

ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ร้อยตำรวจโทหญิง พรรณทิพา เวชรังษี

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EXPERIENCES OF THE ELDERLY RECEIVING TOTAL KNEE
REPLACEMENT OPERATION

Police Lieutenant Pantipa Wetcharungsri

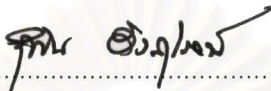
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial fulfillment of the Requirements
For the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing Chulalongkorn University
Academic Year 2006
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์
โดย
สาขาวิชา
อาจารย์ที่ปรึกษา

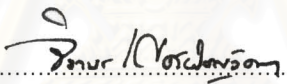
ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
ร้อยตำรวจโทหญิง พรรณทิพา เวชรังษี
พยาบาลศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

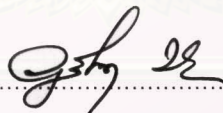
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)


.....กรรมการ
(พันโทหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พรรณทิพา เวชรังษี: ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม.

(EXPERIENCES OF THE ELDERLY RECEIVING TOTAL KNEE REPLACEMENT OPERATION) อ. ที่ปรึกษา : ผศ.ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 147 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 9 คน ซึ่งได้รับเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างเฉพาะเจาะจง ทำการสัมภาษณ์โดยการบันทึกเทปพร้อมกับการสังเกตและการบันทึกภาคสนาม โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่

- 1) มองย้อนการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุคิดถึงเหตุของการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ และจากการดำรงชีวิตประจำวัน
- 2) แสวงหาการรักษาและดูแลตนเอง ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุในขณะที่เจ็บป่วย มีความทุกข์ทรมานจากอาการ และได้รับผลกระทบในด้านต่าง ๆ จากการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุจึงแสวงหาการรักษาและดูแลตนเองด้วยการบรรเทาอาการด้วยตนเอง ใช้วิธีการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน และได้รับข้อมูลการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ
- 3) ตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะทนทุกข์ทรมานจากความปวดและผลกระทบในด้านต่าง ๆ ได้ ผู้สูงอายุจึงตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด เนื่องจากอยากหาย ได้รับข้อมูลสนับสนุนให้ผ่าตัด และกลัวแต่ทำใจยอมรับการผ่าตัด
- 4) รับรู้การผ่าตัด ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุเมื่อเข้ารับการผ่าตัดจะรับรู้ถึงสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดที่ไม่คุ้นเคย และบอกถึงประสบการณ์ความไม่สุขสบายหลังการผ่าตัด
- 5) ดำเนินชีวิตกับข้อเข่าใหม่ ผู้สูงอายุรับรู้ถึงสภาพของตนเองและมีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยผู้สูงอายุจะเฝ้าระวังสังเกตอาการ เอาใจใส่ดูแลตนเอง และ พยายามอยู่กับข้อเข่าเทียม

การศึกษานี้ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม สามารถนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และการวิจัยทางการพยาบาลต่อไป

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิติ.....
ปีการศึกษา.....2549.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4777597936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: THE ELDERLY / TOTAL KNEE REPLACEMENT OPERATION / EXPERIENCES

PANTIPA WESCHARUNGSRI: POL.LT. EXPERIENCES OF THE ELDERLY

RECEIVING TOTAL KNEE REPLACEMENT OPERATION.THESIS ADVISOR :

ASST. PROF. JIRAPORN KESPICHAWATTANA, Ph.D.147 pp.

The purpose of this study was to explore experiences of the elderly receiving total knee replacement operation. The qualitative research method of Husserl phenomenology was utilized as the methodology of this study. Data were collected through the in-depth interviews of nine older persons who were purposively selected as key informants. The interviews were tape-recorded, and observable information was written as field notes. The data were, then analyzed by content analysis.

The findings revealed that experiences of the elderly receiving total knee replacement operation could be categorized into 5 themes, which were:

- 1) reflection on their life styles that might have affected the cause of knee osteoarthritis such as occupations and daily life activities;
- 2) a search for treatment and self care of the elderly suffering from pain and getting negative impacts from knee osteoarthritis with resulted in methods of alleviating pain by one self using modern medicinal treatment and information treatment from various sources;
- 3) make a decision to undergo surgery when the pain and all negative impacts could no longer be tolerated;
- 4) gaining the operation experience including recognizing the unfamiliar environment inside the operation room and also the uncomfortable condition after the operation; and
- 5) living with the new knee, being aware of the new physical condition, and gaining self-surveillance, self care and satisfaction with the new knee.

This study provides more understanding to the experiences of the elderly receiving total knee replacement operation and also guidance to the care of the elderly with total knee replacement and nursing research.

Field of study..... NURSING SCIENCEStudent's signature..... *Pantipa Wetcharungsri*

Academic year2006..... Advisor's signature..... *Jiraporn K. Wattana*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรักและห่วงใยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในบุญคุณเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และพันโทหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดและคำแนะนำจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้ความรู้และการอบรมสั่งสอน ตลอดระยะเวลาของการศึกษา ด้วยความเมตตากรุณาเป็นอย่างยิ่ง

กราบขอบพระคุณ ผู้สูงอายุทุกท่าน ที่เสียสละเวลาและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ ด้วยความกรุณาเมตตาของผู้สูงอายุทุกท่าน

ขอขอบพระคุณพี่ ๆ น้อง ๆ ห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ และเจ้าหน้าที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตำรวจทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาเมตตาและสนับสนุนเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้กราบขอบพระคุณ คุณปฐพี เวชรังษี ผู้เป็นแสงเทียนนำทางธรรมและให้การสนับสนุนการศึกษาแก่หลาน ๆ ตลอดมา กราบขอบพระคุณ คุณย่า คุณพ่อ และคุณแม่ ที่ให้ความรักและเป็นแรงใจในการศึกษา ชอบใจน้องสาวที่น่ารักทั้งสอง ที่ห่วงใยและเป็นกำลังใจเสมอมา ขอขอบคุณเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ ร่วมรุ่น ที่ช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่และเป็นกำลังใจตลอดเวลาที่ศึกษา และขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่ไม่อาจกล่าวนาม ณ ที่นี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
แนวคิดพื้นฐาน.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการจากการวิจัย.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	7
โรคข้อเข่าเสื่อมและการรักษา.....	25
การพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม.....	39
แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53
สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	58
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	61
ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย.....	61
ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	62
ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย.....	72
5 การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	99
สรุปและอภิปรายผล.....	100

ข้อเสนอแนะ.....	115
รายการอ้างอิง.....	117
ภาคผนวก.....	127
ภาคผนวก ก เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลการเข้าร่วมการวิจัย และเอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย.....	128
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	134
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	138
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	147



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

หน้า

1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล.....	73
2 สรุปข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล.....	74



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

หน้า

1 ภาพแสดงประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม.....	76
--	----



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือด้อยลงของประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ หลายระบบรวมทั้งระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ, 2544) ทั้งนี้ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของการทำงานของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก พบว่ามีอุบัติการณ์เป็นลำดับที่ 5 ของปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ โดยเฉพาะปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อม (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ, 2542) จากการศึกษาของ สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์ (2548) พบว่า ในผู้สูงอายุร้อยละ 50 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และอุบัติการณ์ของโรคจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปมีจำนวนสูงถึง ร้อยละ 80-90 (สมชาย อรรถศิลป์และอุทิศ ดีสมโชค, 2541) ซึ่งปัญหาเกี่ยวกับการปวดเข่าของผู้สูงอายุไทยที่มีโรคและความผิดปกตินำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาวได้ร้อยละ 23.67 (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ, 2542)

การที่พบอุบัติการณ์ของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในอัตราค่อนข้างสูง เนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อที่พบการเสียดสีและรองรับน้ำหนักตัวมากในวิถีของวัฒนธรรมและสังคมไทย โดยเฉพาะวัฒนธรรมในการนั่ง ได้แก่ การนั่งยอง ๆ นั่งพับเพียบ นั่งคุกเข่า หรือนั่งขัดสมาธิ ทำให้เข่าถูกกดทับมากที่สุดเป็นเวลานาน ๆ พบว่าเป็นสาเหตุร่วมกับการสึกหรอของข้อเข่า ภายหลังจากการใช้เวลานานหลายสิบปี (ทัศนีย์ รวีวรกุล, 2542) โรคข้อเข่าเสื่อมอักเสบชนิดรุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่ารุนแรง เกิดการทำลายของผิวกระดูกอ่อน และการเคลื่อนไหวลำบาก มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างลดลงหรือทำไม่ได้และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สุภาพ อารีเอื้อ, พรรณวดี พุทธิวัฒนะและสมหมาย วรรณานต์, 2543) หากมีการดำเนินของโรคเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลต่อรูปร่างของข้อเข่าเกิดความผิดปกติหรือความพิการได้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ความเจ็บป่วยเรื้อรังและความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเวลานาน เพื่อที่จะควบคุมอาการและความรุนแรงของโรค ในบางรายที่มีการดำเนินของโรครุนแรงเพิ่มขึ้น มีการทำลายข้อไปมากจะต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (จันทนา ทองชื่น, 2545)

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total Knee Replacement : TKR) เป็นการรักษาโรคข้อเข่าที่มีการเสื่อมของกระดูกอ่อนและเนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อเข่า โดยใช้วัสดุจำลองข้อเข่าใส่แทนส่วนที่เสียไป ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อดีขึ้น เพิ่มความมั่นคง ขจัดอาการเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหวและทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ทั้งนี้ข้อเข่าเทียมสามารถใช้งานได้นานถึง 15 ปี หากไม่มีอาการแทรกซ้อนและผู้ป่วยมีการดูแลตนเองหลังผ่าตัดที่เหมาะสม (Sledge et al.,1995) ซึ่งปัจจุบันการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะอาการเจ็บปวดและสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้ (กิริติ เจริญชลวานิช, 2548) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสามารถตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุได้ ในวัยสูงอายุถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมสภาพลง ผู้สูงอายวยังคงมีความต้องการดำรงชีวิตในสังคมเหมือนวัยอื่น ๆ อีกทั้งในปัจจุบันจากสภาพสังคมและครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถช่วยเหลือตนเองได้

ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยในปัจจุบัน ทำให้มีการพัฒนาวิธีการผ่าตัดและเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ทำให้แผลผ่าตัดเล็กลงและทำให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพหลังผ่าตัดเร็วขึ้น การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจึงเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม และพบว่าปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจำนวนเพิ่มมากขึ้น (Hill, Flynn, and Crawford, 2000) โดยในสหรัฐอเมริกา จากจำนวนประชากร 260 ล้านคน พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม 21 ล้านคน และรักษาโดยการเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ประมาณ 200,000 ราย/ปี ในประเทศไทยมีอัตราการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ประมาณ 2,000-2,500 ราย/ปี (กิริติ เจริญชลวานิช, 2548) ซึ่งส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุ และจากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของโรงพยาบาลตำรวจ ปี 2546-2547 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.7 , 21.9 ตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 91 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ รวีวรกุล (2542) พบว่ากลุ่มที่รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมนั้นเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 90.5

อย่างไรก็ตามการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเข้ารับการผ่าตัดเป็นภาวะคุกคามอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ เพราะวัยสูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้มากกว่าวัยอื่น ๆ (Johnson, 1999) ทั้งนี้เนื่องจากอายุที่มากขึ้นและการมีโรคประจำตัวต่าง ๆ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป มีภาวะเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและมีอัตราการตายในโรงพยาบาลสูงกว่าวัยอื่น (Polanczyk, Marcartonio, and Goldman, 2001) และ

จากการศึกษา Kurlowicz (1998) ที่ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ พบว่ามีผลกระทบทางลบต่อความสามารถในการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด รวมทั้งสภาพจิตใจที่เกิดความกลัวและความวิตกกังวล (ประณีต ส่งวัฒนาและคณะ, 2543) เนื่องจากการผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเผชิญและรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดร่างกาย มีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายอย่างรุนแรงและอาจจะตายได้ (Oetker-Black, 1997) อีกทั้งเมื่อผู้สูงอายุรับการผ่าตัดจำเป็นต้องได้รับการดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในช่วงที่ได้รับการผ่าตัดและระยะฟื้นฟูสภาพของร่างกายหลังการผ่าตัด เพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติและมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมก็เช่นเดียวกัน จะต้องเผชิญกับการผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเป็น ความตาย ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการผ่าตัด ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังการผ่าตัด เช่น การติดเชื้อของแผลผ่าตัด หลุดหรือหลวมของข้อเข่าเทียมและข้อเคลื่อน โดยพบว่าผู้ป่วย ประมาณร้อยละ 1-2 และต้องกลับมารักษา โดยเข้ารับการผ่าตัดซ้ำประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Clarke and Scuderi, 2003) ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความทุกข์ทรมาน เกิดความพิการมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก และจะทำให้ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น อีกทั้งภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ในระยะฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดจะมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การฝึกเดิน และการช่วยเหลือตนเอง (จันทร์ฉาย โยธาใหญ่, 2547) โดยผู้สูงอายุจะต้องใช้อุปกรณ์ในการพยุงเดิน เพื่อให้การเดินและท่าทางการเดินดีขึ้น (Adam and Noble, 1994) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัว ผลของการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ (Montin, Suominen and Leino-Kilpi, 2002) ทั้งนี้เนื่องจากข้อเข่าเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เพื่อใช้ในการเดินและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หากเกิดปัญหาหรือความผิดปกติ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียภาพลักษณ์ มีการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นรวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและสังคมลดลง (สุภาพ อารีเชื้อและคณะ, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ได้เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (ทัศนีย์ รวีวรกุล, 2542; สุภาพ อารีเชื้อและคณะ, 2543; นฤมล อังอนันท์, 2547) โดยจะเน้นการศึกษาที่มาจากแนวคิดทฤษฎีและเน้นในกลุ่มอายุทั่วไป ยังขาดการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากวัยอื่น ๆ อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับประสบการณ์ต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ได้รับ

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมว่าจะเป็นอย่างไรรวมทั้งสิ่งที่เกิดขึ้นโดยตรงและความต้องการในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเหล่านั้น

การศึกษาวิจัยจากประสบการณ์โดยตรงของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์จริงหรือผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมย่อมทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาโดยใช้วิธีการของกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพในแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ซึ่งเป็นการหาความหมาย ความรู้สึก และประสบการณ์ของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลตามการรับรู้ของบุคคลนั้น ๆ (ประณีต สงวัฒนาและคณะ, 2543) โดยการศึกษาที่ได้รับรู้จากสิ่งที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์และเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลได้ดีที่สุด จะทำให้เข้าใจถึงประสบการณ์ตรง มุมมองจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ รวมทั้งทราบถึงความต้องการ ปัญหาและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งความรู้ที่ได้จากถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมผู้สูงอายุที่สนใจและต้องการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาเป็นไปตามเป้าหมายและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จะทำให้ผู้สูงอายุมีการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดได้เร็วขึ้น ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลน้อยลง (Hill et al., 2000)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นอย่างไร โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพในแนวปรากฏการณ์วิทยาเพื่อให้ได้องค์ความรู้และนำข้อมูลพื้นฐานไปสู่การพัฒนาการพยาบาลได้ตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย (Frisch and Kelly, 1996) ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุครั้งนี้ ผลที่ได้จากการศึกษาจะช่วยให้นักวิชาการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุมีความเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด เพื่อนำไปวางแผนทางการพยาบาลและพัฒนารูปแบบการพยาบาลให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยครอบคลุมประสบการณ์การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ตามข้อมูลจากผู้สูงอายุถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิดจากประสบการณ์ตรง ในการวิจัยนี้กำหนดคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และเคยเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโดยการผ่าตัดที่ได้รับนานเกิน 3 เดือนไปแล้ว แต่ไม่เกิน 1 ปี พร้อมทั้งยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และบันทึกเทปเป็นวิธีการหลักในการเก็บข้อมูล การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมิได้มีจุดมุ่งหมายในการถ่ายโอนข้อมูลไปยังประชากรกลุ่มอื่น หากแต่ใช้อ้างอิงในกรณีที่ต้องการปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มเฉพาะที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่ศึกษาในงานวิจัยนี้เท่านั้น

แนวคิดพื้นฐาน (Preconceived notion)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Streubert and Carpenter, 2003) เพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงโดยการรับรู้อย่างมีสติของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ (จอณผะจง เพ็งจาด, 2546) ผู้วิจัยจึงไม่ใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีใด ๆ ในการควบคุมการวิจัย แต่ผู้วิจัยจะทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการสูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมและการรักษา การพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางเบื้องต้นในประเด็นที่สนใจศึกษา และช่วยป้องกันมิให้ผู้วิจัยหลงทางเมื่อเข้าสู่สนามการวิจัยและช่วยในการสร้างหรือกำหนดแนวคำถามเบื้องต้น (Interview Guideline)

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้ให้คำจำกัดความเบื้องต้นในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิงและชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งการวิจัยครั้งนี้จะได้แก่ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและเคยเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยการผ่าตัดที่ได้รับนานเกิน 3 เดือนไปแล้ว แต่ไม่เกิน 1 ปี

ประสบการณ์การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวที่ได้ประสบมาตามความรู้สึก ความนึกคิดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและเคยเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในทุกช่วงของผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตผ่านมามาตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนกระทั่งหลังผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ได้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจากมุมมองโดยตรงของผู้สูงอายุ อันเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่ข้อเข่าเสื่อมและต้องการจะรับการรักษาด้วยการผ่าตัด
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล หรือนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในการประเมินปัญหาทางด้านสุขภาพและวางแผนการพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม
3. เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการพยาบาลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้อย่างเหมาะสม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา บทความ แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการทำวิจัย ซึ่งสรุปประเด็นเสนอตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการสูงอายุ
2. โรคข้อเข่าเสื่อมและการรักษา
3. การพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
4. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการสูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากหลายด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม การทำความเข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐานแนวคิดกับผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเข้าใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งในการทำความเข้าใจกับการให้ความหมายของผู้สูงอายุ ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความหมายของการสูงอายุ

การให้ความหมายของผู้สูงอายุและการกำหนดเกณฑ์ในการเรียกผู้สูงอายุนั้นมีการจำแนกและแบ่งการให้ความหมายหลายรูปแบบที่มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับผู้นำไปใช้ อาทิเช่น คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (2548) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (Nation Institute on Aging) ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุวัยต้น (Young old) คือ ระหว่าง 60-74 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย คือ อายุ 75 ปีขึ้นไป (จำเรียง ฐธมะสุวรรณ, 2536)

บรรลุ ศิริพานิช (2542) แบ่งคำเรียกผู้สูงอายุซึ่งมีความหมายและลักษณะของผู้สูงอายุไว้หลายลักษณะ ดังนี้คือ

1. เรียกตามลักษณะทางกายภาพ เช่น เรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (The aged, Aging, Old man) เป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น ทั้ง ๆ ที่บางคนอาจมีลักษณะแก่ชราตั้งแต่อายุน้อย ๆ ก็ได้

2. เรียกตามอายุมากหรือน้อยตามปฏิทิน เช่น เรียกว่า ผู้สูงอายุ (Elderly, Older Person) ซึ่งเป็นการเรียกที่สากลมากกว่า

3. เรียกตามสถานภาพทางสังคม เช่น เรียกว่า ผู้อาวุโส (Senior Citizen)

ในองค์การหนึ่ง ๆ ผู้เป็นหัวหน้าย่อมเป็นผู้ใหญ่ขององค์การทั้ง ๆ ที่อาจอายุไม่มากหรือไม่ใช่คนแก่ ปัจจุบันในการประชุมขององค์การสหประชาชาติตกลงใช้คำว่า Older persons ในการเรียกผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับประเทศไทยมักใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” กันเป็นส่วนมากเพราะดูเป็นกลาง ๆ ไม่บ่งชี้ว่าแก่หรือชราให้ผู้ถูกเรียกเสียความรู้สึก (บรรลุ ศิริพานิช ,2542)

ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุเป็นความพยายามในการอธิบายปรากฏการณ์สูงอายุที่เกิดขึ้น ซึ่งโดยทั่วไปกล่าวว่าอายุขัยเฉลี่ยสูงสุดของมนุษย์จะยืนยาวได้อย่างมากคือ 120 ปี (Cetron and Davies, 1998 อ้างถึงใน จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2547) ทั้งนี้สมมติฐานที่กล่าวถึงการชราภาพตลอดจนแนวคิดหลายแนวคิดที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไป เป็นการศึกษาค้นคว้าโดยยืนยันจากงานวิจัยและการทดลอง การปฏิบัติในคลินิกที่เกี่ยวกับการชราภาพของมนุษย์ การสูงอายุของบุคคลจะแตกต่างกันไป เนื่องจากบุคคลจะมีความต่างในลักษณะพันธุกรรม ปัจจัยทางสังคม จิตวิทยา เศรษฐกิจ ในชีวิตของแต่ละบุคคลนั้น ๆ ซึ่งทฤษฎีการสูงอายุสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 3 กลุ่ม (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2547) มีรายละเอียดดังนี้

1. ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theorie of aging)

ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพเป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับการแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุในเชิงสรีระวิทยา (Physiological process) ที่เกิดขึ้นในสิ่งมีชีวิตเมื่อเริ่มมีกระบวนการชราภาพเกิดขึ้น ทฤษฎีในกลุ่มนี้จะมองกระบวนการชราภาพที่เกิดขึ้นระดับโมเลกุล เซลล์รวมทั้งระบบการทำงานของสิ่งมีชีวิตนั้น ๆ จุดเน้นของทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ จะอธิบายถึงสิ่งต่อไปนี้

1. ผลการเสื่อมของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง
2. กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุ จะเกิดขึ้นอย่าง ต่อเนื่อง ก้าวหน้าไปตลอดเวลา
3. การเปลี่ยนแปลงภายในระบบอวัยวะต่าง ๆ จะเกิดขึ้นในสิ่งมีชีวิตทุกชนิดถือเป็น สิ่งปกติจากอายุที่เพิ่มขึ้น

ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพยังเชื่อว่าทุกอวัยวะในร่างกายของสิ่งมีชีวิตจะแก่หรือ เสื่อมลงในอัตราที่แตกต่างกัน แม้จะเป็นสิ่งมีชีวิตประเภทเดียวกัน ดังเช่น บุคคล 2 คนที่มีอายุ 60 ปีเท่ากันแต่ความเสื่อมของอวัยวะหรือการชราภาพ สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. Stochastic theories เป็นทฤษฎีการสูงอายุที่อธิบายถึงการสูงอายุว่าเป็น เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่สม่ำเสมอเป็นช่วง ๆ และการแก่หรือเสื่อมก็จะสะสมมากขึ้นตามเวลาที่ เพิ่มขึ้น ทฤษฎีในกลุ่มนี้ได้แก่

1.1 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory) ทฤษฎีนี้มีสมมุติฐานเกี่ยวกับแนวคิด ที่ว่าเกิดความผิดพลาดในขั้นตอนการสังเคราะห์โปรตีนของ DNA และจากการผิดพลาดดังกล่าว นำไปสู่ความผิดปกติของเซลล์ ส่งผลให้เกิดการแก่ตัว เสื่อมสภาพหรือเซลล์ตายในที่สุด ความผิดปกติของการสร้างเอ็นไซม์หรือโปรตีน จะทำให้เกิดการสร้างเซลล์ (exact copy) ที่ผิดแปลกไปจากเดิม การผิดพลาดจากการส่งรหัสพันธุกรรม (transcription) นี้จะเกิดซ้ำแล้วซ้ำ อีก และเซลล์จะถูกเปลี่ยนไปจากเดิมทุกครั้งที่เกิดการผิดพลาด จนในที่สุดเซลล์ที่เกิดขึ้นจะ แตกต่างจากเซลล์ต้นแบบโดยสิ้นเชิง

1.2 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) กล่าวถึงเซลล์ที่ไม่สามารถ ซ่อมแซมได้อีกจากการถูกทำลาย โดยอนุมูลอิสระเป็นผลผลิตจากปฏิกิริยาพื้นฐานของการ เผาผลาญพลังงานของร่างกาย รวมทั้งผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมมลพิษต่าง ๆ เช่น ไอโซน รังสี ต่าง ๆ ทำให้การทำงานของเซลล์จะไม่สามารถทำได้เช่นเดิม เซลล์จะเกิดการเสียหาย ผลทำให้ การซึมผ่านเข้าออกของสารต่าง ๆ ของเซลล์ผิดปกติไป เซลล์อาจจะบวมหรืออาจจะแห้งเหี่ยวขาดน้ำ (Dehydrate) ส่งผลให้ภาวะสมดุล homeostasis สูญเสียไปในที่สุดทำให้เซลล์ตาย ทฤษฎีนี้เชื่อว่า สารอนุมูลอิสระเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกลายพันธุ์ (mutation) ของ DNA-RNA transcription โดยเฉพาะในเนื้อเยื่อของเซลล์ของกล้ามเนื้อและระบบประสาท ซึ่งมีการเกิดอนุมูล อิสระได้มาก จะเกิดสารที่เรียกว่า lipofucin ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการชราภาพ

1.3 ทฤษฎีการเชื่อมไขว้ (Cross-Linkage Theory) ทฤษฎีนี้มีสมมุติฐาน เกี่ยวกับการสูงอายุว่าเกิดจากโปรตีนบางอย่างในร่างกายที่เพิ่มขึ้นและมีการเชื่อมไขว้จับตัวกัน มากขึ้น ส่งผลให้ไปขัดขวางกระบวนการเมตาโบลิซึม ทั้งนี้จากการเชื่อมไขว้ไปขัดขวางการได้รับ

สารอาหาร การจับของเสียจากเซลล์ทั้งในระดับภายในเซลล์ (intracellular) และนอกเซลล์ (extracellular) และตามทฤษฎีนี้เชื่อว่าโมเลกุลโดยปกติทั่วไปจะมีการยึดติดกันโดยขบวนการทางเคมี (chemical reaction) ซึ่งรวมทั้งคอลลาเจน ซึ่งเป็นโมเลกุลขนาดใหญ่ (long chain macromolecule) ที่สร้างโดย fibroblast เมื่อมีการสร้างไฟเบอร์ใหม่ขึ้น มันจะถูกจับ โดยไฟเบอร์เก่าจะเกิดการเชื่อมไขว้กันขึ้น (chemical cross - linked) ผลการเชื่อมไขว้กันนี้ทำให้ความหนา (density) ของ collagen เพิ่มขึ้น แต่ความสามารถในการทำงานในการนำสารอาหารหรือขับของเสียออกจากเซลล์กลับลดลง ผลคือการทำงานของเซลล์เนื้อเยื่อนั้นลดลงและส่งผลต่อโครงสร้างส่วนอื่น ๆ

1.4 ทฤษฎีการเสื่อมสลาย (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่าเซลล์มีการเสื่อมสลายหรือตายเมื่อมีการใช้งานมาอย่างต่อเนื่องโดยเชื่อว่าการตายเกิดจากผลของเนื้อเยื่อต่าง ๆ มีการเสื่อมสภาพและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพดั้งเดิมได้ ทำให้เกิดการสูญเสียอย่างถาวร ทฤษฎีนี้เชื่อว่าในเนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ มีการถูกกำหนดแต่ต้นถึงพลังงานที่ทำให้อวัยวะเนื้อเยื่อทำงานได้จนถึงระดับหนึ่ง เมื่อพลังงานที่มีอยู่หมดไป ก็เกิดการเสื่อมสลายของอวัยวะเนื้อเยื่อนั้น ๆ ทฤษฎีนี้เชื่อว่ากระบวนการสูงอายุนั้นจะถูกเร่งหรือเกิดขึ้นได้มากขึ้น หากมีความเครียด มีการสะสมของการบาดเจ็บหรือการได้รับอุบัติเหตุต่าง ๆ ซึ่งนำไปสู่การตายได้ เนื่องจากมีการเสื่อมสภาพแล้วร่างกายไม่สามารถสร้างอวัยวะเนื้อเยื่อใหม่มาทดแทนได้

2. Nonstochastic Theories เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการสูงอายุนั้น สามารถทำนายล่วงหน้าได้ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยมีเวลาเป็นตัวเงื่อนไขกำหนด ทฤษฎีในกลุ่มนี้ได้แก่

2.1 ทฤษฎีโปรแกรม (Programed theory หรือ Hayflic limited theory) ได้เชื่อว่า ผลจากการสะสมของการทำงานที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม (improper) ของเซลล์ จะนำไปสู่การสูญเสียการทำหน้าที่ของเซลล์ในอวัยวะเนื้อเยื่อต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้เกิดกระบวนการ “ปรากฏการณ์ผู้สูงอายุ” (Aging phenomenon) และเซลล์เมื่อมีการแบ่งตัวจะสามารถทำได้จนถึงระดับหนึ่ง เหมือนมีการกำหนดโปรแกรมไว้ในเซลล์ตั้งแต่ต้นว่าเมื่อไรเซลล์ ก็จะตาย เช่นกันอายุของคนหรือสิ่งมีชีวิตจะถูกกำหนดไว้ตามแต่ละชนิดประเภทของสิ่งมีชีวิตนั้น ๆ (species specific range) เชื่อว่ามนุษย์จะมีนาฬิกาชีวภาพ (biological clock)

2.2 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunity theory) ระบบคุ้มกันของร่างกายมนุษย์จะทำงานมีประสิทธิภาพลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นเรียกภาวะดังกล่าวว่า immunosenescence หรือความเสื่อมของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ที่ลดลง ในวัยสูงอายุพบว่าการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะ T-cell จะลดลงอย่างชัดเจน ทำให้การป้องกันสิ่งแปลกปลอม เชื้อโรค

โรคต่าง ๆ ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า ร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อตนเอง (autoantibodies) เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดโรคที่ร่างกายมีการต่อต้านตนเองต่าง ๆ

2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุที่เพิ่งเกิดขึ้น (Emerging Theories) ได้แก่

2.3.1 Neuroendocrine control or Pacemaker Theory แนวคิดทฤษฎีนี้เชื่อว่าจะมีความเกี่ยวพันระหว่างฮอร์โมนและระบบประสาทที่ส่งผลต่อการสูงอายุของมนุษย์จากการที่ร่างกายมีการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงกระบวนการเมตาบอลิซึมทั้งหลายเกิดขึ้นเชื่อว่า มีผลจากการควบคุมและการทำงานของระบบ Neuroendocrine ทฤษฎีนี้เชื่อในเพศหญิงและชาย จะมีฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ที่มีส่วนกับระบบการสูงอายุ ซึ่งฮอร์โมนที่ได้รับ ความสนใจว่าอาจเกี่ยวข้องกับการสูงอายุ ได้แก่ Dehydroepiandrosterone (DHEA) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ผลิตจาก adrenal glands พบว่า มีปริมาณลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และทำให้เกิดความสนใจว่า อาจจะเป็นฮอร์โมนที่ช่วยยับยั้งการสูงวัยได้และนอกจากนี้ฮอร์โมนเมลาโตนิน (Melatonin) เป็นฮอร์โมนอีกตัวที่ได้รับความสนใจว่าอาจมีความเกี่ยวข้องกับการนาฬิกาชีวิต (biologic clock) ของมนุษย์ ซึ่งแนวคิดนี้มีความเชื่อว่าเมลาโตนินอาจเกี่ยวข้องกับการชะลอการสูงอายุในแง่ที่ช่วยเพิ่มการทำงานของระบบคุ้มกันและต้านอนุมูลอิสระ

2.3.2 Metabolic Theory of Aging / Calorie Restriction ทฤษฎีนี้เสนอว่าทุกเซลล์หรือเนื้อเยื่อจะมีการกำหนดที่แน่นอนถึงระยะ/ช่วงของเวลากระบวนการเผาผลาญ (metabolic lifetime) ดังนั้นหากมีการเผาผลาญหรือ metabolism ที่เผาผลาญอย่างรวดเร็วก็จะทำให้อายุเซลล์เนื้อเยื่อสั้นลง หากมีการจำกัดปริมาณแคลอรีที่ร่างกายได้รับในแต่ละวันจะช่วยเพิ่มอายุให้ยืนยาวขึ้นและทำให้เกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ช้าลง

2.3.3 DNA-Related Research ปัจจุบันมีความพยายามและการศึกษาค้นคว้าอย่างจริงจังเกี่ยวกับพันธุกรรมมนุษย์ (Genome Human) บทบาทหน้าที่ของ DNA กระบวนการสูงอายุ เชื่อว่าอาจมียืนมากถึง 200 ตัวที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุของบุคคลนั้น (Schneider, 1992 อ้างถึงใน จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2547)

2. ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม (Sociologic theories aging)

ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมจะให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพและบทบาทระหว่างบุคคล นอกจากนี้ยังรวมถึงการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต โดยทฤษฎีนี้จะมองการสูงอายุในแง่มุมมองที่กว้างขึ้นในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับลักษณะทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ การเมืองที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมที่มีการกล่าวถึงได้แก่

1. ทฤษฎีการทอดย (Desengagement theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การสูงอายุเป็นลักษณะกิจกรรมที่มีการพัฒนาด้วยตัวของมันเอง มีรูปแบบลักษณะแบบแผนที่เป็นไปตามสังคม ปกติกล่าวคือ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุก็จะมี การปรับตัวพฤติกรรมให้เหมาะสมตามที่สังคม โดยทั่วไปยอมรับ เช่น มีการถอนตัวออกจากสังคมและลดบทบาทความสำคัญจากกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากเข้าสู่วัยชรา ทั้งนี้เพื่อคงความสมดุลให้แก่สังคมที่จะมีบุคคลอื่นเข้ามาแทนที่บทบาทของผู้สูงอายุที่ถอยตัวออกมา

2. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory หรือ development task theory) ทฤษฎีนี้มี มุมมองว่า ผู้สูงอายุยังคงต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อเป็นผู้สูงอายุ อย่างสมบูรณ์โดยกิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงไว้ ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล และมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง (Positive self concept) ผู้สูงอายุยังมีกิจกรรมสม่ำเสมอจะรู้สึก กระชุ่มกระชวย เป็นหนุ่มสาว ไม่ถอยหนีจากสังคม ผู้สูงอายุยังมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในกิจกรรม ต่าง ๆ ไม่ต่างจากเมื่อตอนอยู่ในวัยกลางคน แนวคิดทฤษฎีนี้อยู่บนฐานความเชื่อการมีชีวิตที่ตื่นตัว ไม่อยู่เฉย (Active) ดีกว่าการอยู่เฉยไม่ทำอะไร (Inaction) และการมีชีวิตที่มีความสุขดีกว่าการไม่มี ความสุข ผู้สูงอายุแต่ละคนจะเป็นผู้ตัดสินใจที่ดีที่สุดว่าชีวิตของเขาประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ที่ตั้งไว้หรือไม่ (Havighurst, 1972 อ้างถึงใน จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2547) ดังนั้นถึงแม้ว่าบุคคล จะมีอายุเพิ่มมากขึ้นอาจจะเจ็บป่วย แต่ผู้สูงอายุสามารถเลือกได้ในการที่จะดำรงชีวิตให้ มีความตื่นตัวไม่หยุดนิ่งและมีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง

3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) มีความเชื่อว่า ไม่ว่าการมีชีวิตที่ยัง ตื่นตัวไม่อยู่เฉย การพยายามให้ชีวิตให้ไม่ต่างจากเดิมในวัยกลางคนหรือการพยายามลดบทบาท หน้าที่ ความสำคัญในสังคมกิจกรรมต่าง ๆ ลง ไม่จำเป็นเสมอที่จะนำมาซึ่งความสุข แต่บุคคลจะ สามารถใช้ชีวิตที่มีอยู่อย่างต่อเนื่อง จากการดำรงชีวิตที่ผ่านมา มุมมองนี้กล่าวว่าวัยสูงอายุมิใช่ วัยที่เป็นตอนสุดท้ายหรือตอนปลายชีวิตที่แยกออกมาอย่างชัดเจน แต่ชีวิตของมนุษย์จะมีความ เชื่อมโยงต่อเนื่องกันมาตลอดตั้งแต่ในช่วงต้นชีวิต ชีวิตมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกันมาตลอด ช่วงชีวิตและเชื่อว่าชีวิตทุกวัยเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการตามวัยของช่วงชีวิต ดังนั้นเมื่อ บุคคลกรเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็พยายามที่ดำรงหรือดำเนินในกิจวัตร ปัจจัย สิ่งที่ชอบ ค่านิยมความเชื่อ

4. ทฤษฎีการแบ่งชั้นอายุ (Age stratification theory) มีความเชื่อว่าผู้สูงอายุเป็น บุคคล ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสังคม เป็นอัตบุคคลที่เป็นสมาชิกของกลุ่ม มีหมู่เหล่าและมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ดังนั้นการสูงอายุจะเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันระหว่างบุคคลและสังคม อย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา

5. ทฤษฎีความพอเหมาะระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-environment fit theory) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างกันของบุคคล ผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่กำหนดสมรรถภาพในตัว (personal competence) ของบุคคลนั้น ๆ ความสามารถในการปรับตัวบุคคลจะถูกล่อหลอมาอย่างต่อเนื่องตลอดชั่วชีวิต เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นสมรรถนะในตน เหล่านี้อาจเปลี่ยนแปลงไปหรือลดลง ส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อม เชื่อว่ายิ่งบุคคลอายุเพิ่มขึ้นสิ่งแวดล้อมจะยิ่งเพิ่มความรู้สึกถูกคุกคาม (Threatened) กับบุคคลทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อม

3. ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological theories of aging)

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดพื้นฐานจากความเชื่อที่ว่า การพัฒนาการของมนุษย์เป็นสิ่งที่ต่อเนื่องไม่มีการสิ้นสุด ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยาจะเป็นการรวมทั้งทฤษฎีทางชีวภาพและทางสังคมร่วมกับอธิบายกระบวนการสูงอายุ ซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลุ่มทฤษฎีที่สามารถอธิบายกลไกทางจิตวิทยาได้

1. ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ตามขั้นของมาสโลว์ (Maslow is ierachy of human needs theory) มาสโลว์ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์ ได้แบ่งความต้องการพื้นฐานทั่วไปของมนุษย์ออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ อากาศ อาหาร น้ำ อาหาร การขับถ่าย เครื่องนุ่งห่ม และการสืบพันธุ์ ขั้นที่ 2 ได้แก่ ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ขั้นที่ 3 ได้แก่ ความต้องการด้านความรักและความต้องการเป็นเจ้าของ ขั้นที่ 4 ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) และขั้นที่ 5 ได้แก่ การได้รับการยอมรับ (self-actualization) มาสโลว์ได้กล่าวถึงแต่ละขั้นของความต้องการของมนุษย์ ซึ่งต้องได้รับการตอบสนองในขั้นต่ำสุดก่อนค่อยเลื่อนขั้นไปยังขั้นสูงขึ้น

2. ทฤษฎีเอกัตบุคคลของจุง (Jung ' s theory of individualism) ทฤษฎีนี้เสนอว่าบุคลิกภาพจะมีทั้งลักษณะที่เปิดเผยต่อโลกภายนอก (extrovert) และลักษณะส่วนภายในของบุคคล (introvert) สมดุลระหว่างทั้ง 2 ลักษณะนี้จะแสดงถึงความเป็นบุคคลนั้น ๆ ซึ่งสำคัญต่อสุขภาพจิตของบุคคล เมื่อบุคคลอายุมากขึ้น บุคลิกภาพจะเริ่มเปลี่ยนจากการมองภายนอกมุ่งที่จะสร้างหรือมองตนเองในตำแหน่งที่อยู่ในสังคมภายนอก เป็นการมองเข้ามาภายในตนเอง บุคคลจะเริ่มหาคำตอบโดยมองจากภายในตนมากขึ้น บุคคลจะมีลักษณะเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จตามแนวคิดของจุงนั้น จะมองเข้ามาภายในตนและเห็นคุณค่าของตนมากกว่าจะมองเห็นแต่ความสำคัญหรือเสื่อมถอยของร่างกาย บุคคลจะต้องสามารถยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและข้อจำกัดที่เกิดขึ้นได้

3. ทฤษฎีระยะ 8 ขั้นของชีวิต (Eight stages of the theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่า กระบวนการพัฒนาของชีวิตจะสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลจากวัฒนธรรมและสังคม อีริคสันได้แบ่งช่วงชีวิตของตนเป็น 8 ระยะ โดยระยะที่ 1 - 6 เป็นระยะตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี ระยะที่ 7 เป็นระยะที่เรียกว่า Generativity คือ บุคคลในช่วงอายุ 40 - 60 ปีเป็นช่วงวัยกลางคนที่บุคคลมีความเข้าใจและยอมรับในตนเอง บุคคลวัยนี้จะมีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ มุ่งสร้างความสำเร็จในชีวิต ซึ่งหากวัยนี้ประสบความสำเร็จชีวิตจะมีความมั่นคงเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ก็จะส่งผลให้ชีวิตมีความสมบูรณ์ เพียบพร้อมที่จะให้การดูแลโอบอุ้ม (nurture) ลูกหลานหรือบุคคลวัยอื่น ๆ แต่หากในทางตรงกันข้ามที่บุคคลหากไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ก็จะทำให้เกิดภาวะไม่กระตือรือร้นหรือเกิดภาวะหยุดนิ่ง หรือ stagnation และในระยะที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุมีความเจริญมั่นคงในชีวิต มีการยอมรับ (Acceptance) จากการประเมินตนเองหรือจากการประเมินความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา คุณค่าของบุคคลในวัยนี้อยู่ที่ภูมิปัญญา (Wisdom) ซึ่งสะสมมาตลอดชีวิต หากผู้สูงอายุในระยะนี้ไม่ประสบความสำเร็จ หรือล้มเหลวในชีวิตจะเกิดความท้อแท้หมดหวัง (Despair) รู้สึกว่าชีวิตไม่มีเป้าหมาย

การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ

เมื่อบุคคลย่างเข้าสู่วัยที่สูงขึ้นตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์โดยทั่วไปนั้นจะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้งกาย จิต และสังคมที่เรียกว่ากระบวนการสูงอายุในบุคคล ซึ่งจะมีความหลากหลาย แตกต่างกันไปแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ภายนอกที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2547) มีลักษณะดังนี้

1. องค์ประกอบทั่วไปของร่างกายและระบบเลือด พบว่า น้ำหนักร่างกายและความสูงมีแนวโน้มลดลงในผู้สูงอายุ เนื่องจากการยุบตัวของหมอนรองกระดูกและหลังโก่งที่มีเพิ่มขึ้น ๆ มวลร่างกายและมวลเซลล์ (cell mass) ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ปริมาณน้ำทั้งหมดในร่างกาย (total body water) และปริมาณน้ำในเซลล์ (intracellular water) ลดลง ปริมาณไขมันและสัดส่วนไขมันในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น ไขมันบริเวณหน้าท้องและภายในช่องท้องมีการสะสมมากขึ้น การสร้างและการเก็บความร้อนลดลง ทำให้ความสามารถในการทนต่อความเย็นลดลงปริมาณเกลือแร่ในร่างกายโดยเฉพาะเกลือโปแตสเซียมลดลง การลดลงเกิดขึ้นมาก ภายหลังอายุ 70 ปี การเปลี่ยนแปลงของระบบเลือดจากกระบวนการชรามีน้อยมาก ความสามารถในการสร้างเม็ดเลือดยังคงเป็นปกติแม้จะมีอายุมาก

2. ระบบภูมิคุ้มกัน พบว่า ในผู้สูงอายุต่อมไทมัส (thymus) มีขนาดเล็กลง การสร้างแอนติบอดีลดลง มีการลดลงของหน้าที่และจำนวนของ T-lymphocytes การรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอม (antigen) ลดลง โอกาสติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นในวัยชราและอาจเกิดจากการสร้างแอนติบอดีลดลงและ/หรือการเสื่อมลงของระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ (cell-mediated immunity)

3. อวัยวะเกี่ยวกับการมองเห็น พบว่า ไขมันรอบดวงตาและทางตามีปริมาณลดลง กระจุกตา (cornea) หนาขึ้น ความโค้งลดลง เลนส์หนาตัวขึ้น แข็งขึ้น ความโค้งลดลง สีเหลืองขึ้น ชุ่มชื้น เซลล์เยื่อบุลดลง ความยืดหยุ่นของเลนส์ลดลงและความสามารถในการปรับความชัด (visual acuity) ลดลง มีการสูญเสีย accommodation power เกิดลักษณะสายตาสั้นสูงอายุ (presbyopia) ปริมาณน้ำของ vitreous body ลดลงทำให้ความชื้นเพิ่มขึ้นบริเวณรอบนอกจอตา (retina) บางลง เซลล์รับแสงลดลงโดยเฉพาะชนิดท่อน (rod cells) สารสีในเซลล์โคน (cone cells) ลดลง เป็นผลให้ไวต่อแสงของจอตาลดลง การปรับตัวต่อความมืดลดลง (dark adaptation) การรับรู้สีลดลง โดยเริ่มจากสีเหลือง สีนํ้าเงินและสีเขียว เป็นลำดับ

4. การได้ยินและการควบคุมการทรงตัว พบว่ามีการเสื่อมของเซลล์ขนบริเวณส่วนฐานของโคเคลีย (cochlea) และมีการเสื่อมของเซลล์ประสาทบริเวณ spiral ganglia การได้ยินลดลง สูญเสียความสามารถในการรับฟังเสียงความถี่สูง (presbycusis) และการแยกคำ (speech perception) การลดจำนวนเซลล์ขนในอวัยวะที่ตรวจจับตรงตำแหน่งของศีรษะ (utricle และ saccule) และอวัยวะที่ตรวจรับการเคลื่อนไหวตำแหน่งและท่าของร่างกาย (semicircular canal) การเปลี่ยนแปลงของระบบเวสติบูลาร์ (vestibular system) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการมึนงง (dizziness) และอาการบ้านหมุน (vertigo) ได้ง่ายกว่าคนอายุน้อย

5. ประสาทสัมผัสอื่น ๆ พบว่า ตุ่มรับรสมีจำนวนลดลงอย่างช้า ๆ การหลั่งน้ำลายลดลง และมีลักษณะชั้นเหนียวมากขึ้น ความไวต่อการรับรสลดลงอย่างช้า ๆ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นความสามารถในการรับรู้และแยกแยะอาหารต่าง ๆ ลดลง เซลล์เยื่อและเซลล์ประสาทของ olfactory bulb ซึ่งทำหน้าที่ในการรับกลิ่นมีการลดจำนวนลง ความไวต่อการดมกลิ่นและความสามารถในการจำแนกกลิ่นลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ปลายประสาทที่รับความรู้สึกเจ็บปวดและอุณหภูมิมีจำนวนลดลง ความไวของการรับความรู้สึกเจ็บปวด อุณหภูมิ สัมผัส และการสั่นลดลงความสามารถในการรับรู้ตำแหน่งที่ต่างกัน ความสามารถในการรับรู้วัตถุ และความสามารถรับรู้ส่วนของร่างกายลดลง

6. สมองและไขสันหลัง พบว่าสมองมีน้ำหนักลดลงประมาณร้อยละ 6-11 และมีสัดส่วนของน้ำลดลงเมื่อเข้าสู่ชรา การลดลงของจำนวน dendrite และ dendritic spines มีการสะสมของสารบางชนิดในเซลล์ประสาทได้แก่ lipofuscin, melanin, neurofibrillary tangles และ

amyloid protein จำนวนของ synapses ลดลง มีความผิดปกติของ synaptic function และมีความผิดปกติของการสร้างการหลั่งตลอดจนการจับยึดของสาร neurotransmitter พบ neuritic plaques ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญในสมองของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ การลดลงของ dopamine ในกระบวนการชราเกิดขึ้นมากที่บริเวณ corpus striatum อาจมีผลต่อการเคลื่อนไหวและการทรงตัวได้ การเคลื่อนไหวอย่างละเอียด (skilled motor movements) จะช้าลงการเคลื่อนไหวอย่างหยาบ (gross movements) ซึ่งสัมพันธ์กับการทรงตัวและท่าทางการเดินมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดมีลักษณะพิเศษในผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ เรียกว่า ท่าเดินผู้สูงอายุ จะก้าวเดินสั้น ๆ และช้าลงเท้าทั้งสองข้างแตะพื้นพร้อมกันในขณะที่เดินนานขึ้น เท้ากางออกจากกันมากกว่าปกติ หลังอและตัวเอนไปข้างหน้าเล็กน้อย แขนกางออกละแวกน้อย เวลาหมุนตัวเลี้ยวลำตัวจะแข็ง ระยะเวลาการนอนหลับลดลงเป็นลำดับเมื่ออายุมาก ช่วงการนอนที่หลับลึก สั้นลงและตื่นได้ง่าย ระหว่างการนอนพบได้ว่าระยะหยุดหายใจ หรือระยะหายใจซ้ำมีความถี่ เพิ่มขึ้นมากกว่า 8 ครั้งต่อคืน (ในคนหนุ่มสาวจะเกิดขึ้นไม่เกิน 8 ครั้งต่อคืน) ผู้สูงอายุมากขึ้น มีการกระตุกของขา ความจำระยะสั้นของผู้อายุจะด้อยลงบ้างแต่ความจำทันที (immediate memory) และความจำระยะยาว (remote memory) ยังคงปกติ

7. ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่าหลอดเลือดโดยเฉพาะหลอดเลือดเอออร์ตา (aorta) มีความยืดหยุ่นลดลงและมีขนาดมากขึ้น ทำให้ความดันเลือดซิสโตลิกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย ผู้สูงอายุ ลิ้นหัวใจโดยเฉพาะลิ้นหัวใจเออรัติกเคลื่อนไหวได้ลดลง กระบวนการชราของกล้ามเนื้อหัวใจแสดงให้เห็นจากการมี lipofuscin สะสมเรียกว่า brown atrophy baroreceptor มีความไวลดลงทำให้การตอบสนองโดยการหดตัวของเส้นเลือดส่วนปลายและการเพิ่มอัตรา การเต้นของหัวใจลดลง เป็นผลให้พบภาวะความดันเลือดตกเมื่อเปลี่ยนท่า (postural hypotension) ได้บ่อยในผู้สูงอายุ

8. ระบบทางเดินหายใจ เมื่ออายุมากขึ้นมวลกล้ามเนื้อทรวงอกลดลง มีการโค้งงอของหลังทำให้เกิดหลังโก่ง เส้นผ่านศูนย์กลางแนวหน้าหลังของทรวงอกเพิ่มขึ้น การใช้กระบังลมในการหายใจเพิ่มขึ้นและมีการลดลงของ tidal volume และ maximum voluntary ventilation ในระหว่างการออกกำลังกาย alveolar ducts มีขนาดเพิ่มขึ้น ผนังถุงลมบางลงและถุงมีขนาดใหญ่ขึ้นเป็นผลให้พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จำนวนต่อมเมือก (mucous gland) จำนวนใยอีลาสติกและความยืดหยุ่นของเยื่อถุงลมลดลง เป็นผลให้ความยืดหยุ่นของปอดโดยรวมลดลง มีการลดลงของความไวต่อการตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง และการลดลงของก๊าซออกซิเจนในเลือด เมื่อเปรียบเทียบกับคนในวัยหนุ่มสาวในระหว่างการออกกำลังกายอัตราหายใจและปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกเพิ่มขึ้นได้น้อยลง เมื่ออายุมากขึ้น

เป็นผลให้ผู้สูงอายุเหนื่อยเร็วขึ้นและมีความทนต่ำลง นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนจาก aerobic metabolism ไปเป็น anaerobic metabolism เร็วขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ระบบป้องกันของปอด เช่น การสร้างเมือก การสร้างแอนติบอดีและระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ด้อยลง

9. ระบบต่อมไร้ท่อ พบว่าต่อมต่อต่าง ๆ มีน้ำหนักลดลงและมีลักษณะฝ่อปรากฏ เมื่ออายุมากขึ้น พบการสะสมของ lipofuscin หรือสาร amyloid ในเซลล์ และมีลักษณะไฟโบรซิส (fibrosis) เพิ่มขึ้น ฮอรโมนที่พบว่ามียกระดับลดลง ได้แก่ aldosterone, growth hormone, hypothalamic somatostatin และ triiodothyronine (T3) ฮอรโมนที่พบว่ามียกระดับเพิ่มขึ้น ได้แก่ pancreatic somatostatin และ thyroid-stimulating hormone ต่อมไร้ท่อบางส่วน มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นลดลง ทำให้อัตราเพิ่มขึ้นของฮอรโมนข้างล่าง ได้แก่ epinephrine, growth hormone และการหลั่งอินซูลิน

10. ระบบสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงในเพศหญิงปรากฏชัดเจนในระยะกำลังหมดประจำเดือน (perimeno-pause of climacteric) และในระยะหมดประจำเดือน (menopause) พบว่า อวัยวะเพศภายนอก (vulva) มีลักษณะฝ่อ แคมเล็กและขนบางลง ช่องคลอด (vagina) ตื้นขึ้น มีการฝ่อของเซลล์บุผิวและความยืดหยุ่นลดลง ต่อมเมือกมีจำนวนและเมือกลดลง มดลูกมีขนาดและน้ำหนักลดลง ปีกมดลูกสั้นเข้าและมีเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กลง รังไข่มีขนาดเล็กลง การตกไข่ลดลงและหยุดไปในที่สุด ระดับฮอรโมนเพศลดลงทั้งฮอรโมนเอสโตรเจน (estrogen) และฮอรโมนโปรเจสเตอโรน (progesterone) ในเพศชายเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ การเปลี่ยนแปลงจะปรากฏชัดเจนเมื่อมีอายุสูงมากกว่า 70-80 ปี ได้แก่ น้ำหนักลูกอัณฑะลดลงเล็กน้อยการสร้างสเปิร์ม (spermato-genesis) ยังมีอยู่ตลอดแต่จำนวนสเปิร์มที่สร้างและคุณสมบัติของสเปิร์มลดลง โดยทั่วไปเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุไม่แตกต่างจากในวัยหนุ่มสาวแต่ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของขนบธรรมเนียมประเพณี ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นในทั้งสองเพศ โดยมีปัจจัยสำคัญจากสุขภาพต่าง ๆ ยาที่ใช้อยู่ ภาวะจิตใจ และระดับฮอรโมนเทสโทสเตอโรน

11. ระบบทางเดินปัสสาวะ เมื่อถึงวัยราว 60 ปี การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของไตจะลดไป ราวร้อยละ 50 ขนาดของไตและจำนวนเนฟรอน (nephron) ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โกลเมอรูลัส (glomerulus) หนาตัวบริเวณเยื่อบุผนัง basement membrane และมีเยื่อคอลลาเจนเพิ่มขึ้น เลือดที่ผ่านไตมีปริมาณลดลงโดยเฉพาะบริเวณคอร์เทกซ์ (cortex) glomerular filtration rate และ creatinine clearance ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น renal tubule ของคนสูงอายุมีความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นด้อยลง เมื่อเทียบกับคนอายุน้อย การหลั่ง antidiuretic hormone (ADH) เพื่อตอบสนองต่อการกระตุ้นลดลง ในเพศหญิงมีการหย่อนตัวของ pelvic floor และผนังกระเพาะปัสสาวะส่วนล่าง (bladder outlet) กล้ามเนื้อท่อปัสสาวะอ่อนตัวและเยื่อบุด้านในของ

ท่อปัสสาวะฝ่อลง นอกจากนี้กล้ามเนื้อดีทริเตอร์ (detrusor) ของกระเพาะปัสสาวะ จะไวและหดตัวเร็ว (detrusor in-stability) ในเพศชายมีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อดีทริเตอร์ของกระเพาะปัสสาวะเช่นเดียวกับในเพศหญิง ต่อมาลูกหมากจะมีการฝ่อหลังจากอายุ 40 ปี โดยมีจำนวนต่อมและเซลล์ลดลงและมีลักษณะไฟโบรซิส

12. ระบบทางเดินอาหาร พบว่า พันเกิดการกร่อนและรากฟันเปราะแตกง่ายขึ้น เป็นเหตุให้การยึดของฟันด้อยลงเกิดการหลุดร่วงได้ง่าย เหงือกจะร่น (recession of gum) เยื่อเมือกในช่องปากจะบางและฝ่อ เช่นเดียวกับต่อมรับรสของลิ้นที่ฝ่อและรับรสได้เลวลง การหลั่งน้ำลายลดลงความสามารถในการกลืนตั้งแต่ระดับกล้ามเนื้อลายของหลอดคอ (pharynx) รอยต่อระหว่างกล้ามเนื้อลายกับกล้ามเนื้อเรียบของหลอดอาหาร (esophagus) และหลอดอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อวัยมากขึ้น เกิดการทำงานที่ไม่ประสานงานกันมากขึ้น ทำให้เกิดอาการกลืนลำบากหรือสำลักได้ง่าย กระเพาะอาหารจะหลั่งกรดไฮโดรคลอริก (hydrochloric acid) และเอนไซม์เปปซิน (pepsin) น้อยลง การบีบตัวให้อาหารผ่านไป (gastric emptying) ยังปกติ ยกเว้นกับอาหารไขมันที่จะใช้เวลาผ่านกระเพาะนานขึ้น ลำไส้เล็กมีการดูดซึมแคลเซียมลดลงบ้าง ลำไส้ใหญ่และกล้ามเนื้อในผนังลำไส้จะบางลงและฝ่อ มีการแทรกตัวของกล้ามเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) มากขึ้น การบีบตัวของลำไส้ใหญ่ลดลง การหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดตรงปากทวารหนักอ่อนลงเมื่ออายุมากขึ้น ตับมีขนาดและน้ำหนักลดลง จำนวนเซลล์ตับ (hepatocyte) ลดลงและความสามารถในการสร้างเซลล์ตับทดแทน (regeneration) ลดลง

13. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก หลังจากอายุ 30 ปี การสลายของกระดูก (bone resumption) จะมีมากกว่าการสร้าง (bone formation) ทำให้มวลกระดูกลดลงเป็นลำดับ ผู้หญิงจะสูญเสียมวลกระดูก ในอัตราที่สูงมากในระยะกำลังหมดประจำเดือนและหลังหมดประจำเดือน ช่วง 5 ปีแรก กระดูกมีลักษณะบางลงเมื่ออายุมากขึ้น บริเวณข้อต่อจะมีการงอกของกระดูกบริเวณหัวกระดูกที่เรียกว่า osteophytes (bone spurs) กระดูกอ่อนภายในข้อหนาตัวมากขึ้น ยกเว้นที่บริเวณสะบ้า (patella) บริเวณผิวของกระดูกอ่อนจะขรุขระมากขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่ายขึ้น มีการเพิ่มขึ้นของ lipofuscin ในเซลล์กล้ามเนื้อและมีจำนวนเซลล์ไขมันและเกี่ยวพันมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้กล้ามเนื้อลายทั่วไป ยกเว้นกล้ามเนื้อกระบังลม (diaphragm) มีกำลังและความแข็งแรงลดลงเมื่ออายุมากขึ้น

14. ภาวะจิตใจ มนุษย์เริ่มรับรู้ถึงภาวะชราที่ค่อย ๆ เกิดขึ้นกับตนจะมีพฤติกรรมต่อต้าน โดยจะค้นหาวิธีการที่จะยับยั้งหรือชะลอกระบวนการชรา มนุษย์แทบทุกคนจะรับรู้ถึงภาวะชราที่เกิดขึ้นแต่การตอบสนองมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ความเชื่อ เศรษฐฐานะ การศึกษา และข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต ได้แก่ การหยุดทำงาน

การเจ็บป่วยร้ายแรง เกิดภาวะทุพพลภาพและพึ่งพา การสูญเสียบุคคลที่รักหรือใกล้ชิด การสูญเสียบทบาทในครอบครัว หรือการสูญเสียอำนาจหรือความสมบูรณ์พูนสุข โดยจะนำไปสู่การพึ่งพามนุษย์อื่นอย่างช้า ๆ และเกิดการถดถอยของความมั่นใจในตนเอง เหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นในวัยสูงอายุการพยายามมีส่วนร่วมในสังคม การเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ การเลือกสรรสิ่งหรือกิจกรรมที่เหมาะสมและการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ (successful aging) ผู้ที่ประสบความสำเร็จจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีและมีอารมณ์ และการรับรู้ที่เหมาะสมกับวัยและสถานะของตน

ลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย

ผู้สูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือเกิดความเปราะบางทางสุขภาพ มักมีลักษณะที่แตกต่างจากผู้ป่วยอายุน้อยทั่วไป ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพพึงมีความเข้าใจเอาใจใส่และพึงระลึกถึง คือ

1. ปัญหาสุขภาพทางกาย หรือโรคทางกาย อาจมีอาการแสดงเหมือนกันปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ผู้สูงอายุที่มีอาการติดเชื้อของระบบใดระบบหนึ่ง อาจมาโรงพยาบาลด้วยอาการสับสน (confusion) หรืออุนวาย
2. มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในด้านถดถอย ทั้งนี้เนื่องจากกำลังสำรองของร่างกายลดลง มีความแปรปรวนของสมดุลในร่างกาย ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยร่างกายจะคืนสู่สมดุลกับสุขภาพเดิมได้ช้ากว่าคนวัยหนุ่มสาว
3. การมีหลายโรคหลายปัญหาและการได้รับยามากชนิด ทำให้เกิดความซับซ้อนในการดูแลรักษา
4. สุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นผลรวมจากปัจจัยต่าง ๆ การดำเนินชีวิตที่ผ่านมาในอดีต เช่น ภาวะความเครียด ความลำบากในการดำเนินชีวิต การเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อทั้งสุขภาพกายและจิตใจ การเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่อาจไม่มีอาการหรือไม่แสดงอาการ ทำให้ได้รับการวินิจฉัยรักษาล่าช้า
5. ปัญหาทางด้านจิตใจ อาจแสดงออกโดยปัญหาทางกาย เช่น ผู้สูงอายุซึมเศร้า (Depression) อาจมาด้วยปัญหา นอนไม่หลับ น้ำหนักลด มีอาการทางกายต่าง ๆ
6. ผลของการได้รับยามากชนิด ในกลุ่มผู้สูงอายุ มักมีปัญหาผลข้างเคียงมากกว่า และพบได้บ่อยกว่าวัยหนุ่มสาว

ผลจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมส่งผลกระทบต่อด้านต่าง ๆ ตามมาทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว ทีมสุขภาพ ตลอดจนระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ การสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยสูงอายุเป็นเรื่องที่ทำได้ไม่ง่ายและต้องการความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ
2. การรักษาพยาบาล มีความยากลำบากทั้งนี้เนื่องจากพยาธิสภาพที่อาจจะมีมากกว่าหนึ่งอย่าง ทศนคติที่ไม่ดีต่อความชรา (Ageism) ของบุคลากรสุขภาพและสภาพร่างกายของผู้สูงอายุเองที่ฟื้นตัวช้า
3. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยที่ซับซ้อนหรือเรื้อรังของผู้สูงอายุทำให้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน
4. ภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายจากการอยู่ในโรงพยาบาล (Hazard of hospitalization) เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลัน จากความไม่คุ้นเคยสิ่งแวดล้อมและการเจ็บป่วย อุบัติเหตุในโรงพยาบาล เช่น หกล้ม ตกเตียง กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง เนื่องจากนอนอยู่บนเตียงนาน การติดเชื้อจากโรงพยาบาล เป็นต้น
5. ผลข้างเคียงจากการใช้ยา การได้รับยาหลายชนิด และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายระบบอวัยวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูดซึมยาที่เปลี่ยนไปหรือลดลง ตลอดจนกลไก การขับถ่าย ออกจากร่างกายที่ช้าลงทำให้ผลข้างเคียงมากขึ้น
6. ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย มักมีปัญหาไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแล หรือมีผู้ดูแลใกล้ชิด

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการประสบความสำเร็จในการควบคุมอัตราการเพิ่มประชากร ความทันสมัยด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่นำมาสู่ระบบการรักษายาบาลผู้ป่วยทำให้ยืดชีวิตผู้ป่วยได้ยาวนานขึ้น การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่พบได้บ่อย และมีจำนวนมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ (Etzioni et al., 2003) โดยจะช่วยในการวินิจฉัยและรักษาโรค ซึ่งการผ่าตัดที่พบในผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมของระบบต่าง ๆ ของร่างกายและในส่วนของช่องท้องหรือการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับเพศ เช่น เพศหญิงจะได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมากกว่าเพศชาย (Marilyn et.al., 1995) แต่ทั้งนี้การผ่าตัดเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการตายและอัตราความพิการได้สูงกว่าวัยอื่น ๆ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการผ่าตัดที่ทำให้เกิดมีผลจากโรคเรื้อรัง

(Kohn, 1963) ในวัยสูงอายุจะมีสภาพร่างกายที่มีความเสื่อมลงตามวัย มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้หน้าที่ของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่ช่วยในการกลับคืนสู่สภาพปกติลดลง และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายระบบต่าง ๆ ในผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด (บรรลุ ศิริพานิช, 2543; Ebersole and Hess, 1997 อ้างถึงใน กฤษณกมล วิจิตร, 2547) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดจะลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงเนื่องจากมีจำนวนคอลลาเจนและไขมันเพิ่มขึ้น ลิ้นหัวใจหนาและแข็งขึ้น ประสิทธิภาพในการผลิตและนำกระแสประสาทจาก Sino-Atrial node ลดลง ผนังของหลอดเลือดใหญ่จะหนาตัวและแข็งขึ้น ทำให้ความสามารถในการยืดหยุ่นลดลง ผนังหลอดเลือดแดงเล็กจะหนาขึ้นเช่นเดียวกัน ทำให้การแลกเปลี่ยนสารอาหารและของเสียระหว่างเลือดและเนื้อเยื่อช้าลง ปริมาณเลือดในร่างกายลดลงจากการมีปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีน้อยลง การทำงานของไขข้อกระดูกลดลงทำให้มีปริมาณของเม็ดเลือดแดง ระดับฮีมาโตคริตและ ฮีโมโกลบินต่ำลงเล็กน้อย (Tagliareni and Water, 1995)

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด เมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยหรือได้รับการผ่าตัด มีความเครียดหรือวิตกกังวล ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ปริมาณเลือดที่ออกมาจากหัวใจไม่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย หัวใจจะต้องทำงานหนักขึ้น (Tagliareni and Water, 1995) ผนังหลอดเลือดที่แข็งขึ้น ทำให้ความสามารถในการหดตัวและขยายตัวลดลง ส่งผลให้การไหลของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญไม่เพียงพอ และอัตราการแลกเปลี่ยนสารอาหารและของเสียระหว่างเลือดและเนื้อเยื่อช้าลง ซึ่งในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ Hypoxai, Shock, Arrhythmias, Congestive heart failure เป็นต้น (Stone et.al, 1999)

2. ระบบหายใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ของระบบหายใจลดลง เซลล์กล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อซี่โครงเหี่ยวและเส้นใยกล้ามเนื้อลดน้อยลง ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงลง ความแรงในการหายใจเข้าและออกจึงลดลง ประสิทธิภาพการไหลลดลง ความยืดหยุ่นและความจุของปอดลดลง ถุงลมมีขนาดใหญ่ขึ้นและมีผนังบาง (Ebersole and Hess, 1997) แม้ว่าจำนวนของถุงเก่าเดิม แต่ปริมาณถุงลมที่มีประสิทธิภาพจะลดลง ผนังระหว่างถุงลมและหลอดเลือดหนาขึ้น และมีพื้นที่ผิวในการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด อัตราการไหลของอากาศเข้าออกจากปอดที่ลดลงประกอบกับประสิทธิภาพในการไหลลดลง ทำให้มีอากาศและเสมหะคั่งค้างอยู่ในปอดมากขึ้น อัตราการแลกเปลี่ยนแก๊สที่ถุงลมลดลง ปริมาณน้ำในร่างกายที่ลดลงทำให้เยื่อหุ้มทางเดินหายใจแห้งและมีการติดเชื้อมาได้ การมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวส่งผลให้ปริมาณและการไหลของอากาศเข้าออกจากปอดลดลงและมีเสมหะคั่งค้างอยู่ในปอดได้ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxai) ปอดแฟบ (Atelectasis) และปอดบวมจากการนอนนาน ๆ (Hypostatic pneumonia) ในระยะหลังผ่าตัดได้ง่าย (Stone et.al, 1999)

3. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีรูปทรง (posture) ที่เปลี่ยนไปความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง เนื้อกระดูกลดลง มีการสลายของกระดูกมากกว่าการสร้างกระดูก ทำให้กระดูกพรุนแตกหักง่าย หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมทำให้ส่วนสูงลดลง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เส้นใยกล้ามเนื้อลดลง (Talbot, 1994) ทำให้ความทนทาน และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลงกล้ามเนื้อแขนและขาเล็ก ความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อลดลง กระดูกอ่อนบางลง อาจมีอาการปวดอักเสบหรือข้อติดแข็งได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัดหากนอนอยู่ที่เตียงนาน ๆ ไม่เคลื่อนไหว จะทำให้ขนาดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง อาจมีอาการชาหรือแขนขาอ่อนแรงและความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อลดลง เกิดข้อติดแข็งหรือปวดข้อได้ เนื้อกระดูกลดลง เนื่องจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนและระดับแคลเซียมในเลือดที่ต่ำลง ทำให้กระดูกพรุน เปราะ หรือ แตกหักง่าย จึงควรระมัดระวังในการเคลื่อนย้ายและการจัดท่าผู้ป่วยบนเตียงผ่าตัด นอกจากนี้ในระยะหลังผ่าตัดควรช่วยเหลือในผู้ป่วยสูงอายุได้มีการเคลื่อนไหว และมี Ambulation โดยสอนให้เคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ และระมัดระวัง

4. ระบบผิวหนัง ผิวหนังมีริ้วรอยเหี่ยวย่น ตกกระ และสีระคาย ผิวหนังบางลง ปริมาณน้ำในใต้ผิวหนังลดน้อยลง ทำให้ผิวหนังมีรอยเหี่ยวย่น ต่อมาได้ผิวหนังผลิตไขมันน้อยลง ทำให้ผิวแห้งเป็นขุยเกิดอาการคันได้ เม็ดสีจับตัวเป็นกลุ่มทำให้ตกริ้วทั่วไป รากผมทำงานได้น้อยลงทำให้เส้นผมที่งอกใหม่มีลักษณะบางลง ความสามารถในการผลิตเม็ดสีลดลง เกิดผมหงอก การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงที่ฐานเล็บน้อยทำให้เล็บหนา แข็ง มีสีขุ่น และหักง่าย ต่อมาเหี่ยว มีขนาดและจำนวนลดลง (Tagliareni and Water, 1995)

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด ผิวหนังที่บาง แห้ง สูญเสียความยืดหยุ่น ทำให้ผิวหนังแตกหรือถูกทำลายได้ง่าย เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บและติดเชื้อ ประกอบกับลักษณะของผิวหนังบางและเปราะ ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ง่าย (Stone et.al, 1999) ความสามารถในการรักษาอุณหภูมิของร่างกายลดลง ทนต่ออากาศที่ร้อนได้น้อยและไม่มีอาการเหงื่อออก เมื่ออุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ความสามารถในการรักษาความอบอุ่นลดลงจากการมีไขมันในชั้นใต้ผิวหนังน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุหนาวหรือเกิดอาการหนาวสั่นได้ง่าย ภาวะอุณหภูมิกายต่ำจึงพบได้บ่อย โดยเฉพาะในระหว่างผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด (Matteson, 1997)

5. ระบบทางเดินอาหาร มีการสลายของกระดูกขากรรไกร ทำให้ฟันโยกคลอน ความสามารถในการเคี้ยวลดลง หลอดอาหาร รีเฟล็กซ์การกลืน (Gag reflex) ลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการสำลัก ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเรียบลดลงทำให้การเคลื่อนผ่านของอาหารช้าลง กระเพาะอาหารมีการหลังกรดลดลงทำให้ความสามารถในการดูดซึมธาตุเหล็ก วิตามินบี 12 และโปรตีนลดลง ลำไส้บีบตัวลดลง กล้ามเนื้อหูรูดอ่อนแอ ทำให้ระยะเวลาที่อาหารค้างอยู่ในลำไส้ยาวนานขึ้น

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด การบีบตัวของลำไส้ที่ช้าลงทำให้กากอาหารค้างอยู่ในลำไส้ยาวนานขึ้น ทำให้อุจจาระแข็งขึ้น ท้องผูกง่าย การเคลื่อนของอาหารออกจากกระเพาะอาหารช้าลงร่วมกับมีการหลังกรดลดลงทำให้อาหารไม่ย่อย เกิดภาวะท้องอืดได้ง่าย ในระยะหลังการผ่าตัดผู้ป่วยสูงอายุได้รับผลกระทบกับระบบทางเดินอาหารจากการได้รับยาระงับความรู้สึกและยาระงับอาการปวดโดยตรง (Jackson, 1995)

6. ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ผลของไตที่มีจำนวนของไตลดลง ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านไตลดลงจากการมีปริมาณเลือดไหลออกจากหัวใจต่อ 1 นาทีลดลง ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง ความสามารถในการดูดกลับของน้ำก็ลดลง ความจุความสามารถในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลงในผู้ชายจะมีปัสสาวะบ่อยขึ้น หากมีต่อมลูกหมากโต ในผู้หญิงอาจถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้นจากการมีกล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บหย่อนยาน (Sokoloff et al., 2001) ด้านอวัยวะสืบพันธุ์ในเพศชายลูกอัณฑะจะมีขนาดเล็กลง การผลิตฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนลดลง ต่อมลูกหมากโตขึ้น ในเพศหญิงการหลังฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง ผังช่องคลอดบาง มีการยืดหยุ่นน้อยลง และความสามารถในการผลิตสารคัดหลั่งน้อยลง

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด ความพร้อมในการทำหน้าที่ส่วนใหญ่เกิดจากความจุของกระเพาะปัสสาวะและความสามารถในการบีบรัดตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง

ทำให้ปัสสาวะบ่อย มีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ เกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบได้ง่าย ในเพศหญิงกล้ามเนื้อบีบหย่อนยาน ส่งผลให้กล้ามเนื้อหูรูดภายนอกท่อปัสสาวะอ่อนแรง ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ในเพศชายที่ต่อมลูกหมากโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบาก กระปิบกะปรอย การผ่าตัดการใช้ยาระงับความรู้สึก จะไปลดการทำงานของเลือดที่เลี้ยงไต ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง ผู้ป่วยจึงมีโอกาเสี่ยงต่อภาวะเสียสมดุลของของน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย (Jackson, 1995)

7. ระบบประสาท เซลล์ประสาทในสมองและไขสันหลังลดลง ความสามารถในการสร้างสื่อประสาทลดลง เนื้อสมองเหี่ยวทำให้ขนาดสมองมีขนาดเล็กลง ประสิทธิภาพของการรับรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของสมองลดลงทำให้การทรงตัวไม่ดี เดินเซ ระยะเวลาในการนอนหลับลดลงเป็นลำดับเมื่ออายุมากขึ้น วงจรการนอนหลับเปลี่ยนแปลงโดยมีระยะ 1 และ 2 ยาวขึ้น ในขณะที่ระยะ 3 และ 4 สั้นลง ทำให้ช่วงการนอนหลับลึกสั้นลงและตื่นได้ง่าย (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด การที่ขนาดของสมองเล็กลง เซลล์ประสาทและสารสื่อประสาทลดลง ความเร็วในการนำกระแสประสาทลดลงทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวช้า การสูญเสียความสามารถในการทรงตัวทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอาจส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน หรือเพ้อในระยะเวลาหลังผ่าตัดได้ (Rothrock, 1996)

8. อวัยวะรับความรู้สึก เลนส์ตาแข็งขึ้นจนเป็นสีเหลือง รูม่านตามีขนาดเล็กลงและมีปฏิกิริยาต่อแสงน้อย เม็ดสีในม่านตาเล็กลง ต่อมาน้ำตาผลิตน้ำตาได้น้อยลง เซลล์ประสาทในเส้นประสาทคูที่ 8 ลดลงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในอวัยวะที่รับการได้ยิน (Organ of Corti) ส่งผลให้ความสามารถในการได้ยินเสียงที่มีความถี่สูงลดลง ความสามารถในการรับรสความขม เค็ม และเปรี้ยวลดลง ความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกเจ็บลดลง และอาจไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวดของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ไม่มีอาการชีพจรเต้นเร็ว หรือความดันโลหิตสูง

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด ความสามารถในการมองเห็นในระยะใกล้ลดลงและการรับรู้เกี่ยวกับระยะทางผิดไป ความสามารถในการมองเห็นในตอนกลางคืนหรือในที่มืดลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มโดยเฉพาะยามอยู่ในที่ไม่คุ้นเคย นอกจากนี้อาการปวดในระยะเวลาหลังผ่าตัด อาจไม่สามารถวินิจฉัยถึงสาเหตุของความปวดได้ชัดเจน เนื่องจากปฏิกิริยา

การตอบสนองของอายุถูกบดบัง ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการประเมินอาการปวดของผู้สูงอายุในระยะหลังการผ่าตัด (Tagliareni and Water, 1995)

9. ระบบภูมิคุ้มกัน ปฏิกริยาตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันต่อความเครียดการติดเชื้อจะช้าหรือลดลง ปฏิกริยาตอบสนองต่อการอักเสบเปลี่ยนแปลงไป ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือดเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้การสูงอายุทำให้มีการผลิตสารต่อต้านการจำเนื้อเยื่อตนเอง (Antibodies) สูงขึ้น ทำให้มีการพ้องของระบบภูมิคุ้มกัน (Autoimmune disease)

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด เมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการผ่าตัด การที่เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ มีการอักเสบหรือติดเชื้อ อาจมีการตอบสนองต่อปฏิกริยาเหล่านี้ได้ช้าหรือไม่มีอาการแสดง เช่น อาจจะไม่ไข้หรือมีไข้ต่ำ ๆ ไม่แสดงอาการปวดหรืออาจมีเล็กน้อย ซึ่งบางครั้งยากต่อการประเมิน จึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อมากกว่าวัยหนุ่มสาว ภาวะการติดเชื้อที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ และแผลผ่าตัด เป็นต้น

2. โรคข้อเข่าเสื่อมและการรักษา

ความหมายของโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นโรคข้อเรื้อรังที่มีความผิดปกติที่เกิดจากการผิดรูปของข้อหรือมีความผิดปกติที่ผิวข้อ ความผิดปกติดังกล่าวอาจพบว่าการอักเสบร่วมด้วยแต่ลักษณะไม่เด่นชัดจึงจัดได้ว่าเป็นข้อเรื้อรังที่มีอยู่ กลุ่ม Non – inflammatory joint disease (อุทิศ ดีสมโชค, 2534 อ้างถึงใน สมทรง ธรรมรักษา และพิบูล กมลสุรชาติ, 2541) ในนิยามของโรคข้อเข่าเสื่อมมีชื่อเรียกสอดคล้องกันหลายชื่อ ได้แก่

Arthrosis deformans ใ้บ่งถึงข้อเสื่อมที่มีการผิดรูป ยังพบว่ามีชื่อนี้ใช้กันบ้างในยุโรป

Osteoarthritis เป็นคำที่ใช้ผิด ซึ่งในความหมายเดิมเป็นการอักเสบของกระดูกและข้อ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าบางระยะของข้อเสื่อมมีการอักเสบภายในข้อร่วมด้วย ดังนั้นชื่อนี้จึงยังเป็นที่ใช้กว้างขวางในปัจจุบัน

Degenerative joint disease ใช้ในความหมายที่คลุมถึง Osteoarthritis และการเสื่อมข้อกระดูกสันหลัง

ชนิดของโรคข้อเสื่อม

1. โรคข้อเสื่อมปฐมภูมิ (Primary Osteoarthritis) สาเหตุการเกิดยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน แต่พบว่าเป็นโรคที่มากับชราภาพของบุคคล
2. โรคข้อเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary Osteoarthritis) สาเหตุของข้อเสื่อมชนิดนี้จะมีปัจจัย เช่น ข้อได้รับอุบัติเหตุ มีการตายของกระดูกข้อ เกิดการติดเชื้อมาในข้อและมีความผิดปกติแต่กำเนิด

ปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

1. อายุ การเสื่อมของข้อจะพบมากเมื่อคนเรามีอายุมากขึ้น ในผู้ที่มีอายุ 50 ปี 10 คน จะพบว่ามีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 1 คน และเมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไปใน 10 คน จะพบผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อมได้ถึง 2 คน และจากภาพถ่ายเอกซเรย์ จะพบการเปลี่ยนแปลงของข้อเมื่ออายุ 20-40 ปี ร้อยละ 30 และเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี จะพบการเปลี่ยนแปลงของข้อได้ถึงร้อยละ 80 (ธัญญ์ สุภัทรพันธุ์, 2538 อ้างถึงใน สมทรง ธรรมรักษา และพิบูล กมลสุรชาติ, 2541)
2. เพศ ในวัยสูงอายุ พบว่าอัตราการเกิดในผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชาย 4 เท่า และมีอาการรุนแรงได้มากกว่าผู้ชาย (ยงยุทธ วัชรดุลย์, 2526)
3. น้ำหนัก จากการศึกษาทางระบบระบาดวิทยาพบว่าความอ้วนและน้ำหนักตัวของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับโรคข้อเข่าเสื่อม โดยคนอ้วนหรือคนมีน้ำหนักมากกว่าปกติจะมีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่าคนมีน้ำหนักมาตรฐาน 20 เท่า (ธัญญ์ สุภัทรพันธุ์, 2538 อ้างถึงใน สมทรง ธรรมรักษา และพิบูล กมลสุรชาติ, 2541)
4. เชื้อชาติ โรคข้อเข่าเสื่อมจะมีความแตกต่างตามเชื้อชาติ เช่น ในประเทศไทยและแถบเอเชียจะพบโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าแถบยุโรปและคนผิวดำในแอฟริกาใต้ คนอินเดีย ตะวันออกและคนจีนทางตอนใต้จะพบโรคข้อเข่าเสืมน้อยกว่าคนผิวขาวในยุโรปและอเมริกา
5. พันธุกรรม โรคข้อเข่าเสื่อมเป็น Single autosomal gene และพบมาเป็น Dominant ในเพศหญิงมักจะเป็นการเสื่อมของข้อหลาย ๆ ข้อและผู้ที่มียีนที่ผิดปกติหนึ่งเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติพี่น้องเป็นโรคดังกล่าว
6. อาชีพและการเล่นกีฬา พบว่า การประกอบอาชีพหรือเล่นกีฬาที่ต้องการเคลื่อนไหวข้อมากจะส่งเสริมการเกิดข้อเข่าเสื่อมได้มาก เช่น เต้นบัลเล่ย์ แอโรบิค หรือประกอบอาชีพหนัก เช่น ช่างเจาะถนนที่ใช้ข้อบ่อย ๆ
7. สิ่งแวดล้อม ภูมิอากาศแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งพบว่าประเทศแถบขั้วโลกเหนือที่มีอากาศเย็น เช่น อลาสก้า เอสกิโม และฟินแลนด์ จะพบ

อุบัติการณ์เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมน้อย แต่ความรุนแรงจากความเจ็บปวดจะมีมากกว่าประเทศแถบอบอุ่น

พยาธิสภาพและการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่สำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อม (สุรศักดิ์ นิลภานวงศ์, 2547) พบว่า เกิดจากการเปลี่ยนแปลงร่วมกันทั้งทางชีวเคมีและทางชีวกลพยาธิสภาพ ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นกับกระดูกอ่อนผิวข้อก่อนและส่วนอื่น ๆ ตามมา เช่น กระดูกใต้ผิวข้อ เยื่อข้อ เยื่อหุ้มข้อ เป็นต้น พยาธิสภาพจะเริ่มจากผิวกระดูกอ่อนมีการเสื่อมสภาพโดยเฉพาะในวัยสูงอายุจะพบว่ามีจำนวนพื้นผิวของกระดูกอ่อน ตัวเซลล์ของกระดูกอ่อน และสารประกอบคอลลาเจนชนิดที่ 2 มีปริมาณลดลงในขณะที่มีการสร้างเคลลาตินเพิ่มขึ้น ทำให้ผิวกระดูกอ่อนขาดความยืดหยุ่นและเปราะแตกหักง่าย เมื่อเซลล์กระดูกอ่อนได้รับแรงกระทำจะเกิดการบาดเจ็บและมีการสร้างปัจจัยทางชีวเคมี เช่น เอ็นไซม์โปรติโอไลติก เอ็นไซม์คอลลาจิโนไลติก และพรอสตาแกลนดินออกมาทำลายเนื้อพื้นผิวของกระดูกอ่อน ทำให้เกิดการแตกร้าวในชั้นผิวก่อนต่อมารอยร้าวจะแผ่ลึกถึงชั้นกระดูกใต้ผิวข้อ และมีการหลุดออกของผิวกระดูกอ่อนออกเป็นชิ้น ๆ ซึ่งจะไม่สามารถซ่อมแซมได้ ทำให้กระดูกหนาขึ้น จนมีลักษณะเหมือนงาช้าง ผิวกระดูกที่บางจะแตกเป็นโพรงและมีน้ำไขข้อเข้าไปขังอยู่เกิดเป็นถุงน้ำและจากการพยายามที่จะซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายจะมีการสร้างกระดูกใกล้เคียงข้อจะเห็นเป็นติ่งกระดูกงอกในข้อ ในการเปลี่ยนแปลงจะพบว่า มีเศษกระดูกหลุดค้างอยู่ในข้อ ทำให้ช่องว่างระหว่างข้อแคบลงมีการเคลื่อนไหวข้อเข่าลำบาก เกิดเสียงดังภายในข้อจากการเสียดสีกันของผิวข้อที่ขรุขระและเกิดอาการปวดข้อเนื่องจากมีการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกบริเวณเยื่อหุ้มข้อปลายนกระดูก นอกจากนี้เศษกระดูกค้างอยู่ในข้อจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดขบวนการอักเสบของเยื่อข้อ ทำให้มีการสร้างน้ำไขข้อเพิ่มขึ้น ทำให้ข้อบวมและปวดเวลาขยับข้อ เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุลดหรือหยุดการใช้หากหยุดเป็นเวลานาน จะมีการเชื่อมติดกันระหว่างขอบกระดูก ทำให้เกิดเยื่อพังผืดและการหนาตัวของเยื่อข้อ เกิดการหดรั้งทำให้ข้อผิดรูปเกิดความพิการได้ ดังนั้นจะพยาธิสภาพดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ เกิดขึ้น (สมทรง ธรรมรักษา และพิบูล กมลสุรชาติ, 2541) คือ

1. อาการข้อฝืด มักพบได้ในตอนเช้าและหลังการใช้ข้อนาน ๆ ช่วงเวลาของการเกิดอาการจะสั้นประมาณ 3 – 4 นาที และไม่เกิน 15 นาที เมื่อข้อได้พักอาการจะดีขึ้น

2. อาการปวด เป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะเวลาของการปวดจะได้ยินเสียงดังในข้อเวลาขยับ (Crepitus) เนื่องจากการลอกหลุดของกระดูกอ่อนผิวข้อ ทำให้ผิวข้อมีรอยขรุขระไม่เรียบ อาการปวดข้อเชื่อว่าสาเหตุมาจาก

2.1 ความเสื่อมทำให้มีการผิดปกติของรูปร่างของข้อ เช่น ขาโก่งออกเวลาขึ้นจะทำให้แนวของน้ำหนักตัวตกในแนวด้านในกว่าคนปกติ ทำให้เกิดแรงกดต่อผิวข้อมาก

2.2 ในภาวะข้อเสื่อมจะพบว่ามีความดันในโพรงกระดูกได้ผิวข้อ ทำให้มีการอักเสบของเยื่อข้อขึ้น

3. อาการบวมอาการเกิดจากเยื่อข้ออักเสบหรือกระดูกมีการสร้าง Osteophyte เพิ่มขึ้น มักจะเกิดในระยะหลัง

4. มีการเคลื่อนไหวของข้อลดลง ซึ่งพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ คือ ความปวดและรวมถึงมีการหนาตัวของเยื่อข้อที่หนาขึ้น

5. ความพิการ เป็นระยะสุดท้ายซึ่งเกิดจากมีกระดูกอ่อน กระดูกหรือเยื่อหุ้มข้อถูกทำลายไปมากทำให้ข้อเกิดการหลวมคลอน และเกิดความพิการชนิดขาโก่ง (Genu varus) ซึ่งพบว่ามีมากกว่าขาฉิง (Genu valgus)

การรักษาพยาบาลโรคข้อเข่าเสื่อม

พบว่ามีการใช้หลายวิธีร่วมกันจุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการเจ็บปวดพยายามทำให้พยาธิสภาพกระดูกอ่อนดีขึ้น ข้อสามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ และเพื่อแก้ไขความพิการ (อุทิศ ดีสมโชค, 2534; สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, 2547; สมทรง ธรรมรักษา และพิกุล กมลสุรชาติ, 2541) ประกอบด้วย

1. วิธีการประคับประคอง โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เมื่อผู้ป่วยมาด้วยอาการแสดงของโรคในระยะแรก ที่มีน้ำหนักเกิน แนะนำการลดน้ำหนักและจำกัดอาหารที่ทำให้อ้วนออกกำลังกายพอเหมาะ หลีกเลี่ยงอิริยาบถที่ส่งเสริมการเสื่อมของข้อ เช่น การนั่งพับเพียบ นั่งยอง ๆ หรือนั่งสมาธิ และหลีกเลี่ยงการใช้ข้อเป็นระยะนาน ๆ

2. การลดน้ำหนักตัวด้วยอาหาร คือ การลดปริมาณของอาหารลงแต่อาหารยัง มีความครบถ้วนของสารอาหารที่ร่างกายต้องการ และในขณะเดียวกันต้องสร้างนิสัย การบริโภคให้ดีขึ้น

3. ยา ได้ผลดีในการลดความเจ็บปวดและการอักเสบ แต่เป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ NSAID ซึ่งเป็นยาระงับการอักเสบ จะทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร รบกวนการทำงานของไต ในขณะที่วัยสูงอายุขนาดของไตจะเล็กลงระบบไหลเวียนเลือดสู่ไตและการทำหน้าที่ลดลง ประกอบกับผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอยู่ตามความเสื่อมของวัย เช่น ความดันโลหิตสูง

โรคหัวใจ โรคตับอักเสบ เป็นต้น การให้ยารักษาจึงเป็นสิ่งที่ต้องระวังและติดตามผล เพราะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย

4. กายภาพบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการรักษาที่สำคัญในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการรักษาทางยา มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการและเพิ่มพูนสมรรถภาพการทำงานของข้อ โดยการให้ความร้อน ความเย็น จะช่วยลดอาการปวดข้อและข้อฝืด แม้จะได้ผลดีในการบรรเทาปวด โดยยับยั้งการนำสัญญาณความเจ็บปวด แต่วิธีการนี้อาจเกิดอันตรายได้ เนื่องจากผู้สูงอายุมีประสาทรับรู้สัมผัสสัมผัสเกี่ยวกับอุณหภูมิและความเจ็บปวดลดลง การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าและการบริหารกล้ามเนื้อคอทไตรเซปส์ (Quadriceps) ซึ่งพบว่าสามารถลดความปวดกล้ามเนื้อ แข็งแรงขึ้นและไม่เกิดความพิการจากข้อหลวมคลอน (จารุณี นันทโนยาน, 2539)

5. การรักษาแบบทางเลือก เช่น การฝังเข็ม การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การกดจุดและการนวด เป็นต้น เป็นการรักษาเพื่อช่วยลดหรือบรรเทาปวดที่เป็นทางเลือกนอกเหนือจากวิธีอื่น ๆ แต่พบว่าไม่มีประสิทธิผลเต็มที่ ซึ่งบางครั้งจึงต้องผสมผสานกับการรักษาทางยา การนวดเป็นวิธีการหนึ่งของการรักษาทางเลือกที่นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยผสมผสานกับการรักษาของแพทย์ในปัจจุบัน

6. การผ่าตัด จะกระทำเมื่อรักษาวิธีอื่นไม่ได้ผลและผู้ป่วยมีอาการปวดการผ่าตัดรักษาประกอบด้วย การล้างข้อเพื่อเอาเศษต่าง ๆ ที่อยู่ในข้อเข่าออก ซึ่งจะลดอาการปวดได้ชั่วคราว การผ่าตัดเปลี่ยนจุดรับน้ำหนักเป็นการแก้ไขแนวแรงไปยังจุดที่ผิวข้อยังดีและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเมื่อไม่สามารถจะรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ

ผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพที่กระดูกอ่อน ซึ่งบุปลายกระดูกข้อการเกิดพยาธิสภาพที่บริเวณนี้ทำให้กลับหายเป็นปกติไม่ได้แต่สามารถจะช่วยให้อาการดีขึ้นได้ถ้าสามารถปฏิบัติตัวและรักษาได้ถูกต้อง (อุทิศ ศิสมโชค, 2534) ดังนั้นโรคข้อเข่าเสื่อมจึงเป็นโรคเรื้อรังที่อยู่กับผู้สูงอายุ แม้ว่าโรคนี้จะไม่เกิดอันตรายถึงกับทำให้เสียชีวิต แต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (สมทรง ธรรมรักษา และพิกุล กมลสุรชาติ, 2541) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ความปวดและความพิการเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นผู้ป่วยจะลดกิจกรรมของตนเอง ซึ่งผลในระยะต่อมาจะทำให้เกิดการติดแข็งของข้อ กล้ามเนื้อลีบและเกิดความพิการไม่สามารถ จะคง

การทำหน้าที่ของร่างกายในการเคลื่อนไหวหรือกระทำการกิจวัตรประจำวันได้ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมไม่สามารถปฏิบัติภารกิจในฐานะแม่บ้านได้และยิ่งไปกว่านั้นในภาวะของโรคเมื่อรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้ไม่สามารถพักผ่อนได้เต็มที่ นอกจากนี้การรักษาที่ซับซ้อน ซึ่งประกอบด้วยแบบแผนในการรักษาหลายลักษณะโดยเฉพาะการรักษาด้วย NSAID เป็นปัญหาต่อผู้สูงอายุในเรื่องผลข้างเคียงของยา

2. ผลกระทบด้านจิตใจ การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง นอกจากนี้ การมีชีวิตร่วมกับความไม่แน่นอนในอาการของโรค การถูกจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวส่งผลให้เกิดความเครียดและสูญเสียพลังอำนาจ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ ซึ่งการสูญเสียพลังอำนาจจะทำลายความเป็นตัวของตัวเอง สมรรถนะความสามารถในการตัดสินใจและความพยายามควบคุมความเจ็บปวด (ประคอง อินทรสมบัติ, 2537 อ้างถึงใน สมทรง ธรรมรักษา และพิกุล กมลสุรชาติ, 2541) ยิ่งกว่านั้นในวัยสูงอายุมีแนวโน้มในการเกิดปัญหาทางจิตสังคมอยู่แล้ว เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียคู่สมรส การเกษียณอายุและขบวนการเสื่อมสภาพตามวัย เมื่อเกิดปัญหาด้านสุขภาพอนามัยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น อาจแสดงปฏิกิริยาต่อความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นด้วยความโกรธ ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ซึมเศร้า เกิดปฏิกิริยาถดถอยและพึ่งพา ขาดกำลังใจและความหวัง ทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาได้น้อยลงและโรคกำเริบได้

3. ผลกระทบด้านสังคม ความเรื้อรังและความทุกข์ทรมานจากความปวดและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม โดยสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นภาระทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ ในขณะที่เดียวกันความเรื้อรังของโรคซึ่งจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้าในชีวิต ทำให้มองตนเองด้วยคุณค่า ด้อยสมรรถภาพ ยิ่งอาการของโรคกำเริบมากส่งผลให้เกิดความพิการหรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหวมากเท่าใด ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแตกต่างจากบุคคลอื่น ต้องแยกจากสังคมอยู่แต่ในบ้าน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจตนเองและสุขภาพ ทำให้ร่างกายทรุดโทรมและเกิดการเจ็บป่วยมากขึ้น

ผู้สูงอายุกับโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อมจะทำให้มีอาการปวดข้อ ซึ่งอาการปวดที่เกิดขึ้นเมื่อไม่ได้รับการแก้ไขจะทวีความรุนแรงและปวดเพิ่มมากขึ้นแม้จะมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ขณะพักหรือขณะนอนหลับตอนกลางคืน ทำให้รบกวนการนอนหลับต้องตื่นขึ้นมา ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยตามมาได้ (สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) อาการปวดข้อทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการใส่เข้าและพักการใช้งานเป็นเวลานาน มีผลทำให้เกิดข้อติด กล้ามเนื้อต้นขาลีบและอ่อนแรง ผู้สูงอายุเหยียดและงอข้อเข่าได้ไม่เต็มที่ เกิดการตึงรั้งของเยื่อหุ้มข้อและเอ็นยึดข้อ ร่วมกับผิวข้อมีการสึกหรอไม่เท่ากัน ทำให้มีการผิดรูปของข้อ ทำให้ผู้สูงอายุจำกัดการเคลื่อนไหว มีความผิดปกติของท่าเดิน เสียสมดุลการทรงตัวและขาดความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว เมื่อการดำเนินของโรคเป็นเวลานานจะทำให้ข้อเข่ามีรูปร่างผิดปกติ เกิดเสียงดังภายในข้อเวลาเคลื่อนไหว อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อจิตใจร่วมกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างลดลงหรือทำไม่ได้ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและสังคมลดลง (สุภาพ อารีเอื้อ, 2543)

นอกจากนี้ความเจ็บป่วยเรื้อรังและความเจ็บปวด จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะควบคุมอาการของโรคและความรุนแรงมากขึ้น ทำให้สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมเป็นภาระทั้งต่อผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า มีหลายวิธีร่วมกัน ประกอบด้วย การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนักตัวที่เหมาะสม การใช้ข้ออย่างทะนุถนอม การดูแลตนเอง การทำกายภาพและฟื้นฟูสภาพของข้อ และการให้ยาลด อาการเจ็บปวดและการอักเสบ (สุรศักดิ์ นิลภานวงศ์, 2547)

ในบางรายที่มีการดำเนินของโรครุนแรงเพิ่มขึ้น มีการทำลายข้อไปมากจะต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (จันทนา ทองขึ้น, 2545) ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัด ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูง ดังนั้นก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดผู้สูงอายุและครอบครัว จะตัดสินใจโดยส่วนการค้ำค่าในการรักษามาเกี่ยวข้อง (กิริติ เจริญชลวานิช, 2547) อีกทั้งพบว่า ผู้ป่วยจะตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดช้า และดำเนินชีวิตอยู่กับอาการเจ็บป่วยเรื้อรังของโรค โดยผู้ป่วยจะให้ ข้อมูลว่าบุคคลที่คุ้นเคยหรือรู้จัก เมื่อเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแล้ว ไม่สามารถจะเดินหรือใช้งานข้อเข่าได้ปกติ (สุภาพ อารีเอื้อ, 2543) และจากการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุชาวแอฟริกาใต้อเมริกาใต้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่ยอมรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Figaro, Russo, and Allergrante, 2005) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 52 ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีความคิดด้านลบ โดยเชื่อว่าการผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพอย่างที่พวกเขาจะยอมรับและเป็นวิธีการสุดท้ายที่จะรักษาและในระยะ

ก่อนผ่าตัด ผู้สูงอายุจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความกลัวที่เกิดจากการไม่รู้ว่าตนเองจะมีสภาพอย่างไรเมื่อได้รับการผ่าตัด กลัวความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด กลัวการได้รับยาระงับความรู้สึก กังวลต่อปัญหาทางเศรษฐกิจ และกลัวความตาย (Neugent, 1981) และจากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ความต้องการการดูแลและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดของประณิต สงวัฒนาและคณะ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ต่อการผ่าตัดว่า ช่วยให้อาการปวดทรมานจากอาการที่เป็นอยู่ นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุบางรายที่คิดว่าแนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับอาการการตัดสินใจของแพทย์ และแพทย์ ที่ทำผ่าตัดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อความสำเร็จในการผ่าตัด (Figaro et. al, 2005) อีกทั้งภาวะสุขภาพทั่วไป ทัศนคติในทางบวก น้ำหนัก และการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีผลต่อประสิทธิภาพของการผ่าตัด

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (TKR) คือ การผ่าตัดเอาบริเวณผิวกระดูกที่เสียของปลายกระดูกฟีมอร์ ผิวของกระดูกทibia และสะบ้าแล้วใส่ข้อเข่าเทียมที่ออกแบบเฉพาะเข้าไปทดแทน (กิริติ เจริญชลวานิช, 2548)

ประวัติวิวัฒนาการการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

การพยายามรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการผ่าตัดได้เริ่มมาตั้งแต่ ค.ศ. 1860 โดยเริ่มผ่าตัดเอาส่วนที่เป็นพยาธิสภาพออกให้มีช่องว่างมากขึ้น แต่ไม่สามารถบรรเทาอาการเจ็บลงได้ จึงเริ่มพัฒนาโดยการใส่วัสดุเข้าไปทดแทน ในยุคนั้นใช้ fascia lata หรือกระเพาะอาหารหมู ซึ่งยังไม่สามารถบรรเทาอาการปวดให้ได้ผลดี ยุคใหม่ของการวิวัฒนาการข้อเข่าเทียม (Knee prosthesis) เริ่มตั้งแต่ ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา (กิริติ เจริญชลวานิช, 2548)

ยุคทศวรรษ 1970 เป็นยุคของการทดลองติดตามและปรับปรุงเป็นทศวรรษของการเริ่มใช้โลหะมาใส่ที่ผิวของ femoral condyle และ tibial plateau ทำเป็นรูปร่างงอ 2 ข้างคล้ายกับเกวียนหรือใช้แบบแกนบนและล่างเชื่อมกันแบบบานพับประตู แต่ผลการรักษายังพบอัตราของการหลวม แตกหักและติดเชื้อสูงมาก ทำให้การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ถูกชะลอ การพัฒนาไปช่วงหนึ่ง

ยุคทศวรรษ 1980 เป็นยุคที่ข้อเข่าเทียมถูกออกแบบให้มีสมรรถภาพสูงมากขึ้น เทคนิคการผ่าตัดและอุปกรณ์ช่วยผ่าตัดพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้การผ่าตัดได้ผลดี และมีความเที่ยงตรงแม่นยำ รูปร่างของข้อเข่าเทียมมีการออกแบบให้ชิดเขยกระดูก condyle ของส่วนฟีมอร์ (femur) และทibia (tibia) ทั้งหมด (total condylar knee prosthesis) แต่ยังมีข้อผิดพลาด

เกิดจากความเข้าใจกลไกการทำงานของข้อเข่าเทียมที่ไม่ถูกต้อง เช่น การเลือกใช้พลาสติกชนิดพิเศษ รองระหว่างโลหะ (polyethylene) ของส่วนพีเมอร์ และที่เปื่อยที่บางเกินไป การไม่เลือกใช้ bone cement เพื่อยึดข้อเข่าเทียมกับกระดูกทำให้การใช้งานยังไม่ยืนยาวเท่าที่ควร

ยุคทศวรรษ 1990 เป็นยุคของการประเมินคุณค่าของข้อเข่าเทียมและปรับปรุงให้อายุการใช้งานสูงมากขึ้น มีการนิยมใช้ bone cement เป็นสารยึดข้อเข่าเทียมกับกระดูก อย่างแพร่หลาย มีการเพิ่มความหนาของ polyethylene ของข้อเข่าเทียมให้มากขึ้น ทำให้สมรรถภาพและอายุการใช้งานนานมากกว่า 20 ปี ได้มากกว่าร้อยละ 90 และยังเป็นยุคของการมีโอกาพัฒนา เพื่อลดค่าใช้จ่ายวัสดุข้อเข่าเทียมและพัฒนาการออกแบบของข้อเข่าเทียมให้เหมาะกับผู้ป่วยที่อายุน้อย และจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ชนิดของข้อเข่าเทียม (Knee prosthesis)

ซึ่งสามารถแบ่งชนิดของข้อเข่าเทียมได้หลายชนิด (กิริติ เจริญชลวานิช, 2548) ดังนี้

1. การแบ่งชนิดตามความมั่นคงของรูปแบบข้อเข่าเทียม

1.1 Total constrained knee prosthesis เป็นชนิดที่มีความมั่นคงของข้อเข่าเทียมมากภายในข้อเทียมเอง ไม่ต้องอาศัยความแข็งแรงของ collateral ligament หรือ cruciate ligament เพื่อให้ข้อเข่าทำงานได้ตามปกติเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีการสูญเสีย ความแข็งแรงของ collateral ligament ไปแล้ว

1.2 Semi constrained knee prosthesis เป็นข้อเข่าเทียมที่ออกแบบให้มีความมั่นคงของข้อเข่าเทียมดีพอสมควรแต่จำเป็นต้องประกอบอาศัยความมั่นคงของ collateral ligament หรือ cruciate ligament มาเสริมเพื่อให้ข้อเข่าทำงานได้ตามปกติ เป็นแบบที่นิยมใช้กันมากที่สุด

1.3 Non constrained knee prosthesis เป็นข้อเข่าเทียมที่จำเป็นต้องอาศัยความแข็งแรงมั่นคงของ collateral ligament และ cruciate ligament เพื่อให้ข้อเข่าทำงานได้ ปัจจุบันมีที่นิยมใช้น้อย เนื่องจากเทคนิคการผ่าตัดยากและให้ผลระยะยาวไม่ดีเท่ากับในสองชนิดแรก

2. แบ่งชนิดตามลักษณะรูปร่างของข้อเข่าเทียม

2.1 Hinged prosthesis เป็นข้อเข่าเทียมรูปร่างลักษณะเป็นเหมือนบานพับมีส่วนของ femoral component ยึดแน่นกับ tibial component ด้วยเดือยพิเศษ มีความมั่นคงของข้อเข่าเทียมในตนเองมาก นิยมใช้ในกรณีข้อเข่ามีการสูญเสียกระดูกมากหรือ revision TKA แต่ในระยะยาวมีผลทำให้เกิดการหลวมของข้อเข่าเทียมกับกระดูกได้มากและมักพบอัตราการติดเชื้อสูงกว่าในชนิดอื่น ๆ

2.2 Total condylar prosthesis เป็นข้อเข่าเทียมที่ออกแบบเพื่อทดแทนส่วน condyle ของกระดูกพีเมอร์และกระดูกทึบ เป็นแบบที่นิยมใช้มากที่สุดเนื่องจากมีหน้าที่และสมรรถภาพอายุการใช้งานดีที่สุดในปัจจุบัน

3. แบ่งชนิดตามลักษณะการยึดติดระหว่างข้อเทียมกับกระดูก

3.1 Cemented knee prosthesis เป็นข้อเข่าเทียมที่ยึดแน่นติดกับกระดูกด้วยสารคล้ายกาวเรียกว่า ซีเมนต์ (Bone cement) เป็นสารประกอบจำพวก polymer หรือ polymethymethracrylate (PMMA) เมื่อแรกทำปฏิกิริยาจะมีลักษณะเหลวและเปลี่ยนรูปร่างได้

3.2 Cementless knee prosthesis เป็นข้อเทียมที่ออกแบบให้ผิวกระดูกเจริญออกไปยึดกับผิวข้อเทียมด้านในที่ขรุขระ เมื่อกระดูกงอกเข้าไปเต็มที่จะทำให้ข้อเทียมยึดกระดูกโดยตรง แต่ข้อเทียมนี้ต้องมีการออกแบบเป็นชนิดพิเศษ การผ่าตัดต้องแม่นยำและต้องมีความมั่นคงภายหลังผ่าตัดพอสมควร เพื่อให้กระดูกสามารถเจริญงอกเข้าไปได้ การเดินลงน้ำหนักผ่านข้อเข่าควรใช้เครื่องพยุงช่วยในช่วง 6 สัปดาห์แรก เพื่อให้มีการยึดเกาะของกระดูกที่แข็งแรงพอ

4. แบ่งชนิดตามการเคลื่อนไหวของ polyethylene กับ femoral component

4.1 Fixed bearing ผิวสัมผัสของข้อเทียมที่เป็น polyethylene มีการยึดแน่นกับกระดูกทึบ โดยไม่มีการขยับ เป็นข้อเข่าเทียมที่นิยมใช้กันมากที่สุดและให้ผลระยะยาวที่ดีที่สุด

4.2 Mobile bearing ผิวสัมผัสของข้อเทียมที่เป็น polyethylene มีการขยับหมุนได้ กระดูกทึบข้อเทียมนี้ให้การขยับหมุนได้ใกล้เคียงกับข้อปกติมากที่สุด เริ่มมีความนิยม ในการใช้มากขึ้น แต่จำเป็นต้องรอผลการรักษาระยะยาว

5. แบ่งชนิดตามการคงอยู่ของ posterior cruciate ligament (PCL)

5.1 PCL retaining มีการเก็บรักษา PCL ไว้เพื่อทำหน้าที่ช่วยการงอเหยียดข้อเข่า โดยเฉพาะการขึ้นลงบันได

5.2 PCL substitution เป็นข้อเทียมที่ตัดเอาส่วน PCL ออกแต่ทดแทนด้วยการสร้างเดือยของ polyethylene ให้สูงมากขึ้น การผ่าตัดสามารถจัดสมดุลของเนื้อเยื่อรอบข้อเข่าได้ง่ายและดีกว่ากลุ่มของ PCL retaining แต่ทั้งสองกลุ่มยังไม่มี ความแตกต่างในด้านหน้าที่การใช้งานและอายุการใช้งาน

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

กิริติ เจริญชลวานิช (2548) ได้สรุปไว้ดังนี้

1. เพื่อลดอาการเจ็บปวดในผู้ป่วยที่มีการอักเสบหรือเสื่อมที่รุนแรง
2. ภาพรังสีของเข่าจำเป็นต้องแสดงความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยวิธีอนุรักษ์อย่างครบถ้วนแล้วไม่ได้ผล เช่น การลดน้ำหนัก การออกกำลังกายบริเวณกล้ามเนื้อต้นขา และการรักษาด้วยยาต้านการอักเสบ เป็นต้น แล้วไม่ได้ผล

4. ผู้ป่วยที่มีความพิการผิดปกติของข้อเข่าที่ร่วมกับการมีการเสื่อมอักเสบภายในข้อเข่ามาก หากไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด อาจทำให้ความผิดปกตินั้นเป็นมาก จนทำให้การผ่าตัดไม่ได้ผลดี

ข้อห้ามในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

แฉวมล ทุมวรกาด (2540) ได้สรุปไว้ดังนี้

1. สุขภาพร่างกายทั่วไปไม่แข็งแรง
2. เป็นโรคติดเชื้อ
3. โรคที่มีความรู้สึกในข้อเข่าเสียไปภายหลังการผ่าตัดตกแต่งข้อ เช่น ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการของทางระบบประสาท (severe diabetic polyneuropathy)
4. กระดูกพรุนมาก (severe osteoporosis) กระดูกไม่แข็งแรงพอที่จะยึดข้อเข่าเทียมได้
5. คนที่อ้วนมาก ๆ การใส่ข้อเข่าเทียมมักไม่ได้ผลและมีความยากลำบากในการทำกายภาพบำบัดภายหลังการผ่าตัด
6. คนหนุ่มสาวที่มีช่วงระยะเวลาการใส่ข้อเข่าเทียมนานเกิน อายุการใช้งานของข้อเข่าเทียม ดังนั้นไม่เพียงแต่คำนึงถึงสภาพแวดล้อมของร่างกาย ยังต้องคำนึงถึงอายุของผู้ป่วยด้วย
7. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนหรือไม่ต้องการทำผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ดังนี้ (กรีติ เจริญชลาณนท, 2548 และ แฉวมล ทุมวรกาด, 2540)

1. การติดเชื้อภายหลังผ่าตัด (Infection) เนื่องจากข้อเข่าเทียมที่ใส่เป็นสิ่งแปลกปลอมที่อยู่ในร่างกาย ดังนั้นอาจเกิดการติดเชื้อที่บริเวณข้อเข่าเทียมได้สูง อาจเกิดการภายหลังการผ่าตัดทันทีหรือในระยะต่อมา การติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รักษาได้ยาก ล้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่ายมาก ซึ่งอาจแบ่งสาเหตุของการติดเชื้อมาจากระยะเวลาในการผ่าตัด การหายของแผลหรือการระบายสารคัดหลั่ง และจากการติดเชื้อที่แหล่งอื่นเข้าสู่กระแสเลือด เช่น จากระบบปัสสาวะ แผลที่ผิวหนัง และการอักเสบ (Harwin,2002) นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อได้

มากขึ้นในแต่ละคน ซึ่งนำมาสู่การติดเชื้อได้ เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะขาดสารอาหาร และลักษณะของหลอดเลือด เป็นต้น (Cushner and Scott,2002)

2. การบาดเจ็บของหลอดเลือดและเส้นประสาท (Neuro-vascular injury) การบาดเจ็บของหลอดเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นที่ popliteal artery มีผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะหรือพิการได้ และการบาดเจ็บของเส้นประสาท peroneal พบได้บ่อยที่สุด มักเกิดในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ หรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในท่า flexion ร่วมกับ valgus

3. ข้อเข่าติดแข็งภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถงอเข่าได้ 90 องศา ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น มักจะติดแข็งในข้อเข่า การเลือกใช้ข้อเข่าเทียมที่ไม่ถูกขนาดหรือตำแหน่ง หรือการเกิดพังผืดในข้อเข่าที่ผู้ป่วยไม่ได้ฝึกหัด การบริหารหลังผ่าตัด

4. กระดูกหักและข้อเคลื่อน พบภาวะกระดูกหักในกรณีผ่าตัดซ้ำมากกว่าการผ่าตัดครั้งแรก โดยในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ หรือในผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดแข็งของข้อเข่าหลังการผ่าตัด และภาวะข้อเข่าเทียมเคลื่อนหลุด มักพบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และตัด Posterior cruciate ligament ซึ่งทำให้เกิดช่องว่างระหว่างกระดูกในท่าก้มมีการหลวมมากกว่าในท่าเหยียด หรือการดูแลหลังการผ่าตัดไม่ดีมีการใช้งานมากเกินไป สภาพที่ควรจะเป็น และเกิดความเสื่อมของวัสดุที่ใช้ทำข้อเข่าเทียม ส่วนใหญ่การหลุดหลวมจะเกิดในระยะหลังการผ่าตัด 10 - 15 ปีขึ้นไป การเคลื่อนหลุดที่พบ ได้บ่อย คือ ส่วนของพลาสติกกรองระหว่างโลหะ (Sharkey et.al.,2002)

5. ภาวะแข็งตัวของในหลอดเลือด อัตราการแข็งตัวในหลอดเลือดรวมทั้งการเกิดการหลุดลอยของก้อนเลือดไปในกระแสเลือด (embolism) หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยมักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง ได้แก่ สูงอายุ มีน้ำหนักมาก มีเส้นเลือดขด สูบบุหรี่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีประวัติโรคหัวใจขาดเลือด

6. การเคลื่อนไหวของข้อเข่าเทียมมีลักษณะจำกัด ไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อเข่าเทียมได้เหมือนคนปกติ เนื่องจากมีความจำกัดของตัวเอง

ผู้สูงอายุกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

การผ่าตัดเป็นเหตุการณ์หนึ่งที่คุกคามต่อชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการที่ไม่รู้ตัวเองจะมีสภาพอย่างไรเมื่อได้รับการผ่าตัด กลัวความเจ็บปวด กลัวการได้รับยาระงับความรู้สึก กังวลต่อปัญหาทางเศรษฐกิจ กลัวความพิการและกลัวความตายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด

(Neugent, 1981; Figaro et. al, 2005) โดยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะระหว่างผ่าตัดมีระดับสูง (Johnston, 1980) ประกอบกับสภาวะแวดล้อมในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นสภาวะที่แปลกใหม่ และเป็นสภาวะที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้มีความวิตกกังวลมากขึ้น (กันยา ออประเสริฐ, 2539) ซึ่งความวิตกกังวลจะทำให้ความต้องการการระบายรับรู้สภาวะระหว่างการผ่าตัดเพิ่มขึ้น มีผลต่อการฟื้นตัวจากการระบายรับรู้สภาวะในระยะหลังการผ่าตัด (Totas, 1978)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดยังมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะบกพร่อง ต่อการรับรู้เพิ่มมากขึ้น จากการได้รับการผ่าตัดหรือระยะที่มีการเจ็บป่วยแบบฉุกเฉิน โดยพบผู้สูงอายุมีภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 41 จากผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม (William-Russo et al., 1992) และในระยะระหว่างเข้ารับการผ่าตัดนี้ ผู้สูงอายุจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและอัตราเสียชีวิตจากการรักษา (Adam and Noble, 1994) ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมลงตามวัย โดยจากการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ที่ช่วยในการกลับคืนสู่การฟื้นฟูสภาพปกติลดลง และทำให้เกิดปัญหาโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 86 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดอย่างน้อยจะมีโรคเรื้อรังหนึ่งโรค หรือบางคนอาจมีมากกว่าหนึ่งโรค (Dunn, 2004) โดยเฉพาะในรายที่มีสภาพไม่พร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด ทำให้ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และเสียชีวิตได้ (ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ, 2543) และผู้สูงอายุที่รับการผ่าตัดจะรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดว่า ส่งผลทำให้การนอนหลับพักผ่อนและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป (Montin et.al., 2002)

ในส่วนของผู้สูงอายุบางราย ไม่มีความรู้สึกกลัวหรือคิดไปในทางลบว่า การผ่าตัดนั้นเป็นการเสี่ยงต่ออันตราย จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เพราะมีความเชื่อมั่นในการรักษาและการดูแลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ (ประณีต ส่งวัฒนาและคณะ, 2543) อีกทั้งขอให้เจ้าหน้าที่มีความรอบคอบ มีความเต็มใจในการดูแล (Figaro et. al, 2005) และส่งเสริมให้ญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้วย (ทัศนีย์ รวิวรกุล, 2542) ซึ่งผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้องการข้อมูลหมวดการฟื้นฟูสภาพมากที่สุด โดยเฉพาะในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อไปอยู่บ้าน หรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่ออยู่บ้าน และระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพจนสามารถทำงานได้ตามปกติ ทั้งนี้ข้อมูลในหมวดการฟื้นฟูสภาพเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตหลังการผ่าตัด (ชนิษฐา นาคะ, 2534) สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญต่อกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยภายหลังการผ่าตัดผู้สูงอายุต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน เพื่อให้ความสามารถในการเดินและท่าทางในการเดินดีขึ้น (Adam and Noble, 1994) แต่เนื่องจากกลไกการทำงานของระบบกล้ามเนื้อภายหลังการผ่าตัดที่ลดลง ส่งผลในด้านประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหวของข้อเข่าเทียมน้อยกว่าวัยอื่น ๆ (Sledge et. Al., 1995) โดยในกลุ่มที่มีอายุมากจะเข้ารับการฟื้นฟูสภาพหลัง

การผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า (Jones, 2001) และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ในระยะฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดจะมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเอง จึงต้องการผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องมากกว่าการผ่าตัดอื่น ๆ (จันทร์ฉาย โยธาใหญ่ , 2547)

ทั้งนี้ทั้งนั้นหากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้รับการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนผ่าตัด การดูแลขณะเข้ารับการผ่าตัด และส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยจะต้องได้รับการดูแลและปฏิบัติอย่างเนื่อง โดยเฉพาะการให้ความรู้และเข้าใจในระยะก่อนผ่าตัด การบริหารกล้ามเนื้อและข้อเข่า ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังการผ่าตัด จะช่วยให้ผลของการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมประสบความสำเร็จ จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความเจ็บปวดบริเวณข้อเข่าลดลง การเคลื่อนไหวและการเดินที่ดีขึ้น โดยจากการศึกษาของสุภาพ อารีเอื้อและคณะ (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีภาวะสุขภาพดีขึ้นทั้งการเดินและการก้มตัว กิจกรรมการการดูแลตนเอง ความปวด อารมณ์ ความรู้สึก และภาวะสุขภาพโดยรวม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 6 เดือน ภาวะสุขภาพและความสามารถด้านต่างของผู้ป่วยจะดีขึ้น โดยเฉพาะอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญใน 4 เดือนหลังผ่าตัด (Munin ,1998 และ1995) และจากการศึกษาของ Birdsall และคณะ (1999) หลังผ่าตัด 3 เดือน ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นเกือบทุกด้าน ได้แก่ ความปวด การพักผ่อนนอนหลับ การเคลื่อนไหว อารมณ์ความรู้สึก และการใช้กำลัง ในด้านจิตสังคมผู้ป่วยสูงอายุมีความเครียดหลังการผ่าตัดลดลง (Kurlowicz ,1998) เนื่องจากความเจ็บปวดที่ลดลงหลังการผ่าตัดและมีความสามารถเคลื่อนไหวและปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น (Maxey and Magnusson, 2001) ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Birdsall ,1999 ; Ethgen et. al., 2004)

3. การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียม

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียม จำเป็นต้องใช้ยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) และครอบคลุมทั้งในด้านการป้องกัน การส่งเสริมการรักษาและการฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Meeker and Rothrock, 1999 อ้างใน กฤษณกมล วิจิตร, 2547)

การพยาบาลผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด

1. พยาบาลควรซักถามข้อมูลต่าง ๆ ของผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ชัดเจน และควรซักถามจากญาติเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลต่าง ๆ มากขึ้น ช่วยในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น
2. การดูแลเกี่ยวกับจิตใจของผู้ป่วย เป็นเรื่องสำคัญมาก พยาบาลจะต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ เข้าใจและเชื่อถือในกฏปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกกับผู้ป่วย และพึงระลึกเสมอว่า ผู้สูงอายุมักไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง อาจต้องใช้เวลาานมากกว่าปกติที่จะเข้าใจ และเกิดความเคยชินต่อกิจวัตรประจำวันที่จะต้องปฏิบัติขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องมีความอดทนในการอธิบายและทบทวนให้ผู้ป่วยเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตน
3. ดูแลให้ได้รับการเซ็นชื่อเพื่อยินยอมผ่าตัด โดยผู้ป่วยสูงอายุควรเป็นผู้ที่ตัดสินใจด้วยตนเองว่ายินยอมให้แพทย์ผู้รักษาทำการผ่าตัดหรือไม่ โดยเซ็นในแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ในแต่ละโรงพยาบาล พร้อมทั้งมีพยานเซ็นชื่อกำกับไว้ด้วย (Hogstel and Taylor-Martof, 1994)
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อนอนโรงพยาบาล การตรวจเยี่ยมของแพทย์ ค่ารักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ข้อเข้าเทียมที่ใช้ในการผ่าตัด
5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผล และความจำเป็นของการผ่าตัด ว่าเป็นการผ่าตัดเอาส่วนที่เป็นโรคและความผิดปกติออกไป เพื่อช่วยให้ร่างกายสามารถทำงานได้ดีขึ้น พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตตามปกติได้ (Hill and David, 2000)
6. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการเก็บของมีค่าต่าง ๆ ให้มัดชิดหรือฝากไว้กับญาติ การปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด
7. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า ในขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัดหรือภายในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนทำผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บปวดขณะทำผ่าตัด
8. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า หลังการผ่าตัดผู้ป่วยทุกคนจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดเมื่อเริ่มรู้สึกตัวดีในระยะหลังการผ่าตัด อาการเจ็บปวดหลังการผ่าตัด มักจะมีมากในช่วง 12-36 ชั่วโมง แต่จะทุเลาลงหรือหายไปภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ด้วยตนเองโดยการเคลื่อนไหวอย่างถูกต้อง และบริหารร่างกายเพื่อช่วยลดความเครียดของกล้ามเนื้อ ช่วยในการไหลเวียนของเลือด ทำให้แผลหายเร็ว และบรรเทาอาการเจ็บปวดลดลงได้ หากผู้ป่วยเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากก็สามารถบอกพยาบาลเพื่อขอยาบรรเทาอาการปวดได้ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2541)

9. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพของตนเองหลังการผ่าตัดตามความเหมาะสม เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การสวนปัสสาวะเพื่อสวนล้างกระเพาะปัสสาวะเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในสภาพของตนเองหลังการทำผ่าตัด

10. ส่งเสริมและแนะนำให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลาย เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวดและความวิตกกังวล อาจทำได้โดยง่าย ๆ โดยการหายใจเข้าออกทางจมูกลึก ๆ ซ้ำ ๆ จากนั้นผ่อนหายใจออกทางปากโดยค่อย ๆ เป่าลมออกช้า ๆ และแผ่วเบา ขณะทำให้หลับตาทั้งสองข้าง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สบาย ง่วงนอน คลายความวิตกกังวล (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2541) และลดจำนวนการใช้ยาบรรเทาอาการปวดลงได้ (Hanucharunkun and Vinya-nguag, 1991) นอกจากนี้พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยสูงอายุเข้าใจถึงเรื่องการขอยาบรรเทาอาการปวดหลังการผ่าตัดว่า การใช้ยาระงับปวดปริมาณมากในผู้สูงอายุนั้น อาจได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่รุนแรงกว่าผู้ที่อ่อนวัยกว่า และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาเรื้อรังทางสุขภาพได้ เช่น ผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางเกิดอาการซึมเศร้า ผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร อาจทำให้ท้องผูก เนื่องจากการทำงานของระบบทางเดินอาหารที่ช้าลง นอกจากนี้กระบวนการขับยาออกจากร่างกายที่มีประสิทธิภาพเสื่อมลงจะทำให้ยาสะสมในร่างกายนานขึ้นและมากขึ้น เกิดผลเสียกับร่างกายได้ (Hogstel and Taylor-Martof, 1994)

11. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมตัวของผู้ป่วยตามแผนการรักษา ได้แก่

11.1 การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัดโดยใช้น้ำยาฆ่าเชื้อและโกนขน โดยพยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บให้สะอาด

11.2 การเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะได้รับการสวนอุจจาระในตอนเช้ามืดของวันผ่าตัด เพื่อทำความสะอาดลำไส้ใหญ่และลดการสัมผัสปนเปื้อนจากอุจจาระในระหว่างผ่าตัด

11.3 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยอาจจะได้รับยากล่อมประสาทก่อนนอนในคืนวันก่อนผ่าตัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจได้รับยากล่อมประสาทในตอนเช้าของวันผ่าตัดด้วย เนื่องจากประสิทธิภาพการดูดซึมยาของผู้สูงอายุลดลง (Hogstel and Taylor-Martof, 1994)

11.4 การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด หรือก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยต้องงดอาหารและน้ำทางปาก เพื่อช่วยให้ระบบย่อยอาหารว่าง และป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ ทำให้ปอดบวมจากการสำลักอาหาร (Aspiration pneumonia) หรืออาจถึงกับเสียชีวิตได้

11.5 สอนและแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายบนเตียง (Bed exercise) โดยอธิบาย เหตุผลของการออกกำลังกายบนเตียงและสาธิตวิธีการปฏิบัติตลอดจนให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ ได้แก่ การหายใจเข้าเต็มที่ช้า ๆ และหายใจออกยาว ๆ (Deep breathing) การไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) การออกกำลังกายข้อเข่าและกล้ามเนื้อ (exercise)

11.6 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า ในวันที่ 2 ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถลุกเดินได้ เมื่อสภาพของผู้ป่วยโดยทั่วไปมีความพร้อม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ปอดบวมเฉพาะที่ แผลกดทับ การเกิดลิ่มเลือดที่หลอดเลือดดำส่วนลึกของขา ช่วยส่งเสริมให้แผลหายเร็วขึ้น และให้อวัยวะของระบบย่อยอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดได้เร็วขึ้น ป้องกันภาวะท้องอืด ท้องผูก อาการปวดท้องจากแก๊สและภาวะที่มีพังผืดรัดลำไส้ เป็นต้น

12. ดูแลและแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เต็มที่ จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

การพยาบาลผู้สูงอายุระหว่างผ่าตัด

1. พยาบาลห้องผ่าตัดควรให้การต้อนรับด้วยความอบอุ่นและมั่นใจในการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดโดยแนะนำตนเองและบุคลากรในทีมผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ (แฉิมล พุมวิภาต, 2540)

2. พยาบาลควรตรวจสอบความพร้อมของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ การเซ็นอนุญาตผ่าตัด ความพร้อมทางด้านร่างกาย ได้แก่ การงดน้ำและอาหาร การเตรียมความสะดวกของผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด ความสะอาดของร่างกายทั่วไป การสวนอุจจาระและปัสสาวะก่อนเข้าห้องผ่าตัด (เรณู อาจสาธิตและคณะ, 2535) และของมีค่า เครื่องประดับต่าง ๆ ห้ามนำมาห้องผ่าตัด

3. แนะนำและเน้นให้ผู้ป่วยได้บริหารการหายใจ (Deep breathing) การไอที่ถูกต้อง ภายหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น เพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ

4. การให้ยาระงับความรู้สึกมีหลายวิธี ซึ่งวิสัญญีแพทย์จะเป็นผู้เลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุดให้กับผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยได้ยาระงับความรู้สึกทางช่องเหนือกระดูก (epidural block) หรือทางช่องน้ำไขสันหลัง (spinal block) พยาบาลดูแลให้ผู้ปวยนอนตะแคงข้อเข่า 2 ข้างให้มากที่สุด ก้มหน้า คางชิดอก โกงหลังเต็มที่ให้กระดูกสันหลังแยกออกจากกัน เพื่อแทงเข็มให้ยาชาได้สะดวก วิธีนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวแต่ไม่รู้สึกเจ็บปวดขณะผ่าตัด พยาบาลควรอยู่ใกล้ผู้ป่วย เพื่อให้กำลังใจและเกิดความมั่นใจแก่ผู้ป่วย

5. ในระยะพักฟื้น พยาบาลต้องติดตามรายละเอียดของผู้ป่วยพร้อมทั้งสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยสังเกตบันทึกกระบบทางเดินหายใจ ระดับความรู้สึก สัญญาณชีพ ควรบันทึกทุก 15 นาที ผิวหนัง สีเล็บ ริมฝีปาก ลักษณะของผิวหนัง สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ชนิดของสารน้ำ สภาพแผลผ่าตัด ผ้าปิดแผล ดูแลท่อระบายจากแผลผ่าตัด (Radivac drain) ให้ทำงานอยู่ในระบบสุญญากาศตลอดเวลา ภาวะหนาวสั่นและภาวะสับสนของผู้สูงอายุหลังการผ่าตัด

การพยาบาลผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

1. ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกเมื่อรับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากผลของยาสลบ ควรให้ผู้ปวยนอนหงายราบไม่หนุนหมอนและตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลักอาเจียนไปอุดกั้นทางเดินหายใจและให้ผู้ปวยขยับแขนขาได้ตามต้องการ พยาบาลต้องหมั่นสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยตรวจและจดบันทึกอัตราการและการเต้นของชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เพราะผู้ป่วยสูงอายุ มักจะมีชีพจรและการหายใจเปลี่ยนแปลงได้ง่าย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะช็อค (Shock) หัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) และภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดที่เกิดจากหลอดเลือดดำอักเสบ (Pulmonary embolus) ได้ง่ายกว่าคนหนุ่มสาว เนื่องจากความสามารถในการหดตัวของเส้นเลือดในผู้สูงอายุจะลดลง นอกจากนี้อาจมีภาวะแทรกซ้อนทางสมองเนื่องจากการได้รับยาาระงับความรู้สึก โดยอาจเกิดอาการชักได้

2. ระวังการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) เนื่องจากผู้สูงอายุจะไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายได้ดีเหมือนหนุ่มสาว อุณหภูมิของร่างกายต่ำลง เพราะความสามารถในการขับเหงื่อออกลดลง เนื่องมาจากความสามารถในการขยายตัวของเส้นเลือดขอบนอก (Peripheral vessels) ลดลง ทำให้สูญเสียความร้อนได้ง่าย ดังนั้นในระยะหลังผ่าตัดระยะแรกควรให้ความอบอุ่นกับร่างกายผู้ป่วยให้มากและหมั่นประเมินอุณหภูมิต่ำ ๆ อย่างน้อยทุกครั้งชั่วโมงถึงหนึ่งชั่วโมง (Hogstel and Taylor-Martof, 1994)

3. สังเกตภาวะตกเลือดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังการผ่าตัด โดยบันทึกสีและจำนวนเลือดในท่อระบายจากแผลผ่าตัด (Redivac drain) และตรวจสอบให้ทำงานอยู่ในระบบสุญญากาศตลอดเวลา ภายหลังการผ่าตัดควรมีเลือดในท่อระบายอย่างน้อย 200-300 ซีซี ใน 48 ชั่วโมง สังเกตดูจำนวนเลือดที่เพิ่มขึ้นอย่างผิดปกติ

4. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมส่วนใหญ่จะใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ตั้งแต่ในห้องผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลควรดูแลให้ปัสสาวะไหลได้สะดวกและระวังไม่ให้สายบิด หักงอ หรือถูกกดทับ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่กระสับกระส่ายหรือเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ จัดถุงให้ต่ำกว่าระดับตัวผู้ป่วย เพื่อให้尿管ปัสสาวะไหลลงตามแรงดึงดูดของโลกและป้องกันการไหลย้อนกลับของปัสสาวะเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะอีก ซึ่งจะทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะขึ้น พร้อมทั้งสังเกตและบันทึก สี ลักษณะของน้ำปัสสาวะ และปริมาณที่ผิดปกติ

5. การดูแลเกี่ยวกับอาหารและน้ำดื่ม ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายอาจต้องงดรับประทานอาหารและน้ำดื่ม เนื่องจากระบบทางเดินอาหารยังไม่สามารถทำงานได้ตามปกติภายหลังได้ยาระงับความรู้สึก ทำให้ลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหวและบีบรัดตัว ถ้ารับประทานอาหารเข้าไปในระยะนี้อาหารจะไม่เคลื่อนผ่านไปตามลำไส้ แบคทีเรียที่ประจำอยู่ในลำไส้จะทำปฏิกิริยาเกิดมีก๊าซทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดและไม่สุขสบาย ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับน้ำเกลือทางหลอดเลือดดำทดแทนเป็นเวลา 24 - 36 ชั่วโมง ดังนั้นควรแนะนำให้ผู้ป่วย จึงควรระวังเข็มหรือสายยางหลุด หัก พับ งอ และให้น้ำเกลือหยดอย่างสม่ำเสมอ ถ้ามีอาการหนาว สั่น บวม หรือเจ็บบริเวณที่แทงเข็ม ควรแจ้งพยาบาลทราบ เมื่อระบบทางเดินอาหารเริ่มทำงานและแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพออย่างน้อยวันละ 10 - 12 แก้ว คือ ประมาณ 2,500 - 3,000 ซีซี เพื่อช่วยให้ปัสสาวะที่ขับออกเป็นน้ำปัสสาวะในไตมีความเจือจาง และปัสสาวะไม่ตกตะกอน (Rothrock, 1996)

6. การให้ยาแก้ปวด ต้องระมัดระวังเป็นอย่างมากในผู้ป่วยสูงอายุ สังเกตอาการข้างเคียงของยาระงับปวด เนื่องยาระงับความเจ็บปวด มีผลข้างเคียงคือ กดการหายใจ ความดันโลหิตลดลง คลื่นไส้ อาเจียน ระงับการไอ ลดการทำงานของระบบทางเดินอาหารและท้องผูก

7. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ปกติผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จะต้องพยายามให้ผู้ป่วยลุกนั่ง เคลื่อนไหว และเปลี่ยนอิริยาบถต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับคืนสู่สภาพปกติได้อย่างรวดเร็วและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด เช่น ปอดอักเสบ ปอดแฟบ มีการติดเชื้อของระบบหายใจ การเกิดข้อติดแข็ง แผลกดทับ และอาการท้องอืด

8. ส่งเสริมการฟื้นฟูผู้ป่วยสูงอายุหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยการแนะนำ ผู้ป่วยเกี่ยวกับการลงน้ำหนักบนขาข้างที่ทำผ่าตัดและตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำผ่าตัด แนะนำการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน ข้อห้ามในกิจกรรมที่ต้องหลีกเลี่ยง การฟื้นฟูหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะการบริหารข้อเข่าอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของ

ข้อให้กลับคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด กิจกรรมที่ต้องค่อยเป็นค่อยไปตามสภาพร่างกายของผู้ป่วยในแต่ละคน (Munin, 1998) ซึ่งมีการบริหารดังนี้

8.1 การบริหารกล้ามเนื้อขา มีวัตถุประสงค์เพื่อคงสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และยังสามารถใช้ข้อเข่าได้มั่นคงแข็งแรงเพิ่มขึ้น โดยเน้นเป็นพิเศษที่กล้ามเนื้อหน้าขาเหนือข้อเข่า (Quadriceps femoris) ซึ่งมีหลักในการออกกำลัง (ทัศนีย์ รวีวรกุล, 2542) ดังนี้คือ

1. ควรเริ่มจากท่าที่ง่าย ๆ ไปหาท่าที่ยากขึ้นตามลำดับ อย่าหักโหมหรือใจร้อน เพราะจะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนล้า และอาจปวดเข่ามากขึ้นกว่าเดิม

2. ควรทำสม่ำเสมอทุกวัน วันละ 2-3 เวลา เช่น ตอนตื่นนอนเช้า ตอนกลางวัน หรือเย็น และก่อนเข้านอนตอนกลางคืน

3. ควรออกกำลังกล้ามเนื้อขาทั้งสองข้าง เพื่อฝึกเข้าข้างที่ดีให้แข็งแรงป้องกันไม่ให้เสื่อมลง เนื่องจากถูกใช้งานมากเกินไป

8.2 ท่าสำหรับการบริหารกล้ามเนื้อขา มีดังต่อไปนี้

1. การบริหารแบบไอโซเมตริกหรือสแตติก (Isometric setting exercise or Isometric static exercise) หลักการสำคัญ คือ จะต้องมีภาระกดตัวของกล้ามเนื้อ โดยการเกร็งนานประมาณ 3 - 5 วินาที และคลายตัวในท่าพักประมาณ 3 - 5 วินาที สลับกันจนครบตามจำนวนที่กำหนดในแต่ละท่า ท่าการบริหารที่กำหนดให้ คือ การให้ผู้ป่วยเหยียดขาเกร็งกล้ามเนื้อโดยการกระดกข้อเท้าให้นิ้วหัวแม่เท้าชี้เข้าหาตัวมากที่สุด นับ 1 ถึง 5 อย่างช้า ๆ หลังจากนั้นคลายตัว นับ 1 ถึง 5 อย่างช้า ๆ ข้อควรระวังถึง คือ การออกแรงกล้ามเนื้ออย่างเต็มที่ ต้องทำทุกวันอย่างสม่ำเสมอ บริหารอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่หักโหม เพราะจะทำให้เกิดความเมื่อยล้าหรืออาการปวดเพิ่มมากขึ้นหลังการบริหาร สิ่งสำคัญอีกประการ คือ การบริหาร แบบไอโซเมตริกนี้สามารถเพิ่มความดันโลหิตได้ จึงควรระมัดระวังให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

2. การบริหารแบบไอโซเมตริกไดเนติก (Isometric kinetic exercise) คือ การที่กล้ามเนื้อหดตัวเต็มที่และมีการเคลื่อนไหวของข้อเข่าเพียงเล็กน้อย วิธีนี้ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงได้มากกว่าวิธีไอโซเมตริก ท่าการบริหารที่กำหนดให้ คือ

2.1 ท่านอนหงายราบกับพื้นนอน ใช้ม้วนผ้าหรือหมอนทรายขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 นิ้วรองใต้เข่า กดข้อเข่าให้แนบกับม้วนผ้าหรือหมอนทรายนั้น นับ 1 ถึง 5 อย่างช้า ๆ พัก 3 - 5 วินาที ทำซ้ำจนครบ 10 ครั้ง แล้วเปลี่ยนบริหารเข่าเช่นเดียวกัน นับเป็น 1 รอบ หรือนอนราบ ชันเข่าข้างหนึ่ง ยกขาสูงตรง ๆ สูงจากพื้นนอนประมาณ 1 ฟุต นับ 1 ถึง 5

อย่างช้า ๆ แล้ววางขาราบลงตามเดิม พัก 3-5 วินาที ทำซ้ำจนครบ 10 ครั้ง แล้วเปลี่ยนบริหารอีกข้างเช่นเดียวกัน นับเป็น 1 รอบ หรือทำเท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถบริหารได้

2.2 ทำนั่ง ทำโดยนั่งบนเตียงหรือเก้าอี้ที่สูงที่จะห้อยเท้าได้ ใช้ม้วนผ้าหรือหมอนทรายขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 นิ้วรองใต้เข่า แล้วเตะขาขึ้นเบา ๆ พร้อมกับยกกระดูกข้อเท้าขึ้นให้ นิ้วหัวแม่มือเท้าชี้เข้าหาตัวและเกร็งไว้ นับ 1 ถึง 5 อย่างช้า ๆ แล้วห้อยขาตามเดิม พัก 3 - 5 วินาที ทำซ้ำจนครบ 10 ครั้ง แล้วเปลี่ยนบริหารขาอีกข้างเช่นเดียวกัน นับเป็น 1 รอบ หรือทำเท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถบริหารได้ การใช้ผ้าม้วนหรือหมอนทรายขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 นิ้วรองใต้เข่า จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการกดทับเส้นประสาทได้ข้อเข่า (Popliteal nerve) และช่วยให้กล้ามเนื้อต้นขาบริหารได้อย่างเต็มที่ขณะเหยียดข้อเข่า การบริหารที่ได้ผลควรแนะนำให้บริหาร 50 - 100 ครั้งต่อวัน

2.3 การบริหารแบบใช้เครื่องมือตัวต้าน (Progressive Resistive Exercise: PRE) เป็นการออกกำลังกายที่ทำให้กล้ามเนื้อหดตัวเมื่อยกน้ำหนัก หรือสู้กับแรงต้านมากที่สุดและหัวเข่าได้เคลื่อนไหวเต็มที่จากงอเข้ามาเป็นเหยียดเข่า ซึ่งสามารถเพิ่มแรงต้านหรือยกน้ำหนักขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อขา

3. การบริหารแบบไอโซไคนติก (Isokinetic exercise) เป็นการบริหารที่กล้ามเนื้อหดตัวเต็มที่เพื่อต่อต้านแรง ซึ่งปรับตามความสามารถของกล้ามเนื้อขา โดยมีการใช้ความเร็วในการกำหนดการเคลื่อนไหว เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวในความเร็วที่คงที่ตลอดช่วงของการเคลื่อนไหวนั้น ๆ การบริหารแบบนี้ได้ผลดีกว่าการบริหารแบบไอโซโทนิคและไอโซเมตริก อีกทั้งยังทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงทนทานมากที่สุด

4. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ประวัติความเป็นมาของปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา สังคมวิทยาและจิตวิทยา (Streubert and Carpenter, 2003) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ เน้นธรรมชาติ (Nature) และความเป็นจริง (Truth) ของปรากฏการณ์และสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (Koch, 1995 cited in Holloway and Wheeler, 1996) ตามแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยาการวิจัยคือ การตั้งคำถามเกี่ยวกับวิธีการที่บุคคลเกิดประสบการณ์ (Lived experience) เกี่ยวกับโลกที่บุคคลมีชีวิตรอยู่

(Being) และความรู้เกี่ยวกับโลกที่เราอยู่จะเกิดขึ้นได้ก็ด้วยการที่เราดำเนินชีวิตอยู่ในโลก นั้นในสถานการณ์หนึ่ง ๆ (Van Manen, 1990 cite in จอนณะจ พึงจาด , 2546)

Edmund Husserl (1859 – 1938) ถือว่าเป็นบุคคลแรกที่เริ่มต้นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแนวใหม่ เขามีความเชื่อว่าประสบการณ์ความเป็นอยู่หรือการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่สามารถเข้าใจได้ทันทีทันใด แต่บุคคลจะเป็นผู้ที่ให้ความหมายด้วยตนเองต่อประสบการณ์นั้น ๆ บุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ (Dualism) มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Koch, 1995) โดยมีแนวคิดหลักที่สำคัญคือ

1. การให้ความสนใจ (Intentionality)
2. องค์ประกอบสำคัญหรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์
3. การทอนปรากฏการณ์ (Phenomenological reduction)

ต่อมา Heidegger นักปราชญ์ชาวเยอรมันที่มีชื่อเสียงมากคนหนึ่งในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 (1889 – 1976) เป็นศิษย์เอกและเป็นเพื่อนร่วมงานของ Husserl ได้นำแนวคิดของ Husserl มาพัฒนาต่อเป็นการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาการแปลความ (Hermeneutic phenomenology) โดยเป็นผู้ริเริ่มและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงจากการศึกษาวิธีการได้มาซึ่งสิ่งที่เรารู้ (How we know what we know) หรือที่เรียกว่า Epistemology มาเป็น Ontology ซึ่งหมายถึงการศึกษาวิธีการของสิ่งที่เป็นอยู่ในโลกและศึกษาความหมายของการเป็นบุคคล โดยเขามีความเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอยู่และเวลา (Being and time) มีความหมายในตัวเองสามารถแปลความได้และภาษาเป็นสื่อสำคัญในการแปลความ เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายนั้น (Leonard, 1994 cited in Holloway and Wheeler, 1996) ซึ่งมีแนวคิดที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ

1. บุคคล (Person) เป็นผู้ที่ให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่เขาประสบตามความคิด ความรู้สึกของเขาเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นหรือความเป็นจริง ตามทฤษฎีซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นจริงของบุคคลนั้น
2. สิ่งแวดล้อม (World) เป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์ในปัจจุบัน รวมถึงภูมิหลัง อายุ การศึกษา ภาษา วัฒนธรรมและค่านิยมทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะซึมซับอยู่ในใจตัวบุคคลโดยการเรียนรู้ตั้งแต่เกิด และเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นการศึกษาปรากฏการณ์จึงเป็นการค้นหาความหมาย ความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้น ซึ่งมีอิทธิพลมาจากสังคม วัฒนธรรมและภูมิหลังของบุคคลนั้น

3. การเชื่อมโยงประสบการณ์ในชีวิต (Hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อน (Past experience) เข้ากับประสบการณ์

ครั้งใหม่นั้นคือ บุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จัก หรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน

ต่อมามีผู้ให้แนวคิดเพิ่มเติมในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อให้เข้าใจถึง ประสบการณ์ของบุคคลอย่างลึกซึ้ง คือ Gadamer (1976 อ้างถึงใน ประณีต สงวัฒนา และ คณะ, 2543) ซึ่งเป็นศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของ Heidegger ได้เพิ่มเติมแนวคิดที่สำคัญ อีก 2 ประการดังนี้

1. ภาษา (Language) โดยเชื่อว่าภาษาเป็นสื่อกลางที่สำคัญที่จะสื่อความหมายให้ เข้าใจปรากฏการณ์นั้น ๆ ภาษาเป็นสื่อที่จำเป็นและต้องทำความเข้าใจทั้งในรูปแบบและ ความหมายของภาษา

2. การเชื่อมโยงความหมาย (The fusion of horizons) เป็นการเชื่อมมุมมองของ นักวิจัย ซึ่งรวมถึงความรู้และสิ่งต่าง ๆ จากการศึกษานั้นกับผู้ให้ข้อมูลที่สามารถที่จะเข้าใจถึง ความหมายที่บุคคลสื่อออกมา ความเข้าใจถูกต้องและลึกซึ้งจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีการทำความเข้าใจ เชื่อมโยง เปลี่ยนและขยายความคิดเห็นต่อกัน เกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่าง ผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล

การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงในปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยาเริ่มขึ้นในต้นศตวรรษที่ 20 และมีการพัฒนาขึ้นเรื่อยมา การเปลี่ยนแปลงในปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (Hollway and Wheeler , 1996 ; Streubert and Carpenter, 2003)

ระยะที่ 1 Preparatory phase เป็นระยะที่เริ่มมีการปูพื้นฐาน โดย Franz Brentano (1838–1917) และ Carl Stumpf (1848–1936) แนวคิดในระยะนี้เป็นแนวคิดของ การศึกษาด้วยความตั้งใจ (Intentionality) ซึ่งหมายถึงความมีสติอยู่ตลอดเวลาต่อสิ่งที่กำลังศึกษา

ระยะที่ 2 German phase เป็นระยะที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิด โดยนักปรัชญาชาวเยอรมัน ได้แก่ Edmund Husserl (1857–1938) และ Martin Heidegger (1889–1976) ได้มีการพัฒนาแนวคิดการเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบสำคัญหรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์ เพื่อความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา การหยั่งรู้ (Intuiting) เป็นการแปลความจากความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาเท่าที่จะเป็นไปได้จากข้อมูลจนกว่า จะเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและการทอนปรากฏการณ์ (Phenomenological reduction)

ระยะที่ 3 France phase เป็นระยะที่นักปรัชญาฝรั่งเศส ซึ่งได้แก่ Gabriel Marcel (1889–1973) Jean Paul Sartre (1905–1980) และ Maurice Merleau-Ponty

(1905–1980) แนวคิดในระบายนี้นเป็นการศึกษาที่มุ่งอธิบายสิ่งที่มีอยู่จริง (Existential) เน้นการแสดงออกเป็นรูปธรรม (Embodiment) และสิ่งที่เป็นอยู่ในโลก (Being in the world) โดยมีความเชื่อว่าการกระทำทุกอย่างถูกสร้างจากการรับรู้หรือการตระหนัก เราสามารถเข้าใจประสบการณ์ได้โดยผ่านการรับรู้ ความคิด การสัมผัส รับรส การได้ยินและการมีสติ

ลำดับชั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Spiegelberg (1965, 1975 cite in Streubert and Carpenter, 2003) ได้แบ่งลำดับชั้นที่สำคัญของปรากฏการณ์วิทยาไว้ 6 ระดับ ดังนี้

1. Descriptive phenomenology คือ การสืบค้นปรากฏการณ์โดยตรงการวิเคราะห์และพรรณนาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นอิสระมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ศึกษาต้องเปิดประสาทสัมผัสทั้ง 5 พร้อมกับยอมรับความไม่รู้และมุ่งที่จะแสวงหาคำตอบให้กับตน
2. Phenomenology of essences คือ การสืบสวนข้อมูลเพื่อที่จะค้นหาองค์ประกอบสำคัญ (Theme) หรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์เหล่านั้นและจัดกลุ่มหาความสัมพันธ์ตามลักษณะของปรากฏการณ์
3. Phenomenology appearance คือ การให้ความสนใจเฝ้าดูรูปแบบของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จะสามารถเห็นโครงสร้างหรือแก่นความรู้ของปรากฏการณ์นั้น ๆ ได้
4. Constitutive phenomenology คือ การตรึงตรองหรือก่อตั้งปรากฏการณ์หรือวิธีทางที่ปรากฏการณ์ก่อตั้งขึ้นหรือปรากฏเป็นรูปร่างขึ้นอย่างมีสติ (Consciousness)
5. Reductive Phenomenology คือ การทอนปรากฏการณ์ เป็นการขจัดความเชื่อส่วนตน ขจัดอคติหรือการคาดคะเนล่วงหน้าออกไป เพื่อที่จะอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นจริงมากที่สุด
6. Interpretive or hermeneutic Phenomenology คือ การค้นหาเพื่อแปลความหมายที่ซ่อนอยู่ปรากฏการณ์อย่างไม่เปิดเผยให้ชัดเจนขึ้นตามที่ได้สืบค้นวิเคราะห์ และอธิบายอย่างตรงไปตรงมา

ลำดับชั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาทั้ง 6 ระดับนี้ นักวิจัยไม่จำเป็นต้องใช้ทั้งหมด ส่วนใหญ่นักวิจัยทางปรากฏการณ์วิทยามักใช้วิธีการศึกษา 3 ระดับแรกเท่านั้น ได้แก่ Descriptive phenomenology, Phenomenology of essences และ Reductive phenomenology ส่วนการศึกษาแบบแปลความ (Hermeneutic phenomenology) สามารถแยกมาใช้โดยลำพังโดยไม่ต้องใช้ร่วมกับวิธีอื่นก็ได้

ปรัชญาพื้นฐานของปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl (Husserl phenomenology)

Edmund – Husserl (1857 – 1938) ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ให้กำเนิดแนวคิดปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาในระยะ German phase เขามีความเชื่อว่าประสบการณ์ความเป็นอยู่หรือการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่สามารถเข้าใจได้ทันทีทันใด แต่บุคคลจะเป็นผู้ที่ให้ความหมายด้วยตนเองต่อประสบการณ์นั้น ๆ บุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ (Dualism) มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Koch, 1995 cited in Holloway and Wheeler, 1996) เน้นการศึกษาความรู้ในธรรมชาติโดยปราศจากการเข้าไปกระทำกับข้อมูลของผู้ศึกษาอย่างเข้มงวด (Rigorous) ซึ่งมีแนวคิดหลัก 3 ประการคือ

1. การให้ความสนใจ (Intentionality) คือ การให้ความสนใจมีความตระหนักและมีสติอยู่ตลอดเวลาต่อสิ่งที่กำลังศึกษา
2. องค์ประกอบสำคัญหรือแก่นแท้ (Essenc) ของปรากฏการณ์คือ การมุ่งหาสาระสำคัญหรือแก่นแท้ของปรากฏการณ์ด้วยความมีสติ
3. การทอนปรากฏการณ์ (Phenomenology reduction) คือการขจัดกรอบความคิดการคาดคะเนของตนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาออกจากปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา เพื่อให้ได้ความหมายของสิ่งที่ศึกษาอย่างแท้จริงและเน้นการให้ความหมายด้วยตัวเองของบุคคล

Streubert and Capenter (1999 อ้างถึงใน จอนณะจ พึงจาด , 2546) ศึกษากระบวนการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาที่ใช้ปรัชญาของ Husserl ได้สรุปหลักการในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาว่า องค์ประกอบด้วยวิธีการที่สำคัญที่นิยมใช้ 3 วิธีคือ

1. การพรรณนา (Descriptive phenomenology) เกี่ยวข้องกับการสืบค้น (Direct exploration) การวิเคราะห์ (Analysis) และการบรรยาย (Description) โดยปราศจากการเดาเพื่อให้เกิดการเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเน้นที่ความสมบูรณ์ของข้อมูล (Richness) รายละเอียด (Fullness) และความลึกซึ้ง (Depth) ประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 3 ประการคือ
 - 1.1 การหยั่งรู้ (Intuiting) จะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยอ่านบททวนข้อมูลที่ได้อ่าน ๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา
 - 1.2 การวิเคราะห์ (Analyzing) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้อ่าน เพื่อให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่สำคัญหรือเป็นแก่น (Essences)
 - 1.3 การบรรยาย (Describing) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสารเพื่อการบรรยายหรือการเปรียบเทียบ

2. การสืบค้นแก่นความรู้ (Study of essence) เป็นการสืบค้น (Probing) ข้อมูลแบบเจาะลึก เพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

3. การทอนความคิด (Reductive) กระบวนการที่ผู้วิจัยลดอคติในการศึกษาโดยการจัดกรอบ (Bracket) ความคิด ความเชื่อและความรู้ที่มีอยู่ก่อนในปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ประสบการณ์เดิมนั้นแยกออกจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล วิธีการที่นิยมที่ใช้คือการหลีกเลี่ยงการทบทวนวรรณกรรมออกไปจนกว่าจะวิเคราะห์ข้อมูลแล้วเสร็จ

กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Streubert and Carpenter (2003) ได้สรุปหลักสำคัญของกระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาไว้ดังนี้

1. ระบุปรากฏการณ์ที่จะศึกษาโดยมีเป้าหมาย คือ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองบุคคลต่อปรากฏการณ์ เมื่อระบุเหตุการณ์ได้แล้วมีการตั้งคำถามที่จำเป็น และเหมาะสมที่จะศึกษาด้วยวิธีนี้ ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหาวิเคราะห์และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า บุคคลเป็นผู้เล่าประสบการณ์ของตนเองให้ผู้วิจัยฟัง โดยผู้วิจัยต้องหลีกเลี่ยงการวิจารณ์การประเมินหรือให้ความคิดเห็นใด ๆ ในเรื่องนั้น

2. การเลือกผู้ให้ข้อมูล ในการวิจัยมักใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposeful sampling) โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยได้ดีและยินดีที่จะเล่าประสบการณ์ให้ผู้วิจัยฟัง

3. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือ (Tool / Instrument) ของการวิจัย ผู้วิจัยต้องเล่าเรื่องของบุคคลตลอดกระบวนการของการสัมภาษณ์รวมถึงมีการซักถามในประเด็นที่ต้องการ ทำให้ข้อมูลมีความชัดเจน หลังจากนั้นถอดเทปข้อมูล ศึกษาข้อมูลทบทวนครั้งแล้วครั้งเล่า เพื่อให้ได้ความหมายของประสบการณ์ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงต้องฝึกฝน อบรมตนเองหรือผ่านกระบวนการอบรม เพื่อให้มีแนวคิดพื้นฐานและทักษะในการสัมภาษณ์ สังเกต บันทึกข้อมูลรวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล

นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องที่ศึกษาเป็นอย่างดี เป็นผู้ที่ไม่ต่อความรู้สึก และมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ผู้วิจัยต้องไม่ควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา (Benoliel, 1988 cite in Streubert and Carpenter, 2003) ปล่อยให้การสนทนาเป็นไปตามธรรมชาติของการสนทนา การสัมภาษณ์ไม่ควรใช้คำถามนำ ควรใช้คำถามปลายเปิด

(Open-ended) คำถามเพื่อความกระจ่าง (Clarifying question) และให้ความสนใจกับการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนามและควรถอดเทปบันทึกหลังการสัมภาษณ์ การถอดเทปควรถอดคำต่อคำ (Verbatim) และตรวจสอบความชัดเจนของข้อมูลอีกครั้ง ถ้าพบว่าข้อมูลที่สัมภาษณ์ในครั้งแรกยังไม่ชัดเจนหรือต้องการขยายความ ควรกลับไปสัมภาษณ์อีกครั้งหนึ่ง

5. ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจนมีความมั่นใจว่า ข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวแล้ว คือ ข้อมูลเริ่มซ้ำ ๆ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญ (Themes or essences) เกิดเพิ่มขึ้น

6. การวิเคราะห์ข้อมูล จะทำไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลและกระทำไปตลอดระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยต้องแยกความเชื่อและสิ่งที่ ผู้วิจัยรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มต้นตั้งแต่ผู้วิจัยอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อคำ ซ้ำหลาย ๆ รอบจนมองเห็นภาพที่เป็นสาระสำคัญของข้อมูลแต่ละคนแล้วดึงข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญร่วมออกมา แล้วจัดกลุ่มของข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายกันที่บ่งบอกถึงสาระในเรื่องเดียวกันให้เป็นหมวดหมู่แล้วตั้งชื่อ ผู้วิจัยต้องพิจารณาว่าสาระสำคัญที่นำเสนอนี้แสดงภาพรวมของประสบการณ์ของบุคคลในปรากฏการณ์นั้นหรือไม่ในการนำเสนอผลการวิจัยควรยกตัวอย่างคำพูด ซึ่งเป็นข้อมูลดิบที่ผู้วิจัยคิดว่าสะท้อนให้เห็นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน

7. การทบทวนวรรณกรรมจะกระทำภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนเป็นจริงโดยปราศจากอคติหรือความรู้ของผู้วิจัยมาก่อน แต่ผู้วิจัยอาจทบทวนวรรณกรรมอย่างคร่าว ๆ ก่อนก็ได้

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

ในการวิจัยเชิงคุณภาพมีการควบคุมภาพของการวิจัยในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้คือ (Lincoln and Guba. 1985)

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความตรงเชื่อถือได้ ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การเข้าไปสร้างความคุ้นเคย สร้างความไว้วางใจก่อนการสัมภาษณ์

(Prolong engagement)

1.2 มีการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน

1.3 มีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation)

1.4 การให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member checking) ทุกขั้นตอนของการวิจัย

1.5 การได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing)

2. การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) คือ การนำผลการวิจัยไปอ้างอิง ในกรณีที่เกิดปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น จะไม่นำไปอ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่น ๆ

3. การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่น ๆ (Dependability) คือ การใช้ระเบียบวิธีการวิจัยในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอนประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนครอบคลุม ซึ่งจะทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะขั้นตอนการถอดรหัสและการตรวจซ้ำที่ทำให้ได้มาซึ่งประเด็นหลัก และมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เป็นการจัดการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ มีการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการฟังเทปซ้ำ และมีการอ้างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) โดยทั่วไปแล้วควรทำไปพร้อมกับการเก็บข้อมูล เพื่อให้เกิดแนวทางในการเก็บข้อมูลและการได้มาซึ่งข้อมูลที่สมบูรณ์ การเลือกวิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบใดขึ้นอยู่กับตัวผู้วิจัยคิดว่าวิธีใดเหมาะสมกับปัญหาการวิจัยมากที่สุด รวมทั้งผู้วิจัยมีความเข้าใจในกระบวนการการวิเคราะห์เป็นอย่างดี (จอห์นพะจง เพ็งจาด, 2546) ซึ่งในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาได้มีนักวิจัยหลายท่านได้เสนอแนะขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ (Streubert and Carpenter, อ้างถึงใน จอห์นพะจง เพ็งจาด, 2546) ซึ่งหลักการวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวมประกอบด้วย

1. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องหรือข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยการฟังเทปพร้อมกับการอ่านคำถอดเทปไปพร้อม ๆ กัน

2. จัดกลุ่มข้อมูลโดยพิจารณาเลือกคำหรือประโยคแสดงความหมายในกลุ่มข้อมูลนั้น ๆ (Coding)

3. ทำความเข้าใจและจัดกลุ่มข้อมูล โดยพิจารณาความสอดคล้องและความสัมพันธ์ของประโยค หรือกลุ่มคำที่จัดไว้ (Thematic analysis)

4. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการจินตนาการ (Imaginative variation) ในการวิเคราะห์ประเด็น (Themes) ที่เกิดขึ้นจากกลุ่มข้อมูลที่จัดกลุ่มไว้

5. ผู้วิจัยเขียนผลของการวิจัย โดยเชื่อมโยงประเด็นที่เกิดขึ้นเข้าด้วยกันในการบรรยายปรากฏการณ์ที่ศึกษา

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Shama และคณะ (1996) ศึกษาปัจจัยทำนายผลของประสิทธิภาพในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบความคืบหน้า คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด 3 เดือน จำนวน 144 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทำนายผลของประสิทธิภาพในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมาก มีรูปแบบของข้อเข่าเทียม ด้านจิตสังคม และลักษณะประชากร ร้อยละ 27, 19, 4 ตามลำดับ ซึ่งด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์แบบมีนัยสำคัญต่อผลของประสิทธิภาพในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Birdsall และคณะ (1999) ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบความคืบหน้า โดยใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ขึ้นไป จำนวน 119 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามภาวะสุขภาพก่อนและหลังผ่าตัด 3 เดือน 12 เดือน ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่า หลังการผ่าตัด 3 เดือน ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพของดีขึ้นเกือบทุกด้าน ได้แก่ ความปวด การพักผ่อนนอนหลับ การเคลื่อนไหว อารมณ์ความรู้สึก และการใช้กำลัง ยกเว้นด้านสังคมซึ่งไม่เปลี่ยนแปลง

Moon และ Backer (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังต่อผลลัพธ์และพฤติกรรมหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive correlational) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบคัดกรองคุณสมบัติที่กำหนดโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมครั้งแรก จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามที่พัฒนาจากของ Oetker- Black and Taunton (1994) ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายเดียวของตัวแปรตามอื่น โดยระดับความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่สูงจะสัมพันธ์กับระยะทางของการลุกเดินหลังผ่าตัด ซึ่งจะใช้เวลาที่นานขึ้นและความถี่ที่บ่อยขึ้น ตลอดจนการบริหารขาที่เพิ่มขึ้น

Jones และคณะ (2001) ศึกษาผลของอายุต่อความเจ็บปวด การทำหน้าที่ของข้อเทียม และคุณภาพชีวิตหลังเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและข้อเข่าเทียม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบความคืบหน้าเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างอายุ 55 – 79 ปีและกลุ่มตัวอย่างอายุ 80 ปีขึ้นไป โดยใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบคัดกรองคุณสมบัติที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและข้อเข่าเทียม จำนวน 558 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความเจ็บปวด การทำหน้าที่ของข้อเทียม และคุณภาพชีวิตหลังเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและข้อเข่าเทียม ผลการวิจัยพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ในความเจ็บปวด การทำหน้าที่ของข้อเทียม หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและ 6 เดือนหลังการผ่าตัด แต่จากการเปรียบเทียบจากอาการและภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุ 80 ปีขึ้นไปมีการย้ายไปที่หน่วยฟื้นฟูมากกว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 55 – 79 ปี

Montin , Suominen, และ Leino-Kilpi (2002) เกี่ยวกับประสบการณ์การของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียม จำนวน 21 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีอาการปวดจนทำให้ผู้ป่วยขาดการพักผ่อน มีความลำบากในการเคลื่อนไหวและผลของความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่อยู่ในระดับต่ำ ในด้านจิตใจนั้นผู้ป่วยเกิดความกลัวผลการผ่าตัดที่จะออกมาไม่ดี หรือกลัวภาวะแทรกซ้อนบริเวณแผลที่ได้รับการผ่าตัดไป อีกทั้งการรอผ่าตัดที่นาน ทำให้พวกเขาเกิดความไม่แน่ใจและรู้สึกไม่ดีกับการรอคอย

Figaro และคณะ (2005) ศึกษาผู้สูงอายุชาวแอฟริกาใต้ที่ประสบกับโรคข้อเข่าเสื่อมที่ยอมรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชาวแอฟริกาใต้ที่อายุมากกว่า 50 ปี ที่มีอาการปวดเข่า ข้อเข่าติดหนึ่งข้างหรือสองข้าง ซึ่งทำให้เดินลำบากและช้าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 52 ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเชื่อว่า การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นวิธีการรักษาที่ไม่ได้ประสิทธิภาพ และกลัวการตัดกระดูก กลัวความตาย กลัวเจ็บ กลัวการอยู่โรงพยาบาล กลัวการรักษาของแพทย์ กลัวว่าจะเกิดความพิการและกลัวสิ่งที่ไม่รู้ ในระยะก่อนผ่าตัดต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด และต้องการได้รับการดูแลอย่างรอบคอบและด้วยความตั้งใจจากเจ้าหน้าที่

Harnirattisai และ Johnson (2005) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุหลังเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1986,1997) เป็นแนวทางศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบคัดกรองคุณสมบัติที่กำหนดและสุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและมารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มทดลอง มีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ความคาดหวังต่อการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีออกกำลังกายและการเดินที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสามารถของด้านร่างกาย มีการปรับปรุงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง 2 และ 6 สัปดาห์

ทัศนีย์ รวีวรกุล (2542) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว ความไม่สุขสบายจากโรคข้อเข่าเสื่อม และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบคัดกรองคุณสมบัติที่กำหนดและเลือกเข้ากลุ่มโดยการจับฉลาก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมครั้งแรก จำนวน 42 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ในด้านความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความไม่สุขสบายจากโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กันยา ออประเสริฐและคณะ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุขณะรับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก รูปแบบการวิจัยแบบสหสัมพันธ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยชายโรคต่อมลูกหมากโตที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากด้วยวิธีการส่องกล้องทางปัสสาวะ จำนวน 100 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ

ของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอายุเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุขณะมารับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ได้ร้อยละ 15.85 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

ประณิต ส่งวัฒนาและคณะ (2543) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ความต้องการดูแลและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้เข้ารับการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วย 13 ราย สทนากลุ่มญาติและพยาบาลจำนวน 6 กลุ่ม ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) ผู้สูงอายุรับรู้ต่อการผ่าตัดว่าเป็นการช่วยให้หายปวดทรมานแล้วแต่แพทย์จะรักษาและต้องการการดูแลใกล้ชิดจากแพทย์ มีญาติมาเฝ้า รวมทั้งได้ข้อมูลที่เป็นจริง และช่วยคำปรึกษาเมื่อไม่มีแหล่งช่วยเหลือ แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่ต้องการทราบข้อมูลก่อนและหลังการผ่าตัดเพราะเชื่อมั่นในวิธีการรักษาของแพทย์ 2) แต่ญาติส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ต้องการข้อมูลก่อนและหลังการผ่าตัด บางรายไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทราบ จึงตัดสินใจแทนผู้ป่วยเสมอ ดังนั้นญาติจึงสะท้อนความรู้สึกถึงความต้องการของผู้สูงอายุว่า ต้องการให้การพยาบาลช่วยเหลือดูแลเวลาญาติไม่อยู่ พุดดี ทำดี และอนุญาตให้เฝ้าไข้บางกรณี ปรับเวลาเยี่ยมและให้ความสนใจเรื่องปวดของผู้ป่วย โดยญาติเน้นถึงกิจกรรมที่สำคัญต้องให้คือ กำลังใจ ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ตอบสนองความต้องการที่ไม่ขัดกับความเชื่อ รวมทั้งเข้าใจความรู้สึกและสื่อสารกับผู้ป่วยที่เหมาะสม 3) ส่วนพยาบาลรับรู้ว่าการผ่าตัดในผู้สูงอายุ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายด้าน บางรายผ่าแล้วทรมาน จึงไม่สนับสนุนให้ผ่าตัดและเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ แม้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองก่อนผ่าตัดได้ค่อนข้างดี แต่ระบุต้องการการดูแลฉุกเฉิน

สุภาพ อารีเอื้อและคณะ (2543) ศึกษาปัจจัยบางประการ ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด รูปแบบการวิจัยเป็นเชิงบรรยายแบบติดตามไปข้างหน้า คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทั่วไปที่แผนกศัลยกรรม จำนวน 71 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองก่อนผ่าตัด แบบวัดความสามารถในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด และแบบวัดการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง

ก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวฟื้นฟูหลังผ่าตัด ความสามารถในการกระทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ หลังการผ่าตัดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดในระดับสูง ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์

สุภาพ อารีเอื้อ และคณะ (2544) ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อน และหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบติดตามไปข้างหน้า คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่รอการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและหลังเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแล้ว 3 เดือน จำนวน 100 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบวัดภาวะสุขภาพผู้ป่วยด้วยแบบวัดผลกระทบของโรคข้ออักเสบต่อภาวะสุขภาพของมีนนาน (1992) ผลการวิจัยพบว่า ผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดข้อจำกัดหรือปัญหาในเรื่องการเคลื่อนไหว การเดินและการก้มตัว กิจกรรมการดูแลตนเอง การทำงานบ้าน กิจกรรมทางสังคม แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อน ความปวด ความตึงเครียด และอารมณ์ความรู้สึก กลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยหลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในด้านการเดินและก้มตัว กิจกรรมการดูแลตนเอง ความปวด อารมณ์ความรู้สึก และภาวะสุขภาพโดยรวม ส่วนด้านการเคลื่อนไหว การทำงานบ้าน และกิจกรรมทางสังคมพบว่าดีขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กมลพรรณ หอมนาน (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลบทบาทของญาติผู้ดูแล สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของพยาบาลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกและข้อ รูปแบบการวิจัยเป็นแบบเชิงบรรยาย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกและข้อ จำนวน 150 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของบทบาทของญาติผู้ดูแลสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกและข้อโดยรวมอยู่ในระดับมาก ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บทบาทของญาติผู้ดูแล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกและข้อ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และบทบาทของญาติผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของพยาบาลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกและข้อ พบว่า ความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นฤมล อังนันทน์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต่อการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว และความพึงพอใจ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบคัดกรองคุณสมบัติที่กำหนดและการสุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอายุ 50 ปีหรือมากกว่าที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสอนผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดต่ำกว่า การเดินหลังผ่าตัดบ่อยกว่า ระยะทางมากกว่า องศาของการงอเข่ามากกว่า ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวมากกว่า และมีความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดหลังการผ่าตัดวันแรก การไต่ยาระงับปวดหลังการผ่าตัด การเริ่มต้นเดินหลังการผ่าตัด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดระหว่างสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

6. สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าแนวคิดและงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ดังนี้

โรคข้อเข่าเสื่อมจะพบมากในผู้สูงอายุ โดยพบว่า คนที่มีอายุ 80 ปี มีอุบัติการณ์เป็นข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 50 ซึ่งมีสาเหตุของโรคหลายอย่างทั้งอายุ เพศ การประกอบอาชีพ และการทำกิจกรรมต่าง ๆ การเจ็บป่วยจะมีอาการเรื้อรัง ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรคในแต่ละคน โดยจะมีอาการปวดข้อเข่าในระยะแรกและรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้มีการผิดรูปของข้อกล้ามเนื้อลีบไม่แข็งแรง จากอาการเจ็บป่วยที่เรื้อรังทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการปวดและเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การรักษาโดยยา การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู การดูแลแบบทางเลือก เป็นต้น ซึ่งการรักษาด้วยวิธีการที่กล่าวมา สามารถช่วยทุเลาอาการของโรค แต่ไม่ทำให้หายขาดได้

ปัจจุบันมีเทคโนโลยีและอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย จึงมีการพัฒนาวิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้วิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เป็นรูปร่างและออกแบบให้ชดเชยกระดูกต่าง ๆ ของข้อเข่า ซึ่งข้อเข่าเทียมมีการพัฒนารูปแบบและอายุการใช้งานที่สูงขึ้น ปัจจุบันจึงมีข้อเข่าเทียมหลายชนิดที่จะนำมาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ประกอบกับคุณสมบัติตามข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม แต่ผู้สูงอายุจะยอมรับและเลือกวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นวิธีการสุดท้าย (Figaro et. al, 2005)

เนื่องจากการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีค่าใช้จ่ายที่สูง จึงมีผลต่อการตัดสินใจของผู้สูงอายุและครอบครัว ดังนั้นก่อนที่จะตัดสินใจผ่าตัดผู้สูงอายุจึงแสวงหาข้อมูลทั้งด้านบวกและด้านลบ เพื่อให้ได้รับความคุ้มค่าในการรักษาด้วยวิธีการนี้ อีกทั้งการเข้ารับการผ่าตัดถือได้ว่าเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้สูงอายุ จึงทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลในด้านต่าง ๆ ทั้งวิธีการผ่าตัด ด้านเศรษฐกิจและความตาย (Neugent, 1981) เนื่องจากสภาวะสุขภาพที่มีความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ของร่างกายและการฟื้นฟูสภาพสู่ปกติลดลง อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดนั้น มีความต้องการหายปวดและพ้นจากความทรมานของอาการที่เป็นอยู่ โดยแพทย์ผู้รักษาเป็นผู้ตัดสินใจและเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดต่อความสำเร็จของการผ่าตัด รวมทั้งการได้รับการดูแลและคำแนะนำในการปฏิบัติตนจากเจ้าหน้าที่ (Figaro et.al, 2005) ซึ่งในระยะการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดนั้น ผู้สูงอายุต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านและการดำเนินชีวิตหลังการผ่าตัดมากที่สุด (ชนิษฐา นาคะ, 2534) ดังนั้นการให้ข้อมูลและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (ทัศนีย์ ธีรวิฑูร, 2542) จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อประสิทธิภาพประสิทธิผลของการผ่าตัดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียม พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญและจำเป็นต้องยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) โดยครอบคลุมทั้งการป้องกัน การส่งเสริม การรักษาและการฟื้นฟู ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมมีงานวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยเน้นการส่งเสริมความรู้และการดูแลตนเอง ทั้งระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่จะศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มทั่วไป โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎี ในบริบทของผู้สูงอายุไทยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมยังไม่มีการศึกษาอย่างลึกซึ้ง ผู้วิจัยจึงเลือกการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่เป็นจริงที่สุดและจากผู้ประสบมาโดยตรง ซึ่งการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของนักปราชญ์แต่ละคน โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลให้เหมาะสมตามความคิดและความเชื่อนั้น ๆ จำเป็นต้องศึกษา ทำความเข้าใจกับความเชื่อของปรัชญาแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาก่อนดำเนินการวิจัย และเลือกใช้วิธีการวิจัย (Research Method) ที่เขียนบนพื้นฐานความเชื่อตามแนวคิดและการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl มาเป็นระเบียบวิธีในการวิจัย ที่เน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูลโดยปราศจากการตีความหมายของผู้วิจัย ค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิด

ลวงหน้าหรือถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (bracketing) (Koch, 1995) เพื่อให้สามารถรับรู้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่มีอยู่ได้ เพื่อบรรยายความเข้าใจในประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอย่างแท้จริง การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เน้นที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้การสังเกต การบันทึกที่สนทนาร่วมด้วย ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าวิธีการนี้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัยของผู้วิจัยมากที่สุดและใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Streubert and Carpenter, 2003) ที่เน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล โดยปราศจากการตีความหมายของผู้วิจัย ค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (bracketing) (Koch, 1995) เพื่อให้สามารถรับรู้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่มีอยู่ได้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอย่างแท้จริง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัยและผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือได้ ผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพตัวผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญที่สุด (นิศา ชูโต, 2545) ผู้วิจัยจึงมีการเตรียมตนเองดังนี้

1. ผู้วิจัยเป็นนิสิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตได้ลงทะเบียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติครบตามหลักสูตรที่กำหนดไว้ มีเนื้อหาวิชาครอบคลุมทั้งการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและชุมชน
2. ผู้วิจัยเป็นผู้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลตำรวจ ที่มีผู้สูงอายุเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลและดูแลผู้สูงอายุในระหว่างเข้ารับการผ่าตัด
3. การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาโดยการลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ ในระดับปริญญาโททางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ฝึกปฏิบัติโครงการนำร่องของการทำวิทยานิพนธ์ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ในการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการที่ผู้วิจัยศึกษาด้วยตนเองจากการอ่านตำรา เอกสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งเป็นผู้มีความชำนาญในการวิจัยเชิงคุณภาพ

4. การเตรียมความรู้ทางด้านเนื้อหาและแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้แก่ แนวคิดเบื้องต้น (Preconceived notion) เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามที่สามารถหาคำตอบในระดับลึก และให้ความพร้อมในการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึกนึกคิดที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ ก่อนการรับฟังและแปลความ การให้ความหมาย ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อระมัดระวังในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

5. ผู้วิจัยมีความตระหนัก (Awareness) ว่าตนเองเป็นผู้วิจัยเข้าสนาม เพื่อการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดความอคติจากการคาดเดาหรือมีแนวคิดล่วงหน้า โดยไม่ทำตัวว่าเป็นผู้รู้แล้ว เข้าใจแล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและเป็นจริงตามประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl ที่เน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล โดยปราศจากการตีความของผู้วิจัย ค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิดความเชื่อไว้ (bracketing) (Koch, 1995) และให้ผู้ข้อมูลหลักระลึกถึงเหตุการณ์ในขณะนั้น โดยผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้เล่าเรื่องราวด้วยตนเอง ซึ่งในบางครั้งผู้วิจัยไม่สามารถที่จะเก็บความคิดความเชื่อไว้ได้ โดยยังนำความรู้และประสบการณ์เดิมมาผสมผสานกับข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลหลัก แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นผู้วิจัยก็ได้พยายามอย่างเต็มที่ เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้ข้อมูลหลัก นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการฝึกฝนตนเองเกี่ยวกับเทคนิคการสัมภาษณ์โดยทั่วไป เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักและจริยธรรมในการวิจัย

6. ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตลอดการดำเนิน การวิจัยได้แก่ การสัมภาษณ์ การให้ความหมาย การจัดกลุ่มประเด็นความหมายและการเขียนอธิบายประเด็นอย่างละเอียด

ขั้นที่ 2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

พื้นที่ที่ศึกษา (Setting)

ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ที่จะทำการศึกษานี้โดย จะทำการหาผู้ให้ข้อมูลหลักจากห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกออร์โธปิดิกส์ของโรงพยาบาลตำรวจ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยมีความคุ้นเคยและสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลได้เป็นอย่างดีและมีผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับบริการโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจำนวนมาก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant)

ในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักนั้น จะใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงตามประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยการผ่าตัดที่ได้รับนานเกิน 3 เดือนไปแล้ว แต่ไม่เกิน 1 ปี ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักได้ผ่านช่วงวิกฤติของการผ่าตัด มีการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด และดำรงชีวิตภายหลังการผ่าตัดมาแล้วช่วงระยะเวลาหนึ่ง จนกระทั่งผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและความสามารถในการดำเนินต่าง ๆ ดีขึ้น (Birdsall et al., 1999) ทั้งนี้ช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเข้าไปศึกษาข้อมูลก็จะไม่เว้นระยะที่นานจนเกินไป เพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงสามารถบอกหรือระลึกได้ถึงประสบการณ์การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและรายละเอียดต่าง ๆ ได้ ซึ่งโดยทั่ว ๆ ไปผู้สูงอายุจะมีความจำในเรื่องราวที่สำคัญต่าง ๆ ได้ หากไม่เว้นระยะไว้ให้นานเกินไป (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544) และความทรงจำของบุคคลในเรื่องราวต่าง ๆ จะค่อย ๆ ลดลงภายหลังระยะเวลา 4 ปี (Linton 1975, cite in Badeley, 1999)

3. เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และทดสอบด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai 2002) ที่แปลและพัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น และสถาบันเวชศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้การคัดกรองสภาพสมองเกี่ยวกับความจำในผู้สูงอายุ โดยแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

3.1 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนขึ้นไป คะแนนเต็ม 23 คะแนน

3.2 ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษา ต้องมี 17 คะแนนขึ้นไป คะแนนเต็ม 30 คะแนน

3.3 ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษา ต้องมี 22 คะแนนขึ้นไป คะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้สูงอายุที่ทดสอบต้องมีคะแนนตามที่กำหนด จึงถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถตอบคำถามด้าน Recall ต้องมี 3 คะแนนเต็ม

6. การได้ยินปกติ สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาไทยได้

7. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

การได้มาและเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาค้างนี้ได้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยการค้นหาผู้ให้ข้อมูลหลักจากห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอร์โธปิดิกส์ของโรงพยาบาลตำรวจ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือผู้สูงอายุที่มารับการตรวจตามนัดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอร์โธปิดิกส์ โดยเลือกจากผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์กำหนด โดยผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนการขออนุญาตของโรงพยาบาลตำรวจและทำการประสานงานกับแพทย์และพยาบาลประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอร์โธปิดิกส์ พยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานเบื้องต้นและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยแก่ผู้สูงอายุและญาติ เพื่อให้ผู้สูงอายุตัดสินใจและยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้สูงอายุสนใจและยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษา ผู้วิจัยจึงเข้าไปแนะนำตัวเองตลอดจนอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักตามข้อความในคำชี้แจงและการคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามข้อสงสัยและทำการนัดวัน เวลา สถานที่ในการเก็บข้อมูล เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักมีความสะดวกในการสัมภาษณ์และการสัมภาษณ์เป็นไปอย่างราบรื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้างนี้ทำการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลัก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย ตัวผู้วิจัย เครื่องบันทึกเสียง และ แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ดังนี้

1. ตัวผู้วิจัย ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวผู้วิจัยถือว่ามีความสำคัญยิ่ง เพราะเป็นเครื่องมือในการวิจัยและเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องบันทึกเสียง เป็นอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขณะทำการสัมภาษณ์ทุกครั้ง โดยผู้วิจัยจัดหาเองและมีความพร้อมในการใช้งาน
3. แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai 2002) ที่แปลและพัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้การคัดกรองสภาพสมองเกี่ยวกับความจำในผู้สูงอายุ โดยแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 23 คะแนน) ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับ ประถมศึกษา ต้องมี 17 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) และผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่า ประถมศึกษาต้องมี 22 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)

4. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview guideline) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกภาคสนาม

การสร้างแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview guideline) นั้นผู้วิจัยสร้างโดยกำหนดข้อคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเป็นประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถตอบคำถามได้ตรงตามความต้องการและความรู้สึกที่แท้จริง และให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่ครอบคลุมตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา มีขั้นตอนรายละเอียดในการสร้างแนวคำถามดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม รวบรวมจำแนกเป็นหัวข้อกว้าง ๆ คัดเลือกประเด็นคำถาม เกี่ยวกับเรื่องที่สนใจจะสัมภาษณ์เพื่อใช้เป็นแนวคำถามในการสนทนา โดยมีความยืดหยุ่นตามการสนทนาไม่กำหนดจำนวนคำถามและลำดับคำถามเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถแสดงออกถึงการรับรู้ของตนเองได้อย่างอิสระ โดยการตั้งคำถามจัดแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 การแนะนำตัวผู้วิจัย การสัมภาษณ์เรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อสร้างสัมพันธภาพ

1.2 ใช้คำถามอุ่นเครื่อง เพื่อเปิดประเด็นกว้าง ๆ ในเรื่องที่ใกล้เคียงกับประเด็นที่สนใจสัมภาษณ์

1) สุขภาพของท่านตอนนี้เป็นอย่างไบบ้าง

2) ปัจจุบันท่านทำกิจกรรมอะไรบ้าง

1.3 คำถามหลัก เพื่อเข้าสู่ประเด็นในการสัมภาษณ์

1) การเจ็บป่วยจากโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ท่านเป็นอย่างไบบ้าง

2) ท่านลองเล่าความรู้สึกเมื่อตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมว่าเป็นอย่างไบบ้าง

1.4 คำถามเจาะลึก เพื่อเจาะเข้าสู่ประเด็นที่ละเอียดต่อไป เช่น

1) ผลกระทบจากโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้ท่านเป็นอย่างไบบ้าง

2) เมื่อเข้ารับการผ่าตัดท่านได้รับการดูแลหรือช่วยเหลือจากใครบ้าง

2. เมื่อผู้วิจัยลงภาคสนามเก็บข้อมูลได้ใช้แนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก หลังการสัมภาษณ์ในรายการแรก ๆ ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาได้นำบทสัมภาษณ์มาพิจารณา ถึงเทคนิคการสัมภาษณ์ความเหมาะสมและสอดคล้องของแนวคำถาม ทำการปรับแนวคำถาม เพิ่มเติมให้มีความเหมาะสม เพื่อนำไปใช้สัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

3. ตลอดช่วงระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบตนเองร่วมกับ อาจารย์ที่ปรึกษา ได้แก่ เทคนิคการสัมภาษณ์ การจัดกลุ่มประเด็นความหมาย และการให้ความ คุ่มครองสิทธิผู้ให้ข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึง ผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาล

2. เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บริหารโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการประสานงานโดย แนะนำตัวเองกับแพทย์และพยาบาลประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาล ตำรวจ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีและอธิบายเกี่ยวกับโครงการศึกษาวิจัยแก่แพทย์และพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินวิจัยและประโยชน์ของโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยได้ดำเนินตามขั้นตอนเพื่อการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยขอความร่วมมือจาก แพทย์และพยาบาลประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกออโรโธปิดิกส์ ให้ช่วยสอบถามและ ขออนุญาตตัวผู้ป่วยและญาติก่อนว่า ยินดีไหมที่จะให้ข้อมูลหรือรายละเอียดแก่นักวิจัยที่กำลัง ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีสิทธิ ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาและการปกป้องรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล หลัก หากผู้ป่วยและญาติยินดีและเต็มใจที่จะให้ข้อมูลหรือสนใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอแพทย์และพยาบาลเป็นผู้แนะนำตัวผู้วิจัย พร้อมทั้งอธิบายโครงการศึกษาวิจัย อย่างละเอียด

4. เมื่อได้ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลหลักยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการนัดหมายในการเยี่ยมบ้านหรือสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวก ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้สูงอายุแต่ละราย เพื่อแนะนำตัว และทำการคัดกรองผู้สนใจเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเบื้องต้น โดยใช้แบบทดสอบสภาพ สมองเบื้องต้นฉบับเบื้องต้นฉบับภาษาไทยและตรวจสอบคุณสมบัติอื่น ๆ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้หากพบว่าผู้สูงอายุที่ได้คะแนนไม่ผ่านตามเกณฑ์ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ผู้วิจัยจะให้

ความรู้และคำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุและญาติ พร้อมกับแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษาต่อไป แต่ในระหว่างคัดกรอง ไม่พบกรณีที่เป็นปัญหาดังกล่าว

ในการวิจัยครั้งนี้ มีผู้สูงอายุยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยจำนวน 15 ราย อย่างไรก็ตามในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุ 2 ราย ที่แจ้งความประสงค์ไม่เข้าร่วมสัมภาษณ์ให้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้สูงอายุรายแรกมีการนัดวันและเวลาในการสัมภาษณ์แล้ว ก่อนถึงวันที่เข้าไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกิดหกล้มที่บ้านพัก ทำให้ข้อเข่าที่เคยเข้ารับการผ่าตัดหกลมและเดินลำบาก แพทย์จึงแนะนำให้เข้ารับการผ่าตัดแก้ไข ทำให้ผู้วิจัยเกรงว่ากระทบกระเทือนจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งกำลังอยู่ในภาวะที่ไม่พร้อมที่จะให้สัมภาษณ์ ส่วนผู้สูงอายุอีกหนึ่งรายปฏิเสธการให้สัมภาษณ์เมื่อผู้วิจัยเดินทางไปสัมภาษณ์ที่บ้านพัก เนื่องจากไม่อยากให้มีการอัดเทปที่มีข้อมูลของตนเองไว้ แต่ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด จำนวน 9 ราย เนื่องจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 9 พบว่า มีการอึดอัดของข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้ยุติการเก็บข้อมูล

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ บทบาทผู้วิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ถามความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลประเมินตนเองว่า มีความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจในการให้สัมภาษณ์หรือไม่ ดังนี้

5.1 กรณีที่ผู้วิจัยสังเกตพบว่า ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในภาวะไม่พร้อมที่จะให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันทีและสอบถามความพร้อมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

5.2 กรณีผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมให้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแนวคำถาม และขออนุญาตทำการบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เทปบันทึกเสียงและแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะเก็บเป็นความลับในการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลหลัก และเทปบันทึกเสียงจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นตามกระบวนการ หลังจากนั้นทำการสัมภาษณ์ตามแนวทางการสัมภาษณ์ที่ได้กำหนดไว้ และการสัมภาษณ์จะสิ้นสุดลงเมื่อได้เนื้อหาตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยทั้งนี้ผู้วิจัยจะพิจารณาจากระยะเวลาการสนทนาที่กำหนดไว้ และยึดความพร้อมความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นเกณฑ์ในการสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ก่อนจบการสนทนาผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาคร่าว ๆ และกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลหลัก และทำการนัดเพื่อสนทนาครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กัน โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2549 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2549 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 9 ราย รายละ 1 - 2 ครั้ง โดยมี ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 3 รายที่ 4 รายที่ 5 และรายที่ 7 ได้ประเด็นที่ชัดเจนตามที่ต้องการ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการสัมภาษณ์เป็นครั้งที่ 2 เหมือนผู้ให้ข้อมูลหลักในรายอื่น ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ รวมจำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ทั้งหมด 16 ครั้ง โดยผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักที่บ้านจำนวน 7 ราย ยกเว้นผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 1 ที่สัมภาษณ์ภายหลังมาพบแพทย์ที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ที่บ้าน และผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 3 สัมภาษณ์ภายหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ที่ชมรมผู้สูงอายุศูนย์สาธารณสุขบ่อนไก่ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหลักรายนี้ไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ที่บ้าน

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเริ่มได้ข้อมูลที่มีประเด็นซ้ำกันในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในรายที่ 5 แต่ยังพบว่ายังมีประเด็นใหม่เพิ่มขึ้นมาอีก ผู้วิจัยจึงทำเก็บข้อมูลต่อไปเรื่อย ๆ จนถึง การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 9 พบว่ามีการอิ่มตัวของข้อมูล คือมีประเด็นซ้ำกันและไม่มีประเด็นใหม่ที่เพิ่มมา จึงได้ยุติการเก็บข้อมูล การศึกษาครั้งนี้จึงมีผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 9 คน และเป็นเพศหญิงทั้งหมด

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการพิจารณาการดำเนินการวิจัยของสภามหาวิทยาลัยและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความยินยอมอย่างสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลหลัก หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด บอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ วิธีการสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่สัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ เพื่อประกอบในการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วนและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยยืนยันกับผู้ให้ข้อมูลหลักถึงการรักษาความลับด้วยการทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัย รวมทั้งทำการปกปิดชื่อและข้อมูลรายละเอียดยของผู้ให้ข้อมูลหลัก การนำข้อมูลเอกสารการสัมภาษณ์ไปอภิปราย เผยแพร่ ในลักษณะข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักโดยรวมและเฉพาะการนำเสนอเชิงวิชาการเท่านั้น ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถที่จะไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจหรือยุติการให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้การซักถามข้อสงสัย

ให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ มีการเซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่าง ๆ ไว้อย่างปลอดภัย

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ตามกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นเก็บข้อมูลจนถึงสิ้นสุดการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งเป็นวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้กับการวิจัยเชิงคุณภาพโดยทั่วไป โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยทำการถอดข้อความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนา (Transcribe) อ่านบทสนทนา ร่วมกับการฟังเทปซ้ำเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และอ่านบทสนทนาซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจร่วมกับบันทึกสนทนา เพื่อทบทวนเหตุการณ์และเติม (Supply) ข้อมูลที่หายไป พร้อมทั้งอ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัด (Line by line) และให้รหัสข้อมูล (Code units of data)
2. ผู้วิจัยทำการจัดกลุ่มข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย และจัดกลุ่มข้อมูลตามรหัสข้อมูล โดยแยกข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันรวมไว้เป็นกลุ่มเดียวกัน พร้อมทั้งเลือกบทสนทนาที่มีรหัสข้อมูลนั้นออกไว้ตามกลุ่มข้อมูลเช่นเดียวกัน
3. ต่อจากนั้นผู้วิจัยอ่านและทำความเข้าใจในความหมายที่เป็นไปได้ของบทสนทนาในแต่ละกลุ่มข้อมูล เพื่อทำการวิเคราะห์หาความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของข้อมูลในผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย พร้อมทั้งทำการตีความกลุ่มข้อมูลที่ได้ตามความเหมาะสมเพื่อสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล
4. นำข้อมูลที่จัดเป็นหมวดหมู่ของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย รวบรวมมาจัดทำ การสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล (Developing categories) โดยเริ่มจากการแยกเป็นหมวดหมู่ย่อย (Subcategories) หมวดหมู่ข้อมูลสำคัญ (Categories) และประเด็น (Theme) จากการศึกษา
5. เขียนภาพโครงสร้างของข้อมูลที่จัดเป็นหมวดหมู่และประเด็น เพื่อสื่อข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview guideline) ตามประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-Theme) ที่ค้นพบ เพื่อที่จะบรรยายการวิเคราะห์ข้อมูลให้เห็นภาพและสื่อสารผลการวิจัยที่ชัดเจนขึ้น

6. ผู้วิจัยทำการเขียนอธิบายความหมายหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้ตามประเด็นหลักและประเด็นย่อย โดยเลือกบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีความชัดเจนและสอดคล้องในการให้ความหมายหมวดหมู่ของข้อมูลมาสนับสนุนการเขียนอธิบาย

7. เขียนสรุปรายงานการวิจัย โดยอธิบายความ เชื่อมโยงและความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่ได้กับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบความเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ (Lincoln and Guba. 1985) ตามขั้นตอนดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลมีความตรงเชื่อถือได้ผู้วิจัยกระทำดังนี้

1.1 มีการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจนซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนการได้มาและเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษา เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษาอย่างแท้จริง มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดตรวจสอบได้ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความ ผู้วิจัยทำการถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำและตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์โดยการฟังเทปซ้ำ

1.2 ผู้วิจัยมีสัมพันธภาพที่ดีและได้รับความไว้วางใจจากผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยมีการแนะนำตัว กล่าวถึงรายละเอียดของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ตลอดทั้งก่อนเริ่มสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะซักถามผู้สูงอายุด้วยคำถามทั่ว ๆ ไปอย่างเป็นกันเอง

1.3 ผู้วิจัยตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

1.4 ผู้วิจัยตระหนักถึงบทบาทของผู้วิจัย ในการพักความคิดของตนเอง (Bracket) ตลอดกระบวนการวิจัยคือ ช่วงก่อนเข้าสนามการวิจัยผู้วิจัยไม่นำความรู้จากการทบทวนเข้ามาปะปนกับความรู้ที่ได้ในสนามการวิจัย ช่วงเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยตระหนักถึง การไม่ใช่คำถามนำ การเป็นผู้ฟังที่ดี พร้อมทั้งจดบันทึกความคิดในแบบบันทึกภาคสนาม และนำกลับมาทบทวนทุกครั้งหลังเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ในช่วงการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยตระหนักถึงการพักความคิดความรู้เดิมตลอดเวลา วิเคราะห์ข้อมูลโดยไม่ใส่ความคิดของตนเองและให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบข้อมูลที่วิเคราะห์ได้

2. การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) จากผลการวิจัยจะไม่นำไปอ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งมีกรณีปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกันกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

3. การมีเกณฑ์พึ่งพาอื่น ๆ (Dependability) คือ การใช้ระเบียบวิธีวิจัยในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน โดยการนำเสนอข้อมูลอย่างละเอียด ถูกต้อง ประเด็นหลักและรายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูลได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา

4. มีการยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ประกอบด้วย

4.1 มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดการบันทึกไว้อย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง การถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) และข้อมูลการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนโดยการฟังซ้ำ

4.2. ผู้วิจัยใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล (Direct quotes) และคำพูดมีความสอดคล้องสามารถนำเสนอให้เห็นถึงประเด็นต่าง ๆ ในการวิเคราะห์แปลความหมายข้อมูลอย่างชัดเจน

4.3 การสรุปข้อมูลในขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ การให้รหัสข้อมูล (Coding) การจัดกลุ่มข้อมูล (Category) การสรุปประเด็น (Theme) ได้รับการทบทวนจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาโท

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Descriptive phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl (Streubert and Carpenter, 2003) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์อย่างเจาะจง การวิจัยนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกตและการบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions) ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า มีการอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) ในผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 9 ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2: ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ประกอบด้วยประเด็นหลัก 3 ประเด็นใหญ่ ได้แก่ 1) มองย้อนการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อม 2) แสวงหาวิธีการรักษาและดูแลตนเอง 3) ตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด 4) รับรู้การผ่าตัด และ 5) ดำเนินชีวิตกับข้อเข่าใหม่

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

ในการศึกษานี้มีผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวนทั้งสิ้น 9 ราย ซึ่งทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 66 – 82 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่ 6 ราย และหม้าย 3 ราย การประกอบอาชีพก่อนเกษียณอายุ รับราชการ 3 ราย ค้าขาย 5 รายและรับจ้าง 1 ราย ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 7 รายมีรายได้ที่เพียงพอและอีก 2 ราย มีรายได้ไม่เพียงพอ ทั้งนี้เป็นการประเมินลักษณะรายได้จากการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังแสดงในตารางที่ 1 และจำแนกเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายในตารางที่ 2 ทั้งนี้ในตารางที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 9 ราย ผู้วิจัยใช้รหัส ID (Identification) แทนผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย

ตารางที่ 1: ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ราย)
เพศ	
หญิง	9
อายุ	
60-70 ปี	4
71-80 ปี	4
81-90 ปี	1
สถานภาพสมรส	
คู่	6
หม้าย	3
ศาสนา	
พุทธ	9
ระดับการศึกษา	
ปริญญาโท	1
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	1
มัธยมศึกษาตอนต้น	1
ประถมศึกษา	6
อาชีพก่อนเกษียณ	
รับราชการ	3
ค้าขาย	5
รับจ้าง	1
อาชีพปัจจุบัน	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9
สถานภาพทางการเงิน	
เพียงพอ	7
ไม่เพียงพอ	2

ตารางที่ 2: ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามราย

ID	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	สถานภาพสมรส	อาชีพก่อนเกษียณ	ความพอเพียงของรายได้	การอยู่อาศัย
ID 1	หญิง	75	ประถมศึกษาปีที่ 4	หม้าย	ค้าขาย	พอเพียง	อาศัยอยู่กับบุตร
ID 2	หญิง	82	ประถมศึกษาปีที่ 4	หม้าย	ค้าขาย	พอเพียง	อาศัยอยู่กับบุตร
ID 3	หญิง	73	ประถมศึกษาปีที่ 4	หม้าย	รับราชการ	ไม่พอเพียง	อาศัยอยู่กับน้อง
ID 4	หญิง	73	ปริญญาโท	คู่	รับราชการ	พอเพียง	อาศัยอยู่กับบุตร
ID 5	หญิง	67	ประถมศึกษาปีที่ 4	คู่	รับจ้าง	พอเพียง	อาศัยอยู่กับบุตร
ID 6	หญิง	73	ประถมศึกษาปีที่ 4	คู่	ค้าขาย	พอเพียง	อาศัยอยู่กับบุตร
ID 7	หญิง	68	ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	คู่	รับราชการ	ไม่พอเพียง	อาศัยอยู่กับบุตร
ID 8	หญิง	69	ประถมศึกษาปีที่ 4	คู่	ค้าขาย	พอเพียง	อาศัยอยู่กับบุตร
ID 9	หญิง	66	มัธยมศึกษาตอนต้น	คู่	ค้าขาย	พอเพียง	อาศัยอยู่กับบุตร

ส่วนที่ 2: ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ผลการศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับ ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยแบ่งเป็นประเด็นใหญ่ ๆ ได้ 5 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 มองย้อนการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุคิดถึงเหตุของการเจ็บป่วย โดยเชื่อว่าสาเหตุมาจากอดีตที่ผ่านมาของตน 1) จากการประกอบอาชีพ และ 2) การดำรงชีวิตประจำวันหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ประเด็นหลักที่ 2 แสวงหาการรักษาและดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในขณะที่เจ็บป่วยมีอาการแสดงต่าง ๆ โดยเฉพาะการปวดข้อเข่า ทำให้ผู้สูงอายุต้องทุกข์ทรมาน และส่งผลกระทบต่อในด้านต่าง ๆ ผู้สูงอายุจึงพยายามแสวงหาวิธีการรักษาและดูแลตนเอง ด้วยวิธีการดังนี้ 1) บรรเทาอาการด้วยตนเอง 2) ใช้วิธีการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน และ 3) ได้รับข้อมูลการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ

ประเด็นหลักที่ 3 ตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้าใจถึงภาวะสุขภาพและผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคข้อเข่าเสื่อม เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะทนทุกข์ทรมานจากความปวดและผลกระทบในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ จึงต้องตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า 1) อยากหายจากความปวด อยากช่วยเหลือตนเองได้ และมีความรู้สึกเบื่อหน่ายวิธีการรักษา 2) ได้รับข้อมูลสนับสนุนให้ผ่าตัดจากการสนับสนุนของครอบครัว คำแนะนำจากแพทย์ ผู้ที่เคยมีประสบการณ์ และศึกษาจากเอกสารต่าง ๆ และ 3) กลัวแต่ทำใจยอมรับการผ่าตัด

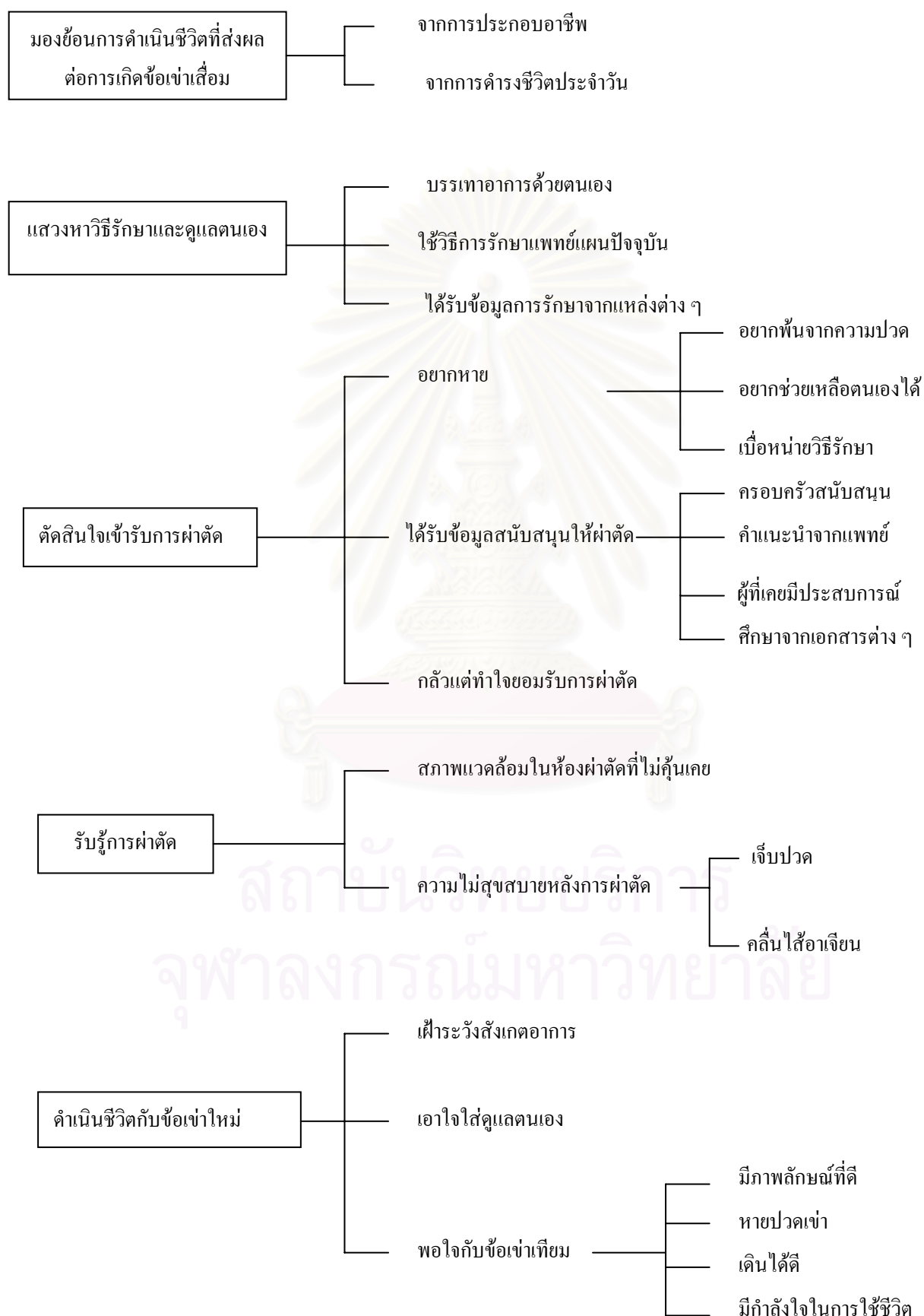
ประเด็นหลักที่ 4 รับรู้การผ่าตัด คือ ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้สูงอายุขณะเข้ารับการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ผู้สูงอายุให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับ 1) สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดที่ไม่คุ้นเคย และ 2) ความไม่สบายหลังการผ่าตัด โดยผู้สูงอายุได้รับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและมีกลิ่นใส่อาเจียน

ประเด็นหลักที่ 5 ดำเนินชีวิตกับข้อเข่าใหม่ หมายถึง เมื่อช่วงเวลากการผ่าตัดผ่านพ้นไป ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงสุขภาพของตนเองและการดำเนินชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า 1) มีการเฝ้าระวังสังเกตอาการของตนเอง 2) เอาใจใส่ดูแลตนเอง และ 3) พอใจกับข้อเข่าเทียม โดยทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่ามีภาพลักษณ์ที่ดี หายปวดเข่า เดินได้ดีขึ้น และมีกำลังใจในการใช้ชีวิต

ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จากการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปเป็นแผนภาพเพื่อให้เข้าใจง่ายได้ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่ 1 สรุปประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม



ทั้งนี้รายละเอียดของข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ในแต่ละประเด็นหลัก มีดังนี้

1. มองย้อนการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุคิดถึงเหตุของการเจ็บป่วย โดยเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากอดีตที่ผ่านมาของตน จากการประกอบอาชีพ การดำรงชีวิตประจำวันหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การนั่งสมาธิ การยกของหนัก การทำงานบ้าน เป็นต้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักมีความรู้สึกที่ตนเองใช้งานข้อเข่ามากเกินไปในการเดิน การยืน การนั่ง เพื่อการประกอบอาชีพหรือการดำรงชีวิตประจำวัน จึงส่งผลทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังรายละเอียด 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

1.1 จากการประกอบอาชีพ คือ ผู้สูงอายุคิดว่าตนเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากที่มึการใช้งานของข้อเข่าในประกอบอาชีพ ที่ต้องใช้การยืน การเดินหรือการนั่งสมาธิเป็นประจำนั้น ทำให้เป็นสาเหตุของการเกิดข้อเข่าเสื่อมได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“เริ่มรู้สึกปวดหัวเข่าตั้งแต่ก่อนที่จะเกษียณไม่นานนะค่ะ ช่วงนั้นป่าสอนหนังสือมาก ยืนมาก ช่วงที่จะอบรมวิชาชีพประชาชนต้องยืนจันทร์ถึงเสาร์ ทุก 4 อาทิตย์ ช่วงนั้นจะเปิดคนมาเรียนกันมากเปิด 4 รุ่น หยุดวันอาทิตย์วันเดียว และตลอดเวลา 6 วัน ต้องเดินทั่วห้องตั้งแต่เช้าถึงเย็น ทำทั้งวันต้องเดินดูของ สอนเค้าทำตามโต๊ะ ก็มีผู้ช่วยแต่มันไม่พอเพราะคนเรียนตั้งเยอะ 40 คน ต่อรุ่นก็ต้องเดินดูให้หมดก็ต้องให้เค้าทำให้ดี แต่ว่ามันก็เลยเป็นสาเหตุอันนั้น และอีกอย่าง ป้าเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาของชมรมพุทธ ตามเด็กและก็ตื่นแต่เช้าไปนั่งสมาธิกับเค้าชมรมใกล้ที่ทำงาน ที่บ้านก็ทำวัตรเช้าเย็น” (ID 4 L: 57-65)

1.2 จากการดำรงชีวิตประจำวัน คือ ในอดีตนั้นผู้สูงอายุเคยทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือดำรงชีวิตที่ต้องใช้งานข้อเข่าเป็นประจำและมีการทำกิจกรรมที่มีการเพิ่มการทำงานของข้อเข่าให้หนักยิ่งขึ้น เช่น การยกของหนักหรือหิ้วของหนักเป็นประจำ และการทำความสะอาดบ้าน กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุบางรายมีความรู้สึกว่าการดำรงชีวิตประจำวันเป็นสาเหตุของโรคข้อเข่าเสื่อม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ต้องแน่ทีเดียว เราไปยกของหนักมาก เริ่มเป็นมันขึ้นบันไดมากและก็หิ้วน้ำหนักมาก ตอนนั้นลูกยังเล็ก ๆ เราก็ก้าวเด็กมันทำ กลัวขาแข็งเค้าไม่ดี เราก็กินเองเนี่ยก็เป็นแบบนี้ไง เค้าไปทำงานกันหมดเราก็กินเอง พอทำขึ้นมาโอ้โฮ เป็นแกลลอนไม่ใช่เป็นถัง ขึ้นไปตั้ง 4 ครั้งไปเทให้เต็มโอ้โฮ มันเป็นขึ้นมาเลยฉันไม่เคยเป็นเลย ” (ID 6 L: 29-34)

“ที่เห็นข้อเข่าอาจจะว่าเราหิวของหนัก เพราะว่าเมื่อก่อนนี้ทำงาน เวลากลับบ้านที่ก็จะซื้ออาหาร ซื้อผลไม้เข้าบ้านเราก็จะหิวเป็นประจำ สมัยก่อนตรงนี้ก็ไม่มีก็ต้องมาเดินหน้าซอย มันก็อย่างเนี้ย แล้วอยู่ ๆ มันก็โน้นปวด เอ็มมันเป็นอะไรปวดเข่านึงยong ๆ ก็ปวด เอ็มเป็นอะไรก็ไม่ทราบ สาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร ก็ไม่ไปหาหมอนะ ก็ทนอยู่อย่างนั้น ซื้อยามาทาน ที่หลังรู้สึกทนมไม่ไหว ก็ไปโรงพยาบาล ก็เอกซเรย์ดู พอเอกซเรย์ดู เขาก็บอกป้าว่าเนี้ยเป็นโรคเรียกว่าเข่าเสื่อม เขาว่ายังเงี้ยไม่ใช่โรคกระดูกเสื่อม ไม่ใช่เขาเรียกว่าเข่าเสื่อมที่หัวเข่า” (ID 7 L: 12-21)

“ตอนนั้นก็คือ เริ่มจากดูแลบ้าน ทำงานบ้านหรืออะไรต่ออะไรอย่างนี้ ตอนหลังทำไมไม่ไหวเพราะมันปวดไปหมดเข่านะ ปวดหัวเข่าแล้วมันจี๊ด ๆ มากเลย แล้วก็ทนมไม่ไหว ไปหาคุณหมอ คุณหมอก็ให้ยาทาน ยาทานก็ประมาณ 2 ปีได้มั้ง แต่ว่าคุณหมอให้ X-ray เรื่อย เขาก็บอกว่าเป็นหัวเข่าเสื่อม ข้อเข่าเสื่อม” (ID 3 L: 17-21)

2. แสวงหาวิธีการรักษาและดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในขณะเจ็บป่วย มีอาการแสดงต่าง ๆ โดยเฉพาะการปวดข้อเข่า ทำให้ผู้สูงอายุต้องทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อในด้านต่าง ๆ ผู้สูงอายุจึงพยายามแสวงหาวิธีการรักษาและดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความปวด โดยระยะแรกของการเจ็บป่วยผู้สูงอายุใช้วิธีการต่าง ๆ โดยการบรรเทาอาการด้วยตนเอง เมื่อผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นและได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดเข่า จึงเริ่มเข้ารับการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายได้รับข้อมูลการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ ซึ่งการรักษาเหล่านี้สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุบรรเทาอาการต่าง ๆ ได้ในระยะแรก แต่ยังคงมีความทุกข์ทรมานจากความปวดต่อไปอย่างเรื้อรัง ซึ่งวิธีการรักษาหรือการดูแลตนเองนั้น ไม่ทำให้ผู้สูงอายุหายจากการปวดข้อเข่าได้ ดังรายละเอียด 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.1 บรรเทาอาการด้วยตนเอง คือ เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดเข่า ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามรักษาตนเอง โดยเลือกใช้วิธีการรักษาแบบต่าง ๆ เช่น การรับประทานยาแก้ปวด พั่นด้วยผ้ายืด การนวดตามหมอนวดตามบ้าน ประคบร้อน ประคบเย็น การออกกำลังกายข้อเข่า เป็นต้น ซึ่งวิธีการต่าง ๆ นี้จะช่วยบรรเทาอาการปวดให้ลดลง และสามารถบรรเทาได้ชั่วคราว แต่ไม่หายขาด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ก็เคยใช้ผ้า ผ้ายืดพันช่วย ช่วยให้ดีขึ้น ก็พอใช้ได้เรียกว่า เราพอไปพอมมาได้ พุงก็ช่วยได้นานเหมือนกัน แต่ว่ามันไม่ได้หายขาด ถ้าเผื่อว่าปวดหนัก ๆ ก็ฝังไฟ เช่นว่า เราก่อไฟ หรือถ้ามีเตาถ่านหรือมีความร้อน ผ้าร้อน เอามาปิด ความร้อนก็ช่วยได้บ้าง เราเอามาประคบ ที่ข้อเข่า.... ตอนเราเริ่ม ๆ เป็น เราจะทานยาแก้ปวดระดับไปชั่วคราว พอหมดฤทธิ์ยาแล้วก็เหมือนเดิม ” (ID 1 L: 29 -34, 40-41)

“หมอมตามบ้าน ยาทา ทาไปเรื่อย มันปวด ยายก็ทาพัน ๆ ให้มันหายปวด อะไรยังงี้ อะไรที่เขาบอกว่ายืด กินแล้วยืดทาแล้วมันยืดจนดกก็เอา แล้วหมอก็ไปหาหมอมตามบ้าน ไปเถาะนวดไอนั้น ชั่วโมงละ 100 ชั่วโมงละ 50 ยายก็ไปนวด....พอนวดกลับมาก็หาย หายอีกสักสองสามวัน ก็ปวดอีก ปวดแล้วก็ไปนวดอีก ไปอยู่ยงนี้ไปเรื่อย” (ID 2 L:103-107, 110-111)

“พอปวดขึ้นมากก็ลงนอน ยาก็จะบรรเทาไปได้ ไม่หายเลย บางครั้งปวดมากก็ประคบน้ำแข็งแล้วก็ทานนั้น แล้วก็ใช้กระเป๋าน้ำร้อนก็ทุเลาไปได้” (ID 3 L:166-174)

2.2 ใช้วิธีการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน คือ การที่ผู้สูงอายุพยายามแสวงหาวิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยทั้งนี้เนื่องจากโรคข้อเสื่อมเป็นโรคที่เรื้อรัง ถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีการบรรเทาอาการปวดด้วยตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ แต่ความรู้สึของผู้สูงอายุเป็นการหายปวดแค่ชั่วคราวถึงอย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจะยังคงมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดเข่าและค่อย ๆ รุนแรงขึ้นอีกทั้งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งแพทย์จะใช้วิธีการรักษาโดยให้ยาแก้ปวดมารับประทาน หรือใช้ยาทา อุดตราชาวด์ และการเจาะน้ำในข้อเข่า มีผู้สูงอายุบางรายที่รักษากับแพทย์ด้วยวิธีการต่าง ๆ แต่อาการปวดเข่าไม่ดีขึ้น จึงพยายามเปลี่ยนแพทย์ที่ให้การรักษา ซึ่งเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ผู้สูงอายุเชื่อว่าจะทำให้หายจากความทุกข์ทรมานจากความปวดได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“มันก็เลยเริ่มปวดหัวเข่า ปวดขนาดเดินไม่ได้ พอดีขึ้นตอนเย็นจะกลับบ้านก็เลยไปที่สถานพยาบาลของมหาวิทยาลัยเค้ามีหมอ จากภูมิพลหมอกกระดูกเฉพาะเลย เค้าเลยฉีดยาให้เข็มหนึ่ง ไม่รู้ว่าเป็นพวกสเตียรอยด์หรือเปล่าณะคะ ก็หายนะคะ หายปวดเดินได้ หลังจากนั้นพอเกษียณมาปากก็เลยไปที่ ร.พ. จุฬา ชมรมผู้สูงอายุ จะไปออกกำลังกายอะไรเนาะคะ ที่นั่นมันเริ่มปวดอีกปวดหัวเข่า เริ่มปวดเรื่อย ๆ ก็เลยไปหาหมอที่จุฬา หมอคนแรกก็เป็นหัวหน้าภาคใกล้จะ

เกษียณแล้ว ก็ให้ยามาทาน ก็ตรวจดูว่ามันร้อนน่ะจะอักเสบแค่นั้นนะค่ะ ตรวจแค่นี้มันไม่น่าจะพอ เราเป็นคนไข้ก็อยากให้ตรวจให้รู้ หลังจากนั้นหมอก็เกษียณไปก็เปลี่ยนหมอแต่ก็ยังอยู่ในจุฬาฯ ก็เปลี่ยนเรื่อย ๆ” (ID 4 L:66-77)

“ก็ไปหาหมอมอหมอก็ให้ x- ray ดูที่โน่นไปหาหมอมอหมอก็ให้ยาเฉย ๆ ไม่ได้ x- ray ไปหาหมอที่ตำรวจก็ให้ x- ray ดูปรากฏว่ามันเป็นรู ที่โรงพยาบาลจอมทองเค้าก็พูดอย่างเดียวว่าข้อเข่าเสื่อมแต่เค้าไม่ได้ x- ray ดู เพียงแต่บอกว่าข้อเข่าเสื่อมแล้วให้ยามาทานที่บ้าน คือมันเป็นยาแก้ปวดเท่านั้นเองไม่ใช่ยาอย่างอื่น พอมาก ๆ เข้าไม่ไหว....ฝังเข็มไปฝังตั้ง 7 ครั้งหรือ 8 ครั้งเนี่ย ฝังเข็มก็ไม่ช่วยให้ดีขึ้นมันแค่ช่วยประทุ้งไปชั่วคราว ๆ อย่างเนี่ย พอครบฤทธิ์หมดฤทธิ์ มันก็เป็นอีกมันไม่หาย” (ID 5 L:22-28, 65-67)

“ไปเจาะน้ำออกก็แล้ว กินยากี่แล้ว ก็ไม่หาย ตอนนั้นหมอก็ยังไม่ให้ผ่า มันเป็นอย่างนี้ไปหาหมอแรก ๆ ก็ไปหลายหมอแล้ว ก็ให้ยามากินก็ไม่หาย....คิดไม่ออกว่านาน แคะไหนรักษา มาเรื่อย รักษา กินยา พอนานเข้าหัวเข่ามันใหญ่ก็ไปเจาะน้ำออก หาหมอที่พญาไทแรกทีเดียว เค้าก็ให้เจาะน้ำออก ไปหาก็ไม่หาย....เวลาปวดก็หายามากิน แก้ปวดหัวเข่าพักหลังนี้มันปวดมาก ที่แรกก็บอกว่าทานยามาก ๆ ก็ไม่ดีก็ไปนวด นวดแล้วมันก็ไม่หาย ลองหมดทุกอย่างลองนวดทุกอย่างมันก็ไม่หายฉีดยากี่ไม่หาย อะไรก็ไม่หาย” (ID 6 L:35-43, 115-124)

2.3 ได้รับข้อมูลการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ คือ นอกจากผู้สูงอายุจะบรรเทาอาการปวดด้วยตนเองหรือเข้ารับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ผู้สูงอายุบางรายจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจากเพื่อนหรือบุตรหลาน โดยมีวิธีการอื่น ๆ ให้ผู้สูงอายุได้เลือกปฏิบัติตาม เช่น การฟิงเทป เพื่อออกกำลังขาและข้อเข่า และผู้สูงอายุจะใช้วิธีอื่น ๆ บรรเทาอาการปวดร่วมด้วย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ก็ดูแลตอนยังไม่ผ่าตัดก็พยายามออกกำลังขา ออกกำลังหัวเข่า อย่างหนึ่งเก้าอี้ก็พยายามยกเขา ยืดเข้าแล้วก็ก็มีเพื่อน เพื่อนเนี่ยเขาที่ไปวัดมหาธาตุ เขาก็จะมีเทปที่ออกกำลังขา ก็ยืดเข้าบ้าง นอนเวลานั่งเก้าอี้ ก็ยกเข่านับถึง 10 ก็ลงมา ก็พยายามทำอย่างนี้แล้วก็ค่อยยังชั่ว บางทีก็นอนหงาย นอนราบ ตั้งเข่าข้างหนึ่ง แล้วเราก็กออกกำลังขา พยายามออกกำลังขา บางทีก็มาออกที่นี้ บางทีก็อยู่บ้านพอปวดขึ้นมาก็ลงนอน ยาก็จะบรรเทาไปได้ ไม่หายเลย บางครั้งปวดมากก็ประคบน้ำแข็งแล้วก็นั่น แล้วก็ใช้กระเป๋าน้ำร้อนก็ทุเลาไปได้” (ID 3 L:166-174)

3. ตัดสินใจเข้ารับการรักษา หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้าใจถึงภาวะสุขภาพและผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคข้อเข่าเสื่อม อีกทั้งผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะทนทุกข์ทรมานจากความปวดและผลกระทบในด้านต่างๆต่อไปได้ จึงต้องตัดสินใจเข้ารับการรักษาเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุและครอบครัวจะพยายามแสวงหาข้อมูลทั้งด้านลบและบวก เพื่อนำมาพิจารณาในการตัดสินใจผ่าตัด ในผู้สูงอายุบางรายที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นระยะเวลานาน และใช้วิธีการรักษาหรือดูแลตนเองในรูปแบบต่าง ๆ แต่อาการไม่ดีขึ้น จะรู้สึกเบื่อหน่ายวิธีการรักษา และในผู้สูงอายุบางรายถึงแม้จะตัดสินใจรับการผ่าตัดแล้ว แต่ยังคงมีความกลัวต่อภาวะต่าง ๆ ที่จะได้รับจากการผ่าตัด ผู้สูงอายุจึงพยายามใช้วิธีทำใจยอมรับการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งการตัดสินใจเข้ารับการรักษาสามารถแบ่งเป็นประเด็นย่อยได้ 3 ประเด็น ดังนี้

3.1 อายากหาย คือ การที่ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับการรักษา เนื่องจากไม่อยากอยู่กับอาการต่าง ๆ ที่ทำให้ตนรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดเข่า และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต โดยทำให้ ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ในผู้สูงอายุบางรายนั้นต้อง รับประทานยาแก้ปวดเป็นประจำหรือต้องไปพบแพทย์บ่อยครั้ง แต่อาการปวดก็ไม่ทุเลาเบาบาง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่ายวิธีการรักษาและต้องตัดสินใจเข้ารับการรักษา ซึ่งแบ่งเป็นประเด็นย่อยได้ 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

3.1.1 อายากพ้นจากความปวด คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจาก อาการปวดเข่ามาก บางรายอาจมีอาการบวมของข้อเข่าร่วมด้วย ซึ่งความปวดเหล่านี้มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ปวดเวลาเดิน การลุกนั่งลำบาก ไม่คล่องตัว และเสียบุคลิกภาพ จึงทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ในผู้สูงอายุบางรายความปวดทำให้ต้องตื่นและรบกวนการนอน ตลอดทั้งเกิดอารมณ์หงุดหงิด เครียดและรู้สึกไม่มีความสุข สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุอยากหายและพ้นจากสภาพที่ต้องทุกข์ทรมานจากอาการปวด จึงตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“หลัง ๆ นี้ก็ปวดมากขึ้นโดยเฉพาะเวลาตอนนอนและตื่นนอนนี้ทรมาน ตื่นมาต้องยืนสัปดาห์นึงแล้วถึงจะเดินได้ เป็น ๆ หาย ๆ อย่างนี้ค่ะ ต้องไปหาหมอตลอดเวลา เป็นมา ๆ นี้ 2 ถึง 3 ปี ตั้งแต่ปี 34 ด้วยซ้ำ ตอนหลังหมอจะให้ผ่าตัด....เรารู้สึกว่าไม่รู้ว่าจะยังงัย เอาหละ เพราะมันทนไม่ไหวแล้ว ไม่อยากทรมานต่อไปแล้วเลยตัดสินใจ” (ID 4 L:77-79, 127-128)

“เวลาเราจะเอาไอ้ขาข้างที่ปวด เอาไว้ที่ไหนก็นอนไม่หลับ มีความรู้สึกตลอด เวลาว่ามันปวด เราจะไม่มีความสุข การปวดเข่าก็ทำให้เราเรียกว่า ทำอะไรก็ได้ไม่สะดวก จะไปไหนมาไหนก็ลำบาก จะนั่งจะนอนก็ปวด อะไรพวกนี้ ถ้าหากว่าเราไม่ปวดเข้าเราก็รู้สึกว่าการทำอะไรก็สบายใจนะ ทำงานอะไรก็พอ ทำได้ ถ้าปวดก็ไม่อยากทำอะไรแล้ว....ตัดสินใจเลย เป็นอะไรก็เป็นกัน ผ่าตัดซะ จะได้หายก็หายไปเลย เป็นอะไรก็เป็นกัน เราไม่กลัวอะไรแล้วตอนนั้นเพราะว่าเจ็บมากแล้ว ยกเท้ายกไม่ขึ้นแล้ว ไอ้พื้น สะดุดนิดหนึ่ง อย่างเช่นว่าเป็นเสื่อปูอยู่กับพื้น สะดุดหน่อยก็ล้มแล้ว ขายกไม่ขึ้นนะ เสื่อมันบาง เครือเล็ก ๆ เส้นเล็ก ๆ อยู่ในไร่นั่นก็ล้มแล้ว ไม่น่าจะล้มก็ล้ม ก็เรียกว่า เอาไว้ต่อไปไม่ได้แล้วถ้าไม่ผ่า ” (ID 1 L:10-12, 80-85)

“เดินไม่ได้ มันปวด เดินกระตุกกระตุก มันปวดมาก หมอก็เลยให้ผ่า มันทนไม่ไหว ซะเลย เอาเถอะผ่าก็ผ่า” (ID 2 L:64-66)

“มันบวมคะ ครั้งแรกมันบวมก่อนแล้วมันก็ปวด มันบวมแล้วก็ปวด เอะ สงสัยเรานั่งยอง ๆ มากหรือ เดินมาก ครั้งหลัง ๆ เนี่ย ป้าออกจากโรงพยาบาลแล้วก็ไปทำงานกับพี่น้อง เพื่อนเขาอยู่ปากน้ำ ก็ต้องนั่งรถสาย 145 ไปแล้วมันก็แน่น ต้องยืนตลอด ยืนเป็นแบบชั่วคราว มันไม่มีที่นั่ง เจ็บมาก ทนไม่ไหวมันสาเหตุแรกที่คิดว่า ตอนนั้นเริ่มรู้แล้วว่าเข้าเราไม่ดีแล้ว จะไปวัดไปวานั่งพับเพียบก็นั่งไม่ได้ ลูกยืนกันโด่งขึ้นมาเลย นั่งลำบาก เจ็บมากเลยทนไม่ไหว” (ID 7 L:34-41)

มีผู้สูงอายุบางรายที่อาการปวดเข่าส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำเนินชีวิต จนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกหงุดหงิดและไม่มีความสุขจากภาวะที่เกิดขึ้นกับตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ไปไหนมาไหนนี้ บางทีขึ้นรถ นั่งรถ ลงรถมันจะปวด มันแบบไม่คล่องแคล่ว มันปวด จะยืนจะอะไร บางทีมันต้องลุกขึ้นตั้งหลัก ซึ่งมันไม่คล่อง แล้วพอปวดแล้วมันจะรู้สึกหงุดหงิดเหมือนกันนะคะตัดสินใจแล้ว” (ID 4 L:153-155)

“มีอย่างมากเลย เครียด แล้วหงุดหงิด คือว่า บางทีใครพูดอะไรไม่ถูกหูไปหมด คล้าย ๆ ว่าเราปวดใช่ไหม เรามีความหงุดหงิดใจ เวลาใครพูดมาเข้าหู อะไรเราก็ไม่อยากคุยด้วย

ไม่อยากอะไร ทำงานบางที่ทำงานเกี่ยวกับบัญชี นั่งทำไม่ค่อยได้ เพราะมันปวดเข่า....เป็นพวกเข่าเนี่ยปวดहुดहुดมาก เป็นอยู่เรื่อย ๆ” (ID 7 L:45 - 49, 52 - 53)

“เรารู้สึกว่า เวลาเราจะเอาไอ้ขาข้างที่ปวด เอาไว้ที่ไหนก็นอนไม่หลับ มีความรู้สึกตลอดเวลามันปวด เราจะไม่มีความสุข” (ID 1 L:10 - 12)

3.1.2 อยากช่วยเหลือตนเองได้ คือ ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะดูแลตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิมก่อนที่จะเจ็บป่วยจากโรคข้อเข่าเสื่อม โดยผู้สูงอายุบางรายคิดว่า หากความรุนแรงของโรคทำให้ตนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลตนเองได้ และจะทำให้เป็นภาระของบุตรหลาน จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“มันลำบาก กลัวหกล้ม กลัวพอเรานึกถึงลูกเราจะมาดูแลเราตลอดเวลาได้ยังไง ก็เลยตัดสินใจผ่าไปเถอะ ” (ID 2 L:69-72)

“ถ้าเป็นหนัก ๆ ก็ต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ว่าจะยังไม่อยากตัดสินใจด้วย เพราะว่าอยู่คนเดียว กลัวช่วยตัวเองไม่ได้ พอหลัง ๆ เข้า ก็คิดว่าเดี๋ยวต่อไป มากเข้าเดินไปหาอะไรทาน ซื้อมือถือ ทำธุระส่วนตัวจะไม่ได้แล้ว ก็เลยตกลงผ่า ตอนตกลงผ่า ตกลงใจผ่าแล้ว”(ID 3 L:22-26)

“ไปไหนไม่สะดวก เป็นภาระคนโน้นคนนี้ก็ไม่ใช่ชอบไปรรรมดานั้นไม่ชอบไปไหน ตอนหลังเค้าจะพาไปกินโน่นกินนี่ยังไม่ได้ไปเลยแค่เราเดินไม่ได้สะดวก มันรำคาญ ไม่ต้องเป็นภาระเขา คิดว่าถ้าลูก ๆ เวลาเราไปไหนมา ไหนทีก็ลำบากนะ ลำบากเขา พาไป กินอะไรทำอะไร”(ID 8 L:536-540)

3.1.3 เปื่อหน่วยการรักษา คือ การที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เมื่อได้รับความทุกข์ทรมานจากความปวดและผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุจะพยายามใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อบรรเทาอาการของโรคเป็นระยะเวลาหนึ่งและเมื่อผู้สูงอายุรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเหล่านี้ไม่ดีขึ้น ยังคงได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดอย่างเรื้อรัง จึงเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายการรักษาที่เคยใช้ผ่านมา เช่น การรับประทานยาจำนวนมาก การไปพบแพทย์บ่อย ๆ

และผู้สูงอายุบางรายกลัวว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาแก้ปวด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“เค้าให้ไปทำอัลตราซาวด์ทุกเย็น ตั้ง 2 อาทิตย์ได้มั้งคะ ทำทุกเย็นที่หัวเข่า มันก็ยังไม่หาย มันก็ปวด ความที่มันไม่ยอมไปบอย ๆ ราคายังงี้ ทานยาอยู่เรื่อย ๆ ก็เลยอึดไม่เอาแล้วตัดสินใจถอน” (ID 4 L: 187-189)

“ก็ไปผ่าซะ จะได้จบ ๆ กันไปเลย ให้มันหายไปเลย ไม่จำเป็นต้องหาหมอทีเดียว เดือนไปอีกครั้ง เดียวเดือนไปอีกครั้ง โอ้ไปแล้วเบื่อเหลือเกิน กินแต่ยาที โอ้โหกินยาเยอะแยะ” (ID 6 L:428-431)

“เพราะมันปวดเข่าคือต้องกินยาพาราวันหนึ่งหลายเม็ด ครั้งแรก ๆ นะเข้ากิน ถ้าสาย ๆ บ่าย ๆ ก็กินอีกแหละอย่างเนี่ย วันหนึ่งไม่ต่ำกว่า 3 เม็ด 4 เม็ด แต่ กินครั้งละ 1 เม็ดเท่านั้น ไม่ได้กิน 2 เม็ดมันจะหลับ ก็หายไปชั่ว” (ID 7 L:49-52)

“มันปวดมาก แล้วเดินแทบไม่ไหว ไปผ่าตัดดีกว่ากินยาเยอะ วันละ 20-30 ไม่ไหวแล้วความดันสูงเดี๋ยวจะตายเพราะยามากกว่า ก็เลยไปผ่าตัด เนี่ยปีนี้ก็รู้สึกเหมือนเป็นกระเพาะ....เบื่อกินยาเยอะ เพราะอีกหน่อยกระเพาะต้องเสียแน่ ตอนนี้อยู่กระเพาะเสียตั้งเยอะ” (ID 9 L:42-44, 129-130)

3.2 ได้รับข้อมูลสนับสนุนให้ผ่าตัด คือ การที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลในด้านบวกของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่มาจากมุมมองของผู้ที่เคยเข้ารับการผ่าตัด จากคำแนะนำของแพทย์ผู้รักษาหรือการศึกษาจากเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและการสนับสนุนจากครอบครัว มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งแบ่งเป็นประเด็นย่อยได้ 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

3.2.1 ครอบครัวสนับสนุน คือ ผู้สูงอายุที่จะเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมนั้นจะมีความรู้สึกไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจในการผ่าตัดและกลัวจะดูแลตนเองไม่ได้ ซึ่งการตัดสินใจผ่าตัดผู้สูงอายุจึงต้องการครอบครัวในการดูแลเมื่อเข้ารับการผ่าตัดและเป็นการกำลังใจให้ผ่านระยะเวลาที่ดูความชีวิต อีกทั้งครอบครัวต้องการให้ผู้สูงอายุหายจากความทุกข์ทรมานจากการปวดเข่า

และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ดังนั้นครอบครัวของผู้สูงอายุจึงเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญในการตัดสินใจทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับการผ่าตัด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“มีอยู่วันหนึ่งจะไปใส่บาตรตอนเช้า ล้มข้าวหกหมดเลยในตะกร้า ลูกสาวไปนอนอยู่ที่นั่นพอดี จนลูกสาวบอกว่า แม่ไปผ่าตัดเถอะ ก็เลยตัดสินใจเข้ามาผ่า” (ID 1 L:66-69)

“อย่างยายยังดีนะที่ลูกคนนั้นดูคนนี้ดู ยายก็เลยบอก ไม่เอาเที่ยวนี้ก็ตัดสินใจผ่าแหละ....เขาบอกว่าถ้าเผื่อแม่ไม่ผ่าตัดนะ แม่จะเดินไม่ได้ ปูนี่แม่ยังงี้แล้ว แล้วถ้าเผื่อไม่ผ่าตัดคลานไป แล้วจะทำยังไงลำบาก แม่ต้องเอา แม่เลยคิดว่าผ่าไปเถอะเป็นไงเป็นกัน ” (ID 2 L:145-147, 237-240)

“ก็มาเล่าให้ลูก ๆ ฟัง ลูกก็บอกแม่ถ้าไม่ไหวก็ผ่าซะนะ จะได้เดินสะดวก เค้าบอกแม่เพื่อนเค้าไปผ่าเค้าก็เดินได้ เอาก็เลยกล้าตัดสินใจ ถ้ามันไม่ไหวจริง ๆ ก็ผ่าละ ตัดสินใจผ่า” (ID 7 L:95-98)

3.2.2.คำแนะนำจากแพทย์ คือ การตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดในผู้สูงอายุ บางรายนั้น มีผลมาจากการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ผู้รักษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเข้ารับการผ่าตัด สภาพหลังการผ่าตัดและค่าใช้จ่ายของข้อเข่าเทียม หรือได้รับข้อมูลจากผู้อื่นที่กล่าวถึงความสามารถของแพทย์ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการผ่าตัด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ก็ถามคุณหมอว่า เราจะต้องทำอะไร เวลาเราผ่า ค่าใช้จ่ายเท่าไร จะอยู่ที่วัน คุณหมอบอกว่าไม่กี่วันหรอก ผ่าไม่กี่วันเดี๋ยวก็หายเดินได้ อะไอย่างนี้คะ ถ้าค่าใช้จ่ายเบิกได้ ก็เสียเงินสดไม่เท่าไรที่จะเบิกไม่ได้ ก็ตกลงผ่า” (ID 3 L:22-35)

“พอดีลูกสาวรู้จักกับหมออะไรก็ไม่รู้ แล้วหมอคนนั้นรู้จักกับหมอนา แนะนำมาให้หาหมอชื่อธนา เป็นอาจารย์เก่ง คนนี้เก่ง.....หมอเค้าบอกว่าไม่เจ็บ รับรองว่าไม่เจ็บ ผมทำมาเป็นร้อย ๆ แล้ว บอกว่าไม่ให้ปวดซักนิดเลย แล้วบอกว่าหมอค่าใช้จ่ายหละ หมอก็บอกว่าเฉพาะข้อเข่านี้มันอยู่ประมาณ 70,000 บาท ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีกรวมแสน ไม่เป็นไรหรอกคุณป้า ถ้าคุณป้าไม่ผ่าทำข้างนี้ะอีกหน่อยข้างขวามันจะเป็นอีก คุณป้าจะยอมเสียข้างเดียวหรือจะเสียสองข้าง เออหมอพุดอย่างนี้ก็ต้องทำอยู่แล้ว” (ID 5 L:29-31, 37-43)

“ก็ไปคุยกับหมอ หมอบอกผ่าแล้วมันสบาย มันแค่ผ่าเข้าเดือนเดียวเท่านั้นแหละ คุณป้าเดินได้แล้ว คำว่าอย่างงี้ ถ้าบอกว่าไม่เจ็บ ใส่วัสดุตอนผ่าไม่เจ็บหรอก แต่ตอนหลังมันก็มีบ้างแต่เดือนเดียวรักษารับรองคุณป้าต้องเดินในบ้านได้แน่ ๆ” (ID 7 L:121-125)

3.2.3 ผู้ที่เคยมีประสบการณ์ คือ ข้อมูลด้านบวกที่มาจากมุมมองของผู้ที่เคยเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้อะไรจากการพูดคุยหรือซักถามจากเพื่อน และคนรู้จักที่เกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ เช่น ผ่าแล้วดี ไม่ทุกข์ทรมาน และเดินได้ดี สิ่งเหล่านี้เป็นแรงสนับสนุนที่ทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“เพื่อนคนที่เข่าผ่าแล้ว เขาบอกว่าดีมาก ไม่ทุกข์ทรมานอย่างเก่าแล้ว มันก็เจ็บบ้างตอนผ่า เข่าว่ายังงี้ แต่ว่าเขาผ่าแล้ว หายแล้ว เขาสะดวกสบายมากเลย ก็เลยตัดสินใจว่าก็เลยไปหาหมอ บอกคุณหมอว่าตกลงจะผ่าแล้ว” (ID 3 L:28-31)

“มีเพื่อนเขา เขาบอกแม่เขาทำมาแล้วดี แล้วนี่เขาบอกเขาเห็นมาแล้ว แม่เขาก็ดี เราก็เลยเชื่อเขา กำลังใจอยู่ที่เห็นเขาค่ะ ดีเพราะไปเยี่ยมมาแล้วไงเขาดี....แล้วแม่จะถามคนที่แม่เขาไปผ่าตัดเป็นยังไงเขาบอกก็ดีเลยตัดสินใจ” (ID 2 L: 177-180, 187-188)

3.3.4 ศึกษาจากเอกสารต่าง ๆ คือ นอกจากข้อมูลด้านบวกที่มาจาก การพูดคุยจากผู้ที่เคยเข้ารับการผ่าตัด หรือคำแนะนำจากแพทย์แล้ว ผู้สูงอายุบางรายได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากการอ่านหนังสือหรือโบว์ชัวร์เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ทำให้มองเห็นภาพประกอบที่มีผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดใช้ชีวิตหลังการผ่าตัดแล้วมีความสุข ทำให้ผู้สูงอายุบางรายตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด เพราะอยากมีชีวิตหลังการผ่าตัดเหมือนภาพประกอบเหล่านั้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“แล้วก็ดูโบว์ชัวร์มั้ง อะไรบ้าง ผ่าแล้วเป็นไง อะไรอย่างเนี้ย” (ID 7 L:90-991)

“แล้วก็ให้หนังสือยังงี้มาดู ก็เอามาดูเลยตัดสินใจ แล้วดูตามรูป ยังไปแนะนำ คนเขาอีกนะเขาจะไปหรือเปล่า ดีมากทำให้เรา เขานั่งเล่น เห็นเขามีความสุข เราก็คิดว่ายังงี้เห็นรูปนี้ชอบมากที่สุด ยังไงยังงี้เราก็ขอให้ได้อย่างนี้แล้วกัน” (ID 2 L: 177-189)

3.3 กลัวแต่ทำใจยอมรับการผ่าตัด คือ ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดเข่าหรือผลกระทบต่างๆ ที่มีต่อการดำรงชีวิตนั้น ตลอดจนทั้งการรับรู้ว่าจะต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและต้องดำเนินชีวิตหลัง การผ่าตัด สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกกลัว เนื่องจากข้อเข่าเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกายที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และการดำรงชีวิต อีกทั้งการเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่สามารถคาดการณ์ได้ จึงเกิดความรู้สึกกลัวการผ่าตัดและไม่มั่นใจเกี่ยวกับการผ่าตัดข้อเข่าเทียม ผู้สูงอายุจะใช้วิธีพยายามทำใจ โดยใช้สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความหวังต่อผลการผ่าตัด และมีผู้สูงอายุบางรายเชื่อมั่นการรักษาของแพทย์ หากต้องเสียชีวิตจากการผ่าตัดก็ถือว่าเป็นเหตุสุดวิสัย เพื่อให้ตนยอมรับสิ่งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นและคลายความกลัวที่เกิดขึ้นได้

การผ่าตัดเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกกลัวว่าหลังการผ่าตัดจะเดินไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และกลัวการวางยาสลบ กลัวเลือดออกมาก ผู้สูงอายุบางรายรู้สึกกลัวจนทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“กลัว กลัวมาก ๆ เลย กลัวผ่าตัด....กลัวว่า ดมยาสลบแล้วจะไม่ฟื้นบ้าง กลัวว่าจะทำแล้วเดินไม่ได้บ้าง กลัวว่า เลือดจะตกมาก เรียกว่ากลัวไปทุกอย่าง” (ID 1 L:71, 73-75)

“ผ่าตัดหัวเข่านี้นายกลัวนะ กลัวยายจะเดินไม่ได้นะคุณ กลัวไม่หาย ว่าจะเดินไม่ได้ กลัวที่สุด และนี่จะบอกจะผ่าตัดครั้งที่ 2 ยังนึกเออะ หมอเขาให้กำลังใจดีเขาบอก ผ่าครั้งนี้จะหายเร็วกว่าข้างนี้อีก เพราะว่ามันแข็งแรงแล้วข้างนี้ แต่ยายก็ยังกลัวนะ กลัวมากเลย” (ID 2 L:160-165)

“พอว่าจะผ่ากินไม่ได้นอนไม่หลับ กลัวตั้งนานกลัวจนลืมหาย กลูกชายเค้านับรอบคนที่อยู่เชียงใหม่ แม่อย่างกลัวคนเค้าน่ากลัวมันหายนะแม่ แม่ไม่ต้องกลัว แม่ใจกล้า ๆ เกอะไปผ่า โอ้ย ใจกลัวอยู่ตลอดเลย ทำใจดีหมอนัดให้ไป ถึงเดือนกันยายนัดให้ไปทำใจก็ไป กลัวตัวงี้สั่นเลย กลัวทุกสิ่งทุกอย่างกลัวยิ่งไหนละ กลัวเดินไม่ได้ ไม่ใช่ทำไมนะ กลัวว่าถ้าผ่าไปแล้วเดินได้มั่งไม่ได้มั่งทำไมเนี่ย” (ID 6 L:81, 85-86)

ผู้ให้ข้อมูลหลักบางรายกลัวกับสภาพของแผลหลังการผ่าตัดที่อาจจะเกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ความกลัวเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมมดระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“กลัวจะติดเชื้ออีกระวังไม่ไม่ให้ติดเชื้ออีก เรื่องน้ำนี่นะอย่าให้เข้าไปเลย อย่าให้เข้าเป็นอันขาดถ้าเข้าไปแล้วจะติดเชื้อทันที” (ID 5 L:324-326)

ผู้สูงอายุที่ตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด จะเกิดความกลัวต่อการผ่าตัด จึงพยายามคิดในสิ่งที่ดี ๆ ที่ตนเคยทำได้ และผู้สูงอายุบางรายนึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ตนมีความเชื่อว่าจะสามารถช่วยให้ตนปลอดภัยจากการผ่าตัด สามารถกลับไปใช้ชีวิตกับบุตรหลานต่อไปได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“กลัว แต่เราก็บ่นใหญ่พระพรหมพระเพิม ที่เตียงเรานอน ผ่าอย่าให้เป็นอะไรนะ....พระพรหม ไกล ๆ เอราวัน ขอให้เรารอดได้นะเพราะเราไม่ไปเคยคิดร้ายกับใคร” (ID 2 L:217-222)

“ข้อเข่ามันไม่ใช่จะใกล้หัวใจ เออถ้าผ่าใกล้หัวใจ ผ่าอะไรข้างในนี้ยังจะกังวลบ้าง ก็ไม่เป็นไรอย่างมากบุญไม่ช่วยก็แค่พิการเท่านั้นเอง พอดีบุญช่วย” (ID 5 L:149-151)

ในผู้สูงอายุบางรายเมื่อตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด มีความรู้สึกว่าการผ่าตัดแล้วทำให้ผู้สูงอายุต้องเสียชีวิต ก็ไม่เป็นไรคงเป็นเหตุสุดวิสัย ในบางรายรู้สึกเฉย ๆ หากต้องเสียชีวิตในมือแพทย์ และยอมตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดดีกว่าต้องทนทุกข์ทรมานจากการปวดเข่า ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ป้าคิดซะว่าถ้ามาถึงมือหมอแล้วหมอจะปล่อยให้ตายมันก็สุดวิสัย มันก็ไม่มีปัญหาถึงข้อนี้ และก็อีกอย่างหนึ่ง คือว่าป้าไว้ใจหมอที่สุดว่านั่น พุดจริง ๆ นะไว้ใจหมอ จะอยู่จะตายก็อยู่ที่หมอนั่นแหละ นี่ไม่กลัวไม่กลัวอะไรทั้งสิ้นขออย่างเดียว ขอให้หมอทำให้สำเร็จ ทำให้สบาย ๆ เท่านั้น” (ID 5 L:147-153)

“ก็เฉย ๆ ไม่สะทกสะท้านอะไรทั้งนั้น ผ่าก็ผ่า จะตายก็ให้ตายกับหมอกี่ช่าง มันเถอะ ป้าคิดอย่างนี้เพราะมันปวดมากปวดจนทนไม่ไหว มาถึงหมอแล้วจะตายก็ให้ตายไปเถอะ คิดในใจนะ ลูก ๆ เค้าปลอบใจว่าไม่เป็นไร ๆ แม่ หมอเค้าเก่งนะ บอกว่าไม่เป็นไรอยู่แล้ว” (ID 5 L:77-81)

เมื่อผู้สูงอายุบางรายมีความหวังว่าการผ่าตัดจะทำให้มีชีวิตรอดหลังการผ่าตัดที่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือเดินทางไปไหนมาไหนได้สะดวก ทำให้มีกำลังใจต่อสู้กับความกลัวที่เกิดขึ้น เมื่อต้องเข้ารับการผ่าตัด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ให้เราได้มีความสุขของเรา เราจะได้ไปเที่ยวไหน ๆ ของเรา เราได้ไปเที่ยว จะได้ไม่ยุ่งกับลูกเขา ขอให้เราได้เที่ยว ตอนนี้อาสาแล้ว ไม่ต้องห่วงเรา” (ID 2 L:217-221)

“ตอนนั้นความรู้สึกดีใจว่าเราจะสบายแล้ว เดี่ยวเราทำแล้วเราก็จะสบายแล้ว ใจคิดอย่างนี้ ก็มีกำลังใจไม่ได้กลัวไม่ได้อะไร...ถ้าเราหายแล้ว เราอยากที่จะไปไหนเราก็จะไปได้ คิดไว้อย่างนี้คะ เพราะปกติแล้วจะไปไกล ๆ ไม่ค่อยได้ นั่งรถเมล์ก็ไม่ได้มาตั้งหลายปีแล้วล่ะ” (ID 3 L:190-191, 215-216)

การทำใจยอมรับการผ่าตัดของผู้สูงอายุบางรายจะพยายามไม่คิดอะไรที่ทำให้ตนรู้สึกกังวลใจ แต่จะคิดถึงสิ่งที่ดี ๆ ที่เกิดขึ้น โดยคิดว่าการผ่าตัดจะทำให้การเดินทางได้ดี หายจากการเจ็บป่วยและสุขภาพแข็งแรงขึ้น จึงเต็มใจที่จะเข้ารับการผ่าตัดและผู้สูงอายุบางรายที่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดอย่างอื่นมาแล้ว มีความรู้สึกไม่น่าจะมีอะไรเกิดขึ้น เพราะการผ่าตัดอย่างอื่นก็ผ่านมาได้ด้วยดี ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ก็เลยตกลงไม่ได้คิดอะไรเลย คิดในใจว่าเราจะต้องหาย ได้เดินสบาย ๆ แล้ว คิดอย่างนี้คะ ไม่คิดอะไรเลย เป็นไงเป็นกัน ไม่เป็นอะไรนา” (ID 3 L:212-213)

“ไม่คิดอะไรแล้ว ไม่กลัวแล้ว เต็มใจให้ผ่าแล้ว คือว่า ถ้าผ่าแล้วจะทำให้เราดีขึ้น สุขภาพเราดีขึ้น เราก็จะเดินได้ เราก็พอใจแล้ว แค่นี้”

(ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L:132-134)

“ก็เรียกว่า ทำใจเรียกว่า เราทำใจนิ่ง ๆ ไม่ค่อยคิดอะไรมาก คิดว่าเคยผ่าตัดมาแล้ว ผ่าตัดอย่างอื่นก็ผ่ามาแล้ว ก็คงไม่มีอะไร ไม่มากมายเท่าไร ไม่มากกลัวอะไรหรอก”

(ID 1 L:163-166)

4. การรับรู้บรรยากาศระหว่างผ่าตัด คือ ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้สูงอายุขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับการจัดการระดับความรู้สึกเฉพาะส่วน โดยวิธี Spinal block หรือ Epidural block ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกตัวตลอดเวลาที่เข้ารับการผ่าตัด และรับรู้บรรยากาศในห้องผ่าตัด ในผู้สูงอายุบางรายมีความรู้สึกกระวนกระวาย เนื่องจากอากาศหนาว และไม่มีเสียงเพลง มีแต่เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ในภาษาที่ตนไม่เข้าใจ และเสียงเครื่องมือต่าง ๆ ผู้สูงอายุจึงไม่ยอมรับรู้และกลัวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด ดังรายละเอียดแบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

4.1 สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดที่ไม่คุ้นเคย คือ สภาพแวดล้อมและสิ่งที่เกิดขึ้นภายในห้องผ่าตัดเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุเคยพบเห็นหรือรับรู้ ทั้งการสนทนาของเจ้าหน้าที่ สภาพอากาศที่หนาว บรรยากาศของห้องเตรียมผ่าตัดที่ไม่มีเสียงเพลง การได้ยินเสียงเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดและลักษณะของห้องผ่าตัด สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่คุ้นเคยและอาจเกิดความกลัวได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“โธ้ยตายไม่รู้ว่เค้าทำนะเนี่ย ยังไม่รู้ว่เค้าทำ ได้ยินเสียงเหมือนกันนะ ได้ยินเสียงปั๊ก ๆ ว่าเอ๊ะเค้าทำอะไรของเค้านะไม่รู้ว่เค้าทำ ไม่ได้วางยา ตาก็ยังลืมอยู่อย่างนี้.”

(ID 5 L:85-88)

“เราไม่สับสนนะ เราได้ยินหมดเลย คุณหมอทำอะไรกัน เค้ามีเสียงเลื่อย ๆ แล้วก็มีเสียงเปาะ ๆ เหมือนกับคู่มือรถไถยนต์หมด.” (ID 9 L:190-192)

ผู้สูงบางรายได้ยินเสียงการสนทนายระหว่างเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นภาษาที่ผู้สูงอายุไม่เข้าใจและเป็นภาษาทางการแพทย์ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“พอตอนผ่าตัดนะค่ะ ยายได้ยินหมด เขาทำอะไร จอแจะ จอกแจะข้าง ๆ ตัวเรา แล้วหมอก็พูด แต่เราพูดรู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้าง เขาก็พูดภาษาของเขา ภาษาหมอเขาเขา ไม่พูดเหมือนเรา เขาพูดภาษานอก เขาพูดภาษาเขา เขาพูดภาษาแพทย์ เขาก็รู้กัน ยายรู้สึกนานเหมือนกันนะ จนกระทั่งพอเสร็จเขาก็เอาเครื่องมืออะไรออก” (ID 2 L:267-274)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายมีความรู้สึกท้อแท้ที่ห้องเตรียมผ่าตัดหนาวและไม่มีเสียงเพลงพร้อมทั้งแนะนำให้มีเสียงเพลง เพื่อลดความกระวนกระวายของผู้สูงอายุที่รอผ่าตัด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ห้องเตรียมผ่าตัดมันก็นานหน่อย ข้างนอกมันไม่มีเพลง น่าจะมีเพลงฟังชะหน่อย จะได้ทำให้เราไม่กระวนกระวาย แต่ก็ไม่ค่อยรู้สึกอะไรจนกระทั่งเข้าห้องผ่าตัดตอนนั้นไม่ รู้สึกอะไรเลย เครื่องมือก็ไม่ได้ยินเสียงเลย ครั้งที่ 2 มันได้ยินหมดเลย ไอ้เลื่อย ค้อนตอกอะไรต่ออะไรมันได้ยินหมด ไม่กลัวนะค่ะ แต่ว่ามันได้ยินตลอดเวลา” (ID 4 L:202-208)

ขณะเข้ารับการผ่าตัดผู้สูงอายุรู้สึกตัวตลอดเวลาและรับรู้สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัดได้ ผู้สูงอายุบางรายจึงไม่อยากฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน เพราะต้องรับรู้ตลอดระยะเวลาของการผ่าตัดทั้งการเห็นภาพห้องผ่าตัด หรือการได้ยินเสียงเครื่องมือ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกท้อแท้ว่าอากาศหนาว ขาสั่นโดยอัตโนมัติ และกลัวกับสิ่งที่รับรู้ขณะนั้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ไม่อยากให้ Block หลัง กลัวว่าจะเห็นอะไรอย่างนี้ บล็อกหลังนี้เราก็ต้องได้ยิน ทำอะไรก็ต้องได้ยิน ไม่อยากได้ยินได้ไหมเนี่ย .กลัวว่าจะได้ยินทำขา กลัวว่าจะได้ยินตลอดเวลาเลย มันแรงมาก” (ID 3 L:52-59)

“ก็มีเสียง ๆ เหมือนกันนะ เอ๊ะ กลัวเหมือนกัน กลัวเข้าไปในห้องผ่าตัด ขามันสั่น หมอบอกหนาว ไม่หนาว มันสั่นขึ้นมาเอง กลัว ๆ กลัวแต่ไม่ใช่กลัวจะตาย กลัวจะไม่ใช้ความกลัวเกิดขึ้นไปเอง เมื่อเราเข้าห้องผ่าตัด พอขึ้นเตียงผ่าตัดพอเห็นไฟเท่านั้นแหละ ขามันสั่นเอง มันหนาว มันกลัว....แต่มีหมอเราไม่เห็นใช่ไหม ได้ยินเสียงเครื่องมือไม่เครื่องมือ ยังไงผ่าตัดมันก็ต้องใช้อย่างงี้ ก็เข้าใจอย่างนั้น.” (ID 7 L:192-195, 227-229)

4.2 ความไม่สุขสบายหลังการผ่าตัด คือ ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ขณะพักฟื้นที่โรงพยาบาลหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งการผ่าตัดทำให้ผู้สูงอายุ เกิดอาการต่าง ๆ ที่เป็นภาวะของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดและการฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดแผลผ่าตัด ซึ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดและบริหาร ข้อเข่า ดังรายละเอียดแบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

4.2.1 เจ็บปวด คือ การที่ผู้สูงอายุรู้สึกปวดบริเวณแผลที่เข้ารับการผ่าตัดหรือ ปวดเมื่อต้องงอเข่า เพื่อทำกายภาพด้วยเครื่องบริหารข้อเข่า โดยผู้สูงอายุบางรายรู้สึกปวดมากจน เครียดและต้องอดทนต่อความปวดหรือทนเจ็บขณะใช้เครื่องบริหารข้อเข่า เพราะเชื่อว่าเครื่อง ดังกล่าว สามารถช่วยให้ตนงอเข่าได้ดีกว่าที่งอด้วยตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“วันแรก วันที่สองยังไม่ปวด คืบวันที่ 3 จะเริ่มปวด ทำไม่มันถึงปวด ดึก ๆ จะปวดมาก อดทนหน่อยหนึ่ง พยาบาลเขาก็ให้กริ่งมาเวลาที่ว่าปวดมากหรือว่ามีอะไรก็ให้กดกริ่ง เพราะว่าป้าอยู่ห้องรวม ที่นี้ทำไม่มันปวดมากแต่ก็ทนจนถึงรุ่งเช้า” (ID 3 L:75-78)

“แผลไม่มีปัญหาอะไรเลย จะมีปัญหาเรื่องการปวดเท่านั้นเอง ปวดที่ว่ามันงอ ลำบาก แต่ว่าเค้าก็เอาเครื่องยืดขา ยืดงอเข่าอันนั้นแหละดี ทนเจ็บเอาหน่อยแต่ว่าช่วยได้เยอะ เพราะว่าไม่มีตัวนั้นกว่าเราจะงอได้ คงใช้เวลานานหลายวันเลยแหละ ใ้ฉันเอามาให้งอเป็น ชั่วโมงใช้มัยคะ 3 วัน เพิ่มองศาขึ้นเรื่อย ๆ สูงสุดก็ประมาณ 90 องศา ถึงงอได้ แต่ป้าต้องทน เจ็บ แต่ป้ารู้แล้วไงข้างนี้เคยทำ” (ID 4 L: 255-264)

“พอได้สักวันที่ 3 วันที่ 4 ระหว่างนั้นเค้าจะมีเครื่องยืดเข้ามา เราก็เอามาเข้าไป เสียบแล้วเข้าไปบนนั้น เค้าจะตั้งองศาให้ว่าจะยืดเท่าไร ยืดเข้าประมาณสัก 30 นาที ไม่ถึงมั้ง 25 นาทีหรือ 30 นาที ประมาณนั้น ถามว่าเครื่องอะไร เค้าบอกเครื่องยืดเข้า มันก็หมุน เข้ามาก็ ยืด ๆ ยืดออกไป ก็หดเข้ามาอย่างงี้ ก็กลับสบาย แต่ว่าได้แค่ 110 เท่านั้น 120 ไม่ไหวทำ ไม่ไหว มันเจ็บมาก ยืดขึ้นไปไม่ถึง พอหลัง ๆ พยายามทุ้มอีกหน่อยก็ได้ 120” (ID 7 L:286-299)

ความปวดทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักบางราย มีความรู้สึกเครียดและมีอาการปวดมาก ในวันแรก ๆ ของการผ่าตัด ที่ลักษณะปวดตื้อ ๆ ตลอดเวลา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ก็จะเครียด ก็ีตอนที่มันปวดตอนวันแรก ๆ ใ้ยปวดเหลือเกินทำไมมันปวดอย่างนี้ เครียดมากเพราะความปวด มันมีผ้าพัน ใ้โห ผ้าพันมันหนาเตอะใช้ใหม่ เค้ายังไม่เอาออก มันก็ปวดตื้อ ๆ ตลอดเวลา” (ID 7 L:548-551)

4.2.2 คลื่นไส้อาเจียน คือ สภาพหลังการผ่าตัดที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับการฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน โดยวิธี Spinal block หรือ Epidural block ซึ่งผลของการคลื่นไส้อาเจียนเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเบื่ออาหารและรับประทานอาหารไม่ได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ทานยาอาเจียนเป็นระยะ แต่ทานข้าวไม่ได้เลยช่วงนั้น ก็วันที่ 1 วันที่ 2 วันที่ 3 แต่ป้าจะอาเจียนอย่างเดียว 3 วันที่อาเจียนอยู่ แต่ว่าไม่ทานอะไร พอกับข้าวมาก็จะเหม็น ทานแต่น้ำและนม น้ำนี้ทานได้” (ID 3 L:89-95)

“อาเจียนแพ้ย่า อาเจียนก็มีแต่น้ำเพราะว่า ไม่ได้ทานข้าวไม่ได้อะไรเลยอาเจียนแล้วสั๊กพักกันนอนประมาณครึ่งชั่วโมงอาการดีขึ้น” (ID 5 L:248-250)

“พอครึ่งหลังออกมาอาเจียน อาเจียนมีแต่น้ำ ก็อาเจียนไม่มากเท่าไร...ผ่าออกมาพักก็ทานอะไรไม่ได้เลย คืออาหารโรงพยาบาลไม่แตะเลย พอได้กลิ่นกับอกเอาไปไกล ๆ” (ID 4 L:217-218, 226-227)

5. ดำเนินชีวิตหลังการผ่าตัดกับข้อเข้าใหม่ หมายถึง เมื่อช่วงเวลากการผ่าตัดผ่านพ้นไป ผู้สูงอายุมักรับรู้ถึงสุขภาพของตนเองและการดำเนินชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงไปซึ่งมีความแตกต่างจากก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัด โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความพอใจกับสภาพหลังการผ่าตัดและไม่อยากทรมานจากโรคข้อเข่าเสื่อมเหมือนเดิม อีกทั้งไม่อยากเป็นภาระของบุตรหลาน จึงพยายามดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี แต่ในอีกด้านหนึ่งถึงแม้ผู้สูงอายุจะพอใจกับผลการรักษา แต่เนื่องจากการข้อเข่าเทียมเป็นสิ่งแปลกใหม่ในร่างกาย ผู้สูงอายุจึงเฝ้าระวังสังเกตอาการของตนเองเกี่ยวกับความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังรายละเอียดแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

5.1 เฝ้ารอวังสังเกตอาการ คือ ผู้สูงอายุเกิดความไม่แน่ใจการใช้งานของข้อเข่าเทียม โดยผู้สูงอายุมีความรู้สึกไม่เหมือนข้อเข่าเดิม บางครั้งได้ยินเสียงดังจากข้อเข่า ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุระมัดระวังในการใช้งานและคอยสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับของข้อเข่าเทียมได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“แต่ว่าตัวเราเองยังกลัวไม่กล้า ไปเหยียดอะไรหนัก ๆ ไม่กล้า เรายังกลัว เรายังต้องถนอมขาเรา ไม่รู้ใจเรายังถนอมอยู่ ขาเนี่ยไม่ค่อยเจ็บ แต่เรารู้สึกว่ามันแข็งแรงกว่าขานี้ แต่ว่าปวดนะมันปวดนะ ยังนึกในใจว่า ถ้าหมอเขาผ่าไปแล้วข้างนี้หายปวดก็จะได้” (ID 2 L:443-448)

“ผ่าครั้งนี้สบาย แต่มันยังมีนิดเดียวว่าตรงหัวเข่ามันยังร้อนอยู่เรื่อย หมอบอกไม่เป็นไร หัวเข่าร้อนไม่เป็นไร ถ้ามันยังกุกกัก ๆ อย่างงี้บอกไม่เป็นไร ไม่มีอันตรายอะไร มันจะหลุดหรือเปล่าหมอบอกรับรองพันเปอร์เซ็นต์ไม่มีหลุดแล้วแต่ที่มันตบต๊บบ ๆ มันเป็นเพราะเอ็นมันกำลังจะเกาะกระดูกจะไปเกาะเหล็กอะไร แบบนั้นมันก็จะตบต๊บบ ๆ อะไรอยู่อย่างนี้” (ID 7 L:389-397)

“ข้างขวาเนี่ยเอ๊ะแต่ก็แปลกดีนะทำไมข้างนี้มันบวมล่ะ ข้างนี้มันไม่บวม อย่างนี้แล้วทำไมข้างนี้บวมน้อย ทำไมข้างนี้บวมมากล่ะข้างนี้ดังกึกกัก ๆ มากกว่านะ บางที่ต้องทำอย่างงี้ ๆ แล้วมันจะหาย ดูเหมือนมันเลื่อนหรือไงไม่รู้ ข้างซ้ายมันไม่ค่อยเป็นนะ” (ID 9 L:171-173)

5.2 เอาใจใส่ดูแลตนเอง คือ การที่ผู้สูงอายุดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด เพื่อให้คงสุขภาพที่ดีไว้และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ยากทรมานจากปัญหาต่าง ๆ ที่เคยเกิดขึ้นกับข้อเข่าและไม่อยากภาวะของผู้อื่น โดยการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและระมัดระวังการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเดิน การขึ้นรถ การเดินขึ้นที่สูง การยกของหนัก ซึ่งผู้สูงอายุเชื่อว่าการดูแลตนเอง จะช่วยให้ข้อเข่าเทียมใช้งานได้นานขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ที่ดีขึ้น เราตัดสินใจนี้ คือว่าเราจะได้ไม่ปวด ไม่เจ็บอะไรมากมาย ถ้าเผื่อว่าเราไม่ผ่าตัดเราก็จะทรมาน นอนก็ไม่หลับ ไปไหนก็ไปลำบาก จะขึ้นรถหรือว่าขึ้นที่สูงก็ไม่ค่อยได้ ไม่ใช่ผ่าตัดแล้ว จะเก่งอย่างนั้นเลยก็ไม่ได้นะ เราก็ต้องคอยดูแลตัวเอง ค่อย ๆ ไปค่อย ๆ มา” (ID 1 L:319-325)

“เราก็ต้องดูแลตัวเอง ก็เตรียมตัวอย่างที่คุณหมอเขาสั่งมา ยายเข้าห้องน้ำ ต้องระวังนะ จะไปตรงนั้นตรงนี้ยายต้องระวังเดินเหิน ยายระวังน้ำท่าพยาบาลเขาสั่งมา เราต้องพยายามดูแลตัวเอง ให้อะไรอย่างนี้เราคนอื่นเขาไม่ได้ดูแลเรา เราต้องดูแลตัวเอง” (ID 2 L:389-394)

“มันก็แปลกแล้วก็คิดว่าอนาคตมันก็ไม่แน่นอนนะ แล้วหมอก็บอกว่าข้อเท้า ข้อเข่าที่ทำมาแล้วเนี่ยก็อยู่ได้ 10 ปีอย่างต่ำ อย่างสูง 15 ปี แต่ก็อยู่กับคนไข้ที่ทำว่าใช้งาน เค้ามามากขนาดไหน ถ้าเป็นพวกจะต้องยกของหนักอะไรอย่างงี้มันก็ไม่ถึงมันก็ต้องไปผ่าแล้วก็ไปเปลี่ยนใหม่มันก็ไม่ดี อย่างเรา ๆ ไม่ได้ทำอะไรหนักก็ควรจะอยู่ได้นาน ก็อย่าเดินมากอะไรมากก็ธรรมดาที่จ้วตรประจำวันยังงี้ธรรมดา ก็อยู่ได้นาน” (ID 7 L:479-485)

“เหมือนปกติไม่ต้องอะไรแล้ว เพียงแต่บริหารอย่างนี้นะข้างละ 10 ครั้ง แล้วก็งออย่างนี้นะ ข้างนี้ 10 ครั้ง ข้างนี้ 10 ครั้ง แล้วก็เดินวันละครึ่งชั่วโมง แต่มันจะมากกว่าครึ่งชั่วโมง” (ID 5 L:396-398)

5.3 พอใจกับข้อเข่าเทียม คือ การที่ผู้สูงอายุเข้ารับการผ่าตัดแล้ว ผลที่ได้รับหลัง การผ่าตัด ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและมีความสุขจากการเปลี่ยนแปลงของข้อเข่า เนื่องจากผู้สูงอายุหายจากการปวดเข่า จึงทำให้รับประทานยาน้อยลงด้วย อีกทั้งยังมีภาพลักษณ์ที่ดีขึ้น สามารถเดินได้ดีและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่ได้รับจากการผ่าตัด จึงทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการใช้ชีวิตต่อไป ดังรายละเอียดแบ่งเป็น 5 ประเด็นย่อย ดังนี้

5.3.1 มีภาพลักษณ์ที่ดี คือ ผลของการผ่าตัดทำให้ผู้สูงอายุผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและท่าทางในการเดิน โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีขาตรงขึ้น ไม่โก่งงอเหมือนเดิมและท่าทางการเดินดีขึ้น โดยผู้สูงอายุบางรายเปรียบเทียบผลการผ่าตัดที่ทำให้ข้อเข่ามีการเปลี่ยนแปลงเหมือนการตั้งศูนย์ถ่วงล้อของรถยนต์ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“เปลี่ยนจากเมื่อก่อนขาเราโก่ง โก่งมาก พอทำเสร็จแล้วทำขึ้นข้างหนึ่ง ตอนเช้า เดี่ยวนะ อีกข้างก็ยังไม่อยู่ ก็ถึงได้อยู่แค่ 3 เดือนแล้วก็รับมาทำใหม่ พอทำเสร็จแล้วก็ดี ก็ดีมากเลยแหละ และไม่รู้สึกรู้ว่าปวดเหมือนเมื่อก่อน เมื่อก่อนนี้มันจะปวดจนนอนไม่หลับ พอหลังผ่าตัดเนี่ยไม่ปวดและขาที่ตรงคืนละคะ ยืนขึ้น คนอื่นเขาก็ทักว่า ขาตรงแล้ว” (ID 1 L:297-304)

“ตัวไม่โยกเยกไปโยกเยกมา ก่อนผ่าตัดมันเดินเสียศูนย์แต่ก่อนไม่เป็นนะ ระยะเวลาหลังจากไปผ่าตัดปีหนึ่ง เดินโยกเยกไปโยกเยกมา เหมือนเดินไม่ตรงไป....ผ่าแล้วเหมือนตั้งศูนย์ถ่วงล้อได้ดีขึ้น เราก็คิดอย่างนี้ไงเหมือนต้องซ่อมรถก็เหมือนไปยกเครื่อง ” (ID 9 L:394-397, 400-401)

5.3.2 หายปวดเข่า คือ ผลของการผ่าตัดทำให้ผู้สูงอายุพ้นจากความทุกข์ทรมานจากอาการปวดเข่าและผลกระทบจากการปวด โดยทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับพักผ่อน หรือเดินได้ดีขึ้น แม้จะมีผู้สูงอายุบางรายคิดว่า ข้อเข่าใหม่นี้เป็นของเทียม แต่ก็ยอมรับได้ว่าสามารถทำให้สบายขึ้นและหายจากความปวด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ถ้าเราไปเดินมาก มันก็มีความรู้สึกที่ว่า ก็ไม่เจ็บไม่ปวดอะไร” (ID 1 L:254-255)

“รู้สึก Happy ขึ้น นอนเน็นก็ไม่ต้องตื่นเพราะความปวด ไม่ง่วงแล้วนอนกลางคืนตื่นเพราะความปวด มันปวดข้างใน ปวดเข่า พอผ่าแล้วมันก็ดีขึ้น ต้องดีขึ้น” (ID 4 L:328-330)

“ไม่รู้สึกรู้ปวดหรือรู้สึกอะไรเลย สะดวกสบายทุกอย่างเหมือนกับคนธรรมดาแล้ว ไม่มีปัญหาอะไร....ถึงแม้จะเป็นของเทียมแต่ของเทียมนี้มันช่วยให้เราสบายขึ้น มันก็ยิ่งดีกว่าทนเจ็บทนปวดอยู่เพราะนับวันเรายังจะเดินไม่ได้ยิ่งหนัก” (ID 7 L:436-437, 599-601)

5.3.3 เดินได้ดี คือ ผลของการผ่าตัดทำให้ผู้สูงอายุหายปวดเข่า จึงทำให้สามารถเดินได้คล่องและมีระยะทางที่มากขึ้น เมื่อการเดินดีขึ้นผู้สูงอายุจึงสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้นด้วย เช่น กล้าเดินทาง ขึ้นลงบันไดได้ หรือทำงานบ้านได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ก็ก่อนผ่าตัดจะเดินไม่สะดวก เราต้องระวังตัวตลอด แล้วมันก็เจ็บ แต่พอเปลี่ยนข้อเข่าแล้วก็เดินไปไหนคล่อง เดินเร็วได้ เดินรีบ ๆ ได้ เมื่อวันเสาร์เราไปโน้นไปเมืองทอง แล้วก็เดินออกมาเกือบ 2-3 กิโลเมตร ก็เดินได้” (ID 7 L:432-435)

“เราไม่ต้องมานั่งนิ่งอยู่ทั้งวันทั้งคืน ก็ดีขึ้น เราไปไหนได้นั่งรถไปไกล ๆ ได้ แต่เราก็ต้องระวังเวลานั่งไปไกล เราก็ต้องลุกบ้าง ยืนบ้าง” (ID 3 L:467-469)

“มันรู้สึกว่ามันจะสบาย จะใช้ไม้ค้ำ ก็ยังไม่อยากจะใช้เลย คล้าย ๆ ว่า จะเดินจะเร็วกว่า”(ID 6 L:412-413)

“ตอนนี้ก็ไม่มีอะไรแล้ว สบาย ๆ แล้วไม่มีอะไรแล้ว ขึ้นลง ๆ บ้นได ภูบ้านทำงานเองได้หมดแล้ว ภูบ้านตั้งแต่ ชั้น 3 ลงมาแล้วยังเดินมากยิ่งคล่อง ยิ่งเดินมากเรายังเดินได้เร็ว” (ID 5 L:390-392)

5.3.4 มีกำลังใจในการใช้ชีวิต คือ เมื่อผลของการผ่าตัดทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีภาพลักษณ์ที่ดีขึ้น ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการปวดเข่า และการเดินดีขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ช่วยให้ชีวิตหลังการผ่าตัดของผู้สูงอายุดีขึ้น โดยทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ไม่ท้อถอยและกระชุ่มกระชวย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“ชีวิตเราดีขึ้น พอเราผ่าตัดเสร็จแล้ว ใจคอเราก็ไม่ท้อถอย กระชุ่มกระชวยไม่ปวด” (ID 2 L:492-493)

“เข้าที่เข้าทางก็เรียกว่ามีความสุขนะค่ะ เราก็เรียกว่าใช้ชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ต้องทุกข์ทรมาน บ้าก็คิดอย่างนี้ถ้าเราคิดจะมีชีวิตอยู่ต่อไป เราก็คิดจะต้องทำให้มันหาย ทำให้มันหายทรมาน” (ID 4 L:367-370)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับ ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยแบ่งเป็นประเด็นใหญ่ ๆ ได้ 5 ประเด็น ดังนี้ คือ

ประเด็นหลักที่ 1 มองย้อนการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุคิดถึงเหตุของการเจ็บป่วย โดยเชื่อว่าสาเหตุมาจากอดีตที่ผ่านมาของตน 1) จากการประกอบอาชีพ และ 2) การดำรงชีวิตประจำวันหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ประเด็นหลักที่ 2 แสวงหาวิธีการรักษาและดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในขณะที่เจ็บป่วยมีอาการแสดงต่าง ๆ โดยเฉพาะการปวดข้อเข่า ทำให้ผู้สูงอายุต้องทุกข์ทรมาน และส่งผลกระทบต่อในด้านต่าง ๆ ผู้สูงอายุจึงพยายามแสวงหาวิธีการรักษาและดูแลตนเอง ด้วยวิธีการดังนี้ 1) บรรเทาอาการด้วยตนเอง 2) ใช้วิธีการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน และ 3) ได้รับข้อมูลการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ

ประเด็นหลักที่ 3 ตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้าใจถึงภาวะสุขภาพและผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคข้อเข่าเสื่อม เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะทนทุกข์ทรมานจากความปวดและผลกระทบในด้านต่าง ๆ ต่อไปได้ จึงต้องตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า 1) อยากหายจากความปวด อยากช่วยเหลือตนเองได้ และมีความรู้สึกเบื่อหน่ายวิธีการรักษา 2) ได้รับข้อมูลสนับสนุนให้ผ่าตัด จากการสนับสนุนของครอบครัว คำแนะนำจากแพทย์ ผู้ที่เคยมีประสบการณ์ และศึกษาจากเอกสารต่าง ๆ และ 3) กลัวแต่ทำใจยอมรับการผ่าตัด

ประเด็นหลักที่ 4 รับรู้การผ่าตัด คือ ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้สูงอายุขณะเข้ารับการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ผู้สูงอายุให้ข้อมูลเกี่ยวกับ 1) สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดที่ไม่คุ้นเคย และ 2) ความไม่สบายหลังการผ่าตัด โดยผู้สูงอายุได้รับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด และมีคลื่นไส้อาเจียน

ประเด็นหลักที่ 5 ดำเนินชีวิตกับข้อเข่าใหม่ หมายถึง เมื่อช่วงเวลาการผ่าตัดผ่านพ้นไป ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงสุขภาพของตนเองและการดำเนินชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า 1) มีการเฝ้าระวังสังเกตอาการของตนเอง 2) เอาใจใส่ดูแลตนเอง และ 3) พอใจกับข้อเข่าเทียม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่ามีภาพลักษณ์ที่ดี หายปวดเข่า เดินได้ดีขึ้น และมีกำลังใจในการใช้ชีวิต

บทที่ 5

การอภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Descriptive phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl (Streubert and Carpenter, 2003) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้น ผู้วิจัยต้องแยกความเชื่อและสิ่งที่ผู้วิจัยรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา (Koch, 1995) การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพจะเน้นในเรื่องการศึกษาข้อมูล จากผู้ที่มีคุณสมบัติตรง มีประสบการณ์ในเรื่องที่สนใจและสามารถให้ข้อมูลครบถ้วน ตรงตามประสบการณ์ที่อยู่ในความสนใจ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก แบบเฉพาะเจาะจง จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 9 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกตและการบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ มาถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions) และข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยผลของการศึกษาสามารถนำเสนอเป็นประเด็นหลัก 5 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 มองย้อนการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุคิดถึงเหตุของการเจ็บป่วย โดยเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากอดีตที่ผ่านมาของตน 1) จากการประกอบอาชีพ และ 2) การดำรงชีวิตประจำวันหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ประเด็นหลักที่ 2 แสวงหาวิธีการรักษาและดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในขณะที่เจ็บป่วยมีอาการแสดงต่าง ๆ โดยเฉพาะการปวดข้อเข่า ทำให้ผู้สูงอายุต้องทุกข์ทรมาน และส่งผลกระทบต่อในด้านต่าง ๆ ผู้สูงอายุจึงพยายามแสวงหาวิธีการรักษาและดูแลตนเอง ด้วยวิธีการดังนี้ 1) บรรเทาอาการด้วยตนเอง 2) ใช้วิธีการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน และ 3) ได้รับข้อมูลการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ

ประเด็นหลักที่ 3 ตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้าใจถึงภาวะสุขภาพและผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคข้อเข่าเสื่อม เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะทนทุกข์ทรมานจากความปวดและผลกระทบในด้านต่าง ๆ ต่อไปได้ จึงต้องตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด

เปลี่ยนข้อเข้าเทียม โดยผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า 1) อยากหายจากความปวด อยากช่วยเหลือตนเองได้ และมีความรู้สึกเป็นหน่วยวิธีการรักษา 2) ได้รับข้อมูลสนับสนุนให้ผ่าตัดจากการสนับสนุนของครอบครัว คำแนะนำจากแพทย์ ผู้ที่เคยมีประสบการณ์และศึกษาจากเอกสารต่าง ๆ และ 3) กลัวแต่ทำใจยอมรับการผ่าตัด

ประเด็นหลักที่ 4 รับรู้การผ่าตัด คือ ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้สูงอายุขณะเข้ารับการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ผู้สูงอายุให้ข้อมูลเกี่ยวกับ 1) สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดที่ไม่คุ้นเคย และ 2) ความไม่สบายหลังการผ่าตัด โดยผู้สูงอายุได้รับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด และมีคลื่นไส้อาเจียน

ประเด็นหลักที่ 5 ดำเนินชีวิตกับข้อเข้าใหม่ หมายถึง เมื่อช่วงเวลากการผ่าตัดผ่านพ้นไป ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงสุขภาพของตนเองและการดำเนินชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า 1) มีการเฝ้าระวังสังเกตอาการของตนเอง 2) เอาใจใส่ดูแลตนเอง และ 3) พอใจกับข้อเข้าเทียม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่ามีภาพลักษณ์ที่ดี หายปวดเข่า เดินได้ดีขึ้นและมีกำลังใจในการใช้ชีวิต

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม แสดงเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่ผู้สูงอายุประสบมาและการรับรู้ความรู้สึกของการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมและเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียมตลอดจนถึงชีวิตหลัง การผ่าตัด ซึ่งสามารถอภิปรายในแต่ละประเด็นหลักได้ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 มองย้อนการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อม

ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักจากการศึกษาครั้งนี้ ได้กล่าวถึง ประสบการณ์ก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม โดยมองย้อนการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผู้สูงอายุคิดถึงเหตุของการเจ็บป่วย โดยเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากอดีตที่ผ่านมาของตนเองจากการประกอบอาชีพ และจากการดำรงชีวิตประจำวันหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การนั่งสมาธิ การยกของหนัก การทำงานบ้าน เป็นต้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักมีความรู้สึกว่าตนเองใช้งานข้อเข่ามากเกินไปในการเดิน การยืน การนั่ง เพื่อการประกอบอาชีพหรือการดำรงชีวิตประจำวัน จึงส่งผลทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งสามารถอภิปรายในแต่ละประเด็นย่อยได้ ดังนี้

จากการประกอบอาชีพ

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องมาจากการประกอบอาชีพที่ใช้การเดิน การยืนหรือการนั่งสมาธิ โดยการใช้ข้อเข่าเป็นประจำและใช้งานมากเกินไป จากการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่มีอาชีพเดิมหรืออาชีพก่อนเกษียณ คือ ค้าขาย รับราชการและรับจ้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลอนงค์ ชัยปิยะพร, สุวรรณิ จรุงจิตตารักษ์ และสุวรรณา เอื้อจรรุพร (2541) พบว่า งานอาชีพเดิมของผู้สูงอายุที่ส่งผลอาการปวดจากการเสื่อมสภาพของกระดูกและกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ โดยกลุ่มแม่บ้านมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.28 กลุ่มอาชีพรับราชการ ค้าขาย ช่างเสริมสวยและทำนา คิดเป็นร้อยละ 25.00, 21.88, 8.59 และ 6.25 ตามลำดับ และพบว่า ผู้สูงอายุมีอาการปวดในตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกายคิดเป็นร้อยละ 93.43 และตำแหน่งที่มีอาการปวดมากที่สุดคือข้อเข่า คิดเป็นร้อยละ 60.16 ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมสภาพตามร่างกาย โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อและกระดูกในตำแหน่งที่ต้องรับน้ำหนักของร่างกายอันเนื่องจากการใช้งานต่าง ๆ ในกิจวัตรประจำวันและงานประจำในอดีต (สุวรรณา เอื้อจรรุพรและคณะ, 2540) โดยอาชีพที่เกี่ยวกับการนั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ หรือคุกเข่ามากกว่า 30 นาทีต่อวัน อาชีพที่ต้องเดินขึ้นบันไดมากกว่า 10 ชั้นต่อวัน เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม (Cooper et al., 1994 อ้างถึงใน นาทยา วงศ์ยะรา, 2547)

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดเป็นเพศหญิง ซึ่งมีการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมนั้นมีความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยลักษณะของการประกอบอาชีพทำให้ระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศชายมีโอกาสใช้แรงกายหรือออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง และมีลักษณะเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงทำให้กล้ามเนื้อของผู้สูงอายุเพศชายมีความแข็งแรงมากกว่าเพศหญิง (ยุพิน ไกรรินทร์, 2536) อีกทั้งผู้สูงอายุเพศหญิงยังมีปัจจัยของการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนเพศหลังหมดประจำเดือนร่วมกับการลดลงของการทำกิจวัตรประจำวัน เพราะอายุมากขึ้น จึงสร้างเสริมให้เกิดการเสื่อมสภาพเร็วยิ่งขึ้น (Frontera et. al, 1991 อ้างถึงใน นวลอนงค์ ชัยปิยะพรและคณะ 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นาทยา วงศ์ยะรา (2547) พบว่า ผู้สูงอายุอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคว่า เกิดจากการเสื่อมสภาพตามวัย ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงร่วมกับการทำงานหนักมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ การออกกำลังกายที่มากเกินไป ความอ้วน การเกิดจากอุบัติเหตุในขณะทำงาน สิ่งลึกลับเหนือธรรมชาติ และผลของกรรมเวร

จากการดำรงชีวิตประจำวัน

นอกจากการประกอบอาชีพที่ส่งผลต่อการเกิดข้อเข่าเสื่อมแล้ว ผู้สูงอายุบางรายเชื่อว่าการเจ็บป่วยจากโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากการดำรงชีวิตประจำวันหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การนั่งสมาธิ การยกของหนัก การทำงานบ้าน โดยผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นเพศหญิงทั้งหมด นอกจากการประกอบอาชีพหลัก ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ มีบทบาทเป็นแม่บ้านในการดูแลบุตรและทำงานบ้านเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลอนงค์ ชัยปิยะพรและคณะ (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมเป็นแม่บ้านนั้น จะมีตำแหน่งที่ปวดมาก คือ ปวดเข่าและหลัง เนื่องจากผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นหนุ่มสาวในยุคก่อนที่ส่วนใหญ่ต้องทำงานบ้านด้วยตนเอง ซึ่งมักจะทำงานในท่าทางที่ไม่ถูกต้อง เช่น การนั่งยอง ๆ ก้มหลังทำงาน ท่าทางในการยกของหนักรวมทั้งอาจเกิดเนื่องจากข้อเข่าเป็นส่วนที่ต้องรองรับน้ำหนักและถูกใช้งานเกือบตลอดวัน ยังมีปัจจัยเสริม เช่น การอ่อนกำลังของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า การยกของหนักด้วยท่าทางที่ไม่ถูกต้อง โครงสร้างของกระดูกขาที่ผิดปกติ น้ำหนักตัว ประเภทของงาน ระยะเวลาที่ใช้งานส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรมไทยที่ต้องนั่งคุกเข่า นั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบหรือคลานในขณะทำกิจกรรมบางอย่าง ตลอดทั้งการดูแลรักษาเป็นเหตุให้เกิดความเสื่อมสภาพได้ง่ายและเร็วกว่าที่อื่น และจากการศึกษาครั้งนี้มีผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งกิจกรรมทางศาสนาโดยเฉพาะศาสนาพุทธเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ข้อเข่ามีการเสื่อมเร็วกว่าปกติ โดยทวี สดบรรทัดและคณะ (2528 อ้างถึงใน นาทยา วงศ์ยะรา, 2547) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีความสนใจในศาสนามากกว่าผู้สูงอายุเพศชายจึงมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามากกว่าเพศชาย เช่น การไปทำบุญที่วัด หรือนั่งฟังเทศน์ ทำให้ต้องอยู่ในอิริยาบถนั่งกับพื้นนาน ๆ ข้อเข่าจึงอยู่ในท่าอับมากที่สุดและเกิดแรงกดทับเป็นเวลานาน ๆ ทำให้กระดูกอ่อนหุ้มข้อเข่าถูกกดทับนาน ๆ จึงเกิดการขาดเลือดและอาหารไปเลี้ยงไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดอาการเสื่อมของข้อตามมาและการนั่งกับพื้นนาน ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการเปลี่ยนอิริยาบถโดยเฉพาะจากท่านั่งเป็นท่านยืน อาจมีการเสียการทรงตัวก็ส่งผล ทำให้ข้อเข่าได้รับบาดเจ็บ และเป็นสาเหตุทำให้มีการเสื่อมของข้อเร็วกว่าปกติได้เช่นกัน

ประเด็นหลักที่ 2 แสวงหาวิธีการรักษาและดูแลตนเอง

เมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเทียม และมีอาการแสดงต่าง ๆ โดยเฉพาะการปวดข้อเข่า ทำให้ผู้สูงอายุต้องทุกข์ทรมาน และส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ ผู้สูงอายุจึงพยายามแสวงหาวิธีการรักษาและดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความปวด โดยระยะแรกของการเจ็บป่วย

ผู้สูงอายุใช้วิธีการต่าง ๆ โดยการบรรเทาอาการด้วยตนเอง เมื่อผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น และได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดเข่า จึงเริ่มเข้ารับการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายได้รับข้อมูลการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ ซึ่งการรักษาเหล่านี้สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุบรรเทาอาการต่าง ๆ ได้ในระยะแรก แต่ยังคงมีความทุกข์ทรมานจากความปวดต่อไปอย่างเรื้อรัง ซึ่งวิธีการรักษาหรือการดูแลตนเองนั้น ไม่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลีกหนีจากการปวดข้อเข่าได้ ซึ่งสามารถอธิบายในแต่ละประเด็นย่อยได้ ดังนี้

บรรเทาอาการด้วยตนเอง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยจากโรคข้อเข่าเสื่อมและมีอาการปวดข้อเข่า ลูกนั่งลำบากและปวดมากเวลาเดิน ส่งผลต่อการดำรงชีวิต และการทำกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เครียดจากอาการเจ็บป่วยและรู้สึกไม่มีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นาดยาว วงศ์ยะรา (2547) พบว่า ผลกระทบของความปวดเข่าในผู้สูงอายุ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในทางลบ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหวของข้อ ทำให้การเดิน การนั่ง การนอน การขับรถ และการทำงาน ซึ่งเป็นไปในลักษณะของความไม่สะดวก และปฏิบัติได้ไม่เหมือนเดิม การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้มีการตอบสนองอารมณ์ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการปวด ระยะเวลาที่เกิดอาการปวด และลักษณะบุคลิกภาพเฉพาะบุคคล โดยการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ที่แสดงออก ได้แก่ ความอดทน เหนื่อย ๆ ไม่ตกใจ หงุดหงิด เบื่อ อายากตาย และความน้อยใจ ในด้านการเปลี่ยนแปลงของบทบาทและเข้าสังคม แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ บทบาทการเป็นผู้หารายได้ ต้องพักงานและรับเงินจากบุตร อีกลักษณะคือ การเข้าสังคม ทำให้มีการปรับตัวไปงาน ผู้สูงอายุไม่ได้งดไปงานทั้งหมด แต่มีการเลือกไปงาน โดยคำนึงถึงว่าไม่ทำให้อาการปวดมากขึ้น

จากผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุจึงพยายามหาวิธีการรักษาและดูแลตนเอง โดยใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การรับประทานยาแก้ปวด พั่นด้วยผ้ายืด การนวดตามหมอนวดตามบ้าน การประคบร้อนประคบเย็น การออกกำลังกายข้อเข่า เป็นต้น เพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าให้ทุเลาลงและจัดการกับผลกระทบที่ได้รับจากความปวดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นาดยาว วงศ์ยะรา (2547) พบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการกับความปวดในระยะแรก โดยใช้การสังเกต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองโดยการบีบนิ้ว การประคบสมุนไพร แช่น้ำร้อน และการซื้อยารับประทานเอง ซึ่งผลของการจัดการด้วยวิธีเหล่านี้ มี 3 แบบ ได้แก่ หายปวด ไม่เปลี่ยนแปลงและไม่หายปวด ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโรคข้อเข่าเสื่อม มีการดำเนินโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป เมื่อเริ่มปรากฏอาการแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และ

มีพยาธิสภาพแบบไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ (Kee, 2000; Sharkey & Guerin, 2000 อ้างถึงใน รุ่งศักดิ์ ศิรินิยมชัย, กนกพร สุคำวัง และดวงฤดี ลาสุขะ, 2546) และเนื่องจากลักษณะของความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมักเกิดในผู้สูงอายุยิ่งสูงอายุขึ้น จะพบได้มากขึ้นและมีอาการของโรคได้รุนแรง แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีจะมีความรุนแรงของโรคน้อย (แหวดวาท ทวีชัย, 2543) และจากการศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนต่อความรู้เรื่องโรค และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและการควบคุมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (บุษบา อุไพลิจิตร, 2537) พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ในเรื่องโรคดีขึ้น แต่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมหรือลดความเจ็บปวดลงได้

ใช้วิธีการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน

เมื่อผู้สูงอายุพยายามใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อบรรเทาอาการปวดข้อเข่าและจัดการกับผลกระทบที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากโรคข้อเสื่อมเป็นโรคที่เรื้อรัง ถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีการบรรเทาอาการปวดด้วยตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ แต่ความรู้สึทรมของผู้สูงอายุเป็นการหายปวดแค่ชั่วคราวครั้งชั่วคราว ถึงอย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจะยังคงมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดเข่าและค่อย ๆ รุนแรงขึ้น อีกทั้งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต จึงทำให้ผู้สูงอายุพยายามแสวงหาวิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยแพทย์จะให้ยาแก้ปวดมารับประทานหรือยาทา อุลตราซาวด์ และการเจาะน้ำในข้อเข่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดราชบุรี (นาตยา วงศ์ยะรา, 2547) พบว่า การจัดการกับความปวดที่เป็นผลมาจากการระยะแรกไม่ทำให้หายปวด ทำให้ผู้สูงอายุค้นหาวิธีการอื่นต่อไป ซึ่งวิธีการและการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุทุกรายเลือกใช้ในการจัดการความเจ็บปวด แหล่งที่ไปรับการรักษา ได้แก่ โรงพยาบาลคลินิก โดยรับยารับประทาน ยาฉีด ยานวด นอกเหนือจากการรักษาด้วยยาแล้ว ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ช่วยควบคุมอาการปวดและที่โรงพยาบาลมีสื่อแสดงเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวให้ผู้สูงอายุรับทราบ เหตุผลที่ผู้สูงอายุเลือกไปเพราะมีความมั่นใจในการรักษา ตัวผู้รักษาเอง การมีบัตรผู้สูงอายุ และความมีชื่อเสียงของโรงพยาบาลที่ไปรับรักษา ผู้ที่แนะนำได้แก่ ญาติ คนรู้จักกัน ส่วนผลของการรักษานั้น ผู้สูงอายุประเมินว่าทุเลาปวดแต่ไม่ทำให้หายปวด ผู้สูงอายุจึงเปลี่ยนวิธีการรักษา ซึ่งเป็นลักษณะของการดูแลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย บุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจกระทำการต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความผิดปกตินั้น (มัลลิกา มติโก, 2530 อ้างถึงใน นาตยา วงศ์ยะรา, 2547) และสอดคล้องกับแบบจำลองการรักษาของไอกัน (Igoun, 1979 อ้างถึงใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530) ในขั้นตอนของการประเมินผลของการจัดการความปวดจากแหล่งหรือวิธีการรักษาพยาบาลนั้น ว่าการรักษานั้น ๆ ทำให้อาการป่วยไข้ หรือทุเลาหรือไม่ หากปรากฏ

ว่า อาการป่วยยังคงเหมือนเดิมหรือมากกว่าเดิมก็จะทำการเปลี่ยนแปลงรักษาใหม่ เกิดการโยกย้ายแหล่งการรักษาและกลับมาสู่ขั้นตอนของการประเมินการรักษาใหม่ การรักษาในแต่ละแห่งนั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้สูงอายุบางรายที่รักษากับแพทย์ด้วยวิธีการต่าง ๆ แต่อาการปวดเข่าไม่ดีขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุพยายามเปลี่ยนแพทย์ที่ให้การรักษา ซึ่งเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ผู้สูงอายุเชื่อว่าจะทำให้หายจากความทุกข์ทรมานจากความปวดได้

ได้รับข้อมูลการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ

นอกจากผู้สูงอายุจะบรรเทาอาการปวดด้วยตนเองหรือเข้ารับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ผู้สูงอายุบางรายจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจากเพื่อนหรือบุตรหลาน โดยมีวิธีการอื่น ๆ ให้ผู้สูงอายุได้เลือกปฏิบัติตาม เช่น การฟังเทปเพื่อออกกำลังกาย ซึ่งผู้สูงอายุจะปฏิบัติตามที่ได้รับคำแนะนำ เพื่อแสวงหาวิธีที่จะทำให้หายจากอาการปวดข้อเข่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นาทยา วงศ์ยะรา (2547) ในการได้รับข้อมูลของผู้สูงอายุเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาอาการปวดเข่า โดยจะได้รับจากแหล่งข้อมูล คือ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน คนรู้จัก และสื่อวิทยุ โดยรับรองวิธีการรักษานั้น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจในวิธีการดังกล่าว ซึ่งโดยทั่วไปบุคคลจะมีขั้นตอนการรักษา เริ่มจากง่ายไปยาก รูปแบบการรักษาเริ่มจากใกล้ตัวก่อน คือ รักษาตนเอง ปรีกษานุคคลใกล้ชิด เพื่อนบ้านรักษาแบบพื้นบ้านกับหมอผี หมอพระ หมอแผนโบราณ รักษาตามคลินิกและสุดท้ายเข้ารับการบริการทางการแพทย์ต่าง ๆ (สุพรรณิณี สุ่มเล็ก, 2543)

ประเด็นที่ 3 ตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด

เมื่อผู้สูงอายุเข้าใจถึงภาวะสุขภาพและผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคข้อเข่าเสื่อม อีกทั้งผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะทนทุกข์ทรมานจากความปวดและผลกระทบในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ จึงต้องตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุและครอบครัวจะพยายามแสวงหาข้อมูลทั้งด้านลบและด้านบวก เพื่อนำมาพิจารณาในการตัดสินใจผ่าตัด ในผู้ให้ข้อมูลหลักบางรายที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นระยะเวลานาน และใช้วิธีรักษาหรือดูแลตนเองในรูปแบบต่าง ๆ แต่อาการไม่ดีขึ้น จะรู้สึกเบื่อหน่ายวิธีรักษา และในผู้สูงอายุบางรายถึงแม้จะตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดแล้ว แต่ยังคงมีความกลัวต่อภาวะต่าง ๆ ที่จะได้รับจากการผ่าตัด ดังนั้นจึงมีผู้สูงอายุที่พยายามใช้วิธีทำใจยอมรับการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้นกับตนด้วยวิธีการต่าง ๆ สามารถอธิบายในแต่ละประเด็นย่อยได้ดังนี้

อวยากหาย

จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยทำให้ผู้สูงอายุทุพพิกขน์จากอาการปวดเข่า โดยความปวดจะทำให้ผู้สูงอายุต้องตื่นนอนและรบกวนการนอน มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์รู้สึกหงุดหงิดและไม่มีความสุข ทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อให้ตนเองพ้นจากทุพพิกขน์จากอาการปวดเข่า และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งความปวดเป็นปัญหาสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์และเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ด้านความเครียดอารมณ์ความรู้สึก (สุภาพ อารีเชื้อ และคณะ, 2544) ซึ่งอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงเป็นผลมาจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งความปวดที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลาและความแตกต่างในแต่ละบุคคลทำให้ควมมีชีวิตชีวา ความกระปรี้กระเปร่าลดลง เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ซึมเศร้า หงุดหงิดและแยกตนเองตามมา (ประคอง อินทรสมบัติ, 2539) และอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยเกิดจากความวิตกกังวลและความเครียดจากการที่มีความบกพร่องเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ (ยุพิน โกรินทร์, 2536) และความรู้สึกทุพพิกขน์มากเกิดขึ้น เพราะต้องพยายามตลอดเวลาที่จะควบคุมความเจ็บปวดนั้น เมื่อความปวดไม่สามารถควบคุมได้อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมักมีอาการของโรคที่เรื้อรังและไม่มีโอกาสหายขาดได้ เมื่อภาวะของโรครุนแรงมากขึ้น จะส่งผลให้เกิดความปวดมากขึ้น แม้กระทั่งขณะพักหรือในขณะนอนหลับ (Wolfe, 1984 อ้างถึงใน สุณี สุวรรณพสุ, 2544) นอกจากนี้ความปวดทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ลดลง ซึ่งการเข้าสู่สังคมหรือชุมชนในการร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งที่บุคคลในวัยสูงอายุตอนต้นสามารถจะกระทำได้ เมื่อเกิดข้อจำกัดเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยเฉพาะเมื่อจำเป็นต้องนั่ง เมื่อเข้าสู่สังคมซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติได้เนื่องจากปวด ข้อติด

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (สุภาพ อารีเชื้อ และคณะ, 2543) พบว่า ความเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาหรือข้อจำกัดต่อผู้ป่วยทั้งหมด 9 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การเดิน และการก้มตัว การดูแลตนเอง การทำงานบ้าน กิจกรรมทางสังคม แรงสนับสนุนจากครอบครัว/เพื่อน ความปวด ความตึงเครียด และอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมาพบว่า การดำเนินชีวิตอยู่กับโรคข้อเข่าเสื่อมส่งผลกระทบโดยรวมต่อผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยผู้ป่วยค่อย ๆ ได้รับผลกระทบแต่จะรุนแรงและเป็นปัญหาต่อผู้ป่วยหลังอายุ 55 ปี ความเรื้อรังของอาการดังกล่าวจึงส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้านถูกจำกัดการเคลื่อนไหวทั้งการทำกิจวัตรประจำวันในบ้านและการเข้าสังคมหรือชุมชนใน

การร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ การดำรงบทบาท ความรับผิดชอบ สัมพันธภาพกับครอบครัวและเพื่อน ตลอดจนการวางแผนการในอนาคต (Lee, 1993) แต่ผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เกิดปัญหาหรือข้อจำกัดด้านใดมากน้อยเพียงใด อาจกล่าวได้ว่าขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคที่แสดงอาการขณะนั้นของแต่ละบุคคล

นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางราย เมื่อได้รับความทุกข์ทรมานจากความปวดและผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต จึงจะพยายามใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อบรรเทาอาการของโรค ซึ่งจะพยายามรักษาเป็นระยะเวลาหนึ่ง จนรู้สึกว่าเจ็บป่วยเหล่านี้ไม่ดีขึ้น ยังคงทุกข์ทรมานจากความปวด จึงเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายการรักษาที่เคยใช้ผ่านมา เช่น การรับประทานยาจำนวนมาก การไปพบแพทย์บ่อย ๆ และกลัวว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาแก้ปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นาทยา วงศ์ยะรา (2547) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่รับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการปวด จะมีภาวะแทรกซ้อน คือ ปวดท้อง อีกทั้งความเจ็บป่วยเรื้อรังและความปวดทรมานจากโรคยังทำให้ผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีสิ้นสุด เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามและรุนแรงมากขึ้นในบางรายที่มีการดำเนินโรครุนแรง มีการทำลายข้อไปมาก จึงต้องได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (รุ่งศักดิ์ ศิรินิยมชัยและคณะ, 2546)

ได้รับข้อมูลสนับสนุนให้ผ่าตัด

จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลในด้านบวกของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ที่มาจากมุมมองของผู้ที่เคยเข้ารับการผ่าตัด จากคำแนะนำของแพทย์ผู้รักษาหรือการศึกษาจากเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และการสนับสนุนจากครอบครัว มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นาทยา วงศ์ยะรา (2547) ที่พบว่า ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจากหลายแหล่ง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน คนรู้จัก สื่อวิทยุ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการไปรับบริการในแหล่งต่าง ๆ ซึ่งผู้สูงอายุได้รับข้อมูลที่ให้บริการจากการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น เอกสารเผยแพร่ แผ่นพับ โปสเตอร์ที่ติดอยู่ที่โรงพยาบาล (นริสา ศรีสาชัย, 2540) นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในตัวบุคคลที่จะรักษา เป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด โดยผู้สูงอายุบางรายเชื่อว่า ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ผู้รักษา ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จของการผ่าตัด (Figaro, 2005) และการรับรู้ข้อมูลจากแพทย์ว่าเป็นการรักษาทางเดียวในขณะนั้นที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่สุด (ศรัญญา ครั่งมีและคณะ, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดความต้องการดูแลและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในหอผู้ป่วย

ศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ พบว่า เมื่อผู้สูงอายุประสบกับความเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการผ่าตัด ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ต่อการผ่าตัดรักษาว่า ช่วยให้หายปวดทรมานในรายที่มาด้วยอาการปวดและในบางรายก็ปล่อยให้เป็นการตัดสินใจของแพทย์และปฏิบัติตาม

นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายต้องปรึกษานุคคลในครอบครัวหรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลเมื่อได้รับการผ่าตัด ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับการผ่าตัด เช่น เรื่องค่าใช้จ่าย การเตรียมความพร้อมเมื่อออกจากโรงพยาบาลมาพักฟื้นที่บ้าน เป็นต้น เนื่องจากผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการผ่าตัด ส่วนใหญ่มีความต้องการญาติ หรือลูกหลานมาช่วยดูแล เพียงแต่เป็นกำลังใจ อยู่เป็นเพื่อน โดยไม่คาดหวังให้ช่วยเหลืออย่างอื่น หรือเป็นเพียงการช่วยเหลือเล็ก ๆ น้อย ๆ ส่วนการดูแลหลังผ่าตัดต้องการความช่วยเหลือเพียงครั้งคราวตามความจำเป็นและผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพและอาศัยอยู่กับบุตรหลาน บางรายขาดแหล่งช่วยเหลือ ทำให้วิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดและการอยู่ในโรงพยาบาล บางรายถึงกับไม่อยากผ่าตัดด้วยเหตุผลที่ว่าไม่อยากเป็นภาระให้ลูกหลาน (ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ, 2543)

มุมมองของผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัดเป็นข้อมูลที่ได้รับจากการพูดคุยและซักถามของผู้สูงอายุที่ตัดสินใจได้รับการผ่าตัด โดยการขอคำปรึกษา มีความจำเป็นและเข้ามามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจรักษาอย่างมาก แม้ว่าบุคคลที่ให้คำปรึกษาอาจจะไม่มีความรู้ทางการแพทย์ด้านนั้น แต่อาจมีประสบการณ์สามารถแนะนำได้ ซึ่งช่วยตีความเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการวินิจฉัย ความเจ็บป่วยรวมถึงการกำหนดแบบแผนพฤติกรรมความเจ็บป่วยเบื้องต้น นอกจากนั้นยังเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการแพทย์ระหว่างกัน เพื่อความมั่นใจในการเลือกการรักษาที่เหมาะสม ตามความเชื่อร่วมกันในด้านการแพทย์ และแหล่งรักษาที่มีอยู่ (สุพรรณิ สุ่มเล็ก, 2543)

กลัวแต่ทำใจยอมรับการผ่าตัด

จากการศึกษา พบว่า เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และต้องดำเนินชีวิตหลังการผ่าตัด ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกกลัว เนื่องจากข้อเข่าเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกายที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และการดำรงชีวิต อีกทั้งการเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่สามารถคาดการณ์ได้ จึงเกิดความรู้สึกกลัวการผ่าตัด และไม่มั่นใจเกี่ยวกับการผ่าตัดข้อเข่าเทียม แต่ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะใช้วิธีพยายามทำใจโดยใช้สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ สร้างความหวังต่อผลการผ่าตัดและเชื่อมั่นการรักษาของแพทย์

โดยมีผู้สูงอายุบางรายเชื่อมั่นการรักษาของแพทย์ หากต้องเสียชีวิตจากการผ่าตัดก็ถือว่าเป็นเหตุสุดวิสัย เพื่อให้ตนยอมรับสิ่งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นและคลายความกลัวที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งผู้สูงอายุมีความคาดหวังจะหายจากอาการเจ็บป่วยและสามารถเดิน ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ แต่ในความรู้สึกอีกด้านหนึ่งนั้น ผู้สูงอายุมีความรู้สึกกลัวต่อการผ่าตัด กลัวเดินไม่ได้เหมือนเดิม กลัวการวางยาสลบ ทำให้ผู้สูงอายุบางรายรับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ และเกิดความเครียด ผู้สูงอายุบางรายมีวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูง ดังนั้นก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดผู้สูงอายุและครอบครัว จะตัดสินใจโดยพิจารณาส่วนความคุ้มค่าในการรักษาด้วย (กิริติ เจริญชลวานิช, 2547) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Forster (2005) ศึกษา ผู้สูงอายุชาวแอฟริกาใต้ที่อเมริกาซึ่งเป็นที่โรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 52 ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเชื่อว่าการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นวิธีการรักษาที่ไม่ได้ประสิทธิภาพ และกลัวการตัดกระดูก กลัวความตาย กลัวเจ็บ กลัวการอยู่โรงพยาบาล กลัวการรักษาของแพทย์ กลัวว่าจะเกิดความพิการและกลัวสิ่งที่ไม่รู้ ในระยะก่อนผ่าตัดต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด และต้องการได้รับการดูแลอย่างรอบคอบและด้วยความตั้งใจจากเจ้าหน้าที่ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ของร่างกายและบางรายมีโรคประจำตัว เมื่อเข้ารับการผ่าตัดยิ่งทำให้มีความรู้สึกกลัว อีกทั้งได้รับข้อมูลในด้านลบเกี่ยวกับการผ่าตัด จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่มั่นใจต่อการผ่าตัดว่าจะประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังหรือไม่ ซึ่งความรู้สึกกลัวและไม่มั่นใจต่อการผ่าตัดนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Montin , Suominen และ Leino-Kilpi (2002) เกี่ยวกับประสบการณ์การของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจะมีอาการปวดจนทำให้ผู้ป่วยขาดการพักผ่อน มีความลำบากในการเคลื่อนไหวและผลของความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่อยู่ในระดับต่ำ ในด้านจิตใจนั้นผู้ป่วยเกิดความกลัวผลการผ่าตัดที่จะออกมาไม่ดี หรือกลัวภาวะแทรกซ้อนบริเวณแผลที่ได้รับการผ่าตัดไป อีกทั้งการรอผ่าตัดที่นาน ทำให้พวกเขาเกิดความไม่แน่ใจและรู้สึกไม่ดีกับการรอคอย

จากผลของการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เมื่อผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด ในระยะก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผู้สูงอายุมีความรู้สึกกลัวและไม่มั่นใจ แต่เนื่องจากมีความคาดหวังที่ต้องการหายจากอาการเจ็บปวด และสามารถเดินหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ อีกทั้งได้รับปรึกษาและการตัดสินใจจากครอบครัวหรือแพทย์ผู้รักษาแล้ว เมื่อการผ่าตัดเป็นสิ่งที่ต้องประสบและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้สูงอายุจึงพยายามทำใจ ยอมรับความจริงกับสิ่งที่จะประสบเมื่อเข้ารับการผ่าตัด เมื่อการผ่าตัดใกล้เข้ามาบุคคลจะใช้เวลาเผชิญปัญหาโดยมุ่งที่อารมณ์มากขึ้น โดยวิธี

ปรับความคิดและจิตใจ ทั้งวิธีการทำใจ การปลอบใจตนเอง และการทำสมาธิ (ศรัญญา ครึ่งมี และคณะ, 2544)

โดยผู้สูงอายุจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พยายามคิดในแง่บวกและมีความเชื่อเรื่องบุญกรรมที่จะส่งผลให้การผ่าตัดเป็นไปด้วยความสำเร็จ ซึ่งผู้สูงอายุบางรายพยายามนึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์และทำจิตใจให้สงบ โดยผู้สูงอายุใช้การสวดมนต์และขอพรให้การผ่าตัดสำเร็จได้ด้วยดี และกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับลูกหลานต่อไปได้ เมื่อใดที่บุคคลเกิดเจ็บป่วยย่อมมีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากเป็นพิเศษทั้งนี้เพื่อใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ในการต่อรองจากสิ่งที่มองไม่เห็น โดยความเชื่อช่วยให้บุคคลมีความหวัง มีกำลังใจ และสามารถปรับตัวได้ต่อการเจ็บป่วย (Maraviglia, 1990 อ้างถึงใน สาคร อินทโธ, 2005) หรือปรับความคิดและจิตใจ โดยการทำใจ ซึ่งมีทั้งการทำใจโดยการคิดปลง การทำใจโดยคิดเรื่องบุญกรรม – บุญวาสนาและทำใจโดยคิดหาเหตุผลมาอธิบาย (ศรัญญา ครึ่งมี และคณะ, 2544) และสอดคล้องกับผลการศึกษาความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ, 2543) พบว่า มิติด้านความสุขสงบและการยอมรับ คือ การที่ผู้สูงอายุจะปล่อยวางความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ และทำใจยอมรับหรือปลงกับสิ่งที่ตนเองไม่สามารถขัดขวางหรือควบคุมได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความเชื่อมั่นในการผ่าตัดและการดูแลของแพทย์ผู้รักษาด้วย สิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดและผลลัพธ์หลังการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moon and Backer (2000) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และพฤติกรรมหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดข้อเทียม พบว่า ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่มีระดับสูงจะสัมพันธ์กับระยะทางของการลุกเดินหลังการผ่าตัด ซึ่งจะใช้เวลาที่นานขึ้นและความถี่ที่บ่อยขึ้น ตลอดจนการบริหารขาที่เพิ่มขึ้นด้วย

ประเด็นหลักที่ 4 การรับรู้บรรยากาศระหว่างผ่าตัด

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่จะได้รับการฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน โดยวิธี Spinal block หรือ Epidural block ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกตัวตลอดเวลาที่เข้ารับการผ่าตัด และรับรู้บรรยากาศในห้องผ่าตัด ในผู้สูงอายุบางรายมีความรู้สึกกระวนกระวาย เนื่องจากอากาศหนาว และไม่มีเสียงเพลง มีแต่เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ในภาษาที่ตนไม่เข้าใจ และเสียงเครื่องมือต่าง ๆ ผู้สูงอายุจึงไม่อยากรับรู้และกลัวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด สามารถอธิบายในแต่ละประเด็นย่อยได้ ดังนี้

สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดที่ไม่คุ้นเคย

จากการศึกษา พบว่า สภาพแวดล้อมและสิ่งที่เกิดขึ้นภายในห้องผ่าตัดเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุเคยพบเห็นหรือรับรู้ ทั้งการสนทนาของเจ้าหน้าที่ สภาพอากาศที่หนาว บรรยากาศของห้องเตรียมผ่าตัดที่ไม่มีเสียงเพลง การได้ยินเสียงเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดและลักษณะของห้องผ่าตัด สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ไม่คุ้นเคยและอาจเกิดความกลัวได้ โดยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัดมีระดับสูง (Johnston, 1980) ประกอบกับสภาวะแวดล้อมในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นสภาวะที่แปลกใหม่และเป็นสภาวะที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย โดยผู้ป่วยที่ได้รับการยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลาที่ได้รับการผ่าตัดสามารถรับรู้ต่อเสียงต่าง ๆ ในห้องผ่าตัด ได้แก่ การสนทนาของบุคลากรในห้องผ่าตัด เสียงเครื่องมือ เสียงเครื่องใช้ไฟฟ้า สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อผู้ป่วยทำให้เกิดวิตกกังวลและกลัว (นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์, 2548)

มีผู้สูงอายุบางรายได้กล่าวถึง บรรยากาศของห้องเตรียมผ่าตัดที่ไม่มีเสียงเพลง ซึ่งผู้สูงอายุอยากฟังเพลงขณะรอการผ่าตัด โดยผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากการผ่าตัดและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น การให้ผู้ป่วยเลือกฟังดนตรีได้ตามความชอบและการแนะนำให้ผู้ป่วยคิด จินตนาการไปตามเสียงเพลง การใช้ดนตรีที่มีความสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงแหลมหรือเร่งเร็ว สามารถควบคุมความดังของเสียงด้วยตนเอง เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการเบี่ยงเบนความสนใจต่อการผ่าตัดและความเจ็บปวดได้ดีขึ้น (McCaffery, 1979 อ้างถึงใน นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โฉมนภา กิตติศัพท์ (2536 อ้างถึงใน เกศินี รัตนมณี, 2549) เรื่องผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดฟังดนตรีให้ฟังมีระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการจัดดนตรีให้ฟัง ซึ่งเชื่อว่าเสียงเพลงจะช่วยดึงดูดความสนใจ หันเหความรู้สึกจากความเจ็บปวดไปสู่การฟังลดกระแสประสาทเกี่ยวกับความเจ็บปวดให้ลดลง ดนตรีจะเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความเจ็บปวดไปสู่เสียงดนตรี ทำให้เกิดสมาธิ ความตั้งใจ และความเพลิดเพลินได้

ซึ่งในขณะนี้ผู้สูงอายุจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการที่ไม่รู้ว่าตนเองจะมีสภาพอย่างไร เมื่อได้รับการผ่าตัด กลัวความเจ็บปวด กลัวการได้รับยาระงับความรู้สึก กังวลต่อปัญหาทางเศรษฐกิจ กลัวความพิการและกลัวความตายที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด (Neugent, 1981; Figaro และคณะ , 2005) ถึงแม้จะเคยเข้ารับการผ่าตัดมาแล้วก็ตามความวิตกกังวลก็ไม่ได้ลดลงตามประสบการณ์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ (regional anesthesia) ซึ่งจะรู้สึกตัวตลอดเวลาที่ได้รับการผ่าตัด (กันยา ออประเสริฐ, 2539) และความวิตกกังวลจะทำให้ความต้องการยาระงับความรู้สึกระหว่างการผ่าตัดเพิ่มขึ้น มีผลต่อการฟื้นตัวจาก

ยาระงับความรู้สึกในระยะหลังการผ่าตัด (Totas, 1978) อีกทั้งระยะนี้ ผู้สูงอายุยังมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะบกพร่องต่อการรับรู้เพิ่มมากขึ้น จากการได้รับการผ่าตัดหรือระยะที่มีการเจ็บป่วยแบบฉุกเฉิน โดยพบผู้สูงอายุมีภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 41 จากผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม (William-Russo et al., 1992) และในระยะระหว่างเข้ารับการผ่าตัดนี้ ผู้สูงอายุจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและอัตราเสียชีวิตจากการรักษา (Adam and Noble, 1994) ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมลงตามวัย โดยจากการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่ช่วยในการกลับคืนสู่การฟื้นฟูสภาพปกติลดลง และทำให้เกิดปัญหาโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 86 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดอย่างน้อยจะมีโรคเรื้อรังหนึ่งโรคหรือบางคนอาจมีมากกว่าหนึ่งโรค (Dunn, 2004) โดยเฉพาะในรายที่มีสภาพไม่พร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด ทำให้ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และเสียชีวิตได้ (ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ, 2543)

ความไม่สุขสบายหลังการผ่าตัด

ผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดจะมีภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดและวิธีการรักษา โดยด้านร่างกายทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น อาเจียน ปวดแผลผ่าตัด ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย รับประทานอาหารได้น้อยและขาดการพักผ่อนจากภาวะดังกล่าว โดยเฉพาะอาการปวดแผลผ่าตัด จะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพข้อเข่าด้วยเครื่องบริหารข้อเข่าและการทำกายภาพ ทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ไม่เต็มที่หรือน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประณีต ส่งวัฒนาและคณะ (2543) พบว่าในวันแรกหลังการผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนพักบนเตียง เคลื่อนไหวได้น้อยไม่ค่อยพลิกตะแคงตัว เพราะปวดและกลัวว่าเคลื่อนไหวแล้วจะเจ็บ กระแทกกระเทือน รวมทั้งจากความอ่อนเพลียในบางรายมีอาการอาเจียนร่วมด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของกมลพรรณ หอมนาน (2547) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกและข้อ ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมด้านการรับประทานยาครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง การรับประทานยาตรงตามเวลาและสัมพันธ์กับมื้ออาหารมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาเป็นด้านการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งผู้ป่วยทุกรายมักให้ความสนใจกับแผลผ่าตัด และมีคะแนนต่ำสุดในเรื่องการไปฝึกทำกายภาพบำบัดครบถ้วนตามแผนการรักษา อาจเป็นเพราะผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด 2-10 วัน ยังคงมีอาการเจ็บปวดจากการผ่าตัด ทำให้ไม่อยากฝึกทำกายภาพบำบัด

จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด และมีผลทำให้ผู้สูงอายุขาดการพักผ่อนหลังเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Montin , Suominen และ Leino-Kilpi (2002) เกี่ยวกับประสบการณ์การของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ข้อสะโพกเทียม พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีอาการปวดจนทำให้ผู้ป่วยขาดการพักผ่อน มีความลำบากในการเคลื่อนไหวและผลของความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่อยู่ในระดับต่ำ ในด้านจิตใจนั้นผู้ป่วยเกิดความกลัวผลการผ่าตัดที่จะออกมาไม่ดีหรือกลัวภาวะแทรกซ้อนบริเวณแผลที่ได้รับการผ่าตัดไป โดยระดับความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่สูงจะสัมพันธ์กับระยะทางของการลุกเดินหลังผ่าตัดที่นานขึ้นและความถี่ที่บ่อยขึ้น อีกทั้งการบริหารขาที่เพิ่มขึ้นด้วย (Moon and Backer ,2000) และจากการศึกษาของ นฤมล อังนันทน์ (2547) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสอนผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ต่อการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและความพึงพอใจ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสอน ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีค่าเฉลี่ยของ คะแนนความปวดต่ำกว่า การเดินหลังการผ่าตัดบ่อยกว่าและระยะทางมากกว่า องศาของการงอเข่ามากกว่า ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวมากกว่า และมีความพอใจสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ ในส่วนของคะแนนความปวด หลังการผ่าตัดวันแรก การใช้ยาระงับปวดหลังการผ่าตัด การเริ่มต้นเดินหลังการผ่าตัด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ระหว่างสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ประเด็นหลักที่ 5 ดำเนินชีวิตหลังการผ่าตัดกับข้อเข่าใหม่

เมื่อช่วงเวลาการผ่าตัดผ่านพ้นไป ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงสุขภาพของตนเองและการดำเนินชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงไปซึ่งมีความแตกต่างจากก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัด โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความพอใจกับสภาพหลังการผ่าตัด และไม่อยากทรมานจากโรคข้อเข่าเสื่อมเหมือนเดิม อีกทั้งไม่อยากเป็นภาระของบุตรหลาน จึงพยายามดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี แต่ในอีกด้านหนึ่ง ถึงแม้ผู้สูงอายุจะพอใจกับผลการรักษา แต่เนื่องจากการข้อเข่าเทียมเป็นสิ่งแปลกใหม่ในร่างกาย ผู้สูงอายุจึงต้องเฝ้าระวังสังเกตอาการตนเองเกี่ยวกับความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ สามารถอธิบายในแต่ละประเด็นย่อยได้ ดังนี้

เฝ้าระวังสังเกตอาการ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายเกิดความไม่แน่ใจต่อข้อเข่าเทียมที่อยู่ในร่างกาย และระยะเวลาของการใช้งานในอนาคต โดยผู้สูงอายุมีความรู้สึกไม่เหมือนข้อเข่าเดิม บางครั้งได้ยินเสียงดังจากข้อเข่า ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และภาวะสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรัญญา ศรีมีและคณะ (2544) พบว่า สถานการณ์เฉพาะเมื่อต้องรับการผ่าตัด หัวใจความไม่แน่ใจว่าโรคจะหายหรือไม่หาย จึงเป็นเรื่องของความห่วงในอนาคตเกี่ยวกับ

ผลการผ่าตัดมากกว่ามองภาพรวมความเจ็บป่วยโดยรวม อีกทั้งความรู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับการหายเนื่องจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การไม่รับมารักษาทำให้พยาธิสภาพรุนแรงขึ้น อายุที่มากขึ้นทำให้เกิดความเสื่อมสภาพของอวัยวะในร่างกาย ข้อมูลที่ขัดแย้งไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความไม่แน่ใจมากขึ้น

เอาใจใส่ดูแลตนเอง

เมื่อภาวะสุขภาพหลังการผ่าตัดดีขึ้น เพื่อให้คงสุขภาพที่ดีไว้และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุจึงพยายามดูแลตนเองและให้กำลังใจตนเองภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ยอมรับมาจากปัญหาต่าง ๆ ที่เคยเกิดขึ้นกับข้อเข่าและไม่อยากภาระของผู้อื่น ซึ่งการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ การดูแลตนเองที่เหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ สามารถดำเนินชีวิตและปรับตัวหลังการผ่าตัด อีกทั้งทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) เชื่อว่าบุคคลมีแรงจูงใจในความต้องการที่จะดูแลตนเองโดยถ้าความสามารถในการดูแลของตนเองและความจำเป็นในการดูแลตนเองมีความสมดุลบุคคลก็จะสามารถดำรงภาวะสุขภาพที่ดีไว้ได้ สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะดูแลตนเอง โดยการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และระมัดระวังการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องใช้ข้อเข่า ซึ่งจากการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุหลังเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Hamirattisai and Johnson, 2005) พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มทดลอง มีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ความคาดหวังต่อการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีออกกำลังกาย และการเดินที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีออกกำลังกาย และการเดินที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสามารถของด้านร่างกาย มีการปรับปรุงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในช่วง 2 และ 6 สัปดาห์

พอใจกับข้อเข่าเทียม

ผู้สูงอายุรับรู้ถึงสุขภาพของตนเองที่มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้ารับการผ่าตัดแล้ว โดยมีความรู้สึกพอใจกับผลของการผ่าตัด ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขจากการเปลี่ยนแปลงของข้อเข่าที่ไม่มีการปวดเข่าเหมือนดังเดิม ขาตรงไม่โก่งงอและเดินได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ที่ดีรวมทั้งความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการทำกิจวัตรประจำวันได้ สิ่งเหล่านี้จึงทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับพักผ่อนและช่วยเหลือตนเองได้ มีกำลังใจในการใช้ชีวิตต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ อารีเชื้อและคณะ (2543) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลัง

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีภาวะสุขภาพดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการเดิน และการก้มตัว การดูแลตนเอง ความปวด อารมณ์ความรู้สึกและโดยรวมทุกด้าน ซึ่งดีขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่า หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 6 เดือน ภาวะสุขภาพและความสามารถในการด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยดีขึ้น โดยเฉพาะอาการปวดลดลง อย่างมีนัยสำคัญใน 4 เดือนหลังการผ่าตัด (Mutin, 1995) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Birdsall และคณะ (1999) ที่พบว่า หลังการผ่าตัด 3 เดือน ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นเกือบ ทุกด้าน ได้แก่ ความปวด การพักผ่อนนอนหลับ การเคลื่อนไหว อารมณ์ความรู้สึกและการใช้กำลัง ยกเว้นด้านสังคมซึ่งไม่เปลี่ยนแปลง และภาวะสุขภาพด้านต่าง ๆ เหล่านี้ยังดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อประเมินหลังการผ่าตัด 12 เดือน โดยเฉพาะความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยใช้วิธีการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาลได้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม จะมีการดำเนินของโรคเป็นแบบเรื้อรัง และส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ก่อนผู้สูงอายุจะตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดนั้น ผู้สูงอายุมีการแสวงหา วิธีการและดูแลตนเองในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อจะบรรเทาอาการปวดข้อเข่า ดังนั้น พยาบาลควร ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม วิธีการรักษาและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิผลมากขึ้น
2. ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้สูงอายุที่ตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด จะมีความกลัว เกี่ยวกับการผ่าตัดและต้องการข้อมูลในด้านต่าง ๆ จึงต้องปรึกษาและได้รับการยินยอมจาก ครอบครัว รวมทั้งผู้สูงอายุต้องการการดูแลในด้านต่าง ๆ จากครอบครัว ซึ่งการสนับสนุนจาก ครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและมีกำลังใจในการเผชิญสภาพเมื่อต้องเข้ารับการผ่าตัด ได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการผ่าตัด และการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและ จิตวิญญาณ

3. ผู้สูงอายุที่ตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด ส่วนใหญ่จะต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดโดยการพูดคุยกับผู้ที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการผ่าตัด หากได้รับข้อมูลที่เป็นด้านบวกจะสนับสนุนการตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดและมั่นใจในการรักษา ส่วนข้อมูลที่เป็นด้านลบ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความลังเลใจ ไม่แน่ใจในการผ่าตัดและการรักษา ยอมทนทุกข์ทรมานจากความปวดและได้รับผลกระทบในด้านต่าง ๆ ต่อไปอีก ดังนั้นพยาบาลควรมีการจัดกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการผ่าตัดระหว่างผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการผ่าตัด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลที่มาจกประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยคล้ายกัน ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในตนเองหรือการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น

4. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมส่วนใหญ่จะรู้สึกตัวตลอดเวลาเนื่องจากผู้สูงอายุจะได้รับการฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน จึงสามารถรับรู้สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด เช่น การสนทนาของเจ้าหน้าที่ สภาพอากาศที่หนาว บรรยากาศของห้องเตรียมผ่าตัดที่การได้ยินเสียงเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด และลักษณะของห้องผ่าตัด สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่คุ้นเคยและเกิดความกลัว ดังนั้นพยาบาลควรมีแนวทางในการเยี่ยมผู้สูงอายุ ก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับห้องผ่าตัดและการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ในด้านของบุคลากรที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด ควรจัดสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดที่ลดความวิตกกังวลหรือลดการกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เช่น เสียงเครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ และควรมีการดูแลผู้สูงอายุขณะอยู่ในห้องผ่าตัดให้ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. การศึกษาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยแยกการศึกษาตามของการเจ็บป่วย เช่น ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้เห็นรายละเอียดและประสบการณ์ในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วย

2. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพหลังการผ่าตัดของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

3. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของญาติ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลพรรณ หอมนาน. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บทบาทของญาติ ผู้ดูแล สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของพยาบาล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดุกและข้อ. รายงานการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สถาบันราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณกมล วิจิตร. (2547). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถแห่งตนในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ภาษาล้านนาต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กันยา ออประเสริฐ และคณะ. (2539). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยในห้องรอการผ่าตัด. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 1:46.
- กันยา ออประเสริฐ, พิกุลทิพย์ หงษ์เหิร, และยุวดี ชาติไทย. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุขณะรับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 5(2): 110-118.
- กীরติ เจริญชลวานิช. (2548) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. ใน สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, และสรุทธิ ปรีชานน (บรรณาธิการ), ตำราโรคข้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 1390-1406. กรุงเทพมหานคร: เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์.
- ชนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แขวิมล ทุมวิภาต. (2540). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียม. วารสารการพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 2(1): 23-28.
- จอณณะจาง เพ็งจาด. (2546). ระเบียบวิธีการวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์เชิงพรรณนา. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15: 1-9.
- จันทนา ทองขึ้น. (2545). ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จันทร์ฉาย โยธาใหญ่. (2547). กิจกรรมการดูแลความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแล และ ผลที่เกิดกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดออร์โทปิดิกส์. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุณี พันทวโนทยาน. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการบรรเทา อาการปวดเข้าของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ. (2548). ความผาสุทางใจของผู้สูงอายุไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 1(3): 21-28.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2547). ทฤษฎีการสูงอายุ. ใน เอกสารประกอบการสอนวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุชั้นสูง 1. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ ธีรวิรุฬ. (2542). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เรื่อง การปฏิบัติตัว ความสุขสบายจากโรคข้อเข่าเสื่อม และความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพวรรณ กฤติยภูษิตพจน์. (2548). ผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีต่อ ความวิตกกังวลในการผ่าตัดและความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกหักที่ ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องไขสันหลัง. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นริสา ศรีลาชัย. (2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาการบริหารสุขภาพของผู้หญิง โรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาการ พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นฤมล อังอนันท์. (2547). ผลของโปรแกรมการสอนผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าเทียม ต่อการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว และความ พึงพอใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นลินทิพย์ ดำนานทอง. (2547). การฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ใน สุรศักดิ์ นิลกันวงศ์ และสรุติ ปรีชานน (บรรณาธิการ), ตำราโรคข้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 1371-1374. กรุงเทพฯ: เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์.

- นวลอนงค์ ชัยปิยะพร, สุวรรณี จรุงจิตราวี และสุวรรณา เอื้อจารุพร. (2541). การศึกษาดำแหน่งปวดจากการเสื่อมสภาพของกระดูกและกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ. วารสารกายภาพบำบัด 20(1):42-45.
- นันทนา กลิตานนท์. (2546). พยาธิกำเนิดและสาเหตุการเกิดโรค. ใน วรวิทย์ เลหาเรณู (บรรณาธิการ), โรคข้อเสื่อม. หน้า1-21. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 4. เชียงใหม่: โรงพิมพ์คณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นาคยา วงศ์ยะรา. (2547). กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิศา ชูโต. (2545). การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พีเอ็นการพิมพ์.
- บรรลु ศิริพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- บรรลु ศิริพานิช. (2548). การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ. ในคู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- บุษบา อุโฬจิตร. (2537). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้เรื่องโรคความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2539). การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง. ใน สมจิตร หนูกุลเจริญกุล (บรรณาธิการ). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินต์.
- ประณีต ส่งวัฒนา, และคณะ. (2543). การรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ความต้องการดูแลและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 20(3): 185-208.
- พิบูลย์ อีทะระวิวงศ์ และคณะ. (2537). การศึกษาพิสัยการเหยียดและงอของข้อเข่าหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมชนิดโพสทีเรีย สเตบิลไลเซด คอนไดลาร์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 8: 471-478.

- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุก, และอรัญญา ปุณณัน. (2530). พฤติกรรมการดูแลตนเองของชาวชนบท กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสาน. ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ), ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลตนเอง. นครปฐม: ศูนย์นโยบายสาธารณสุข.
- ยงยุทธ วัชดุลย์. (2526). โรคข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพมหานคร:ไพศาลศิลป์การพิมพ์.
- ยุพิน โกรินทร์. (2536). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งศักดิ์ ศรินิยมชัย, กนกพร สุคำวัง และดวงฤดี ลาคุชะ. (2546). ผลของกระบวนการเรียนรู้และสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. พยาบาลสาร 30(1): 56-67.
- เรณู อาจาสาลี และคณะ. (2535). การพยาบาลห้องผ่าตัด. โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- เววดาว ทวีชัย. (2543). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรัญญา ศรีงมี และคณะ. (2544). การรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดหัวใจ ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยทางการแพทย์ 5(2): 199-215.
- สมจิตร หนูกุลเจริญกุล. (2539). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมชาย อรรถศิลป์, และอุทิศ ดีสมโชค. (2541). คู่มือโรคข้อ. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมทรง ธรรมรักษา และพิบูลกมลสุรชาติ. (2541). การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลพระพุทธบาท. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลพระพุทธบาท.
- สมศักดิ์ กระจ่ายกลิ่น. (2543). การเตรียมพร้อมสู่ปัจจุฉิมวัย. ในสุชาติ โสมประยูร (บรรณาธิการ), สุขภาพเพื่อชีวิต, หน้า 145-146. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2539). สังคมวิทยาภาวะสูงอายุความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาคร อินทโธ. (2549). ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติธรรมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติธรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุณี สุวรรณพสุ. (2544). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย
แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สาขาเวชศาสตร์
และพฤติกรรมศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานันท์, วิพุธ พูลเจริญ, และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542).

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สุภาพ อารีเอื้อ, พจณี รอดจินดาและยุพันธ์ จันท. (2544). ปัจจัยบางประการ ความเชื่อมั่นใน
สมรรถนะของตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่เข้ารับ
การรับผ่าตัด. **วารสารพยาบาลรามธิบดี** 7(1): 4-15.

สุภาพ อารีเอื้อ, พรรณวดี พุทธิวัฒนะและสมหมาย วนะวนานต์. (2543). ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
โรคข้อเข่าเสื่อมและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. **วารสารวิจัยทางการแพทย์**
4(2): 167-82.

สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). **ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุ
โรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์. (2548). โรคข้อเสื่อม. ใน สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, และสรุณี ปรีชาชน
(บรรณาธิการ), **ตำราโรคข้อ**. พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 697-749. กรุงเทพมหานคร: เอส.พี.เอ็น.
การพิมพ์.

สุวรรณ เอื้อจารุพร, สุวรรณ จรุงจิตรา และนวลอนงค์ ชัยปิยะพร. (2540). ความชุกของอาการ
ปวดในผู้ทำงานอาชีพลักษณะยืนเป็นระยะเวลานาน. **วารสารกายภาพบำบัด** 19(1):5-14.

อุทิศ ดีสมโชค. (2534). **การดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Adam R.F., and Noble J. (1994). Primary Total Knee Arthroplasty in the Elderly. **Journal
Arthroplasty** 9: 495-497.

- Birdsall, J.H. et al. (1999). Health outcome after total knee replacement in the very elderly. **The Journal of Bone and Joint Surgery** 81-B: 660-662.
- Clarke, H.D., and Scuderi, G.R. (2003). Flexion instability in primary total knee replacement. **Journal Knee Surgery** 16(2): 123-127.
- Cushner, F.D, and Scott, W.N. (2002). Wound complications following total knee arthroplasty. **Semin Arthroplasty** 13(1): 50-55.
- Dunn ,D. (2004). Preventing perioperative complication in older adult. **Nursing Horsham** 34(11): 36-42.
- Ebersole, P., and Hess, P. (1997). **Toward Healthy Aging**. U.S.A St. Louis: Mosby-Year Book Inc.
- Ethgen, O., et. al. (2004). Health-relate Quality of life in total hip and total knee arthroplasty. A Qualitative and Systematic Review of the Literature. **Journal Bone Joint Surgery America** 86: 963-974.
- Etzioni, D.A., Liu, J.H., O'Connell, J.B., Maggard, M.A., and Ko, C.Y. (2003). Eldery Patient in Surgical Workloads: A Population - Based Analysis. **The American Surgeon Atlanta** 69(11): 961-965.
- Figaro, M.K., Russo, P.W., and Allergrante, J.P. (2005). Older Afirican-Americans with osteoarthritis of the knee prefered to avoid total knee replacement surgery. **Evidence- Base Nursing** 8(1): 32.
- Forrest, G., Fuchs, M., Gutierrez, A., and Girardy, J. (1998). Factor effecting length of stay and need for rehabilitation after hip and knee arthroplasty. **Journal of Arthroplasty** 13(2): 186-190.
- Frisch, N.C., and Kelly, J. (1996). **Healing life's crisis : a guide for nurses**. Boston: Delma publisher.
- Greene, J.S. (1993). Rehabilitation after Total knee Replacement. In Greenfield, B.H. (Editor), **Rehabilitation of knee : A Problem-Solving Approach**. Philadelphia: F.A. Davis Company: 410-429.
- Hanucharunkul, S., and Vinya-nguag, P. (1991). Effective of promotion patient' participation in self care on postoperative recovery and satisfaction with care. **Nursing Science Quartery** 4(1): 14-49.

- Harmirattisai T. ,and John R. A. (2005). Effective of Behavioral Change Intervention in Thai Elders After Knee Replacement. **Nursing Research** 54(2):97-107.
- Hawin, S.F.(2002). The diagnosis and management of the infection total knee replacement. **Semin Arthroplasty** 13(1): 9-22
- Hill, N., and Davis.P. (2000). Nursing care of total joint replacement. **Journal of Orthopaedic Nursing** 4: 41-45.
- Hill, P.S., Flynn, J., and Crawford, J. P. E., (2000), Early discharge following total knee replacement a trial of patient satisfaction and outcome using an orthopaedic outreach team. **Journal of Orthopaedic Nursing** 4: 121-126.
- Hogstel, M.O., and Taylor-Martof, M.(1994). **Nursing Care of the Older Adult**. 3rd ed. U.S.A.: Delmar Publishers Inc.
- Holloway, I., and Wheeler, S. (1996). **Qualitative Research for Nurse**. Malden, MA: Blackwell Science.
- Jackson, M.F. (1995). Perioperative Nursing Care and Older surgical Patient. **In Gerontological Nursing**. Philadelphia: F.A Davis company.
- Johnson, J.C. (1999). Surgical principle in the aged. In Joseph, J.G. (eds.), **Reichel's care of the elderly : clinical aspects of aging**. 5 th ed..USA: Lippincott Williams & Wilkins. pp 536-542.
- Johnston, M. (1980). Anxiety in surgery patient. **Psychological Medicine** 10: 145-152.
- Jones, C.A., Voaklander, D.C., Johnston, W.C., and Suarez-Almazar, M.E. (2001). The effect of age on pain, function, and quality of life after total hip and knee arthroplasty. **ARCH INTREN MED** 161(12): 454-460.
- Koch, T. (1995). Interpretive approches in nursing research : The Influence of Husserl and Heidegger. **Journal of Advance Nursing** 21: 827-836.
- Kohn, R.P. (1963). Human aging disease. **Journal Chronnic Disease** 16: 5.
- Kurlowicz, L.H. (1998). Percieved self-efficacy, functional ability, and depressive symptom in older elective surgery patient. **Nursing Research** 47: 219-226.
- Laitinen, P. (1992). Participation of informal caregiver. **Journal of Advanced Nursing** 17(10):1233-1237.

- Lee, H.J. (1993). Comparison of selected health behavior variables in elderly women with osteoarthritis in different environment. **Arthritis Care and Research** 22: 551-558.
- Lincoln, Y.S., and Guba, E.G. (1985). **Naturalistic Inquiry**. Newburg Park CA: Sage Publication.
- Linton, M. (1975). Cite in Baddelly A.D. (1999). **Essentails of Hunman Memmory**. Cornwall: Psychology Press Ltd.
- Loft, M.,McWilliam, C., and Ward-Griffin, C. (2003). Patient empowerment after total hip and knee replacement. **Journal of Orthopaedic Nursing** 22(1): 42-47.
- Lucas, B., and Sample, V. (2001). A survey of registered nurses' activities in British orthopaedic pre-operative assessment clinics. **Journal of Orthopaedic Nursing** 5: 30-36.
- Mantteson, M.A., and McConnell, E.S.(1988). **Gerontological Nursing : Concept and practice**. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Marilyn, F.J., Reno B., and Churchill J. (1995). **Perioperative nursing care and the olderly surgical patient:Gerontorogical nursing**. Philadalphia: F.A.Davis Company.
- Matteson, M.A, and McConnell, E.S. (1997). **Gerontological Nursing**. 2nd ed. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Meeker, M.H., and Rothrock, J. C. (1999). **Alexander's care of the patient surgery**. 11thed. St Louis: Mosby Inc.
- Montin, L., Suominen, T., and Leino-Kilpi, H. (2002). The experiences of patients undergoing total hip replacement. **Journal of Orthopaedic Nursing** 6: 23-29.
- Moon, L.B., and Backer, J. (2000). Relationships Among Self-Efficacy, Outcome Expectancy, and Postoperative Behaviors in Total Joint Replacement Patient. **Journal of Orthopaedic Nursing** 19(2) : 77-85.
- Munin MC.et al. (1995). Predictive discharge outcome after elective hip and knee arthroplasty.**AM. J. Phys. Med. Rehabil** 74: 294-301.
- Munin MC.et al. (1998). Early inpatient rehabilitation after elective hip and knee arthroplasty. **JAMA** 279: 847-52.

- Neugent, M.C. (1981). Social and emotion needs of geriatric surgery patient .
Social Working Health Care. Vol.6.U.S.A.
- Oetker-Black, S.L. (1997). Self-efficacy enhanced preoperative instruction. **AORN Journal** 66: 854-862.
- Orem, D.E. (1995). **Nursing Concept of Practice**. 6th Edition. St. Louis: Mosby year book.
- Polamczyk, C.A., Marcantonio, E., and Goldman, L., (2001). Impact of age on perioperative complication and length of stay in patient undergoing noncardiac surgery. **Ann Intern Med** 134(17): 637-643.
- Rothrock, J.C. (1996). **Perioperative Nursing Care Planning**. 2nd ed. ST. Louis. Mosby-Year Book Inc.
- Shama L., et. al. (1996). Prognostic factor for function outcome of total knee replacement: A Prospective Study. **The Journal of Gerontology** 51 (4): 152-157.
- Sharkey, P.F., Hozack, W.H., Rothman, R.H., Shastri, S., and Jacoby, S.M. (2002). Why are total knee arthroplasties failing today?. **Clinical Orthopaedic** 404: 7-13.
- Sheila, M., D. (2002). Effectiveness of nursing interventions in alleviating perceived problems among orthopaedic patients. **Journal of Orthopaedic Nursing** 6(4): 1-14.
- Sledge C.B., et. al. (1995). **Year book of orthopedics 1995**. St. Louis : Maple-Vail.
- Sledge, C.B., Harris, E.D.Jr., Ruddy, S., and Kelly, W.N. (1994). **Arthritis surgery**. Pennsylvania: W.B. Saunders.
- Solkoloff, M.H., Michel, K., and Smith, R.B. (2001). Complication Transurethral Resection of the Prostate. In **Surgery of Urology**. U.S.A: Lippincott.
- Stone, J.T., Wyman, J.F., and Salisbury, S.A. (1999). **Clinical Gerontology Nursing: A Guild to Advanced Practice**. 2nd ed. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Streubert, H.J., and Carpenter, D. R. (2003). **Qualitative Research In Nursing**. 3rd edition. Philadelphia: Lippicott Willaims & Wilkins.
- Tagliareni, E., and Waters, V. (1995). The aging experience. In Anderson, M.A., and Braun, J.V. (Eds). **Caring for the Elderly Client**. Philadelphia: F.A Davis company. pp 3-25.

- Talbot, L. Physiology chang. In Hospital, M.O. (Ed). (1994). **Nursing Care of the Older Adult**. Texas: Delmar.pp 49-70.
- Totas, ML. (1978) The emotional stress of the preoperative patient. **J Am Assoc. Nur Anesth** 27-30.
- Wells, N., and Baggs, J. G. (1997). Rooming-In For Eldery Surgical Patients. **Applied Nursing Research** 10(2): 72-79.
- Willaim-Russo, P., Urquhart, B.L., Sharrock, N.E., and Charlson, M.E. (1992). Post-operative delirium: Predictors and prognosis in eldery orthopedic patients. **Journal of the American Gerontology Society** 40: 267-282.

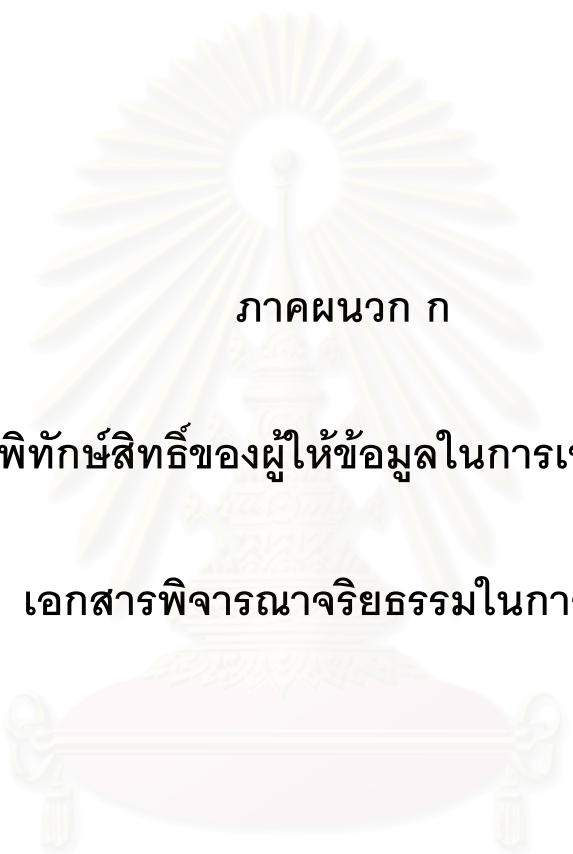


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

เอกสารพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจงและคำพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย

ดิฉัน ร. ต.ท.หญิง พรรณทิพา เวชรังษี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขณะนี้กำลังทำการวิจัยเพื่อการสำเร็จการศึกษาในหัวข้อ “ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม” ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในประเด็นที่เกี่ยวข้องในทุกประเด็นที่ผู้สูงอายุรับรู้และประสบมา ตลอดทั้งการดำเนินชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ดิฉันจึงขอความร่วมมือทุกท่านในการแสดงความคิดเห็น ถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อันจะเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยหากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์จึงขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาและจดบันทึกขณะสนทนา ข้อมูลที่ได้จากท่านจะถูกนำมาถอดเทปเป็นตัวอักษรและจะไม่มีการบันทึกชื่อ-สกุลจริงของท่าน ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการโดยไม่เปิดเผยผู้ให้ข้อมูล จะไม่ทำความเสียหายต่อท่าน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง เทปการสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับและลบทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การที่ท่านยินยอมให้สัมภาษณ์ ถือเป็นการยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ดิฉันมีความยินดีที่จะตอบคำถามให้เข้าใจ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และแม้ท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านยังมีสิทธิขอพึ่งเทพการสัมภาษณ์และขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ขอบพระคุณในความร่วมมือ

ร้อยตำรวจโทหญิง พรรณทิพา เวชรังษี

ผู้วิจัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการทำวิจัย
(Informed Consent Form)

ข้าพเจ้า นาย /นาง/ นางสาว.....ได้รับทราบ
จากผู้วิจัย ชื่อ ร.ต.ท.หญิงพรรณทิพา เวชรังษี ที่อยู่ 492/1 ห้องผ่าตัดคออโรโปติกส์
โรงพยาบาลตำรวจ ถ.พระราม 1 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย
เรื่อง “ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม” เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า นาย /นาง/ นางสาว.....ยินดีเข้าร่วม
การศึกษาวิจัยนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามความต้องการ ซึ่งจะไม่มี
ผลใดๆต่อข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา
โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย
ซึ่งการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณี
จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการ
ศึกษาวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ข้างต้น

.....	
สถานที่ / วันที่	ลงนามผู้สูงอายุ
.....	
สถานที่ / วันที่	(ร.ต.ท.หญิง พรรณทิพา เวชรังษี)
.....	ลงนามผู้วิจัยหลัก
.....	
สถานที่ / วันที่	(.....)
.....	ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient / Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
2. ชื่อผู้วิจัย ร.ต.ท.หญิงพรรณทิพา เวชรังษี นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน ห้องผ่าตัดกระดูกและข้อ โรงพยาบาลตำรวจ ถ.พระราม 1 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2528111-25 ต่อ 4316 E-mail : aor_cu@hotmail.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
 - 4.1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในประเด็นที่เกี่ยวข้องในทุกประเด็นที่ผู้สูงอายุรับรู้และประสบมา ตลอดทั้งการดำเนินชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
 - 4.2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
 - 4.3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลซึ่งระบุถึงผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในการวิจัยจะถูกถอดออกเป็นรหัส ใช้เป็นนามสมมุติ และผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ให้ข้อมูล
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในงานวิจัยนี้จะเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเป็นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดต่อเป็นผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้วิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้
 - 5.1. ผู้สูงอายุได้รับการติดต่อจากพยาบาลประจำห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ เพื่อขอให้เป็นผู้ให้ข้อมูลโดยสมัครใจ
 - 5.2. ผู้สูงอายุเป็นผู้นัดหมายวัน เวลา และสถานที่กับผู้วิจัยเพื่อการสัมภาษณ์
 - 5.3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเทป การรักษาความลับของผู้วิจัย และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ซึ่งการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์เมื่อครบกำหนดตามเวลาที่ได้ชี้แจงแก่ผู้ให้ข้อมูลหลัก หรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรม ที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก

5.4 หากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อขอทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเพิ่มเติมในครั้งต่อไป หรือเพื่อตรวจสอบความตรงความน่าเชื่อถือของข้อมูล

6. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัย จะเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุท่านอื่น ๆ ที่กำลังตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้อย่างเหมาะสม

7. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ ร.ต.ท.หญิงพรณทิพา เวชรังษี ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ 01-2086328

8. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า

9. ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ทราบข้อมูลของโครงการขั้นต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่ได้รับการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้และยินยอมจะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว

10. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลเสียหายต่อผู้ร่วมวิจัยแต่อย่างใด

11. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย

12. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการระบุชื่อ และที่อยู่ของผู้เข้าร่วมในการวิจัย จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้ โดยระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้นจึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้ ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์

13. จำนวนของผู้เข้าร่วมในการวิจัย โดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 15 คน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เลขที่ใบรับรอง 059/2549

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัย : ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
 EXPERIENCES OF THE ELDERLY RECEIVING TOTAL
 KNEE REPLACEMENT OPERATION

ผู้วิจัยหลัก : ร.ต.ท.หญิง พรรณทิพา เวชรังสี

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
 กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

☒ อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

ภาคผนวก ข

.....ประธาน
 (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักตนประคัยฐ์)
 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัย

.....เลขานุการ
 (ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล)

รับรองวันที่ 30 มีนาคม 2549

วันหมดอายุ 30 ตุลาคม 2549

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง คะแนน
(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

1. Orientation for time (5 คะแนน)

ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร ☐
- 1.2 วันนี้วันอะไร ☐
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร ☐
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร ☐
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร ☐

2. Orientation for place (5 คะแนน)

(ให้เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ..ชื่อว่าอะไร ☐
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ในชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร ☐
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร ☐
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร ☐
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร ☐

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็น การทดสอบความจำ ผม(ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ(ตา,ยาย) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม(ดิฉัน)พูดจบให้ คุณ(ตา,ยาย) พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดี๋ยวดิฉันถามซ้ำ

* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

- ☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

- ☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์ ☐

4. Attention/Calculation (5คะแนน) เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย) คิดเลขในใจเป็นไหม

ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7

ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรรอบอกมา ☐

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ(ตา,ยาย) ฟังแล้วให้คุณ(ตา,ยาย) สะกดถอยหลัง

จากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม่่า-สระอะ- นอหนู-สระอา-วอแหวน

ไหนคุณ(ตา,ยาย) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ ☐

ว อ น อ ม

5. Recall (3คะแนน)

เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง (ตอบถูกได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ ☐

6. Naming (2คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร"

6.2 ชี้นำพิกาช้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" ☐

7. Repetition (1คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้อง 1 คะแนน)

"ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้

แล้วให้คุณ(ตา,ยาย) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว"

"ใครใคร่ขายไก่ไข่" ☐

8. Verbal command (3 คะแนน)

"ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม(ดิฉัน)จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ(ตา,ยาย)

รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่.....(พื้น,โต๊ะ,เตียง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

☐ รับด้วยมือขวา ☐ พับครึ่ง ☐ วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติ่ง) ☐

9. Written command (1คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา,ยาย) อ่าน
แล้วทำตาม คุณ(ตา,ยาย) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "หลับตา" ☐ หลับตาได้ ☐

10. Writing (1คะแนน)

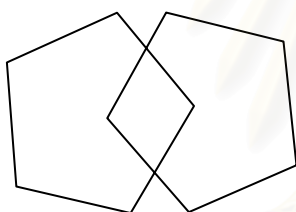
ข้อนี้เป็นคำสั่ง "ให้คุณ(ตา,ยาย) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้
เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค"

..... ☐

☐ ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง"
(ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม.....

จุดตัด (cut-off-point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

หลับตา

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

นามสมมุติ.....รหัส.....
 ที่อยู่.....
 วันเดือนปีที่สัมภาษณ์.....
 เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....การสัมภาษณ์สิ้นสุด.....
 ครั้งที่สัมภาษณ์.....
 สถานที่สัมภาษณ์.....

1. กล่าวแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจง แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุเพื่อให้ข้อมูล ด้วยการพูดคุยสนทนา และจะขออนุญาตอัดเทป ทั้งนี้จะรักษาข้อมูลความลับ ชื่อของผู้ให้ข้อมูลจะถูกกลบออก ไม่เปิดเผย และข้อมูลที่ได้ศึกษาจะนำไปเป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการ

2. คำถามอุ่นเครื่อง

1. ปัจจุบันท่านอายุเท่าไร
2. สมาชิกในครอบครัวมีทั้งหมดกี่คน
3. ใครเป็นหัวหน้าครอบครัว
4. สถานภาพสมรสเป็นอย่างไร
5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร
6. ปัจจุบันสุขภาพของท่านโดยทั่วไปเป็นอย่างไรบ้าง

3. ขั้นเข้าสู่ประเด็นที่จะศึกษา

3.1 การเจ็บป่วยของโรคข้อเข่าเสื่อม

3.1.1 การเจ็บป่วยจากโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ท่านมีความรู้สึกอย่างไร

(Probe: อาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น ความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวและการเดิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน)

- 1) เมื่อเกิดอาการปวดข้อเข่าท่านรู้สึกอย่างไร
- 2) ท่านเดินหรือเคลื่อนไหวเป็นอย่างไร
- 3) ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอะไรบ้าง

3.1.2 ก่อนที่จะตัดสินใจการรักษาด้วยการผ่าตัด ท่านรักษาด้วยวิธีใดบ้าง
ผลเป็นอย่างไรบ้าง

- 1) ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมมานานเท่าไร
- 2) ท่านรักษาด้วยวิธีใดบ้างและเริ่มเข้ารับการรักษาเมื่อใด

(Probe: เมื่อท่านเลือกใช้วิธีนั้นแล้ว อาการดีขึ้นหรือไม่ และรู้สึกเป็นอย่างไร)

- 3) ท่านมีวิธีการดูแลตนเองอย่างไรบ้าง

3.1.3 การเจ็บป่วยของโรคข้อเข่าเสื่อมมีผลต่อชีวิตของท่านอย่างไรบ้าง

3.2 การตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัด

3.2.1 ท่านตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดเพราะเหตุใด

3.2.2 ท่านปรึกษาเรื่องนี้กับใครบ้าง

3.2.3 ท่านรู้สึกอย่างไรกับคำแนะนำที่ได้รับ

3.2.4 เมื่อท่านตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดแล้ว ท่านรู้สึกอย่างไรบ้าง

(Probe: ความกลัวก่อนผ่าตัด ความไม่แน่ใจเกี่ยวกับการรักษา เพราะอะไรท่านถึงรู้สึกเช่นนั้น)

3.3 ประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัด

3.3.1 เมื่อแพทย์นัดผ่าตัดแน่นอนแล้ว อยากให้ท่านลองเล่าความรู้สึกของท่าน
ต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมอย่างไร

3.3.2 เมื่อท่านทราบว่าต้องเข้ารับการผ่าตัด ท่านมีการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับ
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอย่างไรบ้าง

3.3.3 ขณะนอนที่โรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการผ่าตัด ท่านรู้สึกอย่างไรบ้าง
บ้างเกี่ยวกับผ่าตัด (Probe: เกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ๆ เช่น รู้สึกกลัว ไม่แน่ใจเกี่ยวกับ
ผลการรักษา ต้องการข้อมูล ค่าใช้จ่ายในการรักษา)

- 1) ความกลัวทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร
- 2) ความรู้สึกไม่แน่ใจทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร
- 3) การต้องการข้อมูลของท่าน ท่านต้องการเรื่องใดบ้าง
- 4) เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร

(Probe: วิธีการจัดการความรู้สึกต่าง ๆ)

5) ท่านทำอย่างไรบ้าง เพื่อจัดการกับความรู้สึกนั้น แล้ววิธีการเช่นนี้
แล้ว ทำให้ท่านรู้สึกอย่างไรบ้าง

3.3.4 ในการผ่าตัดครั้งนี้ มีใครบ้างช่วยเหลือและดูแลท่านบ้าง และให้การดูแลอย่างไร

3.3.5 เมื่อท่านอยู่ในห้องผ่าตัดท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง
(Probe: เกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ๆ เช่น รู้สึกกลัว ไม่แน่ใจเกี่ยวกับผลการรักษา สภาพแวดล้อม)

- 1) ความกลัวทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร
- 2) ความรู้สึกไม่แน่ใจทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร
- 3) บรรยากาศต่าง ๆ ในห้องผ่าตัดเป็นอย่างไรบ้าง และทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร

(Probe: วิธีการจัดการความรู้สึกต่าง ๆ)

- 4) ท่านทำอย่างไรบ้าง เพื่อจัดการกับความรู้สึกนั้น แล้ววิธีการเช่นนี้แล้ว ทำให้ท่านรู้สึกอย่างไรบ้าง

3.3.6 เมื่อท่านอยู่ในห้องผ่าตัดท่านต้องการความช่วยเหลือเรื่องใดบ้าง

3.3.7 หลังจากที่ท่านเข้ารับการผ่าตัดแล้วท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง
(Probe: ปวดแผลผ่าตัด การทำกายภาพ ต้องการการดูแลและความช่วยเหลือ)

- 1) อาการปวดแผลผ่าตัดทำให้ท่านรู้สึกอย่างไรบ้าง
- 2) ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อต้องทำกายภาพหลังการผ่าตัด
- 3) ท่านต้องการได้รับการดูแลและความช่วยเหลือเรื่องใดบ้าง และจากใครบ้าง
- 4) ท่านทำอย่างไรบ้าง เพื่อจัดการกับความรู้สึกนั้น แล้ววิธีการเช่นนี้แล้ว ทำให้ท่านรู้สึกอย่างไรบ้าง

3.3.8 เมื่อท่านต้องออกจากโรงพยาบาล เพื่อพักฟื้นที่บ้าน ท่านรู้สึกอย่างไร

3.4 ชีวิตหลังการผ่าตัด

- 3.4.1 ภายหลังการผ่าตัดปัจจุบันท่านรู้สึกอย่างไรบ้าง
- 3.4.2 ท่านมีการเตรียมพร้อมเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน อย่างไรบ้าง
- 3.4.3 ท่านมีดูแลตนเองอย่างไร
- 3.4.4 ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ท่านต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือไม่ มีใครช่วยดูแลหรือช่วยเหลือท่านบ้าง และช่วยเหลือในเรื่องใดบ้าง

3.4.5 การผ่าตัดครั้งนี้ทำให้ท่านเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ และถ้าเปลี่ยนแปลง
ไปมีด้านใดบ้าง ท่านช่วยเล่าให้ฟังได้ไหม

3.4.6 ถ้าแพทย์แนะนำให้ท่านเข้ารับการผ่าตัดอีกข้าง ท่านจะเข้ารับการผ่าตัด
หรือไม่ ท่านช่วยบอกได้ไหมว่าเพราะอะไร

4. ขั้นตอนการสนทนา

4.1 จากการสนทนา มีประเด็นใดที่ท่านอยากเล่าเพิ่มเติมหรือไม่



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

หมายเลขผู้ให้ข้อมูลหลัก.....

เพศ..... อายุ.....

สถานภาพสมรส..... ศาสนา.....

ระดับการศึกษา..... อาชีพก่อนเกษียณอายุ.....

อาชีพปัจจุบัน..... รายได้.....

สถานภาพในครอบครัว..... ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ.....

จำนวนบุตร..... จำนวนบุคคลในครอบครัว.....

ประวัติสุขภาพ

ระดับคะแนนการประเมินภาวะสมองเสื่อม..... การแปลผล.....

ความเจ็บป่วยในอดีตและการรักษา

.....

ความเจ็บป่วยในปัจจุบันและการรักษา

การวินิจฉัยโรค.....

วันที่เข้ารับการผ่าตัด.....

ระยะเวลาที่เข้ารับการผ่าตัด.....

อาการปัจจุบัน.....

.....

ระดับคะแนนการประเมินภาวะสมองเสื่อม..... การแปลผล.....

สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว.....

.....

สภาพที่อยู่อาศัย.....

.....

.....

.....

สิ่งแวดล้อม.....

.....

.....

.....

ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน.....

.....

.....

.....

แผนที่บ้านโดยสังเขป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

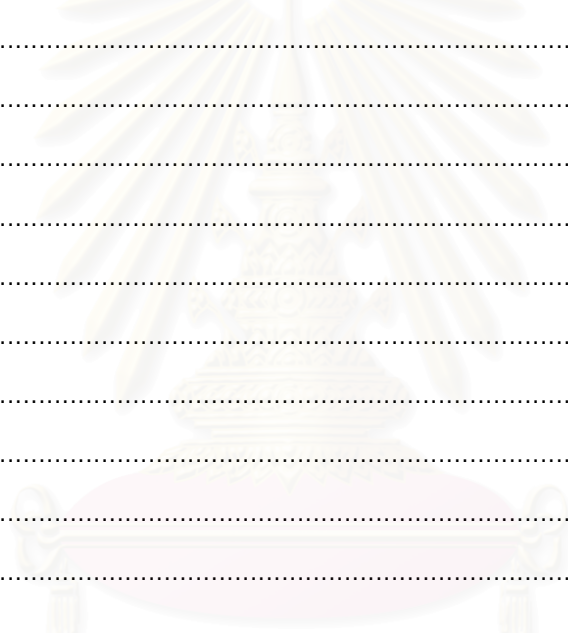
การบันทึกภาคสนาม

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../.....เวลา.....ถึง.....น.

สถานที่สัมภาษณ์.....

ความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ปัญหา การแก้ไข



สถาบันวิทยบริการ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกเมื่อ...../...../.....

เวลานับที่ก.....น.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ร้อยตำรวจโทหญิง พรรณทิพา เวชรังษี เกิดเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2520 ที่จังหวัดขอนแก่น สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ เมื่อปี พ.ศ.2542 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีศิลปศาสตรบัณฑิต (รัฐศาสตร์) จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง เมื่อปี พ.ศ. 2544 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาล (สบ 1) ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตำรวจ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย