

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความเชื่อมั่นในตนเอง
และพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน
The Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Self-Confidence and
Rehabilitation Behaviors among Patients
with Femoral Fracture Undergoing Internal Fixation Surgery

รติณัฐ แสงประสิทธิ์¹, อรรถวิทย์ จันทรศิริ^{2*}, ศุภนารี เกษมมาลา²

Ratinut Sangprasit¹, Uttawit Jansiri^{2*}, Supanaree Kasemmalat²

¹โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่, ²คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

¹Sansai Hospital, Chiang Mai Province ²McCormick Faculty of Nursing, Payap University

(Received: : March 11, 2024; Revised: May 10, 2024; Accepted: May 27, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการวิจัย สุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่าย จำนวน 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คน ซึ่งกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (1997) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อมั่นในตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 และ .92 ตามลำดับ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 2) คู่มือฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ผ่านการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-Square test สถิติ Dependent t-test และ สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -5.50, p\text{-value} < .001$; $t = -4.84, p\text{-value} < .001$ ตามลำดับ)

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ($t = 2.76, p\text{-value} = .010$; $t = 3.09, p\text{-value} = .004$ ตามลำดับ)

แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทำให้ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเชื่อมั่นในตนเอง พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยกระดูกขาหัก ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: utthawit_j@payap.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of a self-efficacy enhancement program on self-confidence and rehabilitation behaviors among patients with femoral fracture undergoing an internal fixation surgery. The subjects were 32 patients with femoral fracture undergoing internal fixation surgery who met the research inclusion criteria. They were divided into the experimental group and the control group, 16 participants/group. The experimental group participated in the 4-week program, developed based on Bandura's self-efficacy theory (1997). The control group received routine nursing care. The data research instruments were a demographic, a self-confidence and a rehabilitation behavior questionnaire. Reliability of these questionnaires was analyzed using Cronbach's alpha coefficient, yielding .89 and .92, respectively. The experimental instruments were the self-efficacy enhancement program and a rehabilitation handbook. Content validity of instruments was verified by 3 experts, both with a content validity Index of 1.0. Data was analyzed using descriptive statistic, chi-square test, dependent t-test and independent t-test. The result showed the following.

1. After the trial, the experimental group and control group had higher mean score of self-confidence and rehabilitation behavior than before the trial with statistical significance ($t = -5.50$, $p\text{-value} < .001$; $t = -4.84$, $p\text{-value} < .001$, respectively).

2. After the trial, the experimental group had higher mean score of self-confidence and rehabilitation behavior than the control group with statistical significance ($t = 2.76$, $p\text{-value} = .010$; $t = 3.09$, $p\text{-value} = .004$, respectively).

Results of this study indicate this self-efficacy enhancement program is effective in promoting self-confidence and rehabilitation behaviors among patients with femoral fracture undergoing internal fixation surgery.

Keywords: Self-Efficacy Enhancement, Self Confidence, Rehabilitation Behavior, Patients with Femoral Fracture, Bandura's Self-Efficacy Theory

บทนำ

อุบัติเหตุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกและเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บเกี่ยวกับกระดูก (Algahtany, 2021) จากการรายงานองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) พบว่า ในแต่ละปี มีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.3 ล้านคนจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน สำหรับประเทศไทย จากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2022) พบว่า มีจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนจาก 1,326,504 ราย ในปี พ.ศ.2560 เป็น 962,407 รายในปี พ.ศ.2564 ซึ่งผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดกระดูกหักมากกว่าร้อยละ 70 (Daif, Sharaf, Shekidaf, & Kamar, 2022) โดยเฉพาะกระดูกต้นขาถึงร้อยละ 47.9 (Bezabih, Tesfaye, Melaku, & Asmare, 2022) จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2022) พบว่า จำนวนผู้ป่วยกระดูกต้นขาแตก หัก ร้าว 41,948 ราย ในปี พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้นเป็น 43,859 ราย ในปี พ.ศ.2564 เห็นได้ว่าผู้ป่วยกระดูกขาหักถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีอุบัติการณ์แนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก

เมื่อเกิดการบาดเจ็บโดยเฉพาะการหักบริเวณต้นขา อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การสูญเสียเลือด ไส้มันหลุดลอยในกระแสเลือด การติดเชื้อและความพิการได้ (Luttwak, Ibelli, Taub, Melamed, & Wiser, 2023) การรักษากระดูกหักจึงเป็นภาวะสำคัญและเร่งด่วนที่ต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลาที่ ปัจจุบันวิธีการรักษากระดูกหักโดยการผ่าตัดจัดเรียงและตามกระดูกด้วยวัสดุภายในเป็นวิธีการรักษาที่ได้รับความนิยมทางการแพทย์มาก

เนื่องจากช่วยให้ ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้เร็วประมาณ 12 สัปดาห์ (Baker, Gutbrod, Strelzow, Maassen, & Shi, 2022) แต่อย่างไรก็ตามการรักษาดังกล่าวอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น กระดูกไม่ติด กระดูกหักซ้ำ เหล็กหัก และงอ (Amin, Patel, Patel, Kazi, Kachhad, & Modi, 2021) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการพักผ่อนอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างและติดตามการรักษาเป็นระยะ ซึ่งจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตนในการส่งเสริมให้การฟื้นฟูของกระดูกดีขึ้น

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการตามมา (Henkelmann, Hepp, Mester, Dudda, Braun, Kleen, et al., 2023) อีกทั้งยังส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ตลอดจนกระทบต่อครอบครัว ชุมชนทั้งด้านภาระในการดูแลรักษา ด้านเศรษฐกิจและสังคม (Chitnis, Vanderkarr, Sparks, McGlohorn, & Holy, 2019) ดังนั้น การฟื้นฟูหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ ดูแลตนเองได้ และปราศจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะกลับบ้าน ถือว่าเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในระยะ 1 - 2 สัปดาห์ ภายหลังจำหน่าย ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบาดแผลผ่าตัดที่ยังบวม ปวดเมื่อย กลัวไม่ดีขึ้น ยังเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันไม่ถนัด กลัวหกล้ม ส่งผลทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยความยากลำบาก (Kalem, Kocaoglu, Duman, Sahin, Yogun, & Ovali, 2023) อีกทั้งมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ ด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ทำทางการเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสม รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย ซึ่งเพิ่มโอกาสพลัดตกหกล้มได้ง่าย อีกทั้งยังพบว่าการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยยังขาดคู่มือและแนวทางที่ชัดเจน ตลอดจนยังขาดความต่อเนื่องในการติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียเวลา เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Liu, Wang, Han, You, & Li, 2022)

การฟื้นฟูของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับปัจจัย (Li, Yao, & Ji, 2023) ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนขึ้นอยู่กับแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ ทั้งนี้ยังพบว่า ได้มีผู้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนผู้ป่วยกระดูกหัก ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นรูปแบบหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Hamidi, Gholamnezhad, Kasraie, & Sahebkar, 2022) เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางด้านร่างกาย (Chen, Hu, & Tan, 2020) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นยังไม่ครอบคลุมถึงความเชื่อมั่นและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ นำไปสู่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการกระดูกหักซ้ำ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

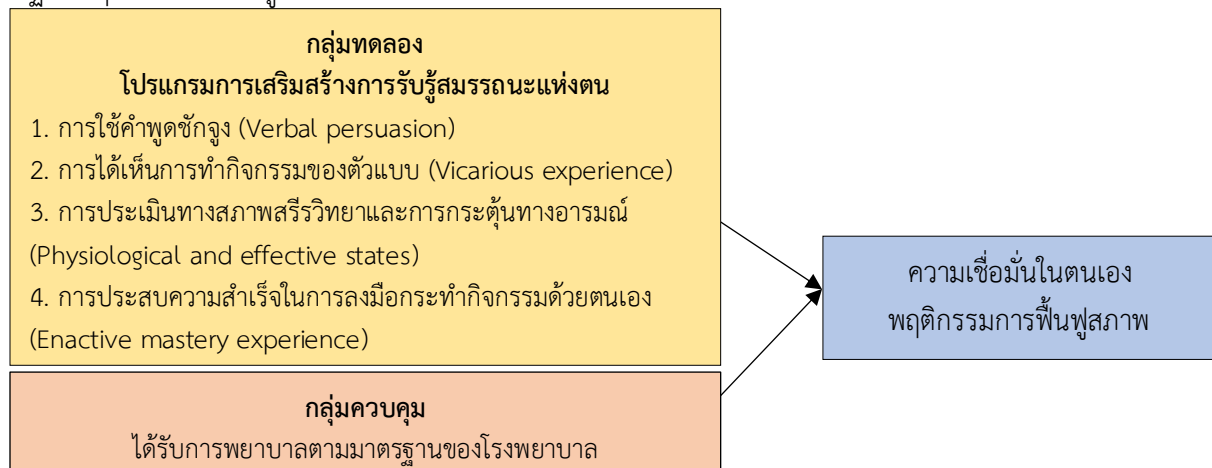
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองและคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองและคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

สมมติฐานวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองและคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อมั่นในตนเองและคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1997) เชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการได้ต้องผ่านกระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยมุ่งสร้างความมั่นใจและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แนวทางที่สำคัญ ได้แก่ 1) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) โดยการส่งเสริมความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตนซึ่งมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในการอภิปราย 2) การได้เห็นการทำการกิจกรรมของตัวแบบ (Vicarious Experience) โดยการสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนเพิ่มความมั่นใจและความสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง 3) การประเมินทางสภาพสรีรวิทยาและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and Effective States) โดยการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติ ตลอดจนการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นกันเอง บุคคลต้องมีความพร้อมของสภาพร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ที่ส่งเสริมความสามารถ เพื่อให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณสมบัติกิจกรรมได้อย่างเต็มศักยภาพ และ 4) การประสบความสำเร็จในการลงมือกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience) โดยการให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองและมีการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องภายหลังการเจ็บป่วย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups, Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ากระดูกขาหักและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ากระดูกขาหักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในร่างกาย ที่เข้ารับการรักษานี้ หอผู้ป่วยศัลยกรรม และ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสันทราย จำนวน 32 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เกณฑ์ในการคัดเลือกการวิจัย 1) ผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักแบบปิดของขาข้างใดข้างหนึ่ง ไม่มีการหัก การบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วยและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงภายในร่างกายเป็นครั้งแรก 2) ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) มีสติสัมปชัญญะดี 4) ไม่มีการบาดเจ็บของไขสันหลัง ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ และไม่มีโรคของกล้ามเนื้อหรือบาดเจ็บของเส้นประสาทขา และ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกการวิจัย 1) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่โปรแกรมกำหนด 2) มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคและไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ Power Analysis ด้วยโปรแกรม G*Power Version 3.1.9.6 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of Test) = .80 และค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .05 ส่วนค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ได้จากการประมาณค่างานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงของ Su, Lin, & Chen (2021) เท่ากับ 1.02 ซึ่งคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 13 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มอีกร้อยละ 20 (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 32 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 16 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 16 ราย ซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดของ Burn & Grove (2009) ที่กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ลักษณะของครอบครัว ผู้ดูแลและบุคคลใกล้ชิด การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการมีโรคประจำตัว ประสบการณ์การผ่าตัดกระดูกและข้อ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

1.2 แบบประเมินความเชื่อมั่นในตนเองของ Chotrirat (2006) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ใน 3 ด้านตามมิติของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้แก่ ด้านความยากง่าย ความมั่นใจ และความคุ้นชิน รวมเป็น 36 ข้อ โดยแบ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ 2 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมข้อ 1 – 5 และด้านการออกกำลังกายข้อ 6 – 12 ซึ่งลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน มีค่าคะแนนระหว่าง 0 – 144 คะแนน

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในของ Chotrirat (2006) เพื่อประเมินพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพทางด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ประกอบด้วยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพในด้านการปฏิบัติกิจกรรมจำนวน 5 ข้อ และการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายเปิด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 0 – 48 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.2 คู่มือฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Book: E-Book) โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกระดูก การรักษา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อและการรับประทานยา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรม คู่มือการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบประเมิน ส่งผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมกระดูกจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหากระดูก จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำนวน 1 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเชื่อมั่นในตนเองและแบบประเมินพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 และ .92 ตามลำดับ สำหรับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ นำไปศึกษานำร่อง (Pilot Study) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย ราย (Gunawan, Marzilli, & Aungsuroch, 2021) พบว่า โปรแกรมฯ มีความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sample) โดยการจับสลากแบบไม่คืน (Sampling Without Replacement) จากเดือนที่เก็บข้อมูล ซึ่งจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งให้เสร็จสิ้นก่อนจากนั้นจึงเริ่มดำเนินการกลุ่มต่อไป
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นทดลอง

กลุ่มทดลอง

ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ ซึ่งดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ภายหลังผ่าตัดวันที่ 2 กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ในการฟื้นฟูสภาพ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล จากนั้นผู้วิจัยเตรียมความพร้อมกลุ่มตัวอย่าง โดยการประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความเหนื่อยล้า จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ (ก่อนการทดลอง) ผู้วิจัยให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับกระดูก การรักษา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อและการรับประทานยาและแจกคู่มือ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในอภิปราย

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 วันที่ 3 ภายหลังผ่าตัด: ช่วงเช้า กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ ผู้วิจัยทบทวนความรู้ ผ่านการตั้งคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ จากนั้นสาธิตการเดินด้วยไม้ค้ำยัน รักษาร่าง รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับและกระตุ้นให้ปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ ผู้วิจัยกล่าวชมเชยเมื่อสามารถได้อย่างถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 3 วันที่ 3 ภายหลังผ่าตัด: ช่วงบ่าย กิจกรรมกระตุ้นและเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ ผู้วิจัยทบทวนความรู้ รวมทั้งสังเกตการฝึกหัดเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้ จากนั้นค้นหาปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขในการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 2 – 3 ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล กิจกรรมที่ 4 การติดตามเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์ เสริมสร้างความมั่นใจและกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยติดตามการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพ สอบถามปัญหาอุปสรรค ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย ตลอดจนให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 4 ประเมินผลภายหลังการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ (ภายหลังการทดลอง) จากนั้นผู้วิจัยให้กำลังใจ ชมเชยและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องต่อไป จากนั้นกล่าวขอบคุณและแจ้งยุติการดำเนินการวิจัย

กลุ่มควบคุม

ได้รับการดูแลตามปกติตามมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในของหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ (ก่อนการทดลอง) และนัดหมายการติดตามครั้งที่ 2 อีก 4 สัปดาห์ต่อไปผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ (ภายหลังการทดลอง) ภายหลังเสร็จสิ้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพและมอบคู่มือให้กับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มาประมวลและวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และกำหนดทดสอบสมมติฐานแบบหางเดียว (One-tailed Test) ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) หรือสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test)
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีคู่ (Dependent t-test) ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองไม่เป็นอิสระต่อกัน ($p\text{-value} > .05$) 2) มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ โดยคำนวณ Skewness/Standard Error และ Kurtosis/Standard Error มีค่าอยู่ระหว่าง 1.04 ถึง 1.42 และ 3) กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (Independent t-test) ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า 1) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ โดยคำนวณ Skewness/Standard Error และ Kurtosis/Standard Error มีค่าอยู่ระหว่าง 0.48 ถึง 1.14 2) ข้อมูลมีมาตรวัดอยู่ในระดับช่วงมาตรา 3) กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากกลุ่มประชากร 4) ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีขนาดมีเท่ากัน และ 5) ความแปรปรวนของกลุ่มประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน ($p\text{-value} > .05$)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ ใบรับรองเลขที่ NPK No.195/66 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 56.25 อายุ 61 - 70 ปี ร้อยละ 56.25 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 75.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 62.50 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาทร้อยละ 43.75 รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 43.75 สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 81.25 และไม่เคยได้รับการผ่าตัดร้อยละ 87.50

ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 59.68 อายุ 61 - 70 ปี ร้อยละ 54.62 สถานภาพสมรส ร้อยละ 74.65 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 68.95 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 67.52 รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาทร้อยละ 51.23 รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 47.96 สิทธิการรักษาประกัน สุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 80.68 และไม่เคยได้รับการผ่าตัดร้อยละ 93.75 อีกทั้งยังพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > .05$)

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		$p\text{-value}$
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.719*
ชาย	9	56.25	10	62.50	
หญิง	7	43.75	6	37.50	
อายุ ($M = 65.75, SD=4.86$)					.919*
ต่ำกว่า 60 ปี	4	25.00	5	31.25	
61 - 70 ปี	9	56.25	8	50.00	
มากกว่า 70 ปี	3	18.75	3	18.75	
สถานภาพสมรส					.657**
คู่	12	75.00	12	75.00	
หม้าย/หย่าร้าง	4	25.00	4	25.00	
ระดับการศึกษา					.909*
ต่ำกว่าประถมศึกษา	4	25.00	3	18.75	
ประถมศึกษา	10	62.50	11	68.75	
มัธยมศึกษา	2	12.50	2	12.50	
ประกอบอาชีพ					.500**
เกษตรกร	10	62.50	11	68.75	
รับจ้าง	6	37.50	5	31.25	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($M = 9,852.65$ $SD=75.25$)					.713*
ต่ำกว่า 10,000 บาท	7	43.75	8	50.00	
10,000 - 15,000 บาท	5	31.25	3	18.75	
มากกว่า 15,000 บาท	4	25.00	5	31.25	
ความเพียงพอของรายได้					.890*
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	7	43.75	7	43.75	
เพียงพอและเหลือเก็บ	5	31.25	6	37.50	
ไม่เพียงพอ	4	25.00	3	18.75	
สิทธิการรักษา					.673**
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	13	81.25	13	81.25	
ประกันสังคม	3	18.75	3	18.75	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประวัติการผ่าตัดกระดูก					.500**
ไม่เคย	14	87.50	15	93.75	
เคย	2	12.50	1	6.25	

*Chi-square, ** Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง (n=32)

กลุ่ม	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
ความเชื่อมั่นในตนเอง					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	16	77.31	24.99	-5.50	<.001
หลังทดลอง	16	99.75	10.73		
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	16	68.13	16.83	-5.19	<.001
หลังทดลอง	16	86.50	15.95		
พฤติกรรมกาการฟื้นฟูสภาพ					
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	16	23.75	9.70	-4.84	<.001
หลังทดลอง	16	31.81	4.32		
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	16	21.25	5.31	-2.76	.014
หลังทดลอง	16	25.69	6.64		

จากตาราง 2 พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -5.50$, $p\text{-value} <.001$; $t = -4.84$, $p\text{-value} <.001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุมภายหลังจากทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -5.19$, $p\text{-value} <.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.76$, $p\text{-value} = .014$)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 32)

กลุ่ม	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
ความเชื่อมั่นในตนเอง					
กลุ่มทดลอง	16	99.75	10.73	2.76	.010
กลุ่มควบคุม	16	66.50	15.95		
พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ					
กลุ่มทดลอง	16	31.81	4.32	3.09	.004
กลุ่มควบคุม	16	25.69	6.64		

จากตาราง 3 พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ($t = 2.76$, $p\text{-value} = .010$; $t = 3.09$, $p\text{-value} = .004$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผล

ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -5.50$, $p\text{-value} < .001$; $t = -4.84$, $p\text{-value} < .001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -5.19$, $p\text{-value} < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.76$, $p = .014$) อีกทั้งยังพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ($t = 2.76$, $p\text{-value} = .010$; $t = 3.09$, $p\text{-value} = .004$ ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) เชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการได้ ต้องผ่านกระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยมุ่งสร้างความมั่นใจและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แนวทางที่สำคัญ ได้แก่ 1) การใช้คำพูดชักจูง โดยกล่าวให้เห็นถึงความก้าวหน้าและความสำเร็จจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง เปิดโอกาสซักถามข้อสงสัย ส่งเสริมสนับสนุนและกล่าวชมเชย พร้อมทั้งให้กำลังใจ เป็นปัจจัยขั้นแรกและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติขั้นต่อไป 2) การได้เห็นการทํากิจกรรมของตัวแบบ ผ่านการสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพโดยผู้วิจัย ซึ่งการที่บุคคลเห็นพฤติกรรมที่เหมาะสมจากผู้อื่นจะช่วยชี้นำการกระทำของบุคคลนั้นได้ 3) การประเมินทางสภาพสรีรวิทยาและการกระตุ้นทางอารมณ์ ผ่านการสร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม โดยบุคคลต้องมีความพร้อมของสภาพร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ที่ส่งเสริมความสามารถ เพื่อให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเต็มศักยภาพ และ 4) การประสบความสำเร็จในการลงมือกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ผ่านการให้ความรู้ คำแนะนำและฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัด โดยใช้คู่มือการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ ซึ่งมีเนื้อหาที่กระชับและภาพประกอบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจเนื้อหามากยิ่งขึ้น ตลอดจนการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 20 - 30 นาที โดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่ภายหลังการผ่าตัดวันที่ 2 - 3 ก่อนผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลและการโทรศัพท์ติดต่อในสัปดาห์ที่ 2 - 3 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในตนเองและ

มีการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องภายหลังการเจ็บป่วย ส่วนกลุ่มควบคุมนั้นได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลสันทาย ซึ่งเป็นการให้ความรู้ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและมีการติดตามรักษากายหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ แต่อย่างไรก็ตามจะเห็นว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังทดลอง

ผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Su, Lin, & Chen (2021) ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) และการศึกษาของ Sripiman, Thiangchanya, & Purinthrapibal (2020) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของ Bandura (1997) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Meng, Deng, Liang, Li, Li, Ou, et al., (2022) ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของ Chueybuddha, Sripaoraya, & Yowsong (2021) ศึกษาผลโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ Sripiman, Thiangchanya, & Purinthrapibal (2020) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของ Bandura (1997) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้รูปแบบของโปรแกรมฯ ในส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน
2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารในการนิเทศทางการพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการให้คำแนะนำและส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิบัติพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ ในระยะยาว เช่น 3, 6 และ 12 เดือน เพื่อติดตามประสิทธิผลและความคงอยู่ของโปรแกรมฯ
2. ควรศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน เช่น คุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นต้น
3. ควรนำรูปแบบของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ ประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพอื่นต่อไป เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

References

- Algahtany, M. A. (2021). Association between orthopedic fractures and traumatic spinal injury due to road traffic accidents. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 25(24), 7878–7886. doi.org/10.26355/eurrev_202112_27636
- Amin, T. K., Patel, I., Patel, M. J., Kazi, M. M., Kachhad, K., & Modi, D. R. (2021). Evaluation of results of open reduction and internal fixation (ORIF) of fracture of distal end of femur with intra-articular extension. *Malaysian Orthopaedic Journal*, 15(3), 78–83. doi.org/10.5704/MOJ.2111.012
- Baker, H. P., Gutbrod, J., Strelzow, J. A., Maassen, N. H., & Shi, L. (2022). Management of proximal humerus fractures in adults-A scoping review. *Journal of Clinical Medicine*, 11(20), 6140–6150. doi.org/10.3390/jcm11206140
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: W.H. Freeman and Co.
- Bezabih, Y., Tesfaye, B., Melaku, B., & Asmare, H. (2022). Pattern of orthopedic injuries related to road traffic accidents among patients managed at the emergency department in black Lion hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Open Access Emergency Medicine: OAEM*, 14, 347–354. doi.org/10.2147/OAEM.S368324
- Burns, N. & Grove, S. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 6th Edition, Saunders Elsevier, St. Louis
- Chen, B., Hu, N., & Tan, J. H. (2020). Efficacy of home-based exercise programme on physical function after hip fracture: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International Wound Journal*, 17(1), 45–54. doi.org/10.1111/iwj.13230
- Chitnis, A. S., Vanderkarr, M., Sparks, C., McGlohorn, J., & Holy, C. E. (2019). Complications and its impact in patients with closed and open tibial shaft fractures requiring open reduction and internal fixation. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 8(16), 1405–1416. doi.org/10.2217/cer-2019-0108
- Chotirat, N. (2006). *Self-efficacy, Rehabilitation and Physical Performance among Elderly Undergoing Femur Fixation* (Thesis of Master Degree). SongKhla. Prince of Songkla university. (in Thai)
- Chueybuddha, C., Sripaoraya, S., & yowsong, P. (2021). The Effect of Self- Efficacy Promotion Program to Re-fracture Behavior in Patients with Femoral Fractures Receiving Internal Fixation in Krabi Hospital. *Krabi Medical Journal*, 2(2), 9–16. (in Thai)
- Daif, M., Sharaf, M., Shekidaf, S., & Kamar, A. (2022). Fractures due to Road Traffic Accidents Referred to Orthopedic Department – Al Hadra University Hospital: A Single-Center Observational Study. *Ain Shams Journal of Forensic Medicine and Clinical Toxicology*, 39(2), 86-95. doi.org/ 10.21608/ajfm.2022.260638
- Hamidi, S., Gholamnezhad, Z., Kasraie, N., & Sahebkar, A. (2022). The effects of self-efficacy and physical activity improving methods on the quality of life in patients with diabetes: A systematic review. *Journal of Diabetes Research*, 2022, 2884933. doi.org/10.1155/2022/2884933

- Henkelmann, R., Hepp, P., Mester, B., Dudda, M., Braun, P. J., Kleen, S., et al. (2023). Assessment of complication risk in the treatment of proximal humerus fractures: A retrospective analysis of 4019 patients. *Journal of Clinical Medicine*, 12(5), 1844 - 1858. doi.org/10.3390/jcm12051844
- Gray, J.R., Grove, S.K., & Sutherland, S. (2017). *Burns & Grove's the Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. 8th Edition, Elsevier, St. Louis.
- Gunawan, J., Marzilli, C., & Aunguroch, Y. (2021). Establishing appropriate sample size for developing and validating a questionnaire in nursing research. *Belitung Nursing Journal*, 7(5), 356–360. doi.org/10.33546/bnj.1927
- Kalem, M., Kocaoglu, H., Duman, B., Sahin, E., Yogun, Y., & Ovali, S. A. (2023). Prospective associations between fear of falling, anxiety, depression, and pain and functional outcomes following surgery for intertrochanteric hip fracture. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 14(2023), 215-225. doi.org/10.1177/21514593231193234
- Li, N., Yao, X., & Ji, H. (2023). Relationships among disease knowledge, social support, anxiety and self-efficacy in patients after total knee arthroplasty: A chain mediating effect. *Nursing Open*, 10, 4728–4736. doi.org/10.1002/nop2.1723
- Liu, Q., Wang, J., Han, J., You, T., & Li, L. (2022). Effects of seamless operating room nursing combined with multistyle health education on the psychological state, rehabilitation quality, and nursing satisfaction in patients with internal fixation of femoral fracture. *Journal of Healthcare Engineering*, 2022, 363-373. doi.org/10.1155/2022/5196363
- Luttwak, R., Ibelli, T. J., Taub, P. J., Melamed, E., & Wiser, I. (2023). Predicting early term complications of ORIF distal radius fracture in outpatient settings using NSQIP data. *Injury*, 54(6), 1650-1565. doi.org/10.1016/j.injury.2023.04.008
- Meng, Y., Deng, B., Liang, X., Li, J., Li, L., Ou, J., et al. (2022). Effectiveness of self-efficacy-enhancing interventions on rehabilitation following total hip replacement: a randomized controlled trial with six-month follow-up. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 17(1), 225. doi.org/10.1186/s13018-022-03116-2
- Ministry of Public Health. (2022). *Road Accidents in Thailand 2022*. Bangkok: Department of Disease Control, Ministry of Public Health.
- Sripiman, S., Thiangchanya, P., & Purinthrapibal S. (2020). The effect of promoting self-care program to knowledge, self-efficacy and self-care behavior of pateints with hip surgery at orthopedics ward, Songkhla hospital. *Journal of Prachomklao College of Nursig, Phetchaburi Province*, 3(2), 149-165. (in Thai)
- Su, S. F., Lin, S. N., & Chen, C. S. (2021). Self-Efficacy Care Program for Older Adults Receiving Hip-Fracture Surgery. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 911-920. doi.org/10.1177/10547738211001486
- World Health Organization. (2022). *Road Traffic Injuries*. Retrieved April 20, 2024 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.