



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

รัตติยา เตยศรี* และ ปาณัญญ์ นันไทยทวีกุล**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพร เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว อายุ 30-59 ปี ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้ใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุระดับความปวดหลังผ่าตัด และจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Gibson สมุดบันทึกการปฏิบัติตน และแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี

คำสำคัญ: ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว/ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด/ การเสริมสร้างพลังอำนาจ

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



The Effect of Empowerment Program on Late Phase Postoperative Recovery Among Post Lumbar Spine Surgery Patients

Rattiya Toeysri* and Pachanut Nanthaitaweekul**

Abstract

Purpose: To study the effects of empowerment program on late phase postoperative recovery among post lumbar spine surgery patients.

Design: Quasi-experimental research

Methods: The participants were 46 patients aged 30-59 years old, under postoperative lumbar spine surgery were admitted into the Neurosurgery ward at Prasat Neurological Institute. Randomly selected and assigned into either experimental and control group comprised 23 patients in each group with matching technique for age, pain scale, and level of lumbar spine surgery. The research instruments consisted of the empowerment program base on the concept of Gibson, notebook with activity, and postoperative recovery profile for lumbar spine surgery patients. The reliability analysis was .83. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and t-test.

Results: The mean score of late phase postoperative recovery in experimental group after receiving the empowerment program was significantly higher than the control group at the significance level of .05

Conclusion: The empowerment program enables the patients increase self-esteem for self-care ability and good self-management in performing activities for good postoperative recovery.

Keywords: Lumbar spine surgery patients/ Postoperative recovery/ Empowerment



บทนำ

สถิติผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่สหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2015 มีจำนวนร้อยละ 32.1 ต่อประชากร 100,000 คน¹ สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์จำนวน 810 คน² และจากสถิติสถาบันประสาทวิทยาปี พ.ศ. 2559, 2560 และ 2561 มีจำนวน 268, 238 และ 274 คน ตามลำดับ³ สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ เกิดจากความเสื่อมทำให้เกิดพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเอว (Low back pain) หรือปวดร้าวลงขา (Leg pain) อาจมีกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงและอาการชาร่วมด้วย ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการปวด เกิดความยากลำบากในการทำงาน และการดำเนินชีวิตประจำวัน

การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นวิธีการรักษาพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังเมื่อการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์ไม่ได้ผล ซึ่งจะช่วยแก้ไขพยาธิสภาพทางระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมและกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ อย่างไรก็ตามการผ่าตัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านหน้าที่ของร่างกาย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตร การทำงาน และการเข้าสังคม โดยพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 29 ยังคงมีปัญหาด้านการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย⁴ ได้แก่ ด้านอาการทางกาย เช่น อาการปวดหลังและปวดขา อาการเหนื่อยล้าหลังผ่าตัด ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวและความพิการด้านร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล กลัวการเคลื่อนไหว และไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด ด้านสังคม เช่น ความสามารถในการทำงานลดลง ต้องหยุดงานเพื่อพักรักษาตัว และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (Postoperative recovery) เป็นสภาวะที่ร่างกายคืนสภาพจากการเจ็บป่วยสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนผ่าตัด และปราศจากภาวะแทรกซ้อน⁵ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะแรก (Early phase) คือ ตั้งแต่การผ่าตัดเสร็จและสิ้นสุดการได้ยาระงับความรู้สึก 2) ระยะกลาง (Intermediate phase) คือ ตั้งแต่ร่างกายผู้ป่วยเริ่มทำงานปกติ และมีความพร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 3) ระยะท้าย (Late phase) คือ ตั้งแต่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และไปพักฟื้นที่บ้าน ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ด้านอาการทางกาย (physical symptoms) เป็นการกลับสู่สภาวะปกติของการอาการทางกาย เช่น อาการปวดลดลง ความอ่อนล้าลดลง 2) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) เป็นการกลับสู่สภาวะปกติของระบบต่างๆในร่างกายและการเคลื่อนไหว 3) ด้านจิตใจ (psychological) เป็นการกลับสู่สภาวะปกติของจิตใจและอารมณ์ สามารถเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ได้ 4) ด้านสังคม (social) เป็นการกลับสู่บทบาทหน้าที่ทางสังคม และ 5) ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activity) เป็นการปฏิบัติกิจวัตรได้ด้วยตนเอง⁶ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจะเป็นการดูแลและให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดตั้งแต่ในระยะแรก (Early phase) ระยะกลาง (Intermediate phase) และระยะท้าย (Late phase) ซึ่งเป็นการดูแลด้านร่างกาย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรม เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การจัดการความปวด การสวมอุปกรณ์พยุงหลัง การบริหารกล้ามเนื้อ และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน⁷ ซึ่งกิจกรรมการดังกล่าวผู้ป่วยมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย ทำให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ โดยเฉพาะในระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late phase) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่านจากสภาวะเจ็บป่วยไปสู่สภาวะปกติ และต้องกลับไปดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 ยังขาดความมั่นใจและวิตกกังวลในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและต่อเนื่องใน



ระหว่างพักฟื้นที่บ้าน⁸ ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายมีความล่าช้า และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีทั้งปัจจัยด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อายุ ความปวด ตำแหน่งความเจ็บปวดก่อนผ่าตัด จำนวนปลอกกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด⁹ ความวิตกกังวล การกลัวการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด⁸ ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹⁰ ปัจจัยด้านร่างกายควบคุมได้โดยการใช้อาบน้ำการปวดและการทำกายภาพบำบัด ซึ่งกระทำโดยบุคลากรทางการแพทย์ในระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนปัจจัยด้านจิตใจจัดการได้โดยการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนที่เหมาะสม รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าของตนเอง¹¹ เนื่องจากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากระดูกและผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจกรรมได้ตามปกติ แต่ในด้านจิตใจผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้ยังคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง¹⁰ ซึ่งนำไปสู่ความพรัองในการดูแลตนเองขณะพักฟื้นที่บ้าน ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายใช้เวลานานขึ้น การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจจัดการกระทำกับปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าจะเกิดความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้สามารถจัดการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น¹⁰ นำไปสู่การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่ดีครอบคลุมในทุกด้าน

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการหนึ่งในการสร้างความรู้สึกมีคุณค่าใน

ตนเองที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมและจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อชีวิตและสุขภาพของตนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ¹² โดยมีการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีอาการปวดลดลง ระยะทางการเดินเพิ่มขึ้น อดทนการเหยียดและงอข้อเข่ามากขึ้น มีความวิตกกังวลลดลง และรู้สึกมีพลังในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{13,14} จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีมีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ในการศึกษาที่ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ซึ่งโปรแกรมหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้มีความเข้มแข็งในการกระทำสิ่งต่างๆ และรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง จึงสามารถควบคุมและจัดการกับปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม และมีการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ต่อเนื่องในระยะพักฟื้นที่บ้าน ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่รวดเร็ว และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹² เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นการให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่กำลังเผชิญอยู่โดยผู้ป่วยจะตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ทำให้มีการปรับตัวและพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจปัญหา มีการพัฒนาความรู้ความสามารถ ทำให้ได้มาซึ่งทางเลือกในการแก้ไขปัญหา มีการตั้งเป้าหมายเพื่อให้เกิดการกระทำที่เป็นประโยชน์ ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตน นำไปสู่พฤติกรรมกาปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ เป็นการให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตรงตามสภาพปัญหา เมื่อสามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามที่ตนเองเลือกทำให้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นการกระตุ้นและให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้มั่นใจในศักยภาพของตน จึงยังคงพฤติกรรมกาปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องในระยะพักฟื้นที่บ้าน ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่ดี โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเองในการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดที่รวดเร็วและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติมากที่สุด โดยผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง บรรลุเป้าหมาย ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹² ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมกาดูแลตนเองและการ

ปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสมและต่อเนื่องในระยะพักฟื้นที่บ้าน ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่รวดเร็ว ครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางกาย สามารถควบคุมและจัดการอาการทางกายที่เกิดขึ้นได้ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย กลับสู่สภาวะปกติในการทำหน้าที่ของร่างกายและระบบต่างๆ ที่รวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ ด้านจิตใจ ปราศจากความวิตกกังวล สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ด้านสังคม มีการกลับสู่บทบาทหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลครั้งเดียว (The-Posttest-only with nonequivalent groups)

ประชากร คือ ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ 1 เดือนแรกหลังผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพศชายและหญิง อายุ 30-59 ปี ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดอำนาจทดสอบ 80% ระดับนัยสำคัญ .05 ขนาดอิทธิพล .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10¹⁵ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีทั้งหมด 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด (Matched pair) โดยตัวแปรที่กำหนดคือ อายุ ระดับความปวดหลังผ่าตัด และจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion



criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (L_1-S_1) ได้แก่ โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับรากประสาท โรคข้อต่อกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ และโรคข้อต่อกระดูกสันหลังเคลื่อน และเข้ารับการรักษาก่อนด้วยวิธีผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นครั้งแรก 2) ผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 3) มีอาการคงที่ไม่มีข้อห้ามจากการดมยาสลบและการฝึกเดิน 4) มีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และ 5) มีอุปกรณ์สื่อสารที่ใช้งาน Application Line ได้ ยินดีให้ผู้วิจัยติดต่อสื่อสารทาง Line และทางโทรศัพท์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย คู่มือโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว สื่อภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย แผ่นพับขั้นตอนการใช้ Application Line ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจภาษาและเนื้อหาในโปรแกรมเป็นอย่างดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด การวินิจฉัยโรค ประวัติการรักษาเพื่อลดอาการปวด ชนิดการผ่าตัด ระดับความปวดหลังผ่าตัด และจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ผ่าตัด

2.2 แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ใช้แบบประเมิน Postoperative Recovery Profile ของ Allvin⁶ จำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางกาย ด้านการทํานานที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้าน

การดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยขออนุญาตใช้และดัดแปลงเครื่องมือจาก Allvin โดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ (Backward translation) ภายหลังได้รับอนุญาตได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญอีกท่านหนึ่งแปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ ดัดแปลงข้อความจำนวน 1 ข้อ คือ ข้อที่ 1 จากเดิม “ท่านมีอาการปวด” เป็น “ท่านมีอาการปวดหลัง ปวดเอว หรือปวดหลังร้าวลงขา” ซึ่งเป็นอาการปวดที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว แบบสอบถามเป็น Rating scale 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยๆ และเป็นประจำ มีค่าคะแนน 1-4 คะแนนรวม 1-76 คะแนน ค่าคะแนนมากหมายถึง มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดมาก ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95 และนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าประสิทธิภาพของเครื่องมือเท่ากับ .83

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ สมุดบันทึกการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมเพื่อให้ผู้ป่วยใช้บันทึกการปฏิบัติตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนในแต่ละสัปดาห์ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจในภาษาและเนื้อหาเป็นอย่างดี สามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับการปฏิบัติกิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ 61050 ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2561 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ รวมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย



และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือคุณภาพการบริการที่จะได้รับ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม โดยกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะมีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการทดลอง เตรียมความพร้อมผู้วิจัย โดยทบทวนและศึกษาคำถามและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วประสานงานกับพยาบาลประจำการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังของสถาบันประสาทวิทยา ครอบคลุมในเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด การจัดการความปวด การสวมอุปกรณ์พยุงหลัง การบริหารกล้ามเนื้อ และคำแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลจำนวน 5 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (วันแรกที่แพทย์วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน) ใช้เวลา 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3 ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่กำลังเผชิญอยู่ตามสภาพจริง และสรุปปัญหาร่วมกับผู้วิจัย 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงประสบการณ์จัดการปัญหาสุขภาพที่ผ่านมา ตั้งเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดร่วมกับผู้วิจัย และฝึกทักษะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองและการบริหารร่างกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยทบทวนเป้าหมายที่ตั้งไว้และบอกแนวทางที่คิดว่าจะปฏิบัติเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย ทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และให้ผู้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับในทักษะการปฏิบัติ กระตุ้นให้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และให้กลุ่มตัวอย่าง Add Line “Spine Empowerment”

กิจกรรมครั้งที่ 2 (1 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 30-45 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อเนื่องจากกิจกรรมในครั้งที่ 1 โดยเยี่ยมเตือนใจเพื่อทบทวนกิจกรรมการดูแลตนเองและการบริหารร่างกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องจนเกิดความชำนาญ

กิจกรรมครั้งที่ 3 (วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 45-60 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในศักยภาพของตน มีการตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เตรียมความพร้อมและสร้างความมั่นใจก่อนกลับบ้าน ทบทวนกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดทั้งหมดที่ได้ปฏิบัติในช่วงพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยบอกถึงสิ่งที่ยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรค พร้อมทั้งเสนอแนวทางแก้ไข โดยผู้วิจัยช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

กิจกรรมครั้งที่ 4 และกิจกรรมครั้งที่ 5 (ระหว่างพักฟื้นที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังจำหน่ายออกจากโรง



พยาบาล) ใช้เวลา 20-30 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้ Application Line ในการติดตามเพื่อกระตุ้นและสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นและให้กำลังใจให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจในศักยภาพของตนและยังคงพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องในขณะพักรักษาตัวที่บ้าน

ขั้นประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 วันที่แพทย์นัดตรวจเป็นครั้งแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม กลุ่มควบคุมจะได้รับคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว รวมทั้งคำแนะนำในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) และสถิติ Independence t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63 มีอายุเฉลี่ย 54.65 ปี (S.D. = 3.86) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.90 และส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย 25-29.99 กก./ตรม. คิดเป็นร้อยละ 32.60 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคข้อต่อกระดูกสันหลังเคลื่อน (Lumbar spondylolisthesis) คิดเป็นร้อยละ 39.10 โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Spinal canal stenosis) คิดเป็นร้อยละ 30.40 โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับรากประสาท (Herniated nucleus pulposus) คิดเป็นร้อยละ 21.70 และโรคข้อต่อกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (Lumbar spondylosis) คิดเป็นร้อยละ 8.70 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาของอาการปวดก่อนผ่าตัด 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.50 มีประวัติการรักษาโดยการกายภาพบำบัดร่วมกับรับประทานยาแก้ปวด คิดเป็นร้อยละ 47.80 ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว 2 ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีระดับความปวดหลังผ่าตัดในระดับปวดปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.60

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด						
ระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด	n	$\bar{X}$	SD.	df	t	p-value
กระดูกสันหลังระดับเอว						
กลุ่มทดลอง	23	73.608	2.083	44	5.505	.006
กลุ่มควบคุม	23	68.217	4.209			

p < .05



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายโดยรวมและรายด้านในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

การฟื้นฟูสภาพหลัง ผ่าตัดระยะท้าย ในผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดกระดูก สันหลังระดับเอว	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
รวมทั้ง 5 ด้าน	73.608	2.083	68.217	4.209	44	5.505	.006
ด้านอาการทางกาย	19.304	0.764	17.913	1.411	44	4.156	.031
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	19.130	0.967	18.478	1.503	44	1.749	.009
ด้านจิตใจ	15.826	0.387	14.043	1.744	44	4.784	.000
ด้านสังคม	11.826	0.387	11.087	0.900	44	3.617	.001
ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน	7.521	0.593	6.695	1.184	44	2.991	.003

$p < .05$

ส่วนที่ 2 การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย ของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ โดยใช้ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.505$, $p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายโดยรวมและรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายโดยรวม และเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านอาการทางกาย ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ เนื่องจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจะได้รับความรู้และการฝึกทักษะต่างๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด โดยได้รับประสบการณ์ทั้งหมดด้วยตนเองจากการค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง การตั้งเป้าหมาย และการวางแผนแก้ไขปัญหามาให้สำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติและการแก้ไขปัญหา และรับรู้ถึงศักยภาพในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ นำไปสู่การเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง มีความเข้มแข็งในการกระทำสิ่งต่างๆ และเป็นอำนาจภายในที่กระตุ้นให้รับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจึงสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างต่อเนื่องในระยะพักฟื้นที่บ้าน



สอดคล้องกับการศึกษาของ Chobkarnrai และคณะ¹⁰ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตน จึงปรับตัวและพร้อมปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม เมื่อได้รับความรู้ร่วมกับฝึกทักษะในการปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ จึงสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตามกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ การที่ผู้วิจัยสนับสนุนข้อมูลและกระตุ้นผ่านทาง Application Line และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นการเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้สามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอและยังคงพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Sasuan และ Phatisena¹⁴ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ รวมทั้งมีการฟื้นฟูสภาพด้านอาการปวด การเหยียดข้อเข่า ระยะทางการเดิน และระยะเวลานอนพักดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yuncharoen และคณะ¹⁶ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายด้าน พบว่า ด้านอาการทางกาย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านอาการทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้

ป่วยสามารถค้นพบปัญหาด้านอาการทางกายที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดตามสภาพการณ์จริงและยอมรับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้เกิดการตั้งเป้าหมายและแก้ไขปัญหา โดยแสวงหาความรู้และใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาในการแก้ปัญหาและปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทำให้สามารถควบคุมและจัดการกับอาการทางกายต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Iemphong¹⁷ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีอาการปวดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากผู้ป่วยที่สามารถเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อลดอาการปวดได้ด้วยตนเอง ทำให้ได้รับการแก้ไขเมื่อเริ่มมีอาการปวดเพียงเล็กน้อยจึงสามารถควบคุมอาการปวดได้ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้และฝึกทักษะต่างๆ ในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกระดูกสันหลังเกิดแรงกดมากเกินไป อันจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีการบริหารกล้ามเนื้อที่เหมาะสม ส่งผลให้กล้ามเนื้อและกระดูกสันหลังฟื้นฟูจากพยาธิสภาพของโรคและการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Iemphong¹⁷ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการเหยียดการงอข้อเข่า และระยะทางการเดินมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการกลับสู่ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่รวดเร็ว

ด้านจิตใจ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่ม



ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้ป่วยยอมรับต่อการเจ็บป่วยและมีความคิดด้านบวกนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม รวมทั้งได้รับความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทำให้ลดความวิตกกังวลและสามารถการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยรู้สึกถึงความสำเร็จและพึงพอใจในความสามารถของตนทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงสามารถเผชิญปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและแก้ไขได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีประสบการณ์ที่ดีในการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Garzon-Rey และคณะ¹⁸ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับความเครียดลดลง และเกิดความรู้สึกมีพลังมากขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หลังผ่าตัด

ด้านสังคม ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมาะสม และปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายกลับสู่สภาวะปกติอย่างรวดเร็ว รวมทั้งในด้านจิตใจผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่านจากสภาวะเจ็บป่วยไปสู่สภาวะปกติได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้กลับสู่บทบาทหน้าที่และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Tzu-Ting Huang และคณะ¹³ พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน การเคลื่อนไหว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องจนเกิดความ

ชำนาญ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม จึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Garzon-Rey และคณะ¹⁸ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติ รวมทั้งได้รับแรงจูงใจให้มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมหรือจัดการกับความเจ็บป่วยของตนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและกำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพของตนเองภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แม้อยู่ในภาวะเปราะบางทางสุขภาพหรือความเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะพักฟื้นที่บ้าน ทำให้สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างต่อเนื่องในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในแต่ละช่วงเวลา และติดตามความยั่งยืนของการเสริมสร้างพลังอำนาจระยะยาว



บทสรุป

การศึกษาค้นคว้าพบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตน ทำให้สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสมและต่อเนื่องในขณะที่พักฟื้นที่บ้าน ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่ดี ครอบคลุมในทุกด้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้

References

1. Martin BI, Mirza SK, Spina N, Spiker WR, Lawrence B, Brodke DS. Trends in Lumbar Fusion Procedure Rates and Associated Hospital Costs for Degenerative Spinal Diseases in the United States, 2004 to 2015. *Spine* 2019; 44(5): 369-76.
2. Department of medical services ministry of Public health. Statistical report department of medical services ministry of public health on medical services 2013. Department of medical services; 2013. (In Thai)
3. Operating department of Prasat neurological institute. Statistical report of operating room of Prasat neurological institute. 2016-2018. (In Thai)
4. Jansson KA, Nemeth G, Granath F, Jonsson B, Blomqvist P. Health-related quality of life (EQ-5D) before and one year after surgery for lumbar spinal stenosis. *The Journal of bone and joint surgery, British* Volume 2009; 91(2): 210-6.
5. Allvin R, Berg K, Idvall E, Nilsson U. Postoperative recovery: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 57(5): 552-8.
6. Allvin R, Ehnfors M, Rawal N, Svensson E, Idvall E. Development of a questionnaire to measure patient-reported postoperative recovery: content validity and intra-patient reliability. *Journal of evaluation in clinical practice* 2009; 15(3): 411-9.
7. Prasat neurological institute. Clinical nursing practice guidelines for surgical spine Tanapress company: Bangkok; 2013. (In Thai)
8. Archer KR, Seebach CL, Mathis SL, Riley III LH, Wegener ST. Early postoperative fear of movement predicts pain, disability, and physical health six months after spinal surgery for degenerative conditions. *The Spine Journal* 2014; 14(5): 759-67.
9. Gu J, Guan F, Zhu L, Guan G, Chi Z, Wang H, et al. Risk Factors of Postoperative Low Back Pain for Lumbar Spine Disease. *World Neurosurg* 2016; 94: 248-54. Doi. [org/10.1016/j.wneu.2016.07.010](https://doi.org/10.1016/j.wneu.2016.07.010)
10. Chobkarnrai S, Chanruangvahich W, Tosingha O, Wathanaapisit T. Factors



- in the prediction of self-care behaviour amongst post-lumbar surgery degenerative spine patients. Thai Journal of Nursing Council 2013; 28(3): 68-79. (In Thai)
11. Sangsaikaew A, Somkumlung P. Holistic nursing approach: Its implications for practice of caring for patients after undergoing lumbar spine surgery. Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Phanom University 2018; (Special issue of the 25th Nursing Conference): 203-8. (In Thai)
 12. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of advanced nursing 1995; 21(6): 1201-10.
 13. Huang TT, Sung CC, Wang WS, Wang BH. The effects of the empowerment education program in older adults with total hip replacement surgery. Journal of advanced nursing 2017; 73(8): 1848-61.
 14. Sasuan A, Phatisena T. The Effects of Empowerment Program on Postoperative Recovery of Knee Arthroplasty Surgery Patients. In: The National Conference & Research Presentation 2015 “Crate and Development to Approach ASEAN Community II”; 2015 June 18-19; NakhonRatchasima College. Nakhonratchasima, Thailand; 2015.110-19. (In Thai)
 15. Polit D, Hungler B. Nursing Research: Principle and Method. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Company; 1999.
 16. Yuncharoen K, Jitramontree N, Jirathummakoon S. The effects of empowerment program on postoperative recovery in older patients undergoing knee arthroplasty. Journal of Nursing Science 2016; 34(1): 167-78. (In Thai)
 17. Iemphong L. The effects of empowerment program on postoperative recovery and knowledge of minimally invasive total knee arthroplasty surgery. Christian University of Thailand; 2010. (In Thai)
 18. Garzon-Rey JM, Arza-Valdes A, Nuevo-Gayoso M, Aguilo J. Effectiveness of patient empowerment over stress related to knee arthroplasty surgery. Enfermeria Clinica 2018; 28(3): 186-93.