



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัด กระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ The Effect of the Self-Management Program on Functional Ability of Patients with Lumbar Spine Surgery in Rehabilitation

กนกอร พิเดช* จิราพร เกศพิชญวัฒนา** ปชานนท์ นันทไทยกุล***

Kanokorn Pidet, R.N.,* Jiraporn Kespichayawattana, R.N., Ph.D.,**

Pachanut Nunthaitaweekul, R.N., Ph.D.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพตามแนวคิดการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอว อายุ 35 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอวในระดับ L1 - S3 ได้แก่ โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน โรคกระดูกสันหลังเคลื่อน และโรคกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพ โดยมารับบริการในแผนกหอผู้ป่วยในศัลยกรรมกระดูกและศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตำรวจ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน โดยจับคู่อายุ ระดับความปวด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ตามแนวคิดการจัดการตนเอง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง หาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.73 และ 0.80 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

E-mail: noon_lovely@windowslive.com

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง ความสามารถในการทำกิจกรรม การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว การฟื้นฟูสภาพ

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of a self-management program on the functional ability of lumbar spine surgery in rehabilitation. The self-management theory was used as a conceptual framework. The sample composed of male and female patients aged between 35 - 59 who had been diagnosed by a physician as having degenerative disease of the lumbar spine L1 - S3 including degenerative lumbar spinal stenosis, lumbar disc herniation, lumbar spondylolisthesis and spondylolysis. The patients were recruited from the orthopedic ward and the neurosurgery ward at the Police General Hospital. The experimental and control groups comprised 22 patients in each group. They were then matched by age and pain scale. The control group received conventional care. The experimental group received the self-management program. The research instrument was the self-management program comprised of five sessions over three weeks. The instrument for collecting data was the function ability and self-management assessment tools which were tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of 0.73 and 0.80. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test. The results revealed that functional ability after lumbar spine surgery in patients receiving the self-management program was significantly higher than the control group at level of .05

Keywords : self-management, functional ability, lumbar spine surgery, rehabilitation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกระดูกสันหลังเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในประเทศไทย โดยเฉพาะบริเวณหลังส่วนล่างเนื่องจากเป็นส่วนที่ต้องรับน้ำหนักมากที่สุดเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่สมดุล จะทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ง่ายกว่าส่วนอื่นๆ ความเสื่อมของกระดูกสันหลัง มักพบในช่วงอายุ 35 - 50 ปี และมักเกิดบริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอวชั้นที่ 4 และ 5 มากที่สุด¹ พบสถิติผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมในประเทศไทย จำนวน 8,763 ราย² และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และพบสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง จำนวน 810 ราย จากการรายงานสถิติผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ปี พ.ศ. 2554³ สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวของโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 597 ราย ส่วนสถิติการผ่าตัดกระดูกสันหลังในสหรัฐอเมริกา พบว่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 200 และใช้งบประมาณในการผ่าตัด

มากกว่าหนึ่งพันล้านเหรียญสหรัฐ⁴ ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังเสื่อมมักมีอาการปวดบริเวณบั้นเอวร้าวลงขาทั้งสองข้าง บางรายมีอาการชาร่วมด้วย อาการมักมีความรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แนวทางการรักษามี 2 วิธี ได้แก่ การรักษาโดยการไม่ผ่าตัด และการรักษาโดยการผ่าตัด โดยการผ่าตัดมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการปวด ลดการกดเบียดของเส้นประสาท และทำการเชื่อมข้อต่อกระดูกสันหลังเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสันหลัง⁵ ซึ่งมักจะพิจารณาทำในรายที่มีการยื่นของหมอนรองกระดูกสันหลังและมีอาการของรากประสาทถูกกดอย่างมาก เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ หรือมีอาการปวดมากจนทนไม่ไหว หรือได้รับการรักษาแบบประคับประคองแล้วไม่ได้ผล

ปัญหาที่พบบ่อยในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดตั้งแต่ในระยะแรกจนกระทั่ง 3 เดือนหลังผ่าตัด คือ ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม ร้อยละ 30⁶ เนื่องจากในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคงมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่างๆ ยังไม่สามารถทำได้เต็มที่ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Johansson, Linton, Rosenblad, Bergkvist, Nilsson⁷ พบว่า ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคงขาดทักษะในการจัดการตนเอง เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรมทางกาย รวมถึงการจัดการกับอาการปวดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง บางรายมีอาการปวดเสียวร้าวลงขา อันเนื่องจากรากประสาทไขสันหลังได้รับบาดเจ็บในระหว่างการผ่าตัด และกล้ามเนื้อหลังยังไม่แข็งแรงพอที่จะพยุงกระดูกสันหลังได้^{8,9} ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะที่ผู้ป่วยจะต้องมีการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจที่จะปฏิบัติ บางรายเกิดความกลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการที่จะต้องทำกิจกรรมด้วยตนเอง¹⁰

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความวิตกกังวลหรือกลัวการเคลื่อนไหว¹⁰ อายุ¹¹ ภาวะโรคร่วม¹² อาการซึมเศร้า¹² การจัดการตนเอง¹³ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง^{14,15} ความปวด^{14,15} และความคาดหวังต่อผลการรักษา¹⁶ ปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการจัดการตนเอง ส่งผลทำให้ไม่สามารถกลับมาทำกิจกรรมได้ตามปกติ ทั้งนี้ปัจจัยที่สำคัญ คือ การจัดการตนเอง โดยพบว่าผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างมักมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามต้องการ แนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังมีรูปแบบหลากหลาย อาทิ เช่น การใช้แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะของตนเองส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง การใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง และการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดรวดเร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นในระยะยาว^{17,18} และพบว่ามีการใช้แนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั้งในและต่างประเทศอย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นแนวคิดที่สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม¹⁹ โรคข้ออักเสบ²⁰ และโรคปวดหลังเรื้อรัง²¹

ในประเทศไทยมีการนำเอาแนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังไม่มากนัก มีเพียงการศึกษาในต่างประเทศที่มีการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Toomey, Currie-Murphy, Matthews, Hurley²² โดยลักษณะของโปรแกรมจะมุ่งเน้นการปรับมุมมองและทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ รวมถึงรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer²³ ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นความสามารถในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยที่มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเป็นการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตและต่อเนื่อง หากผู้ป่วยมีความเข้าใจในกระบวนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยก็จะสามารถควบคุมตนเองได้ โดยกระบวนการจัดการตนเอง จะช่วยควบคุมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ได้ รวมถึงจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตตนเองวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงสามารถที่จะตัดสินใจในการที่จะลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง กระบวนการจัดการตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการที่จะดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสามารถควบคุมตนเองให้มีการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมในระยะหลังผ่าตัดอีกด้วย²³ หากผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามกระบวนการจัดการตนเองได้สำเร็จ ผู้ป่วยก็จะสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ลดระยะเวลาในการพักฟื้น รวมถึงลดอัตราการเกิดปวดหลังซ้ำในระยะหลังผ่าตัดอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
2. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี
การจัดการตนเองของ Creer²³ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting)
2. การรวบรวมข้อมูล (Information collection)
3. การประมวลและประเมินข้อมูล
(Information processing and evaluation)
4. การตัดสินใจ (Decision making)
5. การลงมือปฏิบัติ (Action)
6. การประเมินผล (Self-reaction)

ความสามารถ
ในการทำกิจกรรม

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม
วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Nonequivalent comparison-group design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35 - 59 ปี ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง
ระดับบั้นเอวเป็นครั้งแรก เข้ารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
ที่แผนกหอผู้ป่วยในศัลยกรรมกระดูกและศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตำรวจ การกำหนดขนาดกลุ่ม
ตัวอย่าง (Sample size) ในการทำวิจัยครั้งนี้ได้จากการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ
PASS (Power of Analysis of Sample Size) โดยควบคุมการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 และ
กำหนดอำนาจทดสอบ 80% ระดับนัยสำคัญ .05 ขนาดอิทธิพล 0.50²⁴ พบว่า ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
ที่ต้องการทั้งหมด คือ 40 ราย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)
อย่างไรก็ตามเนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีการจัดกิจกรรมหลายครั้ง และ
ใช้ระยะเวลานาน 3 สัปดาห์ ซึ่งอาจทำให้เกิดการสูญหาย (Drop out) ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัย
จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีจำนวน 44 คน
โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1.1 อายุ 35 - 59 ปีบริบูรณ์ทั้งผู้ชายและผู้หญิง
- 1.2 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบันเอวที่ระดับ L1 - S3 ได้แก่ โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Degenerative lumbar spinal stenosis) โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (Lumbar disc herniation) โรคกระดูกสันหลังเลื่อน (Lumbar spondylolisthesis) และโรคกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพ (Spondylolysis) และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบันเอว ได้แก่ การทำผ่าตัดด้วยวิธีลดการกดทับ (Decompression procedure) โดยไม่ทำการเชื่อมปล้องกระดูกสันหลัง และการผ่าตัดลดการกดทับร่วมกับเชื่อมกระดูกสันหลัง (Stabilization procedure)
- 1.3 ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นครั้งแรก
- 1.4 รู้สึกตัวดี การได้ยินปกติ ฟังและพูดภาษาไทยได้รู้เรื่องเข้าใจ
- 1.5 ยินดีร่วมมือในการทำวิจัยตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัยและให้การคุ้มครอง

2. การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

- 2.1 ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ หรือเป็นอัมพาต
 - 2.2 ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคต่อไปนี้รุนแรงขึ้นหลังผ่าตัด ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ หัวใจ หลอดเลือด ไต และระบบประสาทไขสันหลัง
- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันโดยวิธีจับคู่ (Math paired) โดยกำหนดลักษณะกลุ่มตัวอย่างให้มีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีระดับความปวดหลังก่อนการผ่าตัดอยู่ในระดับเดียวกัน โดยแบ่งระดับความปวดเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 - 3 คะแนน คือ ไม่ปวดถึงปวดเล็กน้อย 4 - 7 คะแนน คือ ปวดปานกลาง และ 8 - 10 คะแนน คือ ปวดมากถึงมากที่สุด

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตำรวจ โดยครอบคลุมในเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดและการดูแลในระยะหลังผ่าตัด รวมถึงให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการวางแผนการจำหน่าย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2559 โดยดำเนินการทำกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1

1. ผู้วิจัยเข้าปรึกษาแพทย์ที่ทำผ่าตัดกระดูกสันหลังและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ เพื่อสำรวจวันและเวลาที่แพทย์จะนัดผู้ป่วยมานอนรอผ่าตัดที่แผนกหอผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยเข้าไปตามวันและเวลาที่กำหนด เพื่อสำรวจแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่แผนกหอผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยนอนเพื่อรอรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

2. หลังจากที่ได้สำรวจข้อมูลของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ เมื่อพบว่าเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยจึงเข้าไปแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ทำการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และชี้แจงพิทักษ์สิทธิ์ของการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ป่วยยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัด (Pre-test) ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลจากพยาบาลประจำการตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง แต่จะไม่ได้มีความรู้เกี่ยวกับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 2

1. หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลการนัดหมายหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างจากบันทึกการนัดหมายของหอผู้ป่วย เพื่อให้ทราบวันและเวลาที่ผู้ป่วยจะเข้ามารับการตรวจจากแพทย์หลังผ่าตัด

2. ผู้วิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลาที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกหอผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์และแผนกหอผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โดยใช้ช่วงเวลาระหว่างที่นั่งรอตรวจ ประมาณ 15 นาที ชักถามอาการหลังผ่าตัด และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาหรือสิ่งที่สงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด หลังจากนั้นสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัด (Post-test) ผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว หลังจากนั้นผู้วิจัยแสดงความขอบคุณและยุติความสัมพันธ์

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer²³ เป็นกิจกรรมทั้งหมด 3 สัปดาห์ มีการดำเนินการคัดเลือกกลุ่มทดลองเช่นเดียวกันกับกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยได้เริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ตั้งแต่วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 โดยการดำเนินโปรแกรมเป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลาโดยรวม 3 สัปดาห์ ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัดในระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตาม 1 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 กิจกรรมการเตรียมความพร้อม และเรียนรู้กระบวนการจัดการตนเองที่ดี (ก่อนผ่าตัด 1 วัน ใช้เวลา 50 นาที)

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย ให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือ

2. แจ้งวัตถุประสงค์โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง เพื่อเป็นการทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วย

3. ให้ความรู้แนะนำเรื่อง แนวทางการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด รวมถึงขั้นตอนกระบวนการจัดการตนเองโดยเฉพาะด้านของความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว

4. อธิบายการฝึกทักษะของกระบวนการจัดการตนเองทั้งหมด 6 ขั้นตอน โดยการบรรยายร่วมกับการนำเสนอภาพเคลื่อนไหวจำลองสถานการณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและสามารถมองภาพเหตุการณ์ที่ตนเองจะต้องลงมือปฏิบัติหลังผ่าตัดได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ดังนี้

1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting) โดยการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง ลักษณะเป้าหมายเชิงพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงสามารถวัดได้ เช่น อาการปวดในระยะหลังผ่าตัดลดลง จนเข้าสู่สภาวะปกติ สามารถกลับไปเดินได้ระยะทางที่เหมาะสมภายใน 2 สัปดาห์ สามารถกลับไปทำงาน/ประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) โดยการเฝ้าระวังตนเองด้วยการสังเกตอาการของตนเอง และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะที่ได้กำหนดเป็นเป้าหมายไว้ในครั้งแรก เช่น อาการปวดโดยวัดจากแบบประเมินระดับความปวด การบันทึกระยะทางโดยประมาณที่สามารถเดินได้ในแต่ละวัน บันทึกท่าทางต่างๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบันทึกอาการผิดปกติที่สามารถสังเกตได้ในแต่ละวัน โดยทำการบันทึกอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการประเมินข้อมูลต่อไป

3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) โดยการจัดให้ผู้ป่วยนำข้อมูลที่บันทึกไว้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ หรือเปรียบเทียบกับข้อมูลของวันที่ผ่านมา วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา และผลที่เกิดจากการกระทำว่ามีความเหมาะสมหรือไม่

4) การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเองหลังจากการรวบรวมและประมวลข้อมูลโดยผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเป็นพื้นฐานในการเลือกวิธีการจัดการตนเองที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย

5) การลงมือปฏิบัติ (Action) ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีในระยะหลังผ่าตัด โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน ลงมือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง จนกระทั่งบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

6) การประเมินผล (Self-reaction) โดยให้ผู้ผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติตามการจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม

5. แจกคู่มือการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคู่มือและสมุดบันทึกการจัดการตนเอง รวมถึงเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

6. นัดหมายการพบครั้งต่อไป เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลับมาพบกันตามนัดหมาย

กิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมทบทวนความรู้ โชว์ข้อข้อใจ และปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเอง (หลังผ่าตัด 3 วัน ใช้เวลา 30 นาที)



1. ทบทวนกิจกรรมและเนื้อหาในสมุดคู่มือที่แจกครั้งก่อน ทบทวนทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเพื่อความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของตนเอง และเกิดการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด
2. ฝึกทักษะการตั้งเป้าหมายโดยผู้ป่วยร่วมกันตั้งเป้าหมายกับผู้วิจัยโดยมีการปรึกษาคู่รองกัน และกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองพร้อมทั้งจดบันทึกไว้ในคู่มือการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเป้าหมายและเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมในระยะหลังผ่าตัดให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
3. ฝึกทักษะการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยฝึกให้ผู้ผู้ป่วยได้บันทึกข้อมูลที่สามารถสังเกตได้ด้วยตนเอง ได้แก่ ระดับความปวด ระยะทางที่สามารถเดินได้ ท่าทางการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้อง และอาการผิดปกติที่สังเกตได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติการสังเกตและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง รวมถึงเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในระยะหลังผ่าตัด พร้อมทั้งให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้บันทึกตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการต่อไป
4. ฝึกทักษะการประมวลและประเมินข้อมูล โดยผู้วิจัยฝึกให้ผู้ผู้ป่วยเปรียบเทียบข้อมูลกับวันที่ผ่านมา หรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ โดยผู้ป่วยจะต้องสามารถวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดปัญหามาจากสาเหตุใด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง
5. ฝึกทักษะการตัดสินใจ โดยผู้วิจัยจะกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยให้สามารถตัดสินใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือแก้ไขปัญหาลักษณะด้วยตนเองพร้อมทั้งบันทึกลงในคู่มือการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติในการจัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยทราบสาเหตุของการเกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง
6. ฝึกทักษะการลงมือปฏิบัติ ฝึกปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้มีความเหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะและสามารถลงมือปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ลงมือปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนท่าทางการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยฝึกให้ผู้ผู้ป่วยลงนั่งในท่าทางที่เหมาะสม หรือให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์พยุงเดิน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ การลงมือปฏิบัติจะสอดคล้องกับเป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ในครั้งแรก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้บรรลุเป้าหมายในที่สุด
7. ฝึกทักษะการประเมินตนเอง โดยการเปรียบเทียบข้อมูลของวันที่ผ่านมา หรือเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะและสามารถประเมินตนเองได้ โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยมีการประเมินตนเองเป็นระยะ ว่าสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้หรือไม่ หากเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ยังไม่สำเร็จ ผู้วิจัยก็จะกระตุ้นเตือน หาวิธีในการแก้ไข ให้ผู้ป่วยได้มีกำลังใจและมีวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับตนเอง นำมาซึ่งการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายในที่สุด
8. นัดหมายการพบครั้งต่อไป เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลับมาพบกันตามนัดหมาย

กิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน (6 วันหลังผ่าตัด/ก่อนออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 20 นาที)

1. ผู้วิจัยร่วมกันกับผู้ป่วยในการทบทวนกิจกรรมครั้งก่อนรวมถึงการทบทวนคู่มือการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยได้บันทึกไว้ที่แจกให้หลังจากที่ผู้ป่วยนำทักษะการจัดการตนเองไปปฏิบัติ เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจและทบทวนความรู้ที่ได้จากครั้งก่อน

2. ผู้วิจัยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ ให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทางแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยทราบปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองและเป็นการให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วย

3. พิจารณาทักษะการประเมินผล โดยให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองว่าบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม ถ้าหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน แต่หากยังไม่สามารถทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการจัดการตนเองต่อไปจนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

4. กระตุ้นเตือนให้ผู้ผู้ป่วยนำกระบวนการจัดการตนเองไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

5. นัดหมายการพบครั้งต่อไป และวัน เวลาที่จะโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรคเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้ทราบปัญหาและอุปสรรคขณะปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเองที่บ้าน รวมถึงเป็นการช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 4 กิจกรรมติดตาม กระตุ้นเตือน อย่างต่อเนื่อง (ติดต่อทางโทรศัพท์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 5 วัน ใช้เวลา 15 นาที)

1. โทรศัพท์ติดตามเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองระหว่างผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยเสนอแนะในประเด็นที่ผู้ป่วยมีปัญหาและร่วมกันวางแผนการฝึกทักษะการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อสอบถามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สอบถามการบันทึกกิจกรรมในสมุดบันทึกในทุกขั้นตอน ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ในครั้งแรกหรือไม่ อย่างไร

2. กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอนอย่างต่อเนื่องรวมถึงการบันทึกการจัดการตนเองในคู่มืออย่างสม่ำเสมอ และกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้มารับการรักษาตามที่แพทย์นัดในครั้งถัดไป เพื่อเป็นการทบทวน และกระตุ้นเตือนทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. ประเมินการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามแบบประเมินการจัดการตนเองมีทั้งหมด 13 ข้อ เพื่อประเมินระดับความสามารถในการจัดการตนเอง

4. นัดหมายการพบครั้งต่อไปตามวัน เวลาที่ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดของแพทย์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลับมาพบกันตามนัดหมาย



กิจกรรมครั้งที่ 5 กิจกรรมติดตามต่อเนื่อง และพิสูจน์ตนเอง (วันที่แพทย์นัดตรวจหลังผ่าตัดใช้เวลา 15 นาที)

1. ผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองระหว่างผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย เพื่อติดตามการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วย รวมถึงการทบทวนทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยประเมินตนเองร่วมกับผู้วิจัย โดยให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองว่าบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม ถ้าหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน แต่หากยังไม่สามารถทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการจัดการตนเองต่อไปจนบรรลุเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของตนเองและให้ผู้ผู้ป่วยได้ทราบว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องมีการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อไป

3. ชมเชย และกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง และยุติการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังเสื่อมและได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวที่ผู้วิจัยสร้างเอง ได้แก่ หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ประวัติการได้รับการผ่าตัดใหญ่ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการได้รับการรักษาเพื่อลดอาการปวด ระดับความปวดก่อนผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด

1.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม โดยใช้แบบประเมินโอดิพายด์ออสเวลทรี (Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire)²⁵ ประกอบด้วย 10 ด้าน ได้แก่ ความรุนแรงของอาการปวด การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (อาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น) การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน การเข้าสังคม (เช่น การไปตลาด ดูหนัง ไปห้างสรรพสินค้า) การเดินทาง และการทำงาน หรืองานบ้าน ซึ่งแต่ละข้อมีรายละเอียดอธิบายความรุนแรงของการจำกัดกิจกรรม 6 ข้อย่อย โดยเรียงจากน้อยไปหามาก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) เรียงลำดับคะแนนจาก 0 - 5 คะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 50 แล้วคูณสองเพื่อเป็นเปอร์เซ็นต์ของภาวะจำกัดกิจกรรม โดยแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ Level 1 (คะแนนเฉลี่ย 81 - 100%) : ภาวะจำกัดกิจกรรมส่วนใหญ่

อยู่ที่เตียงนอน แสดงว่า ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง Level 2 (คะแนนเฉลี่ย 61 - 80%) : ภาวะจำกัดกิจกรรมมากต้องพึ่งพาผู้อื่น แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้น้อยต้องมีคนคอยช่วยเหลือ Level 3 (คะแนนเฉลี่ย 41 - 60%) : ภาวะจำกัดกิจกรรมมาก แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้น้อยแต่ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง Level 4 (คะแนนเฉลี่ย 21 - 40%) : ภาวะจำกัดกิจกรรมปานกลาง แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้ปานกลาง Level 5 (คะแนนเฉลี่ย 0 - 20%) : ภาวะจำกัดกิจกรรมน้อย แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้มาก จากเกณฑ์การประเมินข้างต้น พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนมีความแปรผกผันกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรม คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนมาก แปลว่า ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมน้อย และค่าเฉลี่ยคะแนนน้อย แปลว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer²³ ทั้งภายในและต่างประเทศโดยมีรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวเพื่อให้สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer²³ มีการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทั้งหมด 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 20 - 50 นาที ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ตามแนวคิดการจัดการตนเอง

2.2 สื่อการสอน ประกอบด้วย 1) คู่มือ 2) Power point slide บรรยายเรื่อง “การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ” 3) สถานการณ์จำลองเรื่อง “การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ” และ 4) แบบบันทึกการจัดการตนเอง

2.3 แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว โดยผู้วิจัยได้แปลแบบสอบถามและปรับข้อความให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากแบบสอบถาม The Patient Activation Measure (PAM) ของ Hibbard, Mahoney, Stockard, Tusler²⁶ ฉบับภาษาอังกฤษมีทั้งหมด 13 ข้อคำถาม ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการใช้แบบสอบถามแล้วจึงนำไปเข้ากระบวนการแปลแบบสอบถาม หลังจากนั้นจึงนำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ คะแนนรวมของแบบประเมิน เท่ากับ 52 คะแนน สามารถแบ่งระดับความสามารถในการจัดการตนเองได้ 4 ระดับ ได้แก่ 13 - 35 คะแนน หมายถึง การจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ 36 - 38 คะแนน หมายถึง การจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 39 - 42 คะแนน หมายถึง การจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง 43 - 52 คะแนน หมายถึง การจัดการตนเองอยู่ในระดับสูงมาก



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบันเอว โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้ว นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านศัลยกรรมประสาท 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท 1 คน อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรมกระดูก 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านทฤษฎีทางการพยาบาล 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง ได้ความตรงตามเนื้อหา 0.90 และ 0.85 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมดมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสม

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 300 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.73 และ 0.80 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบันเอว จำนวน 5 ราย ที่โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อประเมินความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนา และความเหมาะสมของภาษา โดยพบว่าระยะเวลาที่มีความเหมาะสม กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้อย่างเหมาะสม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งผ่านการรับรองโครงการวิจัย เลขที่หนังสือรับรอง 72/2559 ระยะเวลาในการอนุมัติผล ตั้งแต่วันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2559 ถึง 20 กันยายน พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วย

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษออร์โทปิดิกส์ คิดเป็นร้อยละ 50 และ 63.6 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.5 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.5 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.7 และ 90.9 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 45.5 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 45.5 และ 31.8 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 - 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 81.8 และ 77.3 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีประวัติการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 1 - 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 68.2 และ 77.3 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีประวัติการได้รับการผ่าตัดใหญ่ 1 - 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 68.2 และ 50.0 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 54.5 และ 59.1 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีประวัติรับประทานยาลดปวด คิดเป็นร้อยละ 31.8 และ 40.9 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความปวดก่อนการผ่าตัดอยู่ในระดับปวดมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.1 และ 59.1 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 - 4 ชม. คิดเป็นร้อยละ 68.2 และ 81.8 ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่พักฟื้นตัวอยู่ในโรงพยาบาล 7 - 10 วันหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 63.5 และ 72.7 ตามลำดับ



2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

คะแนนความสามารถใน การทำกิจกรรม	n	$\bar{X}$	SD	Level	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม							
ก่อนการทดลอง	22	83.90	11.42	1	2.93*	21	0.01
หลังการทดลอง	22	76.63	8.35	2			
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	22	86.00	0.45	1	28.81*	21	0.00
หลังการทดลอง	22	31.90	0.43	4			

*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองเท่ากับ 83.90 หลังการทดลองเท่ากับ 76.63 กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจกรรมได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ใน Level 1 (ค่าเฉลี่ยคะแนน 81 - 100%) คือ ภาวะจำกัดกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ที่เตียงนอน แสดงว่า ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ใน Level 2 (ค่าเฉลี่ยคะแนน 61 - 80%) คือ ภาวะจำกัดกิจกรรมมากต้องพึ่งพาผู้อื่น แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้น้อย ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 86.00 หลังการทดลองเท่ากับ 31.90 กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจกรรมได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนการทดลองอยู่ใน Level 1 (ค่าเฉลี่ยคะแนน 81 - 100%) คือ ภาวะจำกัดกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ที่เตียงนอน แสดงว่า ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และภายหลังการทดลองอยู่ใน Level 4 (ค่าเฉลี่ยคะแนน 21 - 40%) คือ ภาวะจำกัดกิจกรรมปานกลาง แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้ปานกลาง

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

คะแนนความสามารถใน การทำกิจกรรม	n	$\bar{X}$	SD	level	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	22	83.90	11.42	1	0.67	42	0.50
กลุ่มทดลอง	22	86.00	0.45	1			
หลังการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	22	76.63	8.35	2	17.25*	42	0.00
กลุ่มทดลอง	22	31.90	0.43	4			

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 83.90 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 86.00 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม ก่อนการทดลองของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ใน Level 1 (ค่าเฉลี่ยคะแนน 81 - 100%) คือ ภาวะจำกัดกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ที่เตียงนอน แสดงว่า ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 76.63 กลุ่มทดลองเท่ากับ 31.90 และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมอยู่ใน Level 2 (ค่าเฉลี่ยคะแนน 61 - 80%) คือ ภาวะจำกัดกิจกรรมมากต้องพึ่งพาผู้อื่น แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้น้อย ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ และกลุ่มทดลองอยู่ใน Level 4 (ค่าเฉลี่ยคะแนน 21 - 40%) คือ ภาวะจำกัดกิจกรรมปานกลาง แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้ปานกลาง



การอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านระดับความปวด ด้านการดูแลตัวเอง ด้านการยกของ ด้านการเดิน ด้านการนั่ง ด้านการยืน ด้านการนอน ด้านการเข้าสังคม ด้านการเดินทาง และด้านการทำงาน/งานบ้าน พบว่าคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในทุกด้านสูงกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสามารถอภิปรายผลได้ว่า การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวเป็นการผ่าตัดใหญ่ บาดเจ็บจากการผ่าตัดทำให้กล้ามเนื้อหลังอ่อนล้า การทรงตัวและการเคลื่อนไหวเสียสมดุล ไม่สามารถพยุงกระดูกสันหลังให้ทรงตัวอยู่ได้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังมีความบกพร่องหรือมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่างๆ ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังไม่สามารถกลับไปทำกิจกรรมได้ตามปกติทันที ด้วยข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย^{8,9} โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีในเรื่องของการทำกิจกรรมต่างๆ ในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เพื่อให้มีการฟื้นฟูสภาพโดยเร็วและถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ขึ้น

ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการทดลองระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีระดับสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ที่ 86.00 และ 31.90 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1) จากผลการวิจัยข้างต้นจะเห็นได้ว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย คือ ทำกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ที่เตียงนอน ไม่สามารถลุกขึ้นมาทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และหลังจากที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองกลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับที่ดีขึ้น คือ สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองในระดับปานกลาง ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางนั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และสามารถจัดการตนเองได้ ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer²³ กล่าวว่า บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยได้นั้น จะต้องได้รับการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตและต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคและแผนปฏิบัติหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง สามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วย

สอดคล้องกับการศึกษาของ Archer และคณะ¹⁰ ศึกษากรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่มีความกลัวในการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแย่ลง จึงได้มีการให้โปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีความกลัวที่จะเคลื่อนไหวร่างกายลดลง มีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นตามลำดับ เนื่องจากผลของโปรแกรมทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี มีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการฟื้นตัวที่ตัวอย่างรวดเร็ว ตลอดจนมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า²⁷ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษา พบว่า การส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดอาการกำเริบของโรค เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สมมติฐานข้อที่ 2 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบันเอวในระยะฟื้นฟูสภาพกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งภายหลังการทดลองระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองมีระดับสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ที่ 31.90 และ 76.63 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2) และเมื่อเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมรายด้าน ได้แก่ ด้านระดับความปวด ด้านการดูแลตัวเอง ด้านการยกของ ด้านการเดิน ด้านการนั่ง ด้านการยืน ด้านการนอน ด้านการเข้าสังคม ด้านการเดินทาง และด้านการทำงาน/งานบ้าน พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบันเอวในทุกด้านของกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer²³ เนื่องจากในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองนี้ ได้มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด โดยให้ความรู้การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในระยะหลังผ่าตัด รวมไปถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามกระบวนการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีขึ้น และมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็ว

สอดคล้องกับการศึกษาของ Kawi¹³ ศึกษาการจัดการตนเองและการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น การฟื้นสภาพเร็วขึ้น ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลลดลง รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น จากการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำ



กิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมรายด้าน ได้แก่ ด้านระดับความเจ็บปวด ด้านการดูแลตัวเอง ด้านการยกของ ด้านการเดิน ด้านการนั่ง ด้านการยืน ด้านการนอน ด้านการเข้าสังคม ด้านการท่องเที่ยว และด้านการทำงาน/งานบ้าน พบว่า คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมในทุกด้านของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมในทุกด้าน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการตนเองที่ดีหลังผ่าตัด สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม และมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็วจนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อมสภาพเนื่องจากพบว่าผู้ป่วยบางรายมีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อมสภาพร่วมด้วย และยังไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมในระยะยาว เช่น มีการติดตาม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ของพฤติกรรมจัดการตนเองในระยะยาว



เอกสารอ้างอิง

1. ธนินิตย์ ลังคมกำแหง. การรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท โดยการผ่าตัดเปรียบเทียบการใส่และไม่ใช่เครื่องมือตามกระดูกสันหลัง. ขอนแก่นเวชสาร 2548;32(7):37-42.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2555. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติโรค พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
4. Archer KR, Seebach CL, Mathis SL, Riley LH, Wegener ST. Early postoperative fear of movement predicts pain, disability, and physical health six months after spinal surgery for degenerative conditions. Spine J 2014;14(5):759-67.
5. ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ. โรคกระดูกคอเสื่อม. เชียงใหม่: ภาควิชาออร์โทปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
6. Hakkinen A, Ylinen J, Kautiainen H, Airaksinen O, Herno A, Tarvainen U, et al. Pain, trunk muscle strength, spine mobility and disability following lumbar disc surgery. J rehabil Med 2003;35(5):236-40.
7. Johansson AC, Linton SJ, Rosenblad A, Bergkvist L, Nilsson O. A prospective study of cognitive behavioural factors as predictors of pain, disability and quality of life one year after lumbar disc surgery. Disabil rehabil 2010;32(7):521-9.
8. Mayer TG, Mooney V, Gatchel RJ, Barnes D, Terry A, Smith S, et al. Quantifying postoperative deficits of physical function following spinal surgery. Clin Orthop Relat Res 1989;(244):147-57.
9. Datta G, Gnanalingham KK, Peterson D, Mendoza N, O'Neill K, Van Dellen J, et al. Back pain and disability after lumbar laminectomy: is there a relationship to muscle retraction?. Neurosurgery 2004;54(6):1413-20.
10. Archer KR, Wegener ST, Seebach C, Song Y, Skolasky RL, Thornton C, et al. The effect of fear of movement beliefs on pain and disability after surgery for lumbar and cervical degenerative conditions. Spine (Phila Pa 1976) 2011;36(19):1554-62.
11. Kanjanapho K. Pain, functional ability, and quality of life in persons with low back pain undergoing epidural steroid injection. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Mahidol University; 2009. (in Thai).



12. Aalto TJ, Malmivaara A, Kovacs F, Herno A, Alen M, Salmi L, et al. Preoperative predictors for postoperative clinical outcome in lumbar spinal stenosis: systematic review. *Spine (Phila Pa 1976)* 2006;31(18):E648-63.
13. Kawi J. Self-management and self-management support on functional ablement in chronic low back pain. *Pain Manag Nurs* 2014;15(1):41-50.
14. Archer KR, Seebach CL, Mathis SL, Riley LH, Wegener ST. Early postoperative fear of movement predicts pain, disability, and physical health six months after spinal surgery for degenerative conditions. *Spine J* 2014;14(5):759-67.
15. Filiz M, Cakmak A, Ozcan E. The effectiveness of exercise programmes after lumbar disc surgery: a randomized controlled study. *Clin Rehabil* 2005;19(1):4-11.
16. Abbott AD, Hedlund R, Tyni-lenné R. Patients' experience post-lumbar fusion regarding back problems, recovery and expectations in terms of the international classification of functioning, disability and health. *Disabil Rehabil* 2011;33(15-16):1399-408.
17. Johansson AC, Linton SJ, Rosenblad A, Bergkvist L, Nilsson O. A prospective study of cognitive behavioural factors as predictors of pain, disability and quality of life one year after lumbar disc surgery. *Disabil Rehabil* 2010;32(7):521-9.
18. McGregor AH, Dore CJ, Morris TP, Morris S, Jamrozik K. Function after spinal treatment, exercise and rehabilitation (FASTER): improving the functional outcome of spinal surgery. *BMC Musculoskelet Disord* 2010;11:17.
19. Petcharat N, Kaspitchayawattana J. Impact of a self-management programme on old-age osteoarthritic patients' daily activities and health-related quality of life. *Thai Journal of Nursing Council* 2014;29(2):127-40. (in Thai).
20. Buszewicz M, Rait G, Griffin M, Nazareth I, Patel A, Atkinson A, et al. Self management of arthritis in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2006;333:879.
21. Haas M, Group E, Muench J, Kraemer D, Brummel-Smith K, Sharma R, et al. Chronic disease self-management program for low back pain in the elderly. *J Manipulative physiol Ther* 2005;28(4):228-37.
22. Toomey E, Currie-Murphy L, Matthews J, Hurley DA. The effectiveness of physiotherapist-delivered group education and exercise interventions to promote self-management for people with osteoarthritis and chronic low back pain: a rapid review part I. *Man Ther* 2015;20(2):265-86.
23. Creer TL. Self-management of chronic illness. In Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. *Handbook of self-regulation*. San Diego: Academic Press; 2000. p. 601-29.



24. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral science. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Association; 1988.
25. Sakulsriprasert P, Vachalathiti R, Vongsirinavarat M, Kantasorn J. Cross-cultural adaptation of modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire to Thai and its reliability. J Med Assoc Thai 2006;89(10):1694-701.
26. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. Health Serv Res 2005;40(6 Pt 1):1918-30.
27. Ritklar L, Wattana C, Kitipawong P. Effects of a self-management program on self-managment behaviors, dyspnea, activities of daily living, and quality of life among patients with congestive heart failure. Nursing Journal 2012;39(1):64-76. (in Thai).