

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว

The Effects of Self-efficacy Enhancement Program on Quality of Recovery and Activities of Daily Living among Post-Operative Lumbar Laminectomy Patients

ศศิกรณิศ สันติวรบุต¹, ทิพา ต่อสกุลแก้ว¹ และวินัส ลีฬุกุล¹

Sasikoranis Suntivorabut¹, Tipa Tosakulkao¹ and Venus Leelahakul¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

¹Faculty of nursing, Christian University of Thailand

Received: February 8, 2019

Revised: April 12, 2019

Accepted: April 17, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว โรงพยาบาลทหารผ่านศึก จำนวน 50 ราย คัดเลือกแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 25 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนถึงวันนัดติดตามอาการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (QOR-15) และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (barthel index) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Repeated Measures ANOVA ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม (1) มีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ (2) มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมในช่วง 24 ชม. หลังผ่าตัดและวันที่ 3 หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อย่างไรก็ตามในวันนัดติดตามอาการกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกัน การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาเพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติเพื่อเพิ่มคุณภาพในการให้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, การฟื้นตัวหลังผ่าตัด, โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ, ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว

Abstract

The study was a Quasi-experimental research with two group pretest posttest design. The purpose of the study was to examine the effects of Self-efficacy Enhancement Program on Quality of Recovery and Activities of Daily Living among post-operative lumbar laminectomy patients. This program was developed based on the self-efficacy theory of Bandura. The sample was comprised of 50 laminectomy patients at Veterans General Hospital. The sample was conveniently selected according to the inclusion criteria. They were assigned into the control and the experimental groups with 25 subjects in each group. The control group received the usual nursing care and the experimental group received the Self-efficacy Enhancement Program on admission until follow up. The research instruments consisted of Self-efficacy Enhancement Program, the demographic data questionnaire, QOR-15 and Barthel Index. The data were analyzed by using descriptive statistics and Repeated Measures ANOVA.

The results revealed that the experimental group (1) had significantly higher mean scores of qualities of recovery than the control group ($p < .05$), and (2) had significantly higher mean scores of activities of daily living during 24 hrs and the third day after surgery than the control group ($p < .05$). However, the mean scores of activities of daily living of the experimental group and the control group were not different on the day of follow up. Based on the results, it is suggested that nurses should add the self-efficacy Enhancement Program to the usual nursing care for the patients undergoing laminectomy in order to promote better quality of nursing.

Keywords: activities of daily living, laminectomy patients, quality of recovery, self-efficacy, self-efficacy enhancement program



บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคกระดูกสันหลังมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา มีอุบัติการณ์การเกิดสูงถึง 1.39 ต่อประชากร 1,000 คน (Waterman, Belmont & Schoenfeld, 2012) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ 309.6 ต่อประชากร 1,000 คน (Ministry of Public Health, 2010) ร้อยละ 70 ของประชากรทั่วไปมีอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างน้อยครั้งหนึ่งของชีวิต (McIntosh & Hall, 2008) อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นอาการที่พบบ่อยมากในช่วงอายุ 20-60 ปี (Biglarian, Seifi, Bakhshi & et al.,

2012) และยังพบว่าในปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยลง (Hoy, brooks, Blyth & et al, 2010) การรักษาความผิดปกติของโครงสร้างของกระดูกสันหลังเหล่านี้มีเป้าหมายที่สำคัญคือลดอาการปวด ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และป้องกันความเสี่ยงของโครงสร้างที่อาจเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต การรักษาควรเริ่มจากวิธีอนุรักษ์นิยมหรือแบบประคับประคอง (conservative treatment) คือไม่ทำผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยได้รับการให้ยาลดการอักเสบชนิดไม่มีสเตียรอยด์ (NSAIDs) การให้ยาบรรเทาปวด การทำกายภาพบำบัด และการให้ความรู้เกี่ยวกับท่าทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ (Shpritz, 2002 as

cited in Pongsataporn, 2008) แต่ถ้าหากรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยมแล้วไม่ได้ผล ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวด กล้ามเนื้อขาอ่อนแรงหรือระบบขับถ่ายผิดปกติมีอาการคลื่นไส้สภาวะและอุจจาระไม่ได้ แพทย์จะพิจารณาทำการผ่าตัด (Boonmaprasert, 2014) การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดใหญ่ ใช้คำรักษาพยาบาลที่สูง พบว่าสถิติการผ่าตัดกระดูกสันหลังในสหรัฐอเมริกา มีการใช้งบประมาณในการผ่าตัดเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 ล้านเหรียญสหรัฐ (Kristin & Archer, 2013) ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 6-8 วันและใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายเป็นระยะเวลาหลายเดือนกว่าจะกลับมาใกล้เคียงปกติได้ (Ragab, Fye & Bolhman, 2003)

จากการศึกษานำร่องกรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวจำนวน 4 รายโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา พบว่าจากการประเมินความวิตกกังวลและสมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวมียุผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดสูง จำนวน 1 ราย และมีความวิตกกังวลปานกลางจำนวน 3 ราย เนื่องจากไม่คุ้นชินกับสถานที่ และบางรายไม่เคยมีประสบการณ์ของการผ่าตัดมาก่อน ดังผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า กลัวว่าผ่าตัดมาแล้วจะเดินไม่ได้เหมือนเดิม หลังผ่าตัดจะตื่นหรือไม่ ตอนผ่าตัดจะรู้สึกตัวหรือไม่ ตอนผ่าตัดจะรู้สึกอย่างไร จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยได้รับการพยาบาลแบบปกติทั่วไปพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากไม่กล้าลุกนั่ง ลุกเดิน กลัวปวดแผล และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางการพยาบาลทั้ง 4 รายโดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการฟื้นตัวหลังพบว่าคะแนนระดับความวิตกกังวลลดลง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ ไม่มีภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัด สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติขณะกลับไปอยู่บ้านโดยมีการติดตามทางโทรศัพท์ขณะผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน มีการประเมินซ้ำในวันนัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้าน พบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติไม่มีภาวะพึ่งพาและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผลจากการศึกษานำร่องสะท้อนให้เห็นว่า การนำเสนอและวิธีการให้ความรู้ผู้ป่วยในการผ่าตัด

และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยมีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีของ Bandura (1997)

ประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ทหารผ่านศึกพบว่าระยะเวลาและแนวทางในการปฏิบัติในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดผู้ป่วยในโรงพยาบาลทหารผ่านศึกมีระยะเวลา 3 วัน การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาโดยการให้ความรู้ทั่วไปแก่ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดตามความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล ยังพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้องและต่อเนื่อง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด และการจำกัดเวลาในการนอนโรงพยาบาลตามนโยบายของโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ในระยะเวลาที่น้อยกว่าวันนอนเฉลี่ยจากที่มีการศึกษามาในเบื้องต้น (Ragab, Fye & Bolhman, 2003) จึงได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยนำ แหล่งสนับสนุนทั้ง 4 ขั้นตอนตามทฤษฎีแนวคิดของแบนดูรา มาสร้างโปรแกรมห่างดั่งกล่าว เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสมรรถนะในการฟื้นตัวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวทั้งหมดขณะอยู่โรงพยาบาล และขณะกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

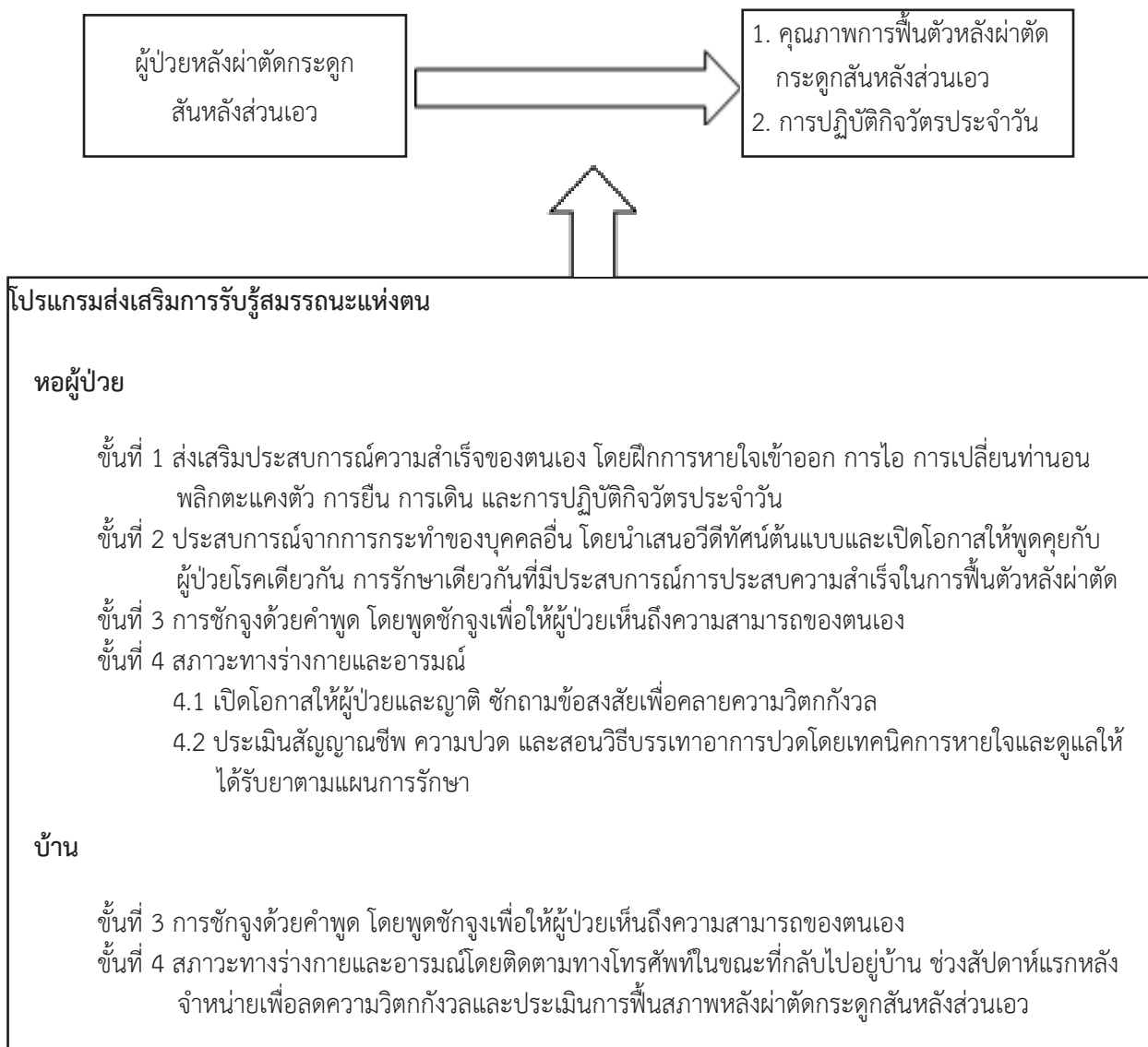
1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรามาสรางโปรแกรม โดย Bandura (1997) กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นการรับรู้ความสามารถของตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าหากมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่ดี จะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดหวังไปด้วย แต่ถ้าหากมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองลดลงย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติ

พฤติกรรมลดลงไปด้วย Bandura (1997) เสนอว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองขึ้นอยู่กับแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 ด้านคือ คือ (1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) (2) โดยการใช้ตัวแบบ (modeling) (3) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และ (4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) รายละเอียดแสดงในกรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง (two-group pretest posttest research design) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 รายและกลุ่มทดลอง 25 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับกระดูกสันหลังที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว ทั้งเพศหญิงและชาย อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการนัดผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน (elective case) ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) หลังผ่าตัดนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยกระดูกและข้อสามัญรวม และหอผู้ป่วยพิเศษรวม โรงพยาบาลทหารผ่านศึกกำหนดขนาดตัวอย่างบนพื้นฐานของอำนาจการวิเคราะห์ (power analysis) ของแกส (Glass, 1976 as cited in Boonchai Srisatidnarakol, 2004, p. 211) ได้ขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่เท่ากับ 0.80 ใช้วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.2 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจการทดลอง (Power) 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 รายต่อกลุ่ม ผู้วิจัยปรับขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 ในกรณีผู้สูญหายหรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัยจึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 25 รายต่อกลุ่ม รวมขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 รายและกลุ่มควบคุม 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1.2 แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด QOR-15 โดยผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดพัฒนาขึ้นโดย Stark, Myles and Burke (2013) แปลภาษาไทยด้วยเทคนิค Back translation โดย อรพรรณ โตสิงห์ (Thosingha, 2013)

1.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965; Prasat Neurological Institute, 2013)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือเครื่องมือประเมินภาวะสมองเสื่อม TMSE--Thai Mental State Examination (Prasat Neurological Institute, 2014)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวตามแนวคิดทฤษฎีของเบนคูรา ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ 1 และได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1 หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยขออนุญาตวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน งานวิจัยผ่านการรับรอง

ตามเอกสารรับรองเลขที่ น. 14/2560 นำหนังสือขอ อนุญาตวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของ มหาวิทยาลัยคริสเตียนเสนอถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทหารผ่านศึก เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เข้าพบ หัวหน้าหอผู้ป่วย และเตรียมผู้ช่วยวิจัยในเรื่องการประเมิน

2. ระยะดำเนินการทดลอง ในขณะที่ดำเนินการ วิจัย ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัยทุก ประการ ด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและข้อมูลที่ได้รับจะเก็บเป็นความ ลับ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นเมื่อสิ้นสุดโครงการข้อมูล ทุกอย่างจะถูกทำลายทิ้ง และผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่ม ควบคุมก่อน เมื่อเสร็จแล้วจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม ผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวม ข้อมูล มีการให้การรักษาพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลอง ผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยเข้าให้โปรแกรม ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่หอผู้ป่วยตั้งแต่กรับ จนกระทั่งถึงวันนัดติดตามอาการมีระยะเวลาในการดำเนิน การตามโปรแกรม 12-16 วัน ประกอบด้วย (1) ก่อนการ ผ่าตัด 1 วัน (2) หลังผ่าตัด 24 ชม.แรก (3) หลังผ่าตัดวันที่ 3 ถึง 7 และ (4) วันนัดติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ที่แผนกผู้ป่วยนอกกระดูกและข้อ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพและการรักษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ วิธีแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (standard deviation)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้น ตัวและคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ สถิติ Repeated Measures ANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษา กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคุณลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกันโดยพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ส่วนเอว มีอายุตั้งแต่ 50 ถึง 79 ปี อายุเฉลี่ย 61.96 ปี ค่า ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในภาวะอ้วนระดับ 1 มีค่าเฉลี่ย 25.93 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่/สมรส คิดเป็นร้อยละ 56 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็น ร้อยละ 52 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 60 ประวัติการ ตีมีแอลกอฮอล์พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ คิด เป็นร้อยละ 56 และส่วนใหญ่มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 68 ข้อมูลการเจ็บป่วยของากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันโดยพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคช่องกระดูกสันหลังตีบแคบ (spinal stenosis) คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาเป็นโรคกระดูกสันหลัง เลื่อน (spondylolisthesis) และโรคหมอนรองกระดูก สันหลังเลื่อน (spondylosis) คิดเป็นร้อยละ 28 เท่ากัน ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด Laminectomy with fusion คิดเป็นร้อยละ 56 ยาระงับปวดที่ได้รับในห้องผ่าตัดได้แก่ 0.5% Marcaine เฉลี่ย 76 mg Morphine เฉลี่ย 16.8 mg Fentanyl เฉลี่ย 112.8 mg ระยะเวลาเฉลี่ยในการ ดมยาสลบ 178.8 นาที ระยะเวลาเฉลี่ยในการผ่าตัด 146.8 นาที ปริมาณการเสียเลือดเฉลี่ย 280 ml ความยาวของ แผลผ่าตัดเฉลี่ย 11.08 cm จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ทั้งหมดเฉลี่ย 6.88 วัน ยาระงับปวดหลังผ่าตัดที่ได้รับ ส่วน ใหญ่คือ Morphine 10 mg คิดเป็นร้อยละ 80

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้น ตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังได้รับ โปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .05$) ดังตาราง 1

ตาราง 1

เปรียบเทียบคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	5846.41	1	5846.41	212.85	.00
ความคลาดเคลื่อน	1318.43	48	27.47		
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลาในการประเมิน QOR	13523.21	2	6761.61	341.81	.00
ปฏิสัมพันธ์ร่วม	2308.41	2	1154.21	58.35	.00
ความคลาดเคลื่อน	1899.04	96	19.78		

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มและช่วงเวลาในการประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=341.81$, $df=2$, $p=.00$) และมีความแตกต่างระหว่างคะแนนคุณภาพในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในแต่ละช่วงเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=58.35$,

$df=2$, $p=.00$) และระหว่างกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=212.85$, $df=1$, $p=.00$) สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni ดังตาราง 2

ตาราง 2

เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลาในการประเมิน

ช่วงเวลาประเมิน QOR	SD	\bar{X}	ภายใน 24 ชม. หลังผ่าตัด		หลังผ่าตัดวันที่ 3		วันนัดติดตามอาการ	
			กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
ภายใน 24 ชม. หลังผ่าตัด								
กลุ่มควบคุม	8.08	104.56						
กลุ่มทดลอง	5.56	134.76		30.20*				
หลังผ่าตัดวันที่ 3								
กลุ่มควบคุม	9.35	118.12						
กลุ่มทดลอง	6.06	141.56				23.44*		
วันนัดติดตามอาการ								
กลุ่มควบคุม	3.95	137.24						
กลุ่มทดลอง	2.84	148.48					11.24*	

* p-value <.05

จากตาราง 2 กลุ่มควบคุมมีคะแนนคุณภาพการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดภายใน 24 ชม. หลังผ่าตัด 104.56 (SD=8.08) หลังผ่าตัดวันที่ 3 เท่ากับ 118.12 (SD=9.35) และวันนัดติดตามอาการ เท่ากับ 137.24 (SD=3.95) กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดภายใน 24 ชม. หลังผ่าตัด เท่ากับ 134.76 (SD=5.56) หลังผ่าตัดวันที่ 3 เท่ากับ 141.56 (SD=6.06) และวันนัดติดตามอาการ เท่ากับ 148.48 (SD=2.84) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลาพบว่า ภายใน 24 ชม. หลังผ่าตัด, หลังผ่าตัดวันที่ 3, และวันนัดติดตามอาการ กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ตาราง 3

เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	2053.50	1	2053.50	29.92	.00
ความคลาดเคลื่อน	3294.67	48	68.64		
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลาในการประเมิน ADL	32850.33	2	16425.17	348.29	.00
ปฏิสัมพันธ์ร่วม	1489.00	2	744.50	15.79	.00
ความคลาดเคลื่อน	4527.33	96	47.16		

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มและช่วงเวลาในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีปฏิสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=348.29, df=2, p=.00$) มีความแตกต่างระหว่างคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละช่วงเวลา อย่างมีนัยสำคัญ

3. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตาราง 3

ทางสถิติ ($F=15.79, df=2, p=.00$) และระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=29.92, df=1, p=.00$) สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni ดังตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลาในการประเมิน

ช่วงเวลาประเมิน ADL	SD	\bar{X}	ภายใน 24 ชม. หลังผ่าตัด		หลังผ่าตัดวันที่ 3		วันนัดติดตามอาการ	
			กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
ภายใน 24 ชม. หลังผ่าตัด								
กลุ่มควบคุม	11.23	56.40						
กลุ่มทดลอง	8.52	71.80	15.40*					
หลังผ่าตัดวันที่ 3								
กลุ่มควบคุม	8.84	84.80						
กลุ่มทดลอง	6.73	91.60			6.80*			
วันนัดติดตามอาการ								
กลุ่มควบคุม	1.38	99.60						
กลุ่มทดลอง	1.38	99.60					.00	

* p-value <.05

จากตาราง 2 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายใน 24 ชม. หลังผ่าตัด เท่ากับ 56.40 (SD=11.23) หลังผ่าตัดวันที่ 3 เท่ากับ 84.80 (SD=8.84) และวันนัดติดตามอาการ เท่ากับ 99.60 (SD=1.38) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายใน 24 ชม. หลังผ่าตัด เท่ากับ 71.80 (SD=8.52) หลังผ่าตัดวันที่ 3 เท่ากับ 91.60 (SD=6.73) และวันนัดติดตามอาการ เท่ากับ 99.60 (SD=1.38) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลาพบว่า ภายใน 24 ชม. หลังผ่าตัด และวันที่ 3 หลังผ่าตัดกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ในวันนัดติดตามอาการ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 และ 2 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นตัวหลังผ่าตัด จะมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง ได้แก่ (1) ส่งเสริมประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง โดยฝึกการหายใจเข้าออก การไอ การเปลี่ยนท่านอน พลิกตะแคงตัว การยืน การเดิน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (2) โดยนำเสนอวีดิทัศน์ต้นแบบและเปิดโอกาสให้พูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกัน การรักษาเดียวกันที่มีประสบการณ์การประสบความสำเร็จในการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (3) การซักจงด้วยคำพูด โดยพูดซักจงเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถของตนเอง (4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยเพื่อคลายความวิตกกังวล และมีการติดตามอาการเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านทางโทรศัพท์ซึ่งแตกต่างจากการพยาบาลตามปกติ จึงสนับสนุนแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเบนดูราที่กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่ใช่ลักษณะ

ประจำ หรือบุคลิกภาพของบุคคล (personality trait) แต่สามารถฝึกฝนให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อเรื่องต่าง ๆ ได้ และเกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ตนประสบความสำเร็จ บุคคลที่เชื่อในสมรรถนะของตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ความเชื่อนั้นจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว โดยสามารถสร้างจากการแหล่งเรียนรู้ทั้ง 4 แหล่ง คือ (1) ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง (enactive mastery experience) (2) การสังเกตจากตัวแบบ (modelling) หรือการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) (3) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และ (4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiology and affective state) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติตนในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทั้งขณะอยู่โรงพยาบาล และกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว เป็นการผ่าตัดใหญ่ ต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 6-8 วันและใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายเป็นระยะเวลาหลายเดือนกว่าจะกลับมาใกล้เคียงปกติได้ (Ragab, Fye & Bolhman, 2003) การผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวอาจส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายกล่าวคือ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยต้องนอนราบบนเตียง 2-3 วัน จึงอาจส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ และไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงกิจกรรมในการฟื้นตัวหลังผ่าตัด สำหรับทางด้านจิตใจพบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดกระดูกสันหลังมักเกิดความวิตกกังวล เช่น ไม่รู้ว่าจะตนเองต้องเผชิญเหตุการณ์ใดบ้าง กลัวปวดแผลผ่าตัด กลัวเกิดการบาดเจ็บไขสันหลังใหม่อีกครั้ง ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับความปวดหลังผ่าตัดและมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Yoryuenyong, Srimoragot, Danaidutsadeekul & Wetpiriyakul,

2013) ได้เช่นกันแต่ภาวะแทรกซ้อนเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ ถ้าผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและต่อเนื่องการศึกษา นี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมจะมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งแตกต่างจากการพยาบาลตามปกติ จึงส่งผลทำให้คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดภายใน 24 ชม. หลังผ่าตัด, หลังผ่าตัดวันที่ 3, และวันนัดติดตามอาการของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ดังตาราง 2) และมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายใน 24 ชม. หลังผ่าตัดและหลังผ่าตัดวันที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ดังตาราง 4)

ผลการศึกษาดังกล่าว มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Chobarunsitti (2007) ที่ศึกษาผลการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบนัดล่วงหน้า โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรีโดยการให้ความรู้และฝึกการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดจนได้รับความสำเร็จตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและแนะนำการใช้เทคนิคผ่อนคลาย จากนั้นให้ชมวิดีโอทัศน์ผู้ป่วยต้นแบบ หลังผ่าตัดติดตามเยี่ยมและให้กำลังใจผู้ป่วยได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่า ($p < .05$) การศึกษาของ Damri, Toskulkaio, Kimpee, and Chanruangvanich (2010) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน เก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยชมวิดีโอทัศน์ผู้ป่วยต้นแบบ ทำแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการทดลองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $< .001$ ตามลำดับ) การศึกษาของ Chumpawong, Leethong-in, Phanphruk, and

Sae-Jung (2017) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบ laminectomy ในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ โดยในกลุ่มทดลองผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบ laminectomy โดยใช้ทฤษฎีของแบนดูรา พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสมรรถภาพในวันที่ 3 และ 7 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($t=9.66$, $df=48$ และ $t=14.23$, $df=48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) การศึกษาของ McGregor et.al. (2010) ศึกษาการให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวที่มีการตีบแคบในผู้ป่วยสูงอายุพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพได้จึงส่งผลให้การฟื้นตัวมีคุณภาพที่ดีและเร็วและการศึกษาของ Gosegrineramon et.al. (2010) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวของลำไส้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวโดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

ผลการศึกษาในวันนัดติดตามอาการกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกัน (ดังตาราง 4) สามารถอธิบายได้ว่าจากข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด และการได้รับการรักษาด้วยยาบรรเทาอาการปวดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านไม่แตกต่างกันจึงอาจส่งผลต่อคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันนัดติดตามอาการที่ไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่าช่วง

การประเมินในวันนัดติดตามอาการเป็นการฟื้นตัวในระยะของ late phase ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อาการปวดลดลงเนื่องจากมีการหายของแผลผ่าตัด ซึ่งอยู่ในระยะการเจริญเต็มที่ (maturation phase) ระยะนี้เริ่มประมาณวันที่ 20 หลังจากการได้รับบาดเจ็บหรือความเสียหายของผิวหนังและดำเนินต่อไป ขึ้นอยู่กับความรู้สึกของแผล ระยะนี้ผ่านกระบวนการสร้างเนื้อเยื่อมาทดแทน เข้าสู่สภาวะสมดุล แผลผ่าตัดมีความแข็งแรงมากขึ้น สามารถเคลื่อนไหวได้มากขึ้น มีการบริหารกล้ามเนื้อหลัง และบริเวณรอบ ๆ เพื่อช่วยลดแรงกระทำต่อกระดูกสันหลัง ทำให้กล้ามเนื้อหลังมีการหดตัวมากขึ้นมีความทนทานของกล้ามเนื้อมากกว่า 24 ชมแรกหลังผ่าตัดและวันที่ 3 หลังผ่าตัดซึ่งถูกการจำกัดการเคลื่อนไหวจึงสามารถพุงกระดูกสันหลังให้แข็งแรงทรงตัวอยู่ได้ (Farzanegan, Alghasi, Safari, & Ahmadi, 2011) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นจนเป็นปกติ จึงส่งผลให้คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังในวันนัดติดตามอาการของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. ด้านการบริหารพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานมีการนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไปกระตุ้นในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพในการให้การพยาบาลสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ในการบริการที่เป็นเลิศ
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเสริมเข้ากับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว เพื่อให้ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยและลดวันนอนโรงพยาบาลตามนโยบายของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยวิธีอื่น เช่น การผ่าตัดผ่านกล้อง การผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ เป็นต้น

2. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในกลุ่มฉุกเฉิน เช่น Trauma



References

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy the exercise of control*. New York: W.H.Freeman and company.
- Biglarian, A., Seifi, B., Bakhshi, E., Mohammad, K., Rahgozar, M., & Karimlou, M., & et al. (2012). *Low back pain prevalence and associated factors in Iranian population: Findings from the national health survey*. Pain research and treatment, Article ID 653060, 5 pages.
doi: 10.1155/2012/653060.
- Boonmaprasert, T. (2014). *Low back & neck pain and degenerative diseases of the spine*. (Handout). Chiang Mai: Department of Orthopedics Faculty of Medicine Chiang Mai University. (in Thai)
- Chobarunsiri, S., Kasemkitwattana, S., & Chanruangvanich, W. (2008). Effects of self-efficacy enhancement on patients's post abdominal surgery recovery at phaphuttabath hospital, Saraburi. *Thai Journal of Nursing Council*, 23(1), 100-114. (in Thai)
- Chumpawong, T., Leethong-in, M., Phanphruk, W., & Sae-Jung, S. (2017). *Effects of the self-efficacy enhancement program on rehabilitation for lumbar stenosis in the elderly patients with lumbar laminectomy*. Master of Adult Nursing, Khon Kaen University. (in Thai)
- Damri, S., Toskulkao, T., Kimpee, S., & Chanruangvanich, W. (2010). *Effects of recovery promoting program self-efficacy and the qaulity of recovery among patients with emergency abdominal surgery*. Master of Adult Nursing, Mahidol University. (in Thai)
- FarZanegan, G., Alghasi, M., Safari, S., & Ahmaai, S.A. (2011). Effects of lumbar discectomy on disability and depression in patients with chronic low back pain. *Anesthesiology and Pain Medicine*, 1(1), 20.

- Gosegrineramon, S., Chanruangvanich, W., Thosingha, O., & Chavasiri, C. (2010). Effects of the self-efficacy enhancement program on perceived self-efficacy, activity of daily living and bowel movement among patients with lumbar spine surgery. *Journal of Nursing Science*, 28(2), 58-66. (in Thai)
- Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F., & Buchbinder, R. (2010). The epidemiology of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24(6), 769-781.
- Kristin, R., Archer, Motzny, N., & Abraham, C. M. et al. (2013). Cognitive-behavioral-based physical therapy to improve surgical spine outcomes. *Physical Therapy*, 93(8), 1130-1139.
- Mahoney, F.I., & Barthel, D. (1965). Function evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14(1), 56-61.
- McIntosh, G. & Hall, H. (2008). Low back pain (chronic). *Clinical Evidence Journal*, 10(1), 1-21.
- McGregor, A. H., et al. (2010). Rehabilitation following surgery for lumbar spinal stenosis (Review). *The Cochrane Collaboration 2013*, 20(12), 1-54.
- Ministry of Public Health. (2010). *Public health statistic cause of illness in the region per 1000 peoples*. Retrieved on 12 June, 2018, from <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic54/statistic54.html>. (in Thai)
- Phongsathaporn, R. (2018). *Effects of coaching on practices for recovery among patients undergoing spinal surgery*. Master of Adult Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)
- Prasat Neurological Institute. (2013). *Guide line nursing post op lumbar surgery for nurses*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Prasat Neurological Institute. (2014). *Clinical practice guidelines: dementia*. Retrived on 12 June, 2018, from <http://www.thaidementia.org/Uploads/files/>. (in Thai)
- Ragab, A. A., Fye, M. A., & Bohlman, H. H. (2003). Surgery of the lumbar spine for spinal stenosis in 118 patients 70 years of age or older. *Spine journal*, 28(4), 348-353.

- Srisatidnarakol, B. (2004), *An Analysis of Variables Discriminating. The Graduates of Chulalongkorn University Completed. The Master of Nursing Science Program within two Academic Years and more than two Academic Years.* (Research report). Bangkok: Chulalongkorn University.
- Stark, P. A., Myles, P. A., & Burke, J.A. (2013). Development and psychometric evaluation of a postoperative quality of recovery score. *Perioperative medicine*, 118(6), 1332-1340.
- Waterman, B. R., Belmont, P. J., & Schoenfeld, A. J. (2012). Low back pain in the united states: incidence and risk factors for presentation in the emergency setting. *The Spinal Journal*, 12(1), 63-70.
- Yoryuenyong, C., Changyai, K., Srimoragot, P., Danaidutsadeekul, S., & Boonnuh, W. (2013). The Relationship between pain, fatigue, depression and quality of recovery in patients undergoing colorectal cancer surgery. *Nursing Science Journal of Thailand* 2013, 31(suppl2), 27-37.
- Yoryuenyong, C., & Srimoragot, P. (2015). Factors predicting the recovery of activity of daily living function in patients undergoing lumbar surgery. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 16(1), 62-69. (in Thai)

