ชื่อเรื่อง: ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

Title: Effects of a self-efficacy promotion program on the quality of postoperative recovery and daily activities of patients after lumbar spine surgery, Chiang Mai Neurological Hospital

ผู้เขียน: มนต์จันทร์ วิวัฒน์วิทวัส, ชุวเนตร ฟองคำ, สนธยา จันทร์ทอง และเบญญา กาคำเครือ

Author: Monchan Wiwatwittawas, Chuwanet Fongkham, Sontaya Chanthong, Benya kakumkhruea

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับกระดูกสันหลังส่วนเอวที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 26 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด QOR-15 และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel Index วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายข้อมูล และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสถิติ Independent samples t-test ในการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลวิชาชีพ และทีมสุขภาพ ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปใช้อย่างต่อเนื่องในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว เพิ่มคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด**,** การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน**,** ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว

Abstract

This quasi-experimental research was experiment with 2 groups, measuring results before and after the experiment. To analyze and compare the quality scores of postoperative recovery and daily activities of patients after lumbar spine surgery scores before and after the experiment. The sample group included patients with pathology of the lumbar spine who were treated with surgery alone. Chiang Mai Neurological Hospital Divided into an experimental group of 26 people and a control group of 26 people. The tools used to conduct the research include a self-efficacy promotion program. It was built on Bandura's self-efficacy promotion Theory (Bandura, 1997). Data collection tools include patient personal factors data recording form, QOR-15 postoperative recovery quality assessment form and Barthel Index ability to perform daily activities assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation in describing the data and inferential statistics, including Independent samples t-test. For testing the difference in scores on quality of postoperative recovery daily activities of patients after lumbar spine surgery between the experimental group and the control group.

The results showed that the experimental group after receiving the program the quality score of postoperative recovery was statistically significantly higher than that of the control group. ($p<.05$) and had statistically significantly higher postoperative ability scores than the control group ($p<.05$). This research suggests that registered nurses and health teams should continue to implement the Self-Efficacy Promotion Program in nursing care for patients with lumbar spine surgery. Improves the quality of postoperative recovery and daily routine of patients.

Keywords: self-efficacy promotion program, quality of postoperative recovery**,** daily activities, patients after lumbar spine surgery

วัตถุประสงค์การศึกษา :

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย :

ในด้านคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป :

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ช่วยพัฒนาคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวได้ดีขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี

บทนำ :

อุบัติการณ์ของการปวดหลังส่วนล่างในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยลง สาเหตุที่พบส่วนใหญ่เกิดจากการมีอิริยาบถที่ไม่ถูกต้อง ลักษณะงาน ท่าทางที่ไม่เหมาะสม เช่น การก้มๆ เงยๆ ยืนเป็นเวลานาน การยกของหนัก การบิดตัวเอี้ยวตัวและทำงานหนักเป็นเวลานาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเสื่อมตามอายุของกระดูกสันหลัง ภาวะโรคอ้วนทำให้กระดูกสันหลังต้องรับน้ำหนักเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้มีอาการปวดหลังได้ อีกทั้งผู้ที่สูบบุหรี่เรื้อรัง จะทำให้แรงดันในหมอนรองกระดูกสันหลังเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการเสื่อมของกระดูกสันหลังเร็วมากขึ้น การรักษาความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกสันหลังมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ลดอาการปวด และผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและป้องกันความเสื่อมของกระดูกสันหลัง ที่อาจเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต (ชัยยุทธ สุธีรยงประเสริฐ, 2563) แนวทางการรักษาโรคกระดูกสันหลังส่วนเอว แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ การรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด (Conservative treatment) เช่น การพัก การใช้ยาแก้ปวด การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น และการรักษาโดยวิธีผ่าตัด (Surgical treatment) ซึ่งแพทย์จะพิจารณาทำการผ่าตัดในผู้ป่วยที่เกิดการกดเบียดของรากประสาทจนทำให้มีอาการปวดรุนแรงหรืออาจมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่สามารถทำงานและดำเนินชีวิตประจำวัน

ได้ตามปกติ (Kim, Wu & Jang, 2020) และเมื่อการรักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัด (conservative treatment) ไม่ได้ผล แพทย์จะทำการผ่าตัดพยาธิสภาพที่กดทับรากประสาทออก เพื่อลดการกดทับ อาจมีการใช้วัสดุยึดตรึงภายในกระดูกสันหลัง (Lumbar Spinal Instrumentation) และทำร่วมกับการผ่าตัดเชื่อมข้อ (Spinal fusion) โดยการวาง bone graft เพื่อให้ข้อต่อบริเวณที่เกิดความไม่มั่นคงเชื่อมติดกัน ซึ่งจะช่วยแก้ไขพยาธิสภาพทางระบบประสาท ลดอาการปวด ชา หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง เพิ่มความแข็งแรงของกระดูกสันหลังและทำให้กระดูกที่ไม่มั่นคงต่อระบบประสาทกลับมามีความมั่นคงอีกครั้ง (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557)

จากสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านระบบประสาท ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยโรคและปัญหาที่ซับซ้อน พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบ ปี 2564 จำนวน 85 ราย ปี 2565 จำนวน 93 ราย ปี 2566 จำนวน 133 ราย (โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่, 2566) แต่ขณะเดียวกันมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ไม่พร้อมเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด เนื่องจากมีความกลัวการผ่าตัด เช่น กลัวนอนหลับไม่สนิทขณะผ่าตัด กลัวความตาย กลัวการดมยาสลบ กลัวว่าเมื่อได้รับยาสลบแล้วจะไม่ฟื้นขึ้นมาอีก มีความวิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเองเมื่อต้องเข้ารับการผ่าตัด รวมถึงสภาพร่างกายที่ไม่พร้อม ดังข้อมูลในปี 2564 – 2566 พบว่า สถิติจำนวนผู้ป่วยที่ไม่พร้อมเข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว จำนวน 6, 9 และ 5 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่, 2566) และจากการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในปี 2566 พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวซ้ำ 3 ครั้ง จำนวน 2 ราย และต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำ 2 ครั้ง จำนวน 2 ราย มีผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุจากการทำกิจวัตรประจำวันที่บ้าน จำนวน 3 ราย ทำให้ต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำ และยังมีผู้ป่วยที่เกิดแผลผ่าตัดแยก จำนวน 1 ราย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกครั้ง นอกจากนี้จากการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า ผู้ป่วยยังคงมีความกลัว ไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความเครียดที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

ถึงแม้การผ่าตัดจะเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดในผู้ป่วยที่มีการกดทับของรากประสาทอย่างรุนแรง แต่การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่ (Major Surgery) ที่กระทำต่อกระดูกสันหลังซึ่งเปรียบเสมือนแกนกลางค้ำจุนร่างกายและมีรากประสาททอดผ่าน ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีข้อจำกัดในด้านการเคลื่อนไหว เพื่อไม่ให้กระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลังเกิดแรงกดมากเกินไป อันจะก่อให้เกิดอันตรายและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้เต็มศักยภาพเหมือนก่อนผ่าตัด (Mancuso et al., 2016) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังคงมีอาการปวดร้าวตาม

รากประสาทหลงเหลืออยู่ จึงไม่อยากเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมที่ส่งเสริมให้รู้สึกปวดมากขึ้น ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกายและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และการเข้าสังคมของผู้ป่วย (ชัยยุทธ สุธีรยงประเสริฐ, 2563) โดยพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 29 ยังคงมีปัญหาการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (Dobran et al., 2018) ดังนั้นการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด (Hinkle et al., 2017)

สมมติฐานการศึกษา :

1. ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4. ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นิยามศัพท์เฉพาะ :

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) และดำเนินการอย่างมีแบบแผนและขั้นตอนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตนทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเพิ่มคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คลายความวิตกกังวลในการดูแลและการปฏิบัติตนในการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 ส่งเสริมประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง โดยฝึกการหายใจเข้าออก การไอ การเปลี่ยนท่านอน พลิกตะแคงตัว การยืน การเดิน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขั้นที่ 2 ประสบการณ์จากการกระทำของบุคคลอื่นโดยนำเสนอวีดีทัศน์ต้นแบบและเปิดโอกาสให้พูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกัน การรักษาเดียวกันที่มีประสบการณ์การประสบความสำเร็จในการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ขั้นที่ 3 การชักจูง

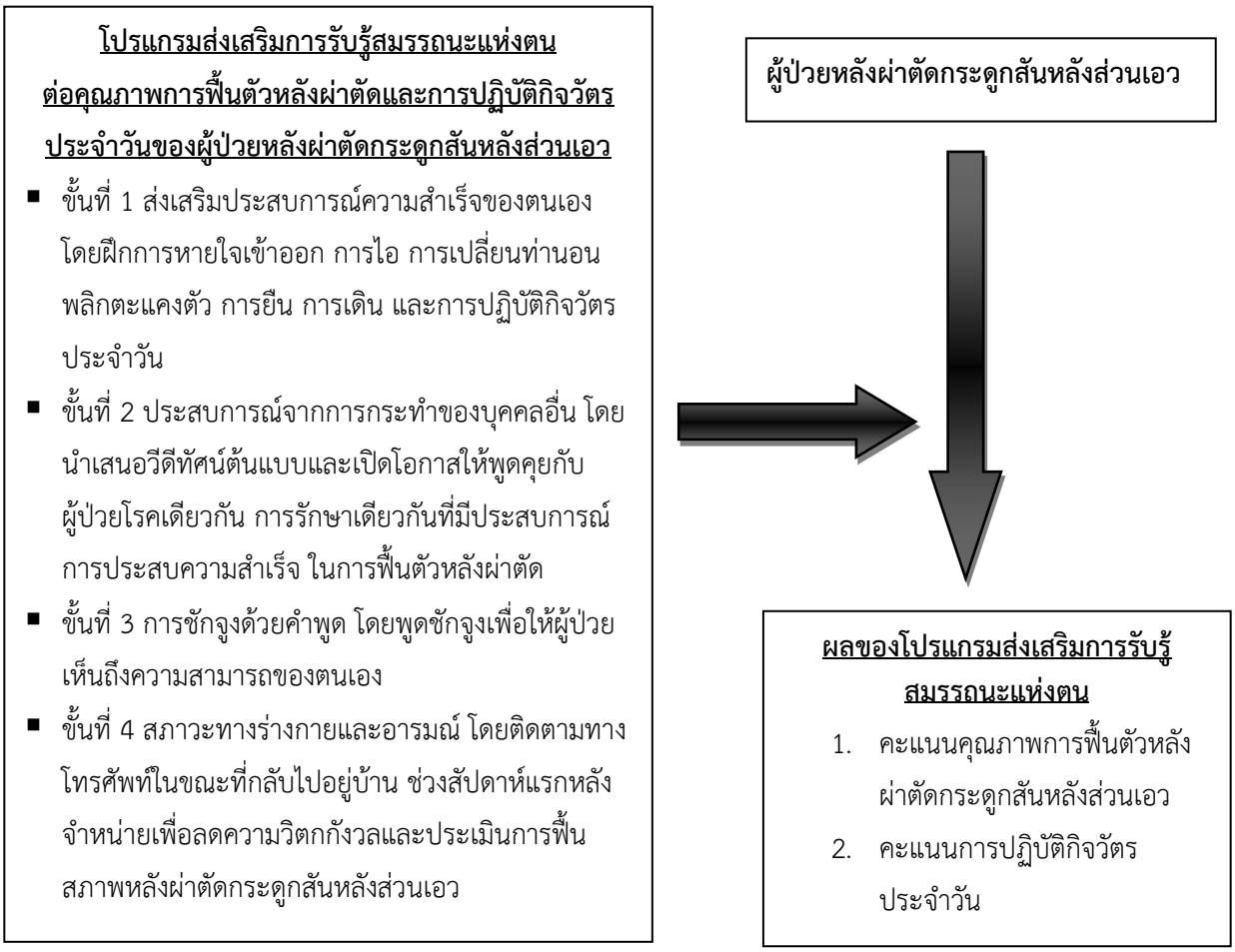
ด้วยคำพูด โดยพูดชักจูงเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถของตนเอง ขั้นที่ 4 สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ซักถามข้อสงสัยเพื่อคลายความวิตกกังวล ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการปวด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด สอนวิธีบรรเทาอาการปวดโดยเทคนิคการหายใจและดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ติดตามทางโทรศัพท์ในขณะที่กลับไปอยู่บ้านช่วงสัปดาห์แรก (อย่างน้อย 2 ครั้ง) เพื่อลดความวิตกกังวล ประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึง กระบวนการปรับตัวของร่างกายจากภาวะการเจ็บป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว เพื่อกลับคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ ทั้งทางด้านร่ายกายและจิตใจ รวมถึงการควบคุมหน้าที่ในทุกๆ ด้าน ได้แก่ ทางด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) ด้านสังคม (Social) และการดำเนินชีวิตประจำวัน (Habitual function) และการกลับคืนด้านความสามารถในการทำหน้าที่ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) รวมทั้งการมีสุขภาพจิตที่ดี ประเมินโดยใช้แบบประเมิน QOR-15 patient surgery ของ Stark, Myles & Burke (2013) แปลโดยอรพรรณ โตสิงห์ (2556)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ทั้งในระดับพึ่งพาผู้อื่น (Dependence) และสามารถพึ่งพาตนเองได้ (Independence) โดยใช้แบบประเมิน Barthel index (สถาบันประสาทวิทยา, 2564) ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งแบบประเมิน Barthel index ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ดังนี้ 1) การรับประทานอาหาร 2) การขึ้นลงจากเตียง 3) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 4) การเข้าห้องน้ำ 5) การอาบน้ำ 6) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน 7) การขึ้นบันได 8) การแต่งตัว 9) การขับถ่ายอุจจาระ และ 10) การขับถ่ายปัสสาวะ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ตามแนวปฏิบัติของภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ประกอบด้วย การให้คำแนะนำก่อนผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

กรอบแนวคิดการศึกษา :



วิธีดำเนินการศึกษา :

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-groups pre-test post-test research design) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 ราย โดยแบ่งเป็น กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง :

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับกระดูกสันหลังส่วนเอว ได้รับการรักษาโดยวิธีผ่าตัด ที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ทั้งเพศหญิง และเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการคัดเลือกแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด (Convenience Sampling) กับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับกระดูกสันหลังส่วนเอวที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2567 ใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 กำหนด Test family คือ t-test Statistical test คือ Means: Difference between two independent means (two groups) effect size เท่ากับ 0.8 α err prob เท่ากับ 0.05 Power 1- β err prob เท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2010) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน เพื่อป้องกันการเกิด drop out ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 25% รวมเป็น 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลปกติ จำนวน 26 คน และกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ จำนวน 26 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา :

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย

1.2 แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด QOR-15 ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Stark, Myles & Burke (2013) แปลภาษาไทยโดยเทคนิค Back translation โดย อรพรรณ โตสิงห์ (Thosingha, 2013) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือเมื่อ 15 พฤษภาคม 2567

1.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965; สถาบันประสาทวิทยา, 2564)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะส่วนตนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ตามแนวคิดของทฤษฎีของ Bandura (1997) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อพิจารณาและหาความเป็นไปได้ของเครื่องมือก่อนการนำไปใช้จริง ในภาพรวมได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 10 ราย (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) แล้วนำมาคำนวณหาค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล :

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง ดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม 2567

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม ของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ช่วยประเมินแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว และการประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันที่ 3-7 หลังผ่าตัด (วันจำหน่ายกลับบ้าน) ที่หอผู้ป่วย และวันนัดติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือนที่แผนกผู้ป่วยนอก

1.3 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สอนและสาธิตการประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว และการประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ช่วยวิจัยโดยทดลองในผู้ป่วยตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มประชากร

1.4 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 1 วันก่อนผ่าตัด จากใบบันทึกเตรียมการผ่าตัดของผู้ป่วยประจำห้องผ่าตัด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

1.5 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วย พร้อมบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึก และแจ้งเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยทราบและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน เมื่อเสร็จแล้วจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม 2567 กลุ่มควบคุมผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ให้การพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ตั้งแต่แรกรับ จนถึงวันติดตามอาการเมื่อผู้ป่วยมาตามนัด ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

การวิเคราะห์ข้อมูล :

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ด้วยสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยค่าสถิติ Independent samples t-test

ผลการวิจัย :

กลุ่มทดลอง พบว่า เพศส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 53.80 และเพศหญิง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 46.20 อายุ พบว่าส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 57.70 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 51 - 59 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 26.90 และอายุไม่เกิน 50 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 15.40 ตามลำดับ หรือมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 59.73 ปี ดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ/สุขภาพดี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 57.70 รองลงมาคือ ท้วม/โรคอ้วนระดับ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 23.10 อ้วน/โรคอ้วนระดับ 2 จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 15.40 น้ำหนักน้อย/ผอม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.80 ตามลำดับ หรือมีดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ยอยู่ที่ 24.40 สถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่สมรส/คู่ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 76.90 รองลงมาคือ โสด จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 19.20 และหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.80 ระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และปริญญาตรีขึ้นไปเท่ากันคือ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 26.90 ไม่ได้เรียน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11.50 และอนุปริญญาหรือเทียบเท่า จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 7.70 การวินิจฉัยโรค พบว่าส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 รองลงมาคือ โรคกระดูกสันหลังเลื่อน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 23.10 โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเลื่อน และโรคช่องกระดูกสันหลังตีบแคบ เท่ากันคือ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 15.40 โรคหมอนรองกระดูกสันหลังอักเสบ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11.50 และโรคเนื้องอกกระดูกสันหลัง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.80 ตามลำดับ โรคร่วม พบว่าไม่มีโรคประจำตัว และมีโรคประจำตัว เท่ากันคือ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ประวัติการสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 84.60 และสูบ/เคยสูบ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 15.40 ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าส่วนใหญ่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 80.80 ดื่ม/เคยดื่ม จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 19.20 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 84.60 และมีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 15.40 โดยมีภาวะ*ซีด*จากการ*เสียเลือด* จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 7.70 วิงเวียนศีรษะ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เท่ากันคือ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.80

กลุ่มควบคุม พบว่า เพศส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 61.50 และเพศชาย จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 38.50 อายุ พบว่าส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 57.70 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 51 - 59 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 34.60 และอายุไม่เกิน 50 ปี จำนวน 2 คน คิด

เป็นร้อยละ 7.70 ตามลำดับ หรือมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 60.57 ปี ดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าส่วนใหญ่ปกติ/สุขภาพดี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 76.80 รองลงมาคือ อ้วน/โรคอ้วนระดับ 2 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 7.80 และท้วม/โรคอ้วนระดับ 1 จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 15.40 ตามลำดับ หรือมีดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ยอยู่ที่ 25.78 สถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่สมรส/คู่ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 92.30 และโสด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 7.70 ระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 53.80 รองลงมาคือ ประถมศึกษา จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 19.20 ปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 15.40 และอนุปริญญาหรือเทียบเท่า จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11.50 ตามลำดับ การวินิจฉัยโรค พบว่าส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 30.80 รองลงมาคือ โรคช่องกระดูกสันหลังตีบแคบ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 34.60 โรคหมอนรองกระดูกสันหลังอักเสบ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 15.40 โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเลื่อน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11.50 และโรคกระดูกสันหลังเลื่อน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 7.70 โรคร่วม พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 69.20 และไม่มี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 30.80 ประวัติการสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 84.60 และสูบ/เคยสูบ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 15.40 ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าส่วนใหญ่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 73.10 ดื่ม/เคยดื่ม จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 26.90 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 80.80 และมีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 19.20 โดยมีภาวะ*ซีด*จากการ*เสียเลือด* วิงเวียนศีรษะ เท่ากันจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 7.70 และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.80

คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่ดี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 84.60 และคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 15.40 สอดคล้องกับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่พบว่า มีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่ดี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 80.80 และคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 19.20

หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แพทย์จะนัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการ (นัดติดตามอาการหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน) พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 88.50 และคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่ดี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11.50 ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่พบว่า มีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่ดี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 53.80 และคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 46.20

การเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้วยการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent samples t-test พบดังนี้

ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก) พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (t=-0.969, *P*=0.337) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแล้ว เมื่อจำหน่ายแพทย์จะนัดติดตามอาการ (นัดติดตามอาการหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=4.316, *P*=0.000) โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยรวม หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (นัดติดตามอาการหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยรวมดี (Mean=83.50, SD=7.96) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยรวมไม่ดี (Mean=70.09, SD=8.24)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	Mean	SD	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม (หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก)				
กลุ่มทดลอง	63.07	7.38	-0.969	0.337
กลุ่มควบคุม	65.50	6.63		
หลังได้รับโปรแกรม (นัดติดตามอาการหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน)				
กลุ่มทดลอง	83.50	7.96	4.316	0.000*
กลุ่มควบคุม	70.09	8.24		

หมายเหตุ: *p<0.05

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้วยการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent samples t-test พบดังนี้

ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก) พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (t=-0.969, *P*=0.337) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแล้ว เมื่อจำหน่ายแพทย์จะนัดติดตามอาการ (นัดติดตามอาการหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=4.316, *P*=0.000) โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยรวม หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (นัดติดตามอาการหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยรวมดี (Mean=83.50, SD=7.96) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยรวมไม่ดี (Mean=70.09, SD=8.24)

ตารางที่ 2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	**กลุ่มทดลอง (n=26)**		**กลุ่มควบคุม (n=26)**	
	จำนวน(คน)	**ร้อยละ**	**จำนวน(คน)**	**ร้อยละ**
ก่อนได้รับโปรแกรม (หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก)				
ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0 – 20 คะแนน)	4	15.40	3	11.50
ภาวะพึ่งพารุนแรง (25 – 45 คะแนน)	22	84.60	23	88.50
หลังได้รับโปรแกรม (นัดติดตามอาการหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน)				
ภาวะพึ่งพารุนแรง (25 – 45 คะแนน)	-	-	2	7.70
ภาวะพึ่งพาปานกลาง (50 – 70 คะแนน)	9	34.60	16	61.50
ภาวะพึ่งพาเล็กน้อย (75 – 90 คะแนน)	17	65.40	8	30.80

จากตารางที่ 2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก) ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพารุนแรง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 84.60

และอยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 15.40 สอดคล้องกับกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพารุนแรง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 88.50 และอยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11.50

หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแล้ว เมื่อจำหน่ายแพทย์จะนัดติดตามอาการ (นัดติดตามอาการหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน) พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพาเล็กน้อย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 65.40 และอยู่ในภาวะพึ่งพาปานกลาง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 34.60 ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่พบว่า อยู่ภาวะพึ่งพาปานกลาง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 61.50 รองลงมาคือ อยู่ในภาวะพึ่งพาเล็กน้อย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 30.80 และภาวะพึ่งพารุนแรง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 7.70 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	Mean	SD	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม (หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก)				
กลุ่มทดลอง	27.88	7.50	-0.177	0.860
กลุ่มควบคุม	28.26	8.11		
หลังได้รับโปรแกรม (นัดติดตามอาการหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน)				
กลุ่มทดลอง	75.76	12.22	4.475	0.000*
กลุ่มควบคุม	60.38	12.56		

หมายเหตุ: *p<0.05

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้วยการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent samples t-test พบดังนี้

ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก) พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (t=-0.177, *P*=0.860) ส่วนหลัง

ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแล้ว เมื่อจำหน่ายแพทย์จะนัดติดตามอาการ (นัดติดตามอาการหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=4.475, *P*=0.000) โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อพิจารณาระดับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวม หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (นัดติดตามอาการหลังจำหน่ายครบ 1 เดือน) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในภาวะพึ่งพาเล็กน้อย (Mean=75.76, SD=12.22) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในภาวะพึ่งพาปานกลาง (Mean=60.38, SD=12.56)

อภิปรายผล :

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง กิจกรรมประสบการณ์จากการกระทำของบุคคลอื่น กิจกรรมการชักจูงด้วยคำพูด และกิจกรรมสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ซักถามข้อสงสัย เพื่อคลายความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งจากการนำมาใช้ในการส่งเสริมคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ค้นพบว่า ในด้านคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องด้วยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้มุ่งการส่งเสริมทั้งในด้านสุขภาพร่างกาย โดยมีกิจกรรมฝึกการหายใจเข้าออก การไอ การเปลี่ยนท่านอน การพลิกตะแคงตัว การยืน การเดิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตใจ โดยนำเสนอวีดีทัศน์ต้นแบบและเปิดโอกาสให้พูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกัน การรักษาเดียวกันที่มีประสบการณ์การประสบความสำเร็จในการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และลดภาวะวิตกกังวลในการดูแลตนเอง ตลอดจนทีมพยาบาลที่ให้การดูแลได้มีการพูดชักจูงเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถของตนเอง อีกทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ซักถามข้อสงสัย เพื่อคลายความวิตกกังวล จึงมีผลให้โดยรวมกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดี สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยอื่นที่ได้นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาใช้เพื่อการพัฒนา ส่งเสริมคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัด อาทิเช่น การศึกษาของ ตติยา จำปาวงษ์ (2560) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี่ในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี่มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$ และการศึกษาของ ศศิกรณิศ สันติวรบุตร (2561) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ในด้านผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยในภาพรวมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองอยู่ในภาวะพึ่งพาเล็กน้อย ซึ่งดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่อยู่ในภาวะพึ่งพารุนแรง ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เนื่องด้วยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ มีกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ที่ครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 10 ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การขึ้นลงจากเตียง 3) ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 4) การเข้าห้องน้ำ 5) การอาบน้ำ 6) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน 7) การขึ้นบันได 8) การแต่งตัว 9) การขับถ่ายอุจจาระ และ 10) การขับถ่ายปัสสาวะ รวมถึงกระบวนการดำเนินโปรแกรมทั้งในระยะก่อนผ่าตัด 1 วัน เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เพื่ออธิบายเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย โดยการแจกแผ่นพับการปฏิบัติตนในการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ให้ผู้ป่วยดูวีดีทัศน์เกี่ยวกับการเตรียมตัว สิ่งที่ต้องเผชิญในห้องผ่าตัด และการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เพื่อคลายความวิตกกังวล ตลอดจนในช่วงที่ดำเนินการให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 ถึงวันที่ 6 ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 3 ถึง 7 และหลังวันจำหน่ายวันที่ 1 และวันที่ 3 โดยการติดตามทางโทรศัพท์อย่างน้อย 2 ครั้ง ซึ่งเป็นกระบวนการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการชักจูงด้วยคำพูด พูดชักจูงเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ซักถามข้อสงสัยเพื่อคลายความวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศศิกรณิศ สันติวรบุตร (2561) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

กระดูกสันหลังส่วนเอว ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยพัฒนาคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวได้ดีขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี

ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานมีการนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไปใช้ในกิจกรรมการพยาบาลดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว เพื่อส่งเสริมคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ทีมสุขภาพ ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน บูรณาการร่วมกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ร่วมถึงประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไปใช้ในกิจกรรมการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ได้การผ่าตัดกลุ่มโรคอื่นๆ อย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์ในวงกว้างต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่ได้รับการผ่าตัด เช่น โรคทางระบบประสาทสมอง

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ในระยะยาวว่าผลการให้โปรแกรมส่งผลกับผู้ป่วยในมิติอื่นๆ อย่างไร เช่น คุณภาพชีวิต เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *อัตราป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ปี พ.ศ. 2563-2565.* https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=f16421e617aed29602f9f09d951cce68&id=74b22d3ae96848ef364e6b1a26da8f37

เกษร เสียงเพราะ. (2558). *การดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้าวของชาวนา ในชุมชนจังหวัดขอนแก่น.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชนิภา ยอยืนยง, และ ผ่องศรี ศรีมรกต. (2558). ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว. *วารสารพยาบาลทหารบก, 16*(1), 62-69.

ชัยยุทธ สุธีรยงประเสริฐ. (2563). *โรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมสภาพ*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยา ลัย แพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย.

ตติยา จำปาวงษ์, มยุรี ลี่ทองอิน, วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์, และ สุรชัย แซ่จึง. (2560). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี่ในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ*. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ. (2557). *ปวดหลังปวดคอและโรคข้อต่อกระดูกสันหลังเสื่อม.* เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธันยนันท์ เหล่าฤทธิ์. (2560). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทวิช สุคนธเวศ. (2557). *Approach to neck & back pain และโรคทางกระดูกสันหลังที่พบบ่อย.* เชียงใหม่: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5). บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด: อินเตอร์-เทค พริ้นติ้ง.

พัชรี บุตรแสนโคตร, อรพรรณ โตสิงห์, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์, และ ชลเวช ชวศิริ. (2559). อิทธิพลของโรคร่วมดัชนีมวลกาย และภาวะซึมเศร้าต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 34*(ฉบับเพิ่มเติม1), 129-141.

ภัทราวดี บุตรคุณ, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และ วีนัส ลีฬหกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการดูแลเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลและการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 15*(2),1-13.

รัตติยา เตยศรี. (2561). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่, งานเวชระเบียน. (2566). *สถิติผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ปี 2564-2566.* เชียงใหม่: โรงพยาบาล.

ลัดดาวัลย์ หิมคุณ, สุพร ดนัยดุษฎีกุล, นภาพร วาณิชย์กุล, และชลเวช ชวศิริ. (2560) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. วารสารพยาบาลศาสตร์, 35(3), 82-93.

ศศิกรณิศ สันติวรบุตร. (2561). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ศศิกรณิศ สันติวรบุตร, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และ วีนัส ลีฬหกุล. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 13*(3), 159-172.

สถาบันประสาทวิทยา. (2560). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลทั่วไป* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สถาบัน.

สมหมาย วนะวนานต์. (2558). *การฟื้นสภาพผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. (2562*). แนวทางปฏิบัติโรคปวดหลังส่วนล่าง (Low Black Pain).* กรุงเทพฯ: สมาคม.

สโรชา สุภาธาดา. (2565). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุวคล โกสีย์ไกรนิรมล, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์, อรพรรณ โตสิงห์, และ ชลเวช ชวศิริ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนเอง ต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหวของลำไส้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *28*(2), 58-66.

อะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2556). ระบาดวิทยาและแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล= Epidemiology and evidence-base practice guideline in prevention of hospital-Associated infections. เชียงใหม่;

อัครพล โอภาสพสุ, เพ็ญอนงค์ ตรีสารวัฒน์, อุษณิษา คงอำนวยศักดิ์ และศศิภา บูรณพันธฤกษ์. (2559) ผลทันทีของการฝึกหายใจโดยใช้ทรวงอก (Costal breathing exercise) ร่วมกับการคงค้างการหายใจ(Sustained maximal inspiration technique) และการใช้ Flow incentive Spirometer ต่อการขยายตัวของทรวงอกในวัยรุ่นที่ใช้ชีวิตที่นั่งทำงานเป็นส่วนใหญ่ และไม่ได้ออกกำลังกาย. ธรรมศาสตร์ เวชสาร, 16(2), 220-229.

อัจฉรา พุ่มดวง. (2555). การพยาบาลพื้นฐาน : ปฏิบัติการพยาบาล = Fundamentals of nursing : Nursing practice (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ; วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย.

อัญชลี ยศกรณ์. (2562). การบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มไขสันหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว: ปัญหาสุขภาพซับซ้อนที่ท้าทายการพยาบาล. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ,6(1): 100-116

อารีย์ รังสวัสดิ์จิตร์. (2556). *การศึกษาให้ความรู้ในการดูแลตนเองต่อการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยสูงอายุหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2021). Standardized library of lumbar spondylolisthesis outcome measures. Washington, DC: AHRQ.

Albert, T. J. (2017). *Recovery from lumbar fusion surgery*. Retrieved May 1, 2024, from http://www.spineuniverse.com/treatments/surgery-lumbar/recovery-lumbar-fusion-surgery.

Allvin, R. (2009). *Postoperative recovery: Development of a multi-dimensional questionnaire foe assessment of recover* [Doctoral dissertation]. Orebro University.

American Association of Neuroscience Nurses (2014). Thoracolumbar spine surgery: a guide to preoperative and postoperative care. Chicago, IL: AANN.

Archer, K. R., Wegener, S. T., Seebach, C., Song, Y., Skolasky, R. L., Thornton, C., Khanna, A. J., & Riley, L. H., 3rd (2011). The effect of fear of movement beliefs on pain and disability after surgery for lumbar and cervical degenerative condition. *Spinel*, *36*(19), 1554-1562.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the excerise of control.* New York: W.H. Freeman.

Biglarian, A., Seifi, B., Bakhshi, E., Mohammad, K., Rahgozar, M., Karimlou, M., & Serahati, S. (2012). Low back pain prevalence and associated factors in Iranian population: findings from the national health survey. *Pain research and treatment*, 2012, 653060. https://doi.org/10.1155/2012/653060

Chen, C. Y., Chang, C. W., Lee, S. T., Chen, Y .C., Tang, S. F., Cheng, C. H., & Lin, Y. H. (2015). Is rehabilitation intervention during hospitalization enough for functional improvements in patients undergoing lumbar decompression surgery ? A prospective randomized controlled study. *Clinical neurology neurosurgery, 129* (Suppl 1), S41-S46.

Chen, S. Z., Tong, A. N., Tang, H. H., Lv, Z., Liu, S. J., Liu, J. S., & Zhang, J. W. (2021). Increased sagittal diameter of the vertebral arch aids in diagnosis of lumbar spondylolysis. *Skeletal radiology*, *50*(6), 1125–1130.

Dobran, M., Nasi, D., Gladi, M., Marinelli, M., Mancini, F., Iacoangeli, M., & Scerrati, M. (2018). Clinical and psychological outcome after surgery for lumbar spinal stenosis: A

prospective observational study with analysis of prognostic factors. *Neurologia i neurochirurgia polska*, *52*(1), 70–74.

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), 20-32.

GBD 2021 Low Back Pain Collaborators (2023). Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet. Rheumatology*, *5*(6), e316–e329. https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00098-X

Hall, H., & McIntosh, G. (2008). Low back pain (chronic). *BMJ clinical evidence*, *2008*, 1116.

Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2017). *Brunner & Suddarth's textbook of medical- surgical nursing* (14th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F., & Buchbinder, R. (2010). The epidemiology of low back pain. *Best Practice & Research Clinical rheumatology, 24*(6), 769-781.

Kim, H. S., Wu, P. H., & Jang, I. T. (2020). Lumbar degenerative disease part 1: Anatomy and pathophysiology of intervertebral discogenic pain and radiofrequency ablation of basivertebral and sinuvertebral nerve treatment for chronic discogenic back pain: a prospective case series and review of literature. *International journal of molecular sciences*, *21*(4), 1483.

Kolenko, A. M. G., & Bauer, J. M. (2022). A delayed diagnosis of high-grade spondylolisthesis. *JAAPA : official journal of the American Academy of Physician Assistants*, *35*(3), 38–41.

Mancuso, C. A., Duculan, R., Cammisa, F. P., Sama, A. A., Hughes, A. P., Lebl, D. R., & Girardi, F. P. (2016). Fulfillment of patients' expectations of lumbar and cervical spine surgery. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*, *16*(10), 1167–1174.

McIntosh, G., & Hall, H. (2011). Low back pain (acute). *BMJ clinical evidence*, *2011*, 1102.

Nielsen, E., Andras, L. M., & Skaggs, D. L. (2018). Diagnosis of spondylolysis and spondylolisthesis is delayed six months after seeing nonorthopedic providers. *Spine deformity*, *6*(3), 263–266.

Nielsen, P. R., Jorgensen, L. D., Daha, B., Pedersen, T., & Tonnesen, H. (2010). Prehabilitation and early rehabilitation after spine surgery: randomized clinical trial. *Clinical Rehabilitation*, *24*(2), 137-148.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Stark, P. A., Myles, P. S., & Burke, J. A. (2013). Development and psychometric evaluation of a postoperative quality of recovery score: the QoR-15. *Anesthesiology*, *118*(6), 1332–1340.

Suresh, K., & Chandrashekara, S. (2012). Sample size estimation and power analysis for clinical research studies. *Journal of human reproductive sciences*, 5(1), 7-13.

Wilhelm, D., Gillen, S., Wirnhier, H., Kranzfelder, M., Schneider, A., Schmidt, A., Friess, H., & Feussner, H. (2009). Extended preoperative patient education using a multimedia DVD-impact on patients receiving a laparoscopic cholecystectomy: a randomised controlled trial. *Langenbeck's archives of surgery*, *394*(2), 227–233.

Zakaria, H.M., Bazydlo, M., Schultz, L., Adulhak, M., Narenz, D.R., Chang, V., and Schalw, J.M. (2020). Ambulation on postoperative day#0 is associated with decrease mobility and adverse event after elective lumbar spine surgery: analysis from the Michigan spine Surgery improvement Cillaorative (MSSIC). Neurosurgery, 87(2), 320-328.