

# เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะ สุขภาพของผู้ป่วย ต่อความเจ็บปวด ภาวะไร้ความสามารถ และการรับรู้ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

## Comparisons Between Level of Patient Activation and Pain, Disability, and Perception of Health in Patients Undergone Lumbar Spine Surgery

เสาวรัตน์ พินิจมนตรี\* สุพร ดนัยดุชฎีกุล\*\* อรพรรณ โตสิงห์ ชลเวช ชวศิริ

Soavarat Phinitmontee, Suporn Danaidutsadeekul, Orapan Thosingha, Cholavech Chavasiri

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700

Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวด ภาวะไร้ความสามารถ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในช่วงติดตามการรักษาภายใน 3 เดือน ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 88 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพ แบบประเมินความเจ็บปวด แบบประเมินภาวะไร้ความสามารถ แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติการทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.5 อายุเฉลี่ย 62.13 ปี (SD = 11.99) และเป็นโรคช่องกระดูกสันหลังแคบร้อยละ 63.6 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 ระดับตามการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพซึ่งมีระดับที่ 3 ร้อยละ 28.4 และระดับที่ 1, 2, 4 ร้อยละ 23.9 มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพ 58.96 (SD = 14.06) ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวด 3.48 (SD = 1.65) ค่าเฉลี่ยภาวะไร้ความสามารถ 25.53 (SD = 17.19) ค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย 43.50 (SD = 7.62) และค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ 53.37 (SD = 7.26) โดยที่ระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพแตกต่างกัน มีความเจ็บปวด ภาวะไร้ความสามารถและการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 26.24, 4.37, 6.90, p < .05$ ) ส่วนระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายไม่แตกต่างกัน ( $F = 1.97, p > .05$ )

**คำสำคัญ:** การแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วย, ความเจ็บปวด, ภาวะไร้ความสามารถ, การรับรู้ภาวะสุขภาพ, การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

\*นักศึกษาลูกศรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* Corresponding Author: Associate Professor Suporn Danaidutsadeekul, Faculty of Nursing, Mahidol University; E-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th

## Abstract

This research was a comparative descriptive research aimed to study the patient activation level compared with pain, disability and perception of health on post-operative recovery among patients who have undergone lumbar spine surgery. The sample group consisted of 88 male and female patients aged 18 years and older, who had received check-up within 3 months after surgery. Data was collected by questionnaires for measuring 5 factors: Demographic, Patient activation, Pain, Disability, and Perception of Health. Data was analyzed using One Way ANOVA.

The findings showed that, majority of the respondents were female (62.5 %), average age of 62.13 (SD = 11.99) years. It was also seen that majority (63.6 %) had spinal stenosis. The sample was divided into 4 levels by patient activation. We found the mean score and Standard deviation for each factor as follows: Patient Activation (58.96 ± 14.06), Pain (3.48 ± 1.65), Disability (25.53 ± 17.19), Perception of physical health (43.50 ± 7.62) and Perception of mental health (53.37 ± 7.26). We found that the different levels of patient activation showed significant difference in Pain, Disability and Perception of mental health (F = 26.24, 4.37, 6.90; p < .05) but there was no significant difference in Perception of physical health (F = 1.97; p > .05)

**Keywords:** Patient activation, Pain, Disability, Perception of health, Lumbar spine surgery

## บทนำ

โรคทางกระดูกสันหลังระดับเอว หมายถึง โรคที่เกิดจากภาวะเสื่อมของร่างกาย บริเวณของหมอนรองกระดูกสันหลัง ทำให้รับน้ำหนักได้น้อยลง เกิดการปลิ้นของหมอนรองกระดูกสันหลัง ตามด้วยร่องรอยการฉีกขาด การอักเสบ และอาการปวดหลังระดับเอวและบริเวณขา ในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 65.9 ภายใน 12 ปีโดยวิธีที่ใช้ในการรักษาที่นิยมคือ การผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดกระดูกสันหลังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีอัตราการผ่าตัดกระดูกสันหลังเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ภายในระยะเวลา 5 ปี<sup>1</sup> และในประเทศไทยจากรายงานสถิติโรคประจำปี 2558 โรงพยาบาลศิริราช พบการผ่าตัดเปิดและขยายช่องโพรงไขสันหลังและการผ่าตัดเชื่อมข้อกระดูกสันหลังเป็นอันดับที่ 3 และอันดับที่ 4 และมีจำนวน 321, 273 รายต่อปี โดยผู้ป่วยเหล่านั้นจำเป็นต้องได้รับการรักษารวมถึงการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยเกิดความไม่สมดุลทางภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีที่จะนำไปสู่สภาวะปกติได้ สอดคล้องกับในปัจจุบันที่สถานการณ์สุขภาพเปลี่ยนแปลงไป บุคคลมีการแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น จึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง เพื่อเพิ่มความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น

การแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Patient activation) เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยผู้ป่วยจะมีความเชื่อว่าตนเองมีบทบาทสำคัญและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการเสื่อมถอยของสุขภาพ ร่วมกับการมีทักษะและพฤติกรรมในการจัดการสภาวะสุขภาพของตนเอง ร่วมมือกับผู้ให้บริการทางการแพทย์ และสามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมและมีคุณภาพได้<sup>2</sup> ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ผู้ป่วยที่มีการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ดีจะมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ใส่ใจในสุขภาพ และทำให้ผลลัพธ์ของการผ่าตัดในช่วงของการฟื้นตัวดีตามมา

การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นผลลัพธ์ของการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยพยายามที่จะกลับไปทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยมุ่งเน้นความต้องการในการลดอาการทางกายภาพที่ไม่น่าพึงพอใจ เช่น ความปวด เพื่อนำไปสู่สภาวะทางจิตที่ดี ฟื้นฟูหน้าที่ในการทำงาน และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ<sup>3,4</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในช่วงหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวด ร่วมกับมีภาวะไร้ความสามารถ และการรับรู้ทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจนั้นต้องได้รับการฟื้นฟู เพื่อให้ร่างกายกลับมาทำงานได้ตามปกติ โดยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีความรุนแรงของอาการปวดเฉลี่ย

2.4 คะแนน<sup>5</sup> อาการปวดที่รบกวนชีวิตประจำวันเฉลี่ย 3.3 คะแนน และยังคงมีอาการปวดจนถึงระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งอาการปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดนั้นจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดอาการปวดแบบเรื้อรัง

ด้านภาวะไร้ความสามารถ (Disability) เป็นการสูญเสียความสามารถในการทำงาน การจำกัดหรือการขาดความสามารถที่จะกระทำ เนื่องจากการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหลังมีบาดเจ็บและเกิดความอ่อนล้า การทรงตัวและการเคลื่อนไหวเสียสมดุล จึงทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่ด้วยตนเอง เกิดการสูญเสียสมรรถภาพ ความสามารถในการทำงานลดลง โดยในระยะประมาณ 1 เดือนผู้ป่วยมีข้อจำกัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากถึงร้อยละ 37.35 (ค่าเฉลี่ย 40.68 SD. = 17.99)<sup>6</sup> ผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวที่นานขึ้นก่อให้เกิดการสูญเสียรายได้ที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perception of health) คือ ความรู้สึก ความคิดเห็นหรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตน ทั้งในด้านสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตใจ บุคคลมีการรับรู้และนำไปสู่การปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความมั่นใจในสุขภาพและมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมมีคะแนนเฉลี่ย 68.63 (SD = 4.71) อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นหากผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้มองเห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น ซึ่งพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของของตนเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่จะนำไปสู่ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เพื่อให้ระยะการฟื้นตัวสั้นลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติอย่างรวดเร็ว<sup>7</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาความสัมพันธ์ของการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ทั้งระยะก่อนผ่าตัด และระยะฟื้นตัว มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ 3 เดือนขึ้นไป แต่การศึกษาในระยะภายใน 3 เดือนหลังผ่าตัดยังพบค่อนข้างน้อย อีกทั้งผลการวิจัยยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษา

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ต่อความเจ็บปวด ภาวะไร้ความสามารถ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระยะภายใน 3 เดือน เพื่อแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของระดับของการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพส่งผลให้เกิดความแตกต่างในด้านของความเจ็บปวด ภาวะไร้ความสามารถ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ และนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง และให้ผู้ป่วยเกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพมากขึ้น

### คำถามการวิจัย

1. การแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในช่วงติดตามการรักษาภายใน 3 เดือนเป็นอย่างไร
2. ความเจ็บปวด ภาวะไร้ความสามารถ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีความแตกต่างตามระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในช่วงติดตามการรักษาภายใน 3 เดือนหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในช่วงติดตามการรักษาภายใน 3 เดือน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของความเจ็บปวด ภาวะไร้ความสามารถ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในช่วงติดตามการรักษาภายใน 3 เดือน

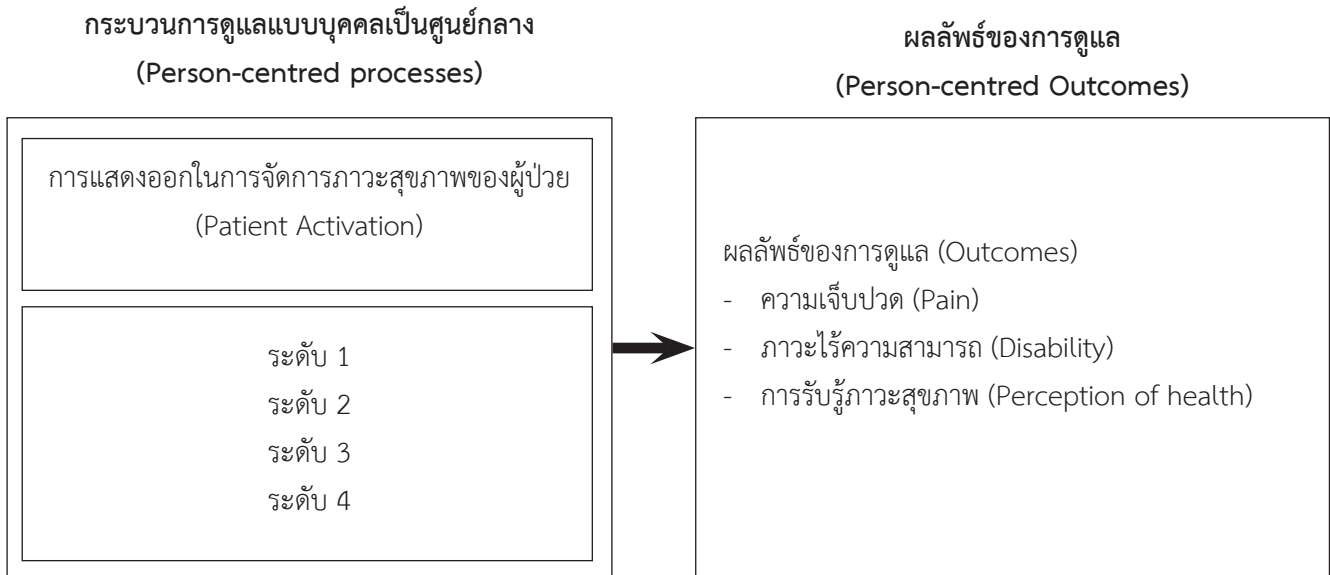
### สมมติฐานการวิจัย

ความเจ็บปวด ภาวะไร้ความสามารถและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันตามระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ในช่วงติดตามการรักษาภายใน 3 เดือน

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Care)<sup>8</sup> โดยมี 4 องค์ประกอบหลัก คือ ข้อกำหนดเบื้องต้น สิ่งแวดล้อมในการดูแล

กระบวนการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ผลลัพธ์ของการดูแล โดยองค์ประกอบที่ศึกษาคือ กระบวนการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และผลลัพธ์ของการดูแล



**รูปภาพที่ 1** แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย ประชากรคือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคของกระดูกสันหลังระดับเอวที่ได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก แบบไม่เร่งด่วน เข้ารับการตรวจติดตามการรักษาหลังผ่าตัดภายใน 3 เดือน ณ หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากประชากรตามเกณฑ์กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ 1) มีภาวะโรคของกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับ L1-S1 ในทุกระดับจำนวนปล้อง 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง เกณฑ์การคัดออกดังนี้ 1) มีประวัติการผ่าตัดกระดูกสันหลังมาก่อน 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคภาวะอัมพาตท่อนล่าง, โรคติดเชื้อที่กระดูกสันหลัง, โรคกระดูกสันหลังอักเสบเรื้อรังระยะแพร่กระจายมาที่กระดูกสันหลัง 3) มีความผิดปกติด้านการรับรู้โดยประเมินการรับรู้การเข้าใจจิตคือได้คะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน 4) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรม G\*power<sup>9</sup>

สำหรับสถิติ ANOVA กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่แอลฟาเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .08 ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ คือ 0.40 อ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้<sup>10</sup> คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 88 ราย

**เครื่องมือการวิจัย**

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่
  - ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
  - ตอนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ
2. แบบประเมินการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Patient Activation Measure: PAM)<sup>2,11</sup> โดยประเมินเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ พิสัยคะแนน 13-100 คะแนน การแปลผลแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 คะแนน ≤ 47 หมายถึง ระดับที่ผู้ป่วยมีลักษณะการดูแล

สุขภาพเป็นแบบเชิงรับ ไม่เข้าใจบทบาทและรู้สึกว่าจะไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลสุขภาพตนเองได้, ระดับที่ 4 คะแนน 67.1-100 หมายถึง ระดับที่ผู้ป่วยเข้าใจบทบาท มีความรู้ ความมั่นใจและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตน แต่อาจจะไม่สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเหล่านั้นเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ตึงเครียด

3. แบบประเมินความเจ็บปวด โดยใช้ Numerical Rating Scale: NRS<sup>12</sup> เป็นการประเมินความปวดด้วยมาตราวัดความปวดแบบตัวเลขใช้สำหรับการประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 0 คะแนนคือ ไม่ปวด ถึง 10 คะแนนคือปวดมากที่สุด

4. แบบประเมินภาวะไร้ความสามารถ โดยใช้แบบประเมินข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Oswestry Disability Questionnaire: ODI)<sup>13,14</sup> เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความบกพร่องในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีข้อความให้เลือก 6 ข้อ ความ คิดเป็นระดับคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนน (ไม่มีความบกพร่องเลย) จนถึง 5 คะแนน (มีความบกพร่องอย่างสมบูรณ์) คะแนนรวมทั้งแบบวัดอยู่ระหว่าง 0-50 คะแนน แปลงคะแนนให้เป็นร้อยละ 100 โดยคะแนน 0 หมายถึง มีข้อจำกัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับเล็กน้อย คะแนน 100 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง นอนบนเตียงตลอดเวลา

5. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปทางด้านร่างกายและจิตใจ (Short Form Health Survey 12)<sup>15</sup> เป็นแบบสอบถามที่ผู้ป่วยตอบประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพ มีคำถามทั้งหมด 12 คำถาม ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า พิสัยคะแนน 0-100 คะแนน การแปลผลแบ่งคะแนนคือ คะแนนน้อยกว่า 50 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี และช่วงคะแนน 50 -100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

6. แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ (The General Practitioner Assessment of Cognition: GP-COG)<sup>16,17</sup> มีคำถามจำนวน 6 ข้อ เกณฑ์ปกติของคะแนนรวมต้องได้คะแนนเท่ากับ 9 คะแนน ถือว่าการรับรู้การเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้งหมดได้รับอนุญาตใช้จากผู้พัฒนาเครื่องมือวิจัยและผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นใน

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ แบบประเมินการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (PAM) เท่ากับ .943 แบบประเมินภาวะไร้ความสามารถ (ODI) เท่ากับ .857 และแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ (SF-12) เท่ากับ .859 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ COA No.Si766/2017 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2560 ผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมในกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมโครงการจะมีการลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอการรับรองก่อนดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หลังการพิจารณาอนุมัติ ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอความอนุเคราะห์จากเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยตรวจประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย และตรวจสอบคุณสมบัติผู้ป่วยตามเกณฑ์กำหนดสำหรับนำเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการเจ็บป่วย/การรักษาที่ได้รับ ใช้



สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวด ภาวะไร้ความสามารถ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวน Analysis of Variance: ANOVA

**ผลการวิจัย:**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 88 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 62.13 ปี เพศชายร้อยละ 37.5 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปีคิดเป็นร้อยละ 39.8 พบว่ามีโรคประจำตัวร้อยละ 71.6 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.6 ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 53.4 สิทธิการรักษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ใช้สิทธิเบิกต้นสังกัดข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด ร้อยละ 62.5 รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001 – 20,000 บาท/เดือนร้อยละ 40.9 และพบว่าความเพียงพอของรายได้อาจมีความพอใช้ แต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 55.7 ด้านผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยคือสามี/ภรรยา ร้อยละ 48.9

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคช่องกระดูกสันหลังแคบมากถึงร้อยละ 63.6 และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดชนิด spinal fusion มากที่สุดร้อยละ 73.9 ซึ่งจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ที่ 1 ระดับร้อยละ 56.8 รองลงมาคือ 2 ระดับร้อยละ 28.4 ตามลำดับ ระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.45 วัน มีระยะเวลาการมาตรวจติดตามหลังการผ่าตัดเฉลี่ย 42.94 วัน (SD = 29.45)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเจ็บปวด ภาวะไร้ความสามารถ การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายและการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ

**ตารางที่ 1** ข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเจ็บปวด ภาวะไร้ความสามารถ การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายและการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ (n = 88)

ตัวแปร	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพ	37-100	58.96	14.06
ความเจ็บปวด	0-7	3.48	1.65
ภาวะไร้ความสามารถ	0-71.11	25.53	17.19
การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย	26.02-58.18	43.50	7.62
การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ	36.95-65.17	53.37	7.26

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวด ภาวะไร้ความสามารถ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแตกต่างกัน มีความเจ็บปวด

ภาวะไร้ความสามารถและการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 26.24 , 4.37 , 6.90 ตามลำดับ) ส่วนระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่แตกต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 26.24)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ย ความเจ็บปวด ภาวะไร้ความสามารถ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ระดับการแสดงผลในการจัดการภาวะสุขภาพ	N	Mean	SD	F	p-value	Post-Hoc
ความเจ็บปวด				26.24	.000**	(2)<(1)* ,(3)<(1)** (4)<(2)**,(4)<(3)*
(1) ระดับที่ 1	21	5.05	1.12			
(2) ระดับที่ 2	21	4.05	1.12			(4)<(1)**,(3)<(2)*
(3) ระดับที่ 3	25	2.96	1.40			
(4) ระดับที่ 4	21	1.95	1.12			
ภาวะไร้ความสามารถ				4.37	.007*	(4)<(1)**,(4)<(3)*
(1) ระดับที่ 1	21	33.48	18.96			
(2) ระดับที่ 2	21	24.64	16.68			
(3) ระดับที่ 3	25	27.80	17.03			
(4) ระดับที่ 4	21	15.77	11.24			
การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย				1.97	.125	
(1) ระดับที่ 1	21	42.42	6.72			
(2) ระดับที่ 2	21	40.77	8.25			
(3) ระดับที่ 3	25	44.82	6.87			
(4) ระดับที่ 4	21	45.75	8.12			
การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ				6.90	.000**	(4)>(1)**,(3)>(1)* (4)>(2)**
(1)ระดับที่ 1	21	49.64	7.39			
(2)ระดับที่ 2	21	51.05	7.17			
(3)ระดับที่ 3	25	54.48	7.03			
(4)ระดับที่ 4	21	58.10	4.28			

\*p value ≤ .05, \*\* p value ≤ .001

### การอภิปรายผล

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวครั้งแรกที่มาติดตามผลการรักษาภายใน 3 เดือนพบว่าเป็นเพศหญิงมากถึงร้อยละ 62.5 มีอายุเฉลี่ย 62.13 ปี (SD = 11.99) ซึ่งมากกว่าเพศชายเท่าตัว โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปีคิดเป็นร้อยละ 39.8 อายุน้อยที่สุด 29 ปีและอายุมากที่สุด 86 ปี จากการศึกษาพบว่าโรคกระดูกสันหลังเสื่อมสามารถพบได้ปกติในเพศหญิงสูงอายุโดยเฉพาะกระดูกสันหลังระดับเอวข้อที่ 4 เมื่อเวลาผ่านไป 10 ปีพบความเสื่อมมากขึ้นถึงร้อยละ 72<sup>18</sup>

ด้านการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมเฉลี่ย 58.96 (SD = 14.06) ส่วนใหญ่มี

ระดับของการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ระดับที่ 3) มากถึงร้อยละ 28.4 ค่าคะแนนเฉลี่ย 61.14 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยเข้าใจบทบาทและมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตน เริ่มมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการภาวะสุขภาพ แต่อาจจะขาดความมั่นใจและทักษะในการสนับสนุนพฤติกรรมตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ใกล้เคียงที่มีค่าการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเฉลี่ย 58.49 (SD = 15.09) ซึ่งผู้ป่วยที่มีการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมทำกายภาพบำบัดร้อยละ 53 และมีความผูกพันในการทำกายภาพบำบัดร้อยละ 75 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่

ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ในทุก ๆ ด้านมากกว่าร้อยละ 93 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยที่มีการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพระดับที่ 1 ร้อยละ 23.9 มีลักษณะการดูแลสุขภาพเป็นแบบเชิงรับ ไม่เข้าใจบทบาทและรู้สึกว่าจะไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลสุขภาพตนเองได้ ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความมั่นใจในการเข้าร่วมทำกายภาพบำบัดน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพระดับสูง

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยต่างกันมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 26.24; p = .000$ ) ในการศึกษาครั้งนี้ระดับความเจ็บปวดโดยรวมของทุกระดับของการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพเฉลี่ย 3.48 ( $SD = 1.65$ ) ซึ่งอยู่ในระดับเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่วัดความรุนแรงของความเจ็บปวดในช่วงติดตามการรักษาหลังผ่าตัด 1-2 เดือน พบว่าการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ 3 คะแนนเฉลี่ย 65 ( $SD = 14$ ) โดยค่าเฉลี่ยความรุนแรงของความเจ็บปวด 2.9 ( $SD = 2.9$ ) ซึ่งอยู่ในระดับความเจ็บปวดเล็กน้อย<sup>19</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับยาแก้ปวดที่เพียงพอและมีทักษะในการจัดการความเจ็บปวดที่ดี ทำให้จัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงพบว่าคะแนนด้านอาการปวดส่วนใหญ่ดีขึ้นภายใน 3 เดือน หลังจากรับการผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยต่างกันมีค่าเฉลี่ยภาวะไร้ความสามารถแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 4.37; p = .007$ ) ภาวะไร้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมเฉลี่ย 25.53 ( $SD = 17.19$ ) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง เนื่องด้วยระยะเวลาหลังผ่าตัดภายใน 3 เดือน ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นในเรื่องของการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ความรุนแรงหรือการจัดการกับอาการปวด การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ในเรื่องการอาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น นอกจากนี้การใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินและพยุงหลังช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยที่มีการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพระดับสูง (ระดับที่ 3) ค่าเฉลี่ย 65 ( $SD = 14$ ) มีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับความเจ็บปวด ( $r = -0.33, P < .01$ ) ระดับ

ภาวะไร้ความสามารถ ( $r = -0.23, P = .047$ )<sup>19</sup> นอกจากนี้ การศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกที่มีกระดูกสันหลังตีบ (Stenosis) ที่มีการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพในระดับสูงสามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการปวด และภาวะไร้ความสามารถได้อย่างมีนัยสำคัญ ร่วมกับสามารถเพิ่มการฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยการเข้ารับการทำกายภาพบำบัดมากขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในระดับต่ำ<sup>10</sup>

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยต่างกันมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 6.90; p = .000$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพที่ดี (ระดับที่ 4) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจที่ดี ( $Mean > 50$ ) แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพที่ไม่ดี (ระดับที่ 1) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจที่ไม่ดี ( $Mean < 50$ ) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Patient activation) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพและมีการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพมากขึ้น ผู้ที่เข้ารับโปรแกรมมีการลดลงของความวิตกกังวล ( $ES 0.37, p < .001$ ) และภาวะซึมเศร้า ( $ES 0.31, p < .001$ ) สามารถพัฒนาอาการทางจิตใจให้ดีขึ้นได้ โดยมีการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น ( $ES 0.65, p < .001$ ) อย่างมีนัยสำคัญ<sup>20</sup>

ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 1.97; p = .125$ ) โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมเฉลี่ย 43.50 ( $SD = 7.62$ ) เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาติดตามผลการรักษาภายใน 3 เดือนหลังผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของการฟื้นตัวนั้นยังไม่เข้าสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจน ดังนั้นจึงยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงด้านการฟื้นตัวดังกล่าว จากการศึกษาพบว่าควรศึกษาไปจนถึงระยะ 12 เดือน เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างเต็มที่ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ<sup>21</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้มีการประเมินระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ในระยะแรกก่อนผ่าตัด



และประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างต่อเนื่องถึงจำหน่ายกลับบ้าน

2. พยาบาลควรมุ่งเน้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยให้ความรู้และทักษะในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ตลอดจนการจัดการกับภาวะเครียด เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในระยะต่าง ๆ หลังผ่าตัดที่หลากหลายมากขึ้น เช่น ระยะหลังผ่าตัด 6 เดือน, 1 ปี, 3 ปี เพื่อให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงในระยะยาวเกี่ยวกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัด หรือศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ต้องใช้ทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความหลากหลายและเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างสูงสุด

### References

1. Pannell WC, Savin DD, Scott TP, Wang JC, Daubs MD. Trends in the surgical treatment of lumbar spine disease in the United States. *The Spine Journal*. 2015;15(8):1719-27.
2. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res*. 2004;39(4Pt1):1005-26.
3. Allvin, Ehnfors, Rawal, Idvall. Experiences of the postoperative recovery process: an interview study. *The open nursing journal*. 2008;2:1-7.
4. Yoryuenyong C, Srimoragot P. Factors predicting the recovery of activity of daily living function in patients undergoing lumbar surgery. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2015;16(1): 62-9. (in Thai).
5. Scheer JK, Mundis GM, Klineberg E, Hart RA, Deviren V, Nguyen S, et al. Postoperative recovery after adult spinal deformity surgery: comparative analysis of age in 149 patients during 2-year follow-up. *Spine*. 2015;40(19):1505-15.
6. Onme S, Utriyaprasit K. Pain mood states and comorbidities predicting functional status in patients with lumbar spinal surgery. [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2013. 55 p. (in Thai).
7. Skolasky RL, Riley LH, Wegener S. Health behavior change counseling: can a brief intervention increase patient activation in persons undergoing spine surgery? [abstract]. In: *The NASS Annual Meeting/The Spine Journal* 2014;14(11).p.46s
8. McCormack B, Dewing J, Breslin L, Coyne A, Kennedy K, Manning M, et al. Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*. 2010;5(2):93-107.
9. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2): 175-91.
10. Skolasky RL, Mackenzie EJ, Wegener ST, Riley LH. Patient activation and functional recovery in persons undergoing spine surgery. *The journal of bone and joint surgery*. 2011;93(18):1665-71.
11. Suetrong T, Danaidutsadeekul S, Vanitkun N, Hanprasertpong T. Comparisons of body mass index, chronic stress, health literacy, patient engagement and perception of person-centred care between recurrent and non-recurrent urolithiasis patients. *Journal of Nursing Science*. 2016;34(2):80-91. (in Thai).
12. Eriksson K, Wikström L, Årestedt K, Fridlund B, Broström A. Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments. *Applied Nursing Research*. 2014;27(1):41-6.

13. Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry disability index. *Spine*. 2000;25(22):2940-52.
14. Sanjaroensuttikul N. The Oswestry low back pain disability questionnaire (version 1.0) Thai version. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2007;90(7):1417-22.
15. Ware J, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34(3):220-33.
16. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, et al. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(3):530-4.
17. Griffiths J, Putthioi S, Pongsuksri M. The General Practitioner Assessment of Cognition; GP-COG (Thai version): validity and reliability. In: 9<sup>th</sup> Pan-Pacific Conference on Rehabilitation cum 21<sup>st</sup> Annual Congress of Gerontology; 2014 November 29-30; Hong Kong. Kowloon: The Hong Kong Polytechnic University; [2014]. p.B65. (in Thai).
18. Tenne M, McGuigan F, Besjakov J, Gerdhem P, Åkesson K. Degenerative changes at the lumbar spine-implications for bone mineral density measurement in elderly women. *Osteoporosis International*. 2013;24(4):1419-28.
19. Gruber JS, Hageman M, Neuhaus V, Mudgal CS, Jupiter JB, Ring D, et al. Scientific article: patient activation and disability in upper extremity illness. *Journal of Hand Surgery*. 2014;39(7):1378-83.e3.
20. Turner A, Anderson JK, Wallace LM, Bourne C. An evaluation of a self-management program for patients with long-term conditions. *Patient Educ Couns*. 2015;98(2):213-9.
21. Parker SL, Godil SS, Devin CJ, Asher AL, McGirt MJ. Patient-reported outcomes 3 months after spine surgery: is it an accurate predictor of 12-month outcome in real-world registry platforms? 2015;39(6):1-7.