT) ก่อนจำหน่ายและในสัปดาห์ที่ 6 จากนั้นผู้วิจัยแจ้งให้ตัวอย่างทราบว่าการวิจัยได้สิ้นสุดลงแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระยะทางที่สามารถเดินได้บนพื้นราบในเวลา 6 นาที และความแตกต่างของระยะทางในการทำหน้าที่ของร่างกาย หลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ t-test แบบ Independent โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติก่อนทดสอบที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย คือ ร้อยละ 86.4 อายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 71 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 86 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45-50 อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มทดลองมีผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 27 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 9 มากกว่าร้อยละ 50 ของทั้งสองกลุ่มมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ส่วนใหญ่ใช้สิทธิต้นสังกัด คิดเป็น ร้อยละ 45.5 และร้อยละ 40.9 ตามลำดับ มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน คิดเป็น ร้อยละ 63.6 และร้อยละ 68.2 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ คิดเป็นร้อยละ 72.73 และ 27.27 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 15.2 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 18.83 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 3.63 วัน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ดูแล คิดเป็น ร้อยละ 59.1 และร้อยละ 68.2 ตามลำดับ ผู้ดูแลของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 72.7 ตามลำดับ

2. หลังการทดลองผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายหลังผ่าตัดโดยรวมดีกว่าผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มควบคุม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	$\overline{X}$	S.D.	df	*t*	*p*
กลุ่มควบคุม (n=22)	48.91	30.41	42	2.394	.021
กลุ่มทดลอง (n=22)	79.18	50.91			

การอภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองที่เน้นความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว โดยอาศัยกระบวนการให้ความรู้และความเชื่อที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด มีความมุ่งมั่นในการฝึกทักษะและกำกับตนเองให้ทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านอารมณ์และข้อมูลข่าวสาร ผู้สูงอายุจึงเกิดความมั่นใจในการจัดการตนเองหลังผ่าตัด โดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยการบริหารกล้ามเนื้อขาและสะโพก ได้รับการกระตุ้นเตือนช่วยเหลือในการลุกนั่ง ยืน และเดินจากสมาชิกในครอบครัว จึงส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น

แสดงให้เห็นว่า การนำแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan and Sawin (2009) มาทำโปรแกรม โดยผู้วิจัยให้ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการจัดการภาวะกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ โดยการพูดชักจูงให้เห็นความสำคัญของการเตรียมตัวและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดการเรียนรู้และเข้าใจถึงความจำเป็นในการจัดการตนเองที่เหมาะสม เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองจากการได้เห็นตัวแบบผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดสะโพก รวมทั้งการได้ลงมือปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยตนเอง ได้แก่ การบริหารร่างกาย ท่าทางการเคลื่อนไหว ซึ่งผลลัพธ์จากการบริหารร่างกายหลังผ่าตัดสอดคล้องกับเป้าหมายของผู้สูงอายุและครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นและนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ วีนา วงษ์งาม, กนกพร สุคำวัง, และ ภารดี นานาศิลป์ (2557) พบว่า ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้นที่เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรู้และรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการฝึกทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง โดยผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นผู้กำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองในการบริหารร่างกาย อย่างน้อยท่าละ 30 ครั้ง 5 วันต่อสัปดาห์ ร่วมกับการลุกนั่ง ยืน และเดิน เริ่มตั้งแต่หลังผ่าตัดวันที่ 3 จนถึงหลังจำหน่ายกลับบ้าน ควบคุมกำกับตนเองโดยผู้สูงอายุและครอบครัวร่วมกันสังเกตและให้บุคคลในครอบครัวเป็นผู้บันทึกข้อมูลการปฏิบัติการจัดการตนเองลงในสมุดบันทึกการจัดการตนเองของผู้สูงอายุทุกวัน จากการตรวจสอบการบันทึกการจัดการตนเอง ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและในวันมาตรวจตามนัด ติดตามทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์หลังจำหน่าย เพื่อสะท้อนคิดปัญหาหรืออุปสรรคในการจัดการตนเอง โดยให้ผู้สูงอายุเล่าเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองและความก้าวหน้าของผลจากการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ทราบปัญหาเกี่ยวกับทักษะและความสามารถในการกำกับตนเองของผู้สูงอายุแต่ละราย การหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุและครอบครัว ได้วางแผนและลงมือปฏิบัติ ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ เกิดความมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น มีความถี่ของการปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งในแต่ละสัปดาห์มีการประเมินตนเองจากการปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จากจำนวนครั้งที่ออก

กำลังกายแต่ละท่าว่าทำได้ตามเป้าหมายหรือไม่ รวมทั้งการทดสอบตนเองด้วยการเดินบนพื้นราบในระยะเวลา 6 นาที ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อที่ได้รับการกระทบเทือนจากการผ่าตัด สามารถเคลื่อนไหวข้อได้เพิ่มขึ้น (วราภรณ์ ตุ้มทอง, 2553) และสามารถเดินได้ไกลขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการออกไปทำกิจกรรมต่าง ๆ นอกบ้านได้ด้วยตนเองเพิ่มขึ้น (สุขฤทัย วิโรจน์ยุติ, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช, และ สุปรียา ตันสกุล, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hershkovitz, Kalandariov, Hermush, Weiss, & Brill (2007) ที่พบว่า การฟื้นฟูสภาพร่างกายที่เหมาะสม ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายใกล้เคียงกับก่อนกระดูกสะโพกหัก

นอกจากนั้น การส่งเสริมการจัดการตนเองโดยได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้วิจัยและครอบครัวด้วยการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติร่วมกับการพูดชมเชยหรือให้กำลังใจขณะปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เป็นการเสริมแรงทางบวก ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองต่อไป รวมทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารโดยผู้วิจัยมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักให้ผู้สูงอายุนำกลับไปทบทวนที่บ้าน สามารถอ่านทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองหรือให้ครอบครัวช่วยอ่านในเวลาที่ต้องการ ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจและมั่นใจในการฝึกทักษะต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง เป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาพร ลีเลิศมงคลกุล (2555) พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะฟื้นตัวได้ดี นอกจากนั้นยังพบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 3.63 วัน สอดคล้องกับ สุขฤทัย วิโรจน์ยุติ (2557) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักของผู้ป่วยสูงอายุที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 2.88 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวภา อินผา (2550) ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ในการจัดทำโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศิริราช พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว โดยการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว และฝึกปฏิบัติทักษะการกำกับตนเองตนเอง โดยมีสมาชิกในครอบครัวคอยให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักมีความมั่นใจในการจัดการตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรด้านสุขภาพควรตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการวางเป้าหมาย ตัดสินใจ และร่วมมือกันกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุในการจัดการตนเองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก เพื่อให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายกลับคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ พึ่งพาตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวมาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย และแผนพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ในระยะเวลาที่นานขึ้น ได้แก่ 3, 6, และ 12 เดือน เพื่อดูผลของโปรแกรมในระยะยาว และแนวโน้มของความยั่งยืนของโปรแกรมรวมทั้งครอบคลุมตัวอย่างที่สูงอายุมากขึ้น เช่น 85 ปีขึ้นไป

4. ควรศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างในผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายระหว่างเพศชายกับหญิง หรือชนิดของการผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (2548). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิริสุดา กาญจนสถิตกุล. (2552). *การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ธนาวรรณ แสนปัญญา. (2554). ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. *วารสารโรงพยาบาลแพร่, 19*, 18–27.

วราภรณ์ ตุ้มทอง. (2553). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นสภาพร่างกายหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม* (วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ). บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

วิภาพร ลีเลิศมงคลกุล (2555). *ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ความเจ็บปวดและการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะฟื้นตัว ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม* (วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.

วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ. (2547). *ออร์โธปิดิกส์*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง.

วีนา วงษ์งาม, กนกพร สุคำวัง, และ ภารดี นานาศิลป์. (2557). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น. *พยาบาลสาร, 41*(2), 72-82.

วัชรา ภูมิพระบุ. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 19*, 66-75.

สุชีลา จันทร์วิทยานุชิต. (2554). *The challenging treatment in osteoporosis patient.* การประชุมวิชาการสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ.2554 โรงแรมแกรนด์ไฮแอทรีเจนซี่ หัวหิน.

สุขฤทัย วิโรจน์ยุติ, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช, และ สุปรียา ตันสกุล. (2557). ประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก, 15*(2), 187-194.

เสาวภา อินผา. (2550). *โปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโรงพยาบาลศิริราช* (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อินทุกานต์ กุลไวย. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนและการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

Abbas, K., Murtaza, G., Umer, M., Rashid, H., & Qadir, I. (2012). Complications of total hip replacement. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan, 22*(9), 575-578.

Arizon, Z., Fidelman, Z., Zuta, A., Peisakh, A., & Berner, Y. (2005). Functional recovery after fracture in old-old elderly patients. *Journal of Gerontology and Geriatrics, 40*, 327-336.

Bertram, M., Norman, R., Kemp, L., & Vos, T. (2011). Review of the long-term disability association with hip fracture. *Injury Prevention, 17*, 365-370.

Christmas, M. (2006). Medical care of the hip fracture patient. *Clinical Geriatrics, 14*(4), 40-45.

Cree, M., Carriere, K. M., Soskolne, C. L., & Suarez-Almazor, M. (2001). Functional dependence after hip fracture. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 80*(10), 736-743.

Grondin, F., Bourgault, P.,& Bolduc, N. (2012). Intervention focused on the patient and familyfor better postoperative pain relief. *Pain Management Nursing, 15*(1), 76-86.

Hershkovitz, A., Kalandariov, Z., Hermush, V., Weiss, R., & Brill, S. (2007). Factors affecting short-term rehabilitation outcomes of disabled elderly patients with proximal hip fracture. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 88*(7), 916-921.

Johnell, O., & Kaniss, T. (2005). Epidemiology of osteoporotic fracture. *Osteoporosis International, 2*, 3-7.

Munir, F., Khan, A. T., Yarker, J., Haslam, C., Long, H., Bains, M., & Kalawsky, K. (2009). Self-management of health-behaviors among older and younger workers with chronic illness. *Patient Education and Counselling, 77,* 109-115.

Penrod, J. D., Litke, A., Hawkes, W. G., Magaziner, J., Doucette, J. T., & Koval, K. J. (2008). The association of race, gender, and comorbidity with mortality and function after hip fracture. *The Journal of Gerontotol, 63*(8), 867-872.

Rao, S.S., & Cherukur, M. (2006). Management of hip fracture: The family physician's role. *American Family Physician, 73*(12), 2195-2200.

Roach, S. S. (2001). *Introductory gerontological nursing.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ruiz. B.A. (2000). *Hip fracture recovery in older woman: the influence of self-efficacy, depressive symptoms and state anxiety.* University of California, San Francisco.

Ryan, P., & Sawin, J. K. (2009). The Individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcome. *Nursing Outlook, 57*, 217-225.

Silvia, M., Inmaculada, G., & Carmen, M. (2012). Functional evaluation in elderly individuals with hip fracture surgery. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46*(5), 1095-1100.