

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรม

ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ



นางสาวกนกอร พิเดช

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF THE SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON FUNCTIONAL ABILITY OF
PATIENTS WITH LUMBAR SPINE SURGERY IN REHABILITATION

Miss Kanokorn Pidet



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัด กระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ
โดย	นางสาวกนกอร พิเดช
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จिरาพร เกศพิชญวัฒนา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัญฐ์ ตันติ โกสุม

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จिरาพร เกศพิชญวัฒนา)
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัญฐ์ ตันติโกสุม)
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิสาร)

กนกอร พิเศษ : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ (THE EFFECT OF THE SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON FUNCTIONAL ABILITY OF PATIENTS WITH LUMBAR SPINE SURGERY IN REHABILITATION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ์ ตันติโกสม, 170 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2002) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอว อายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอวในระดับ L1-S3 ได้แก่ โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน โรคกระดูกสันหลังเลื่อน และโรคกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพ โดยมารับบริการในแผนกหอผู้ป่วยในศัลยกรรมกระดูกและศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตำรวจ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน โดยจับคู่ อายุ ระดับความปวด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ตามแนวคิดการจัดการตนเอง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินแบบมอดิไฟด์ออสเวสทรีของประเสริฐ สกุลศรีประเสริฐ (2551) ซึ่งทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.73 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบค่าที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5777151936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SELF-MANAGEMENT / FUNCTIONAL ABILITY / LUMBAR SPINAL SURGERY / REHABILITATION

KANOKORN PIDET: THE EFFECT OF THE SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON FUNCTIONAL ABILITY OF PATIENTS WITH LUMBAR SPINE SURGERY IN REHABILITATION. ADVISOR: ASSOC. PROF.JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF.PACHANUT TANTIKOSOOM, Ph.D., 170 pp.

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 (Creer, 2002) was used as a conceptual framework. The sample comprised male and female patients aged 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 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 comprising five sessions over three weeks. The instrument for collecting data was the assessment function ability of lumbar spine surgery in rehabilitation. It was tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of 0.73. 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

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีโดยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อย ตำรวจตรีหญิง ดร.ปชานันท์ ตันติโกสมุภ์ ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ให้ความอบอุ่น ความรักความเมตตาประดุจญาติมิตร คอยชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย ตลอดจนเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบแก้ไขงานวิจัยในทุกขั้นตอน ผู้วิจัยมีความรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาเสนอข้อคิดเห็นและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนางานวิจัยให้ดีขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่สละเวลาอันมีค่ายิ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่บุคลากรหอผู้ป่วยสามัญออร์โธปิดิกส์ ฉก 5/1 หอผู้ป่วยพิเศษออร์โธปิดิกส์ มก 13, มก 14 หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมประสาท ฉก 5/1, ฉก 4/2 หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม ฉก 6, มก 9, มก 10 หอผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาท และหอผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตำรวจ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้ช่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัย ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนาม

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การทำวิจัย	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว	13
1.1 กายวิภาคศาสตร์ของกระดูกสันหลังส่วนเอว (Lumbar vertebra anatomy).....	13
1.2 โรคกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอว	14
1.3 สาเหตุการเกิดโรคกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอว	15
1.4 อาการและอาการแสดงของโรคกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอว	15
1.5 การรักษาโรคกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว	16

1.6	ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว	18
1.7	การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว	19
1.8	การพยาบาลและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง ระดับบั้นเอว (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)	22
2.	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง ระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำ กิจกรรม พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม	26
3.	ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะ ฟื้นฟูสภาพ	28
4.	แนวคิดการจัดการตนเอง	34
5.	โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัด กระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ	40
6.	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	48
7.	กรอบแนวคิดการวิจัย	52
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	53
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	53
	การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	54
	ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	55
	การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	63
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	64
บทที่ 4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	88
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	92
	สรุปผลการวิจัย	94
	อภิปรายผลการวิจัย	95

ข้อเสนอแนะ	100
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	100
ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป	101
รายการอ้างอิง	102
ภาคผนวก.....	111
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	112
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย	114
ภาคผนวก ค เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย	121
ภาคผนวก ง เอกสารการพิจารณาจริยธรรมและเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	128
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	141
ภาคผนวก ฉ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	168
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	170

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แสดงแผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-management) ประยุกต์กิจกรรมตามทฤษฎีของ Creer (2002).....	41
ตารางที่ 2 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน อายุ ระดับความปวด.....	56
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ.....	58
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทางสุขภาพ ได้แก่ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเข้ารับการรักษในโรงพยาบาล ประวัติการได้รับการผ่าตัดใหญ่ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการได้รับการรักษาเพื่อลดอาการปวด ระดับความปวด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล.....	60
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัด กระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง.....	89
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัด กระดูกสันหลังระดับบั้นเอวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง.....	90
ตารางที่ 7 แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-management).....	149
ตารางที่ 8 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน อายุ ระดับความปวด.....	169

สารบัญภาพ

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	52
รูปที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	87



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกระดูกสันหลังเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญซึ่งพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในประเทศไทย โดยเฉพาะบริเวณหลังส่วนล่างเนื่องจากเป็นส่วนที่ต้องรับน้ำหนักมากที่สุดเมื่อทำกิจกรรมต่างๆที่ไม่สมดุลจะทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ง่ายกว่าส่วนอื่นๆ ความเสื่อมของกระดูกสันหลังมักพบในช่วงอายุ 35-50 ปี และมักเกิดบริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอวขึ้นที่ 4 และ 5 มากที่สุด (ธนินิตย์ สังคมกำแหง, 2548) พบสถิติผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมในประเทศไทยจำนวน 8,763 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และพบสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจำนวน 810 ราย จากการรายงานสถิติผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ปี พ.ศ. 2554 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวของโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 597 ราย (สถิติห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตำรวจ ปี พ.ศ. 2557-2559) ส่วนสถิติการผ่าตัดกระดูกสันหลังในสหรัฐอเมริกาพบว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนมากกว่า 200% และใช้งบประมาณในการผ่าตัดมากกว่าหนึ่งพันล้านเหรียญสหรัฐ (C. L. S. Kristin R Archer, 2014) ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังเสื่อม มักมีอาการปวดบริเวณบั้นเอว ร้าวลงขาทั้งสองข้าง บางรายมีอาการชาร่วมด้วย อาการมักมีความรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แนวทางการรักษามี 2 วิธี ได้แก่ การรักษาโดยการไม่ผ่าตัด และการรักษาโดยการผ่าตัด สำหรับการรักษาโรคกระดูกสันหลังเสื่อมโดยการผ่าตัดมี 2 วิธี ได้แก่ การทำผ่าตัดด้วยวิธีลดการกดทับ (Decompression procedures) โดยไม่ทำการเชื่อมปล้องกระดูกสันหลัง และการทำผ่าตัดลดการกดทับร่วมกับเชื่อมกระดูกสันหลัง (Stabilization procedures) การรักษาโดยการผ่าตัดมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการปวด ลดการกดเบียดของเส้นประสาท และทำการเชื่อมข้อต่อกระดูกสันหลังเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสันหลัง (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2554) ซึ่งมักจะพิจารณาทำในรายที่มีการยื่นของหมอนรองกระดูกสันหลัง และมีอาการของรากประสาทถูกกดอย่างมาก เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ หรือมีอาการปวดมากจนทนไม่ไหว หรือได้รับการรักษาแบบประคับประคองแล้วไม่ได้ผล

ปัญหาที่พบบ่อยในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดตั้งแต่ในระยะแรกจนกระทั่ง 3 เดือนหลังผ่าตัดคือ ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม ร้อยละ 30 (Hakkinen & Ylinen, 2003) เนื่องจากในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคงมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่างๆ ยังไม่สามารถทำได้เต็มที่ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว

ร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่สามารถจัดการตนเองอันเกิดจากความไม่มั่นใจในความรู้และทักษะในการจัดการตนเองว่าสามารถจะทำกิจกรรมต่างๆได้มากนักน้อยเพียงใดหรือมีข้อห้ามหรือข้อจำกัดในการทำกิจกรรมใดบ้างซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Ann-Christin johansson, 2010) พบว่า ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคงขาดทักษะในการจัดการตนเอง เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรมทางกาย รวมถึงการจัดการกับอาการปวดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง พบว่าในระยะหลังผ่าตัดในช่วง 1 สัปดาห์แรก-1 เดือนหลังผ่าตัด ในระยะนี้ผู้ป่วยมีความพร้อม และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองทั้งด้านการเคลื่อนไหว และการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Mayer et al., 1989) ในระยะนี้อาการปวดแผลลดลง ร่างกายเริ่มกลับมาทำงานได้ตามปกติ แต่ยังไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ อาทิเช่น การเดินทาง การกลับไปประกอบอาชีพตามบทบาทหน้าที่ การเข้าสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และยังคงมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีอาการปวดเสียวร้าวลงที่ขา อันเนื่องจากพยาธิสภาพจากการได้รับการผ่าตัด รากประสาทไขสันหลังได้รับบาดเจ็บในระหว่างการผ่าตัด และกล้ามเนื้อหลังยังไม่แข็งแรงพอที่จะพยุงกระดูกสันหลังได้ (Datta et al., 2004) ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะที่ผู้ป่วยจะต้องมีการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจที่จะปฏิบัติ บางรายเกิดความกลัวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการที่จะต้องทำกิจกรรมด้วยตนเอง (kristin & Archer, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ (กานดา กาญจนโพธิ์, 2552), ภาวะโรคร่วม (Aalto et al., 2006), อาการซีมีเศร้าว (Aalto et al., 2006), การจัดการตนเอง (Kawi, 2014a), ความวิตกกังวลหรือกลัวการเคลื่อนไหว (Archer, Seebach, Mathis, Riley, & Wegener, 2014; den & Oostendorp, 2006; kristin & Archer, 2011), ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง (Hebert, Marcus, Koppenhaver, & Fritz, 2010; Mustafa & Aysegul, 2005), ความปวด (Abbott, Tyni-Lenné, & Hedlund, 2010b; Hakkinen & Ylinen, 2003; Xia et al., 2008) และความคาดหวังต่อผลการรักษา (Abbott, Hedlund, & Tyni-lennÉ, 2011; Johansson, Linton, Rosenblad, Bergkvist, & Nilsson, 2010) ปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการจัดการตนเอง ส่งผลทำให้ไม่สามารถกลับมาทำกิจกรรมได้ตามปกติ ทั้งนี้ปัจจัยที่สำคัญ คือ การจัดการตนเอง (Kawi, 2014a) โดยพบว่าผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างมักมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามต้องการ ผู้ป่วยยังไม่สามารถจัดการตนเองได้เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวล การจัดการความปวด การจัดการความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง รวมถึงการจัดการตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมดูแล

ตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งยังไม่สามารถทำได้เต็มที่ ถ้าหากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการปวดหลังเรื้อรังที่ได้รับการรักษาทั้งแบบประคับประครองและการรักษาโดยการผ่าตัด ได้รับการส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพจะเร็วขึ้น ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลจะลดลง รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยใช้รูปแบบหลากหลาย อาทิ เช่น การใช้แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะของตนเองส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เร็วและถูกต้องมากขึ้นหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง (สุวคล โกสีย์ไกรนิรมล, 2550) การใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้หลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังเพิ่มมากยิ่งขึ้น (สิริหญิง ศรีสุพรรณ, 2550) และการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดรวดเร็วขึ้นมีความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นในระยะยาว (McGregor, Dore, Morris, Morris, & Jamrozik, 2010) และพบว่ามีการใช้แนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั้งในและต่างประเทศอย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นแนวคิดที่สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์, 2014) โรคข้ออักเสบ (Buszewicz M, 2006; Wainwright, Immins, & Middleton, 2015) และโรคปวดหลังเรื้อรัง (Haas et al., 2005; Toomey, Currie-Murphy, Matthews, & Hurley, 2015; van Hooff et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยมีการนำเอาแนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังไม่มากนัก มีเพียงการศึกษาในต่างประเทศที่มีการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig โดยลักษณะของโปรแกรมจะมุ่งเน้นการปรับการปรับมุมมองและทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ รวมถึงรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นความสามารถในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยที่มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเป็นการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่อง ประกอบด้วยกระบวนการ 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล

หากผู้ป่วยมีความเข้าใจในกระบวนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยก็จะสามารถควบคุมตนเองได้ โดยกระบวนการจัดการตนเอง จะช่วยควบคุมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ได้ รวมถึงจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตตนเอง วิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงสามารถที่จะ

ตัดสินใจในการที่จะลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง กระบวนการจัดการตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการที่จะดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสามารถควบคุมตนเองให้มีการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมในระยะหลังผ่าตัดอีกด้วย (T. Creer, 2002) ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามกระบวนการจัดการตนเองได้สำเร็จ ผู้ป่วยก็จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะหลังผ่าตัดที่เพิ่มมากขึ้น จนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ลดระยะเวลาในการพักฟื้น รวมถึงลดอัตราการเกิดปวดหลังซ้ำในระยะหลังผ่าตัดอีกด้วย

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพหรือไม่
2. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การทำวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังที่เหมาะสมได้นั้น จะต้องอาศัยกระบวนการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดที่ดี ตามแนวคิดของ Creer ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยได้นั้น จะต้องได้รับการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคและแผนปฏิบัติหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง สามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วย

ในระยะฟื้นฟูสภาพ 1 สัปดาห์ – 1 เดือน หลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดหรือมีความบกพร่องในการที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว จะส่งผลทำให้

การทำงานของร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยครอบคลุมถึงการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน การเข้าสังคม และการทำงาน/งานบ้าน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการปวดในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย จะทำให้การทำงานของร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดเป็นการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม (Functional disability) ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว เนื่องจากยังมีผู้ป่วยที่มีความบกพร่องหรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง (Hakkinen & Ylinen, 2003) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังไม่สามารถกลับไปทำกิจกรรมได้ตามปกติทันที ด้วยข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย และบาดเจ็บจากการผ่าตัดทำให้กล้ามเนื้อหลังอ่อนล้าทำให้การทรงตัวและการเคลื่อนไหวเสียสมดุล ไม่สามารถพยุงกระดูกสันหลังให้ทรงตัวอยู่ได้ (ศรัณยา มีชูทรัพย์, 2539) หากมีการนำทฤษฎีการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดี มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีและรวดเร็ว ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การประเมินผล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวได้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะหลังผ่าตัดที่เหมาะสม การปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น รวมถึงการฝึกทักษะการจัดการตนเองได้เหมาะสมกับตนเอง เพื่อที่จะสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติหลังผ่าตัด

แนวคิดการจัดการตนเองของ (T. Creer, 2002) ได้พัฒนาขั้นตอนการจัดการตนเอง โดยสรุปดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่ให้การดูแลร่วมกันตั้งเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้แก่ อาการปวดในระยะหลังผ่าตัดลดลง จนเข้าสู่สภาวะปกติ สามารถกลับไปเดินได้ระยะทางที่เหมาะสมภายใน 2 สัปดาห์ สามารถกลับไปทำงาน/ประกอบอาชีพได้ตามปกติภายใน 1 เดือน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและมีการฟื้นตัวเร็วสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

2. การรวบรวมข้อมูล (Information collection) เป็นการเฝ้าระวังตนเอง (Self-monitoring) โดยประกอบไปด้วยการสังเกตอาการของตนเอง (Self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-record) การเฝ้าระวังตนเองเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมายและจัดการตนเองได้สำเร็จโดยผู้ป่วยจะต้องสังเกตอาการที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำ

กิจกรรมสิ่งสำคัญที่ต้องสังเกตและจดบันทึก ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น บันทึกอาการปวดโดยวัดจากแบบประเมินระดับความปวด (Pain scale) บันทึกระยะเวลาโดยประมาณที่สามารถเดินได้ในแต่ละวัน บันทึกความถี่ของการบริหารกล้ามเนื้อหลัง และบันทึกอาการผิดปกติที่สามารถสังเกตได้

3. การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง โดยการนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับข้อมูลในวันที่ผ่านมา ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการสำคัญของโรคและวิธีการสังเกตตนเอง ได้แก่ เปรียบเทียบระดับความปวดกับวันที่ผ่านมา เปรียบเทียบระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะสามารถเดินได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือกับวันที่ผ่านมา เปรียบเทียบความถี่ของการบริหารกล้ามเนื้อกับเกณฑ์มาตรฐานหรือกับวันที่ผ่านมา และเปรียบเทียบอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

4. การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเอง ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเป็นพื้นฐาน ได้แก่ ถ้าหากมีอาการปวดมากขึ้นขณะปฏิบัติกิจกรรม ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดหรือลดการทำกิจกรรมทางกาย ผู้ป่วยตัดสินใจออกกำลังกายโดยสามารถกำหนดจำนวนครั้งตามความเหมาะสม ผู้ป่วยตัดสินใจเพิ่มระยะทางการเดินในวันถัดไปเมื่อประเมินได้ว่ายังไม่สามารถเดินได้ในระยะทางที่เหมาะสม

5. การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เป็นการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การลงมือปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองในการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และการเดินในระยะทางที่เหมาะสมในระยะหลังผ่าตัด การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและประสบความสำเร็จ

6. การประเมินผล (Self-reaction) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติของตนเองในการจัดการตนเองเพื่อ ควบคุมโรคว่าสามารถควบคุมโรคได้ตามที่ตั้งใจไว้หรือไม่สามารถปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่องที่บ้านด้วยตนเองหรือไม่ ต้องฝึกทักษะเพิ่มหรือไม่ หรือต้องปรึกษาผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเอง

จากแนวคิดการจัดการตนเองจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามกระบวนการที่กำหนดภายใต้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถจัดการตนเองได้ในเรื่องความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัดจนถึงในระยะหลังผ่าตัด ดังนั้น ผู้ป่วยจึงสามารถทำกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ตามปกติ อาทิเช่น

การอาบน้ำ แต่งตัว การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน การเข้าสังคม และการทำงาน/งานบ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

2. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Nonequivalent comparison-groups design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ประชากร ที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอว อายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอวในระดับ L1-S3 ได้แก่ โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน โรคกระดูกสันหลังเลื่อน และโรคกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพ โดยมารับบริการในแผนกหอผู้ป่วยในศัลยกรรมกระดูกและศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

2. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ความสามารถในการทำกิจกรรม

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ความสามารถในการทำกิจกรรม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมและพฤติกรรมของบุคคลในชีวิตประจำวัน เช่น การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน การเข้าสังคม และการทำงาน/งานบ้าน ประเมินได้จากแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม ออสเวสทรี ซึ่งสอดคล้องกับแนวแนวคิดของ Fairbank (2000) และ WHO (1980) โดยครอบคลุมทั้งหมด 10 ด้าน ซึ่งในแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการปวด ได้แก่ ด้านความรุนแรงของอาการปวด ด้านการดูแลตนเอง ด้านการยกของ ด้านการเดิน ด้านการนั่ง ด้านการยืน ด้านการนอน ด้านการทำงาน/งานบ้าน ด้านการเข้าสังคม และด้านการเดินทาง

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวเพื่อให้สามารถจัดการตนเองได้ดีในการปฏิบัติกิจกรรมใน

ชีวิตประจำวันให้ได้ตามปกติ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer (2002) ร่วมกับการให้ความรู้แนะนำผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง ของสถาบันประสาทวิทยา (2550) มีการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทั้งหมด 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 20 – 50 นาที ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1: กิจกรรมการเตรียมความพร้อม และเรียนรู้กระบวนการจัดการตนเองที่ดี (ก่อนผ่าตัด 1 วัน)

- 1) ให้ความรู้แนะนำเรื่อง แนวทางการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมใน ระยะหลังผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย หลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง
- 2) อธิบายการฝึกทักษะการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวม ข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมิน ตนเอง ร่วมกับการรับชมภาพเคลื่อนไหวแสดงสถานการณ์จำลอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจใน กระบวนการจัดการตนเองมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2: กิจกรรมทบทวนความรู้ ไขข้อข้องใจ และปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเอง (หลังผ่าตัด 3 วัน)

- 1) ทบทวนกิจกรรมและเนื้อหาในสมุดคู่มือ ชักถามปัญหาเพื่อความเข้าใจ
- 2) ฝึกทักษะการตั้งเป้าหมาย ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลร่วมกัน ตั้งเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จเป้าหมาย ที่ตั้งไว้
- 3) ฝึกทักษะการรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยจะต้องสังเกตอาการที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำ กิจกรรมสิ่งสำคัญที่ต้องสังเกตและจดบันทึก
- 4) ฝึกทักษะการประมวลและประเมินข้อมูล รวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้นด้วยตนเอง โดยการนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับข้อมูลในวันที่ผ่านมา ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมี ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการสำคัญของโรคและวิธีการสังเกตตนเอง
- 5) ฝึกทักษะการตัดสินใจ ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเป็น พื้นฐาน
- 6) ฝึกทักษะการลงมือปฏิบัติ การลงมือปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองในการ ทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

7) ฝึกทักษะการประเมินตนเอง ประเมินผลการปฏิบัติของตนเองในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ว่าสามารถควบคุมโรคได้ตามที่ตั้งใจไว้หรือไม่ สามารถปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้านด้วยตนเองหรือไม่ ต้องฝึกทักษะเพิ่มหรือไม่

กิจกรรมที่ 3: กิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน (6 วัน หลังผ่าตัด/ก่อนออกจากโรงพยาบาล)

- 1) ทบทวนกิจกรรมและซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น
- 2) ฝึกทักษะการประเมินตนเอง โดยให้ผู้ป่วยประเมินว่าสามารถปฏิบัติบรรลุตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้หรือต้องฝึกปฏิบัติทักษะเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 4: กิจกรรมติดตาม กระตุ้นเตือน อย่างต่อเนื่อง (ติดต่อทางโทรศัพท์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 5 วัน)

กิจกรรมที่ 5: กิจกรรมติดตามต่อเนื่อง และพิสูจน์ตนเอง (วันที่แพทย์นัดตรวจหลังผ่าตัด) โดยผู้ป่วยประเมินตนเองร่วมกับผู้วิจัย และตรวจสอบแบบบันทึกการจัดการตนเอง

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 39-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอวในระดับ L1-S3 ได้แก่ โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน โรคกระดูกสันหลังเลื่อน และโรคกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพ ที่ได้รับการผ่าตัดและพักฟื้นหลังผ่าตัดในแผนกหอผู้ป่วยใน ศัลยกรรมกระดูกและศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลตำรวจ

ระยะฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กระบวนการกลับเข้าสู่สภาวะปกติของร่างกายภายหลังการผ่าตัด ซึ่งการฟื้นตัวนี้ ประกอบด้วยการฟื้นตัวทางด้านร่างกาย (Physical) จิตใจ (psychological) ทางด้านสังคม (social) และการดำเนินชีวิตประจำวัน (habitual phase) ซึ่งการฟื้นตัวสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Early phase) ระยะช่วงสัปดาห์แรกหลังทำผ่าตัด (Intermediate phase) และระยะหลังสัปดาห์แรกถึง 1 เดือน หลังทำผ่าตัด (Late phase) (Allvin, 2009) โดยในงานวิจัยนี้จะเน้นการส่งเสริมการจัดการตนเองหลังผ่าตัดที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสภาพระยะที่ 2 และ 3 (ระยะเวลา 1 สัปดาห์แรก - 1 เดือนหลังผ่าตัด) เนื่องจากในระยะนี้อาการปวดแผลลดลง ร่างกายเริ่มกลับมาทำงานได้ตามปกติ แต่ยังไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวได้รับจากพยาบาลประจำการในการให้การดูแลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา การดูแลแผลผ่าตัด วิธีการใส่ Lumbar support และวิธีการเดินด้วย Walker โดยหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลจากพยาบาลประจำการตามมาตรฐาน

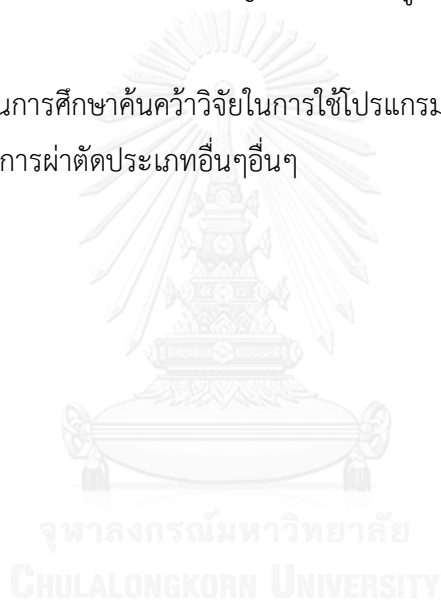
การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว โดยไม่มีกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองในเรื่องของความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านความสามารถในการทำกิจกรรมที่เหมาะสม ทำให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดและทำให้การฟื้นฟูสภาพเป็นไปอย่างรวดเร็ว

2. พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางศัลยกรรมกระดูกอื่นๆที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

3. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยในการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดประเภทอื่นๆ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ให้การดำเนินการวิจัยมีความครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย โดยจะนำเสนอเนื้อหาของเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว
 - 1.1 กายวิภาคศาสตร์ของกระดูกสันหลังส่วนเอว
 - 1.2 โรคกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอว
 - 1.3 สาเหตุการเกิดโรคกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอว
 - 1.4 อาการและอาการแสดงโรคกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอว
 - 1.5 การรักษาโรคกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว
 - 1.6 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว
 - 1.7 การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว
 - 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ
3. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 องค์ประกอบความสามารถในการทำกิจกรรม
 - 3.3 เกณฑ์การประเมินผลความสามารถในการทำกิจกรรม
 - 3.4 การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ
4. แนวคิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ
 - 4.1 ความหมายของแนวคิดการจัดการตนเอง
 - 4.2 แบบประเมินการจัดการตนเอง

- 4.3 กระบวนการจัดการตนเอง
5. โปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย



1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว

1.1 กายวิภาคศาสตร์ของกระดูกสันหลังส่วนเอว (Lumbar vertebra anatomy)

กระดูกสันหลังส่วนเอว (Lumbar spine) ประกอบด้วยกระดูก 5 ชั้น คือ L1-L5 ซึ่งกระดูก L1 จะต่อกับกระดูก T1 และกระดูก L5 จะเชื่อมต่อกับกระดูก Sacrum กระดูกสันหลังส่วนเอว (Lumbar spine) แต่ละอัน มีส่วนต่างๆ คือ Vertebral body, lamina, pedicle, spinous process, transverse process, superior articular process, inferior articular process และ pars interarticularis ได้แก่

1. Vertebral body เป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุด อยู่ด้านหน้า และเป็นส่วนที่รับน้ำหนักมากที่สุด
2. Lamina เป็นส่วนที่อยู่ด้านหลังต่อ thecal sac จะทำหน้าที่เป็นเหมือนหลังคาของโพรงกระดูกสันหลัง (Spinal canal)
3. Pedicle เป็นส่วนที่อยู่ด้านข้างของโพรงกระดูกสันหลัง (spinal canal) ในกระดูกสันหลังแต่ละอันจะมี pedicle 2 อัน ซึ่งเป็นส่วนที่เชื่อมระหว่าง vertebral body กับ lamina
4. Spinous process เป็นส่วนที่ยื่นต่อจากด้านหลังของ Lamina
5. Transverse process เป็นส่วนที่ยื่นต่อไปทางด้านข้างที่ตำแหน่งรอยต่อระหว่าง pedicle กับ lamina
6. Superior articular process เป็นส่วนที่ยื่นต่อไปทางด้านบนที่ตำแหน่งรอยต่อระหว่าง pedicle กับ lamina
7. Inferior articular process เป็นส่วนที่ยื่นต่อไปทางด้านล่างที่ตำแหน่งรอยต่อระหว่าง pedicle กับ lamina โดย inferior articular process ของกระดูกอันบนร่วมกับ superior articular process ของกระดูกอันล่างรวมกันเป็น facet joint
8. Pars interarticularis เป็นส่วนที่เชื่อมระหว่าง superior กับ Inferior articular process ของกระดูกอันเดียวกัน ซึ่งถ้ามีการหักของ pars interarticularis เรียกว่า Spondylolysis ถ้ามีการเคลื่อนของกระดูกสันหลังร่วมด้วย เรียกว่า spondylolisthesis

กระดูกสันหลังระดับบั้นเอวเป็นกระดูกที่ช่วยรองรับน้ำหนักของร่างกาย และช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกายในเกือบทุกท่าทาง ซึ่งจะเป็นท่าทางที่ต้องแบกรับน้ำหนักและต้องทำซ้ำๆ ต่อเนื่อง ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุให้พบโรคจากกระดูกสันหลังส่วนนี้มากที่สุด

1.2 โรคกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอว

พยาธิสภาพมากมายที่ทำให้เกิดการกดทับรากประสาทส่วนเอวในที่นี่จะกล่าวถึงโรคที่ทำการรักษาโดยการผ่าตัด Laminectomy บ่อยๆ ได้แก่ (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2554)

1.2.1 โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Degenerative lumbar spinal stenosis) โรคที่เป็นผลมาจากการเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลัง เมื่ออายุมากขึ้น หมอนรองกระดูกสันหลัง (intervertebral disc) จะเริ่มเสื่อม จนเกิดการเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ (dysfunctional phase) เกิดการหลวมหรือไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง (instability phase) ร่างกายจึงพยายามทำให้กระดูกสันหลังมั่นคงขึ้น (stabilization phase) โดยการเกิดกระดูกงอก(Osteophytes) ตามข้อต่อต่างๆ เกิดการหนาตัวของ ligaments ซึ่ง ligament ที่หนาตัวขึ้นจะไปกดเบียดทำให้ central canal และ lateral canal แคบลง dural sac และ nerve root ที่ถูกกดจะมีผลให้ ผู้ป่วยมีอาการปวดหนักๆบริเวณบั้นท้าย สะโพก ร้าวลงขา บางคนอาจมีอาการชา และอ่อนแรง และที่รุนแรงที่สุดก็อาจเกิดการกลืนอุจจาระ และปัสสาวะลำบาก ที่เรียกว่า Cauda equine compression syndrome

1.2.2 โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (Lumbar disc herniation)

เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลัง annulus fibrosus ที่ฉีกขาดจะทำให้ nucleus pulposus เคลื่อนออกมาตามรอยแตก อาจกดทับรากประสาทที่ทอดผ่านได้ อาการปวดเอวร้าวลงขาอาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันอาจมีอาการชา อ่อนแรง อุจจาระ และปัสสาวะลำบากได้เช่นกัน การผ่าตัด Laminectomy กระทำเพื่อให้แพทย์เข้าไปหา nerve root และ disc ที่เคลื่อน (herniated) มากดทับและทำการตัด disc ออก(discectomy) หากผู้ป่วยมีอาการปวดร้าวลงขาข้างเดียว แพทย์อาจทำการผ่าตัดเปิด lamina ด้านเดียว(hemilaminectomy หรือ foraminotomy) หากเกิด central herniation หรือ cauda equine syndrome อาจต้องทำการเปิด lamina ทั้ง 2 ด้าน

1.2.3 โรคกระดูกสันหลังเลื่อน (Lumbar spondylolisthesis)

เป็นโรคที่เกิดจากการเลื่อนของกระดูกสันหลังปล้องหนึ่งบนกระดูกสันหลังอีกปล้องหนึ่ง ทำให้ spinal canal ตีบแคบลง เกิดการกดเบียดรากประสาท สาเหตุของการเลื่อนของกระดูกสันหลังซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยวัยกลางคนหรือสูงอายุ คือการเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลัง ซึ่งผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดเอว และปวดร้าวลงขา ข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง อาการชา และอ่อนแรงพบได้บ่อย การรักษาโดยการผ่าตัดมักพิจารณาผ่าตัดเชื่อมข้อ(fusion) ร่วมด้วย เนื่องจากโรคนี้มักทำให้เกิดความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง(spinal instability)

1.2.4 โรคกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพ (Spondylolysis)

เป็นการเสื่อมสภาพของหมอนรองกระดูกสันหลังที่เกิดอย่างต่อเนื่องที่มีการขาดหายของส่วนที่เรียกว่า พาร์สอินเตอร์อาร์ทิคูลาริส (pars interarticulars) ที่อยู่ระหว่างซุฟพีเรียร์อาร์ทิคูลาร์ โพรเซส (superior articular process) และอินฟีเรียร์อาร์ทิคูลาร์ โพรเซส (Inferior articular process) ซึ่งอาจจะทำให้เกิดอาการปวดเป็นพักๆได้บ่อย (ธวัช ประสาทฤทธา, 2543)

1.3 สาเหตุการเกิดโรคกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอว

1.3.1 เกิดจากความเสื่อมของข้อต่อกระดูกสันหลังและเอ็นในบริเวณนั้น เมื่อกระดูกเกิดการเสื่อมมากขึ้น ส่งผลให้มีการกดทับเส้นประสาทไขสันหลังจึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดและชาตามมา

1.3.2 อุบัติเหตุ หรือโรคของกระดูกบางอย่าง เช่น การแตกหักของกระดูกสันหลังจากแรงกระแทกหรืออุบัติเหตุ ทำให้เส้นประสาทไขสันหลังได้รับความกระทบกระเทือนหรือมีการกดทับเส้นประสาท ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดอย่างรุนแรง หรือมีการเกิดกระดูกงอกในโรคกระดูกสันหลังตีบแคบ ทำให้มีการกดเบียดเส้นประสาท

1.3.3 ผู้ที่ใช้กระดูกสันหลังมาอย่างหนักเป็นประจำ ผู้ที่ต้องยกของหนัก ผู้ที่ต้องก้มๆเงยๆ อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่อยู่กับเครื่องจักรที่มีการสั่นสะเทือน หรือผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นต้น

1.3.4 เพศ มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมักมีการใช้แรงงานที่เกี่ยวข้องกับการยก แบก หามสิ่งของที่มีน้ำหนักมาก ทำให้อัตราการเกิดโรคกระดูกสันหลังเสื่อมมากกว่าเพศหญิง

1.4 อาการและอาการแสดงของโรคกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอว

1.4.1 มีอาการปวดบริเวณสะโพกร้าวลงมาขา เป็นข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง จะมีอาการปวดเวลาเดิน บางรายลงน้ำหนักขาข้างที่ปวดไม่ได้ ถ้าลงน้ำหนักจะปวดลงขาทันที

1.4.2 ปวดขาและสะโพกเมื่อเดินติดต่อกัน บางคนปวดตั้งแต่ลิบก้าวที่เริ่มเดิน ยิ่งเดินยิ่งมีอาการปวดขาจนต้องหยุดพักเป็นระยะๆ

1.4.3 มีความรู้สึกเท้าและขาชา โดยเฉพาะเวลาเดินหรือยืนนานๆ

1.4.4 มีอาการขาอ่อนแรงเดินกะเผลกให้เห็น ยิ่งเดินยิ่งอ่อนแรงมากขึ้น จนในที่สุดต้องหยุดพักในบางรายอ่อนแรงอย่างถาวร

1.4.5 ผู้ป่วยที่มีอาการมากจะนอนราบไม่ได้ ผู้ป่วยบางรายต้องนอนตะแคง เพราะเป็นท่านอนที่ผู้ป่วยมีอาการปวดน้อยที่สุด

1.5 การรักษาโรคกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว

การรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการปวด และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเองตามปกติให้มากที่สุด โดยแบ่งการรักษาออกเป็น 2 วิธี คือ การผ่าตัดและการไม่ผ่าตัด โดยการรักษาไม่ผ่าตัดประกอบด้วยการรักษาด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ส่วนการรักษาด้วยการผ่าตัดจะใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีการกดทับเส้นประสาทรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมการทำงานของระบบปัสสาวะ และอุจจาระได้ มีอาการปวดและขาอ่อนแรงจนไม่สามารถทำงานได้ และล้มเหลวจากการรักษาโดยการไม่ผ่าตัด อย่างน้อย 3-6 เดือน (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2554) มีการรักษาดังต่อไปนี้

1.5.1 การรักษาโดยการผ่าตัด

การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว (Lumbar Laminectomy) เป็นการผ่าตัดระบายความกดดัน (decompressive procedure) ภายในช่องกระดูกสันหลังส่วนเอว พยาธิสภาพใดๆก็ตามที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะช่องกระดูกสันหลัง (spinal canal) ตีบแคบลง จะทำให้เกิดการกดทับรากประสาทส่วนเอว (Lumbar nerve root) ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดเอว หรือปวดร้าวลงขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง อาจเกิดอาการชา, กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือคลื่นอุจจาระ-ปัสสาวะลำบาก โดยรวมจะทำให้เกิดการกดเบียดรากประสาท การผ่าตัด Laminectomy จะทำเพื่อผ่าตัดเอาพยาธิสภาพเหล่านี้ออกไป ลดการกดเบียดรากประสาท (McGregor & Burton, 2007) ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด Lumbar Laminectomy (Surgical indication) โรคของกระดูกสันหลังส่วนเอวส่วนใหญ่ โดยเฉพาะความเสื่อม (Lumbar spondylosis) มักรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด เช่น การให้ยา, การทำกายภาพบำบัด, การใช้เครื่องพยุงหลัง, การฉีดยาแก้อักเสบเฉพาะที่, การฝังเข็ม, การดึงหลัง เป็นต้น การรักษาโดยการผ่าตัดจะใช้ในกรณี ดังนี้ (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2554)

1) การกดทับรากประสาทรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมการทำงานของระบบปัสสาวะ และอุจจาระได้ (bowel – bladder dysfunction) หรือที่เรียกว่า cauda equine compression syndrome

2) เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรงและรวดเร็วมาก รวมทั้งอาการชาด้วย (progressive neurological deficit)

3) ล้มเหลวจากการรักษาโดยการไม่ผ่าตัด อย่างน้อย 3-6 เดือน (failure of nonoperative treatment)

4) อาการปวดรุนแรงจนไม่สามารถทำงาน หรือดำรงชีวิตประจำวันได้

โดยเทคนิคการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว (Technique of surgical decompression) แบ่งเป็น 2 วิธี ได้แก่

1) การทำผ่าตัดด้วยวิธีลดการกดทับ (Decompression procedures) โดยไม่ทำการเชื่อมปล้องกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดเพื่อลดแรงกดที่เส้นประสาทไขสันหลัง ได้แก่ การทำ Laminectomy เป็นการผ่าตัดเอา Laminae ออก แต่บางครั้งอาจต้องตัดเอ็นสีเหลือง (Ligamentum flavum), ข้อฟาเซต (Facet joint) หรือปุ่มกระดูกที่ยื่นมากกดทับเส้นประสาทออกด้วย สิ่งเหล่านี้จะไปกดทับเส้นประสาทและทำให้มีอาการปวด การผ่าตัดชนิดนี้ให้ผลดีมากสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังตีบแคบ (Spinal stenosis) (Best, 2002) ในผู้ป่วยที่มีความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลังจะต้องใส่สกรูร่วมด้วย (Resnick et al., 2005)

2) การทำผ่าตัดลดการกดทับร่วมกับเชื่อมกระดูกสันหลัง (Stabilization procedures) เป็นวิธีการสร้างความมั่นคงให้กระดูกสันหลัง ได้แก่ การทำ Spinal fusion เป็นการใส่เหล็กตามหรือยึดกระดูกสันหลัง โดยทำหลังจากผ่าตัดแบบ Decompression discectomy ซึ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังเสื่อมมีวิธีนี้มาก โดยจะช่วยให้กระดูกสันหลังตรงอยู่ในแนวเดิมและเหล็กที่ตามไว้จะช่วยป้องกันการเคลื่อนที่ของกระดูกสันหลัง ลดอาการปวด และลดภาวะแทรกซ้อนจากการกดทับเส้นประสาท เช่น อาการขาชาหรืออ่อนแรงโลหะที่ใช้ในการยึดกระดูกสันหลัง (Spinal instrumentation) ได้แก่ สกรู (Screw) โดยจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงให้แก่กระดูกสันหลังโดยจะใส่ Screw เข้าไปใน Pedicles ของกระดูกสันหลังแล้วยึดติดด้วยแท่งโลหะ (Rod) เมื่อกระดูกที่ปลุกถ่ายเอาไว้ติดดีแล้ว (Bone graft) ติดดีแล้วโดยใช้เวลา 3-6 เดือน โลหะก็จะมีหน้าที่อีกต่อไปและจะไม่มีการผ่าตัดเอาโลหะที่ตามไว้ ออก ซึ่ง ปัจจุบันแพทย์นิยมทำการผ่าตัดแบบ Spinal fusion เนื่องจากการผ่าตัดเพื่อเชื่อมกระดูกสันหลังปล้องที่เคลื่อนที่ไป ซึ่งอาจต้องทำร่วมกับการผ่าตัด Laminectomy ซึ่งเป็นการตัดเอาส่วนที่ทับเส้นประสาทออก การผ่าตัดแบบ Spinal fusion สามารถทำได้หลายแบบ แต่แบบที่นิยมกันมากที่สุด คือ Posterolateral spinal fusion

การรักษาโดยการผ่าตัดอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ตามมาได้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในด้านต่างๆ หากผู้ป่วยไม่ได้มีทักษะ การดูแลตนเองที่เหมาะสมก็จะส่งผลให้ผลกระทบต่อผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

1.5.2 การรักษาโดยการไม่ผ่าตัด ได้แก่

1.5.2.1 การรักษาด้วยการใช้ยา

เนื่องจากอาการปวดที่เกิดจากความผิดปกติของกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวส่วนมากเกิดจากการกดทับและเกิดการอักเสบรอบๆ เส้นประสาทที่ถูกกดทับ ดังนั้นยาที่ใช้ในการลดอาการปวดส่วนมากจะเป็นยาที่ลดการอักเสบและการกดทับเส้นประสาท (Neurostabilized drug) นอกจากนี้ยังมีการใช้กลุ่มยาฉีด Steroid ฉีดเข้าไปบริเวณรอบๆ เส้นประสาทกระดูกสันหลังส่วนเอวที่ถูกกดทับเพื่อลดอาการปวด เป็นการรักษาแบบประคับประคอง สามารถบรรเทาอาการปวด

ในช่วง 6 สัปดาห์แรก ซึ่งผู้ป่วยสามารถที่จะมีอาการดีขึ้นได้ โดยการจำกัดการทำกิจกรรมและหยุดกิจกรรมหนักๆ การปรับพฤติกรรมและการออกกำลังกาย

1.5.2.2 การรักษาโดยการไม่ใช้ยา

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังร้าวลงขาควรได้รับคำแนะนำให้นอนพักร่วมกับการรับประทานยาบรรเทาอาการปวด และควรเริ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ท่าทางหรือการมีอิริยาบถที่ถูกต้องในการทำกิจวัตรประจำวัน (Nordin, Balague, & Cedraschi, 2006) ได้แก่ การไม่อยู่ในท่าทางหรืออิริยาบถเดิมนานๆ เกิน 20 นาที เวลานั่งควรนั่งพิงพนักเก้าอี้หรือมีที่ดันหลังส่วนเอว (Lumbar support) เพื่อให้น้ำหนักตัวส่งผ่านไปที่เก้าอี้และแรงกดลงบนหมอนรองกระดูกสันหลังและช่วยลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อและลดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ หากต้องนั่งติดต่อกันเป็นระยะเวลาเวลานานควรลุกขึ้นยืนหรือเหยียดลำตัวสลับกับการนั่งการควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกินมาตรฐานเพื่อลดความเสี่ยงที่จะทำให้กระดูกสันหลังได้รับบาดเจ็บ (Harvey, 2005) การงดสูบบุหรี่เนื่องจากจะทำให้เกิดความเสื่อมสภาพของหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวได้เร็วขึ้น และการหลีกเลี่ยงอาชีพที่จะต้องขุดเจาะหรือทำงานที่มีการสั่นสะเทือนเป็นระยะเวลานานหรืออาชีพที่ต้องก้มหลังหรือยกของหนักเป็นประจำ หรือถ้าหากหลีกเลี่ยงไม่ได้ก็ควรมีการเรียนรู้ท่าทางที่เหมาะสมในการทำงาน (Greenwood, McGregor, Jones, & Hurley, 2015)

การผ่าตัดกระดูกสันหลังแต่ละชนิดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยไม่มากนักน้อย (Abbott, Tyni-Lenné, & Hedlund, 2010a) ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและความผิดปกติของโรคพญาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย การดูแลและการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องหลังผ่าตัด รวมถึงทักษะและประสบการณ์ของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด (อำนาจ อุณนะนันท์, 2543)

1.6 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว

ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่

1.6.1 อาการปวดที่รุนแรง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังบางรายจะยังคงมีอาการปวดอยู่ในระยะหลังผ่าตัด 3 เดือน พบระดับความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 (den & Oostendorp, 2006; Hasenbring, Plaas, Fischbein, & Willburger, 2006) บางรายยังพบว่ามีอาการ Sciatica pain ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพการกดทับเส้นประสาท ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความปวดเรื้อรังส่งผลยังด้านจิตใจด้วย หลายการศึกษาพบว่าความปวดส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและพฤติกรรม การดูแลตนเอง

1.6.2 ข้อหลอก (Pseudarthrosis) การที่กระดูกหรือเนื้อเยื่อที่ปลูกถ่ายไว้ (Graft) ไม่เชื่อมติดกับตัว (Body) ของกระดูกสันหลัง ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อทำได้น้อยลง ซึ่งอาจเกิดการกดทับประสาทไขสันหลังทำให้เกิดอาการปวด และทำให้ต้องเข้าไปทำผ่าตัดเชื่อมข้อใหม่ ความ

เสี่ยงของการเกิดข้อหลอกขึ้นอยู่กับความเพียงพอของการใช้เครื่องพุงหลังในการที่จะพุงแนวกระดูกสันหลังให้อยู่กับที่ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายละเอียดต่อการใส่เสื้อพุงหลัง (Feingold, Peck, Reinsma, & Ruda, 1991) และมักจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีอายุมาก และมีประวัติสูบบุหรี่ ก็จะทำให้มีโอกาสเกิดข้อหลอกมากยิ่งขึ้น

1.6.3 เกิดการเคลื่อนหรือการหลวมของสกรูที่ยึดกระดูกไว้ ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวกระดูกสันหลังมากเกินไปก่อนที่จะมีการสร้างกระดูกขึ้นใหม่ ทำให้การเชื่อมติดของกระดูกไม่ดี หรือในผู้ป่วยที่มีอายุมากทำให้มีการเชื่อมติดของกระดูกเป็นไปได้ยากขึ้น ซึ่งจะทำให้การเชื่อมติดกันของกระดูกล่าช้า อาจเกิดอาการปวดและกระดูกสันหลังผิดรูปได้

1.6.4 กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อติดแข็ง เกิดจากที่ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหลัง ผ่าตัดให้นอนบนเตียงนานๆ และพลิกตะแคงตัวอย่างมีข้อจำกัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยกล้าเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลทำให้กล้ามเนื้อหยุดพักการใช้งาน กล้ามเนื้อจะเริ่มฝ่อลีบ อ่อนล้า ทำให้การทรงตัวและการเคลื่อนไหวเสียสมดุลไป ส่วนข้อเข่าเมื่อมีการจำกัดการเคลื่อนไหว ก็จะทำให้เอ็นยึดข้อและเยื่อหุ้มข้อหดสั้นเข้า เขยียดและงอเข่าได้น้อยลง

1.6.5 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยา ส่วนมากแล้วมักเกิดจากโรคเดิมก่อนการผ่าตัด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักจะได้รับยาในกลุ่ม Anticoagulant ซึ่งจะทำให้เสียเลือดมากในขณะผ่าตัดและยังทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดก้อนเลือดคั่ง (Hematoma) ที่บริเวณแผลผ่าตัดหลัง โดยควรแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดยาในกลุ่มนี้ประมาณ 5-7 วันก่อนการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น (อำนาจ อุณนะนันท์, 2543)

1.6.6 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการดมยาสลบ เนื่องจากการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวจะทำการผ่าตัดในท่านอนคว่ำและต้องใช้เวลาในการผ่าตัดหลายชั่วโมง หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีอาการสับสน ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังจากได้รับการดมยาสลบ

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นเหล่านี้ จะส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องหรือข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางอย่างที่แตกต่างกันไปในแต่ละระยะของการฟื้นฟูสภาพ

1.7 การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว

ระยะฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กระบวนการกลับเข้าสู่สภาวะปกติของร่างกายภายหลังการผ่าตัด ซึ่งการฟื้นตัวนี้สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Early phase) ระยะช่วงสัปดาห์แรกหลังทำผ่าตัด (Intermediate phase) และระยะหลังสัปดาห์แรกถึง 1 เดือน หลังทำ

ผ่าตัด (Late phase) (Allvin, 2009) ซึ่งครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย มิติด้านจิตใจ มิติด้านสังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยครอบคลุมการดูแลในด้านต่างๆ (Poppert & Kulig, 2013) ดังนี้

1.7.1 การดูแลด้านจิตสังคม พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังมีความวิตกกังวลหรือกลัวการเคลื่อนไหวร่างกาย รวมถึงการมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลเกี่ยวกับความสามารถต่อการทำกิจกรรมต่างๆ เก่งว่าจะไม่สามารถกลับไปทำงานประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม (den & Oostendorp, 2006; Nordin, Welser, Campello, & Pietrek, 2002) ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง หลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะต้องมีการกลับไปพักฟื้นที่บ้าน 3-6 เดือน หลังผ่าตัด ซึ่งในขณะนี้ในช่วงที่ร่างกายมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดจึงส่งผลต่อการจำกัดการทำกิจกรรมของผู้ป่วยได้ (อานวย อุณนชนันท์, 2543) ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการส่งเสริมและให้คำแนะนำจากพยาบาล เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตสังคมตามมา ได้แก่

1.7.2 การจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล (Nordin et al., 2002) ความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์บางอย่างที่มาคุกคามต่อชีวิตของบุคคลนั้น ซึ่งแต่ละบุคคลก็จะมี การตอบสนองที่แตกต่างกันไป โดยสามารถจัดการกับความเครียดได้หลากหลายวิธี อาทิ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น การออกกำลังกายหรือการบริหารร่างกาย การหาข้อมูลในเรื่องที่มีความสงสัยหรือเกิดข้อข้องใจ เพื่อยืนยันความคิดที่ถูกต้อง ก็จะทำให้คลายความวิตกกังวลลงได้ (Nielsen, Jørgensen, Dahl, Pedersen, & Tønnesen, 2010) รวมถึงมีการพูดคุยกับบุคลากรทางได้สุขภาพ แพทย์ พยาบาล เพื่อจะได้มีการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสมในระยะฟื้นฟูสภาพหลังได้รับการผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็ว

1.7.3 การยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะมีความต้องการการยอมรับในภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปหลังผ่าตัด (กมลวรรณ หอมมาน, 2547) เช่น การเดินได้ช้าลง การที่ต้องใส่เสื้อพยุงหลังและการใช้ไม้ค้ำยันในการช่วยเดิน โดยผู้ป่วยจะต้องมีการปฏิบัติตัวโดยการยอมรับถึงสภาพความเจ็บป่วยและการรักษาที่ตนเองได้รับ (Nordin et al., 2002) และพยายามบอกตัวเองว่าการรักษานี้เป็นการรักษาชั่วคราวเมื่อกระดูกติดดีแล้ว ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการดีขึ้นและไม่ต้องใส่เสื้อพยุงหลังและใช้ไม้เท้าช่วยเดินอีกต่อไป และการพบปะพูดคุยกับบุคคลหรือผู้ป่วยคนอื่นๆ เพื่อให้ได้มีการระบายความรู้สึกและมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ถ้าหากมีความวิตกกังวลหรือเกิดความเครียดมากขึ้น ก็ควรใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจต่างๆ เช่น การดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ รวมไปถึงการหาวิธีการจัดการตนเอง (Self-

management) และการคิดบวก ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคลายความวิตกกังวลและมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว

1.7.3.1 การดูแลด้านร่างกาย ได้แก่

1) การรับประทานอาหาร อาหารที่ผู้ป่วยควรจะได้รับอย่างเพียงพอและได้รับครบทั้ง 5 หมู่ และควรงดอาหารจำพวกชา กาแฟ งดสูบบุหรี่ โดยควรเน้นอาหารที่มีแคลเซียม โปรตีน วิตามินซีสูง โดยอาหารที่มีแคลเซียมสูงจะไปช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก ควรได้รับวันละ 400-500 มิลลิกรัมต่อวัน วิตามินซีจะช่วยให้เซลล์ต่างๆเชื่อมติดกัน ส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดควรได้รับวิตามินซี 30 มิลลิกรัมต่อวัน และสารอาหารที่มีโปรตีนสูงจะช่วยเสริมสร้างส่วนที่สึกหรอในร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดควรรับประทานโปรตีนวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

2) การรับประทานยา ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมักจะมีอาการปวดอยู่ โดยกา รับประทานยาบรรเทาปวดจะต้องอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล และยังคงต้องรับประทานยาปฏิชีวนะในระยะแรกเพื่อบรรเทาอาการอักเสบของเนื้อเยื่อ (Nordin et al., 2002)

3) การพักผ่อนและการทำกิจกรรม ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมักจะมีอาการปวดอยู่จึงควรให้นอนพักไปจนกว่าอาการปวดจะลดลง จึงเริ่มทำกิจกรรมเบาๆได้ เช่น การนั่งหลังตรง การเดิน ไปจนกระทั่งถึงกิจกรรมหนักปานกลาง งดการทำงานหนักในช่วง 3 เดือนหลังผ่าตัดเพื่อให้ร่างกายสามารถฟื้นตัวได้อย่างเต็มที่ และควรมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ (Nordin et al., 2002)

4) ท่าทางการเคลื่อนไหวและกิจกรรมหลังผ่าตัด ในช่วงระยะ 3 เดือนแรก หลังผ่าตัดผู้ป่วยควรมีการจัดท่าทางหรือการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ควรงดการบิดลำตัว แอ่นเอว โค้งงอหลัง เพราะอาจจะทำให้กระดูกสันหลังผิดรูปได้ และจะเกิดความผิดปกติของกระดูกสันหลัง เส้นประสาทและบริเวณแผลผ่าตัด และอาจจะทำให้มีอาการปวดมากขึ้น(Nordin et al., 2002)

5) การออกกำลังกาย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดควรมีการบริหารกล้ามเนื้อหลังและข้อต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมให้กระดูกติดเร็วขึ้น ทำบริหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ได้แก่ การบริหารหลังโดยการงอหรือเหยียดหลัง(Mannion, Denzler, Dvorak, Müntener, & Grob, 2007) แต่ถ้าหากยังมีอาการปวดอยู่ต้องงดการออกกำลังกายจนกว่าอาการปวดจะดีขึ้น(Nordin et al., 2002) การออกกำลังกายแบบ Isometric Exercise ควรทำอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อ และป้องกันความเสื่อมของหมอนรองกระดูก (พีระชัย ดำรงวานิช, 2552)

6) การสังเกตอาการที่ผิดปกติ โดยควรสังเกตบริเวณบาดแผลว่ามีอาการปวด บวม แดง ร้อน มีไข้ มีหนองไหลหรือไม่ หลังการทำกิจกรรมต่างๆ มีอาการปวดมากขึ้น กระตุก สันหลังผิดปกติ ถ้าหากมีอาการเหล่านี้ควรรีบมาพบแพทย์ เนื่องจากบาดแผลอาจจะมีการติดเชื้อ หรือมีการเคลื่อนของอุปกรณ์ที่ใส่พยางหลังขณะผ่าตัด(กมลวรรณ หอมนาน, 2547)

7) การมาตรวจตามนัด ควรมาตรวจตามนัดหลังผ่าตัดทุกครั้งเพื่อประเมินอาการหลังผ่าตัด นอกจากนี้ในระหว่างการพักฟื้นผู้ป่วยยังต้องมีการฝึกเดิน และควรมีการเฝ้าระวังและติดตามอาการของตนเองพร้อมทั้งบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น มีอาการปวดหลังมากขึ้น ปวดขาขา เดินไม่ได้ และควรมีข้อจำกัดเมื่อมีอาการปวดหลังหรือปวดขามากขึ้น (Nordin et al., 2002)

1.7.4 การฟื้นฟูสภาพมีจุดมุ่งหมาย 4 ประการ ได้แก่

1.8.4.1 เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะ หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายที่ยังปกติให้ความสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เหมือนเดิมมากที่สุด

1.8.4.2 เพื่อป้องกันอวัยวะ หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บไม่ให้เสื่อมสลายมากยิ่งขึ้น หรือเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและทนทานต่อกล้ามเนื้อ

1.8.4.3 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น กล้ามเนื้อลีบฝ่อ ข้อติดแข็ง เป็นต้น และเร่งให้กระดูกติดเร็วขึ้น

1.8.4.4 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถช่วยเหลือตนเองโดยอิสระ โดยสามารถลุกเดินได้โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (นันทยา เสนีย์, 2554)

ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาในระยะฟื้นฟูสภาพตั้งแต่การฟื้นตัวระยะกลาง (Intermediate phase) ไปจนกระทั่งถึงการฟื้นตัวในระยะท้าย (Late phase) ซึ่งจะต้องให้การพยาบาลที่มีความเหมาะสม รวมทั้งผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมจัดการตนเองตนเอง และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องจึงจะส่งผลต่อผลการรักษาในระยะต่อไป

1.8 การพยาบาลและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

1.8.1 การพยาบาลและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Early phase) ในระยะนี้ผู้ป่วยยังจะต้องถูกจำกัดให้นอนอยู่บนเตียงตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยยังไม่สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด กิจกรรมต่างๆ ยังต้องมีการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เช่น การพลิกตะแคงตัวให้อยู่ในแนวตรง การจัดการกับ

ความเจ็บปวดด้วยตนเอง รวมถึงการจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะนี้ โดยมีการให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมดังต่อไปนี้

- 1) ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง จนกว่าจะกลับสู่สภาวะปกติ จึงเปลี่ยนเป็นการตรวจวัดทุก 12 ชั่วโมง สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ระดับการปวดแผล อาการชาและอ่อนแรงของแขน-ขา (พีระชัย คำรงวานิช, 2552)
- 2) ประเมินระดับความเจ็บปวดทุก 8 ชั่วโมง พร้อมบันทึก และให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา
- 3) เมื่อแพทย์นำท่อระบายเลือดที่ตักค้างออก ประเมินแผลผ่าตัด ถ้าเปื่อยกและ หรือสกปรก เปลี่ยน dressing โดยวิธี Aseptic technique
- 4) ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามใดๆ ในการขึ้น-ลงเตียง มี 2 ท่า คือ ใช้ด้านหน้า และด้านหลังอนุญาตให้ลุกจากเตียงได้โดยพยาบาลช่วยแนะนำวิธีที่ถูกต้อง ในรายที่แพทย์ให้ใส่อุปกรณ์พยุงหลังควรสวมใส่อุปกรณ์ทุกครั้งที่ถูก นั่ง ยืนหรือเดิน (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2551)
- 5) ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัวได้ และควรพลิกตะแคงตัวเองแบบพอนซุง เพื่อให้กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง โดยพลิกเป็นท่านอนตะแคงซ้ายและขวาสลับกับการนอนราบทุก 2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถพลิกตัวเองได้ให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพช่วยในส่วนที่ตัวเองไม่ได้
- 6) ผู้ป่วยผ่าตัดบริเวณเอวหลีกเลี่ยงการนั่ง ยกเว้น เวลาขยับถ่าย ให้นั่งบนโถร่วม
- 7) นอนรับประทานอาหารบนเตียง โดยตะแคงข้าง ให้มือข้างที่ถนัดอยู่ด้านบน เพื่อตักอาหารเข้าปากได้สะดวก ให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด เช่น การลุกจากเตียง การรับประทานอาหาร เป็นต้น
- 8) ปัสสาวะไม่ออก ใช้ความเย็นหรือกดหน้าท้องเบาๆ พิจารณาสวนทิ้งเป็นครั้งคราว และรายงานแพทย์ทราบ
- 9) ประเมินอาการท้องผูก โดยแนะนำให้รับประทานผัก ผลไม้ที่มีกากใยและดื่มน้ำมากๆ กรณีไม่มีข้อห้าม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการขับถ่าย

1.8.2 การพยาบาลและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด (Intermediate phase) ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มสามารถเคลื่อนไหวและลุกเดินได้ด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ และปฏิบัติกิจกรรมด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากในระยะนี้กระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด ยังไม่เชื่อมติดกัน รวมถึงอุปกรณ์ตาม

กระดูกสันหลังอาจเกิดการเลื่อนหลุดได้หากไม่ระมัดระวังเท่าที่ควร ผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น การนั่ง ไม่นั่งนานกว่า 1 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการบิดเอี้ยวตัว หลีกเลี่ยงการขับรถ เนื่องจากระยะนี้การรับรู้ความรู้สึกบริเวณเท้าหรือขายังไม่ดีพอ รวมถึงข้อจำกัดในการยกของที่มีน้ำหนักไม่เกิน 1 กิโลกรัม ผู้ป่วยบางรายยังมีอาการปวดร้าวลงขา (Sciatica pain) ซึ่งเป็นอาการปวดที่ยังหลงเหลืออยู่ พบได้ถึงร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว โดยมีการให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมดังต่อไปนี้

- 1) ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยประเมินสัญญาณชีพทุก 12 ชั่วโมง
- 2) ประเมินระดับความเจ็บปวดทุก 8 ชั่วโมง พร้อมบันทึกและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา
- 3) ออกกำลังกล้ามเนื้อของแขนและขา โดยนอนราบ กระจกข้อเท้าให้หัวแม่เท้าชี้เข้าหาลำตัวมากที่สุด นับ 1-5 ซ้ำๆ คลายตัวนับ 1-5 ซ้ำๆ สลับกัน และกางแขน ยกแขนขึ้นลง ตามความเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ รวมถึงการบริหารกล้ามเนื้อรอบๆ บริเวณเอวที่แข็งแรง การมีกล้ามเนื้อหน้าท้องที่แข็งแรงจะช่วยให้ช่วยลดแรงกระทำต่อกระดูกสันหลังได้
- 4) ระวังอุบัติเหตุขณะเดิน ควรมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด
- 5) หลังตัดไหม ถ้าแผลติดดีไม่มีการอักเสบ บวม แดง ร้อน สามารถอาบน้ำได้ หลังตัดไหม 3 วันและใช้ผ้าสะอาดซับบริเวณแผลให้แห้งห้ามทาแป้งหรือโลชั่นใหม่ละลาย 7-10 วันสามารถเปิดแผลได้)

1.8.3 การพยาบาลและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์แรกถึง 1 เดือนหลังผ่าตัด (Late phase) ในระยะนี้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพดีแล้ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆเกิดขึ้น รวมถึงแผลผ่าตัดใหม่หมดและกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้านหรือทำงานได้ตามปกติ สามารถเริ่มปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้ตามปกติ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การทำงานบ้านสามารถทำได้เล็กน้อย สามารถเดินได้โดยใช้อุปกรณ์พยุงเดินหรือเดินได้ด้วยตนเองใน ระยะทางที่เพิ่มขึ้น แต่ต้องมีท่าทางการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน โดยเน้นการให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนท่าทางการเคลื่อนไหว การส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดความกลัวหรือความวิตกกังวล ในระยะนี้ ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน โดยผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ในการบริหารกล้ามเนื้อหลัง การเคลื่อนไหวร่างกายต้องปฏิบัติด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากกล้ามเนื้อบริเวณหลังยังไม่มี ความแข็งแรงพอที่จะพยุงกระดูกสันหลังไว้ได้ การเตรียมตัวกลับเข้าสู่การทำกิจกรรมในสภาวะปกติ แต่

ยังคงต้องหลีกเลี่ยงการเดินทางไกล การทำงานหนัก การออกกำลังกายหนัก และการยกของหนัก ไปจนกระทั่ง 3 เดือน หลังผ่าตัด โดยพยาบาลมีการให้คำแนะนำดังต่อไปนี้

1) การขับรถยนต์ สามารถขับรถยนต์หลังจากผ่าตัด 2 สัปดาห์ โดยจะต้องพักเปลี่ยนอิริยาบถถ้าหากจะต้องขับนานเกิน 1 ชั่วโมง รวมถึงการนั่งรถยนต์สามารถนั่งได้นานไม่เกิน 1 ชั่วโมง และต้องมีการปรับเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ

2) การสวมกางเกงหรือกระโปรง ไม่ควรยึนสวมเพื่อป้องกันการกั้มตัวมากเกินไป ท่าทางที่เหมาะสมควรนั่งสวม

3) ควรงดการมีเพศสัมพันธ์

4) ควรหลีกเลี่ยงการขึ้น-ลงบันได แต่ถ้าหากมีความจำเป็นสามารถขึ้นลงได้ไม่เกินวันละ 2 รอบ และควรมีราวจับเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

5) หลีกเลี่ยงการถือของหนักเกิน 1.5 กิโลกรัม โดยแบ่งถือสองข้าง ข้างละเท่าๆกัน

6) สำหรับผู้ที่ต้องใส่เสื้อพยุงหลัง (L-S support) ซึ่งจะช่วยเพิ่มแรงดันในช่องท้อง ช่วยลดแรงกดที่มีต่อกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลัง รวมทั้งช่วยจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เสื้อพยุงหลังยังจำกัดการกั้ม การแอ่น และการเอียงตัวไปด้านข้างจึงช่วยลดอาการปวดได้ แต่หากใส่ไปนานๆ โดยไม่มีการบริหารกล้ามเนื้อหลัง จะทำให้กล้ามเนื้อรอบๆ กระดูกสันหลังอ่อนแรงและขาดความยืดหยุ่นได้ เสื้อพยุงหลังสามารถถอดได้ขณะอาบน้ำหรือนอน

7) การออกกำลังกาย สามารถทำได้โดยการเดินเร็ว 15-30 นาที การว่ายน้ำสามารถทำได้ ยกเว้นท่ากบและผีเสื้อ เนื่องจากเป็นท่าที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหลังมาก

8) เมื่อมีความจำเป็นต้องเดินทาง ควรสวม L-S support ทุกครั้ง และควรงดการซ้อนท้ายหรือขับจักรยานยนต์ และในกรณีที่ไม่ได้ใส่ L-S support ควรขับช้าๆ และมีการแขม่วท้องเมื่อถนนขรุขระหรือเป็นหลุม

9) สามารถยึนสวมกางเกงหรือกระโปรงได้ตามปกติ เมื่ออาการปวดขาชาทุเลาลง แต่ท่าที่เหมาะสมก็คือควรนั่งสวมใส่กระโปรงหรือกางเกงให้เรียบร้อย

เนื่องจากในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นระยะที่มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะตั้งแต่การฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลต่อเนื่องมาจนกระทั่งการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน หากในระยะนี้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพที่มีความเหมาะสมและครอบคลุม ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้เพิ่มขึ้น มีการฟื้นฟูสภาพที่ดี

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับ บั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม พบว่ามี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม

2.1 อายุ (Age) อายุมากมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรม โดยผู้ป่วยที่มี อายุมากจะมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อหลัง มักจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่มากขึ้น ส่งผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรม ลดลงหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและมักมีโอกาที่จะกลับมาปวดหลังซ้ำได้อีก (Hakkinen & Ylinen, 2003) โดยส่วนมากแล้วผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะมีอายุเฉลี่ย 59 ปี (กานดา กาญจนโพธิ์, 2552) จากการศึกษานี้ของ C. Lozano – Alvarez และคณะ (2013) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย จะมี คุณภาพชีวิต ความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าในระยะหลังผ่าตัด รวมถึง ระดับความปวดจะลดลงเร็วกว่า (C.Lozano-Alvarez, 2013)

2.2 ปวด (Pain) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง เนื้อเยื่อบริเวณกล้ามเนื้อหลัง จะ ได้รับบาดเจ็บรวมถึงรากประสาทและเยื่อไขสันหลังได้รับความกระทบกระเทือน ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยจะยังมีอาการปวดแผลผ่าตัด หลังจากนั้นอาการปวดแผลจะลดลง แต่ยังมีอาการ ปวดหลังและปวดขาที่ยังหลงเหลืออยู่ถึง 20-25 % (Hakkinen & Ylinen, 2003) อาการปวดจะทำให้ ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง โดยผู้ป่วยจะหยุดการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำ กิจกรรมต่างๆไม่เป็นไปตามปกติ รวมถึงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังที่ลดลงก็จะส่งเสริมให้ผู้ป่วย อาจมีอาการปวดหลังซ้ำในระยะหลังผ่าตัด(Nicholas et al., 2012)

2.3 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle strength) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังจะมี การเคลื่อนไหวร่างกายลดลงเนื่องจากปัจจัยจากอาการปวดที่ยังหลงเหลืออยู่(Katz et al., 1999) และปัจจัยของเนื้อเยื่อบริเวณทำการผ่าตัดได้รับการกระทบกระเทือน ทำให้ผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหว ร่างกายได้ตามปกติ(Magnusson, Pope, Wilder, Szpalski, & Spratt, 1999) ทำให้กล้ามเนื้อหลัง ไม่มีการหดตัวทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง และทำให้ความทนทานของกล้ามเนื้อลดลงด้วย โดยปกติแล้วถ้าไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย นอนอยู่บนเตียงนิ่งๆ เพียง 1-2 วัน กล้ามเนื้อจะสูญเสีย ความแข็งแรง 0.04-5.5% ต่อวัน เมื่อกกล้ามเนื้อเกิดอ่อนแรงลงก็จะไม่สามารถจะพยุงกระดูกสันหลัง ให้แข็งแรงทรงตัวอยู่ได้ (Farzanegan, Alghasi, Safari, & Ahmadi, 2011)

2.4 ภาวะโรคร่วม (CO-morbidity) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคทางระบบกระดูกและ กล้ามเนื้อ (สะโพก, ข้อเข่า), โรคทางระบบประสาท, โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อได้รับการ ผ่าตัดกระดูกสันหลังแล้วจะมีอาการปวดที่รุนแรงในระยะหลังผ่าตัดรวมถึงความพึงพอใจผลการรักษา

ที่ไม่ดี แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม หลังผ่าตัดจะมีระดับความพึงพอใจต่อผลการรักษาที่ดี ความสามารถในการทำกิจกรรมจะดีมากกว่าผู้ที่มีภาวะโรคร่วมมาก่อน (Aalto et al., 2006)

2.5 ความกลัวการเคลื่อนไหว (Fear movement) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังจะไม่กล้าที่จะเคลื่อนไหวร่างกายหรือเกิดความไม่มั่นใจในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมลดลง (สุวคล โกสีย์ไกรนิรมล, 2550) และพบว่าความกลัวการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวด ในช่วงระยะ 6 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน หลังผ่าตัด (Archer et al., 2014; kristin & Archer, 2011)

2.6 อาการซึมเศร้า (Depressive symtom) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดบางรายจะมีอาการซึมเศร้า ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัดไปจนกระทั่งระยะหลังผ่าตัด แต่จะมีอาการลดลงเมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้น แต่ยังคงมีอาการซึมเศร้าที่หลงเหลืออยู่ในช่วงระยะ 3 เดือนแรก จำนวน 23 % (Wahlman et al., 2014) ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามักมีความเกี่ยวข้องกับอาการปวด ส่งผลทำให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงความสามารถในการเดินลดลงและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อผลการรักษาอยู่ในระดับต่ำ (Aalto et al., 2006)

2.7 การจัดการตนเอง (Self-management) ผู้ป่วยที่มีการรับรู้การจัดการตนเองที่ดีจะส่งผลทำให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น โดยการให้ความรู้และทักษะจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความกลัวหรือความวิตกกังวลลดลง (Bourbeau et al., 2006) สามารถที่จะจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดหลัง ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการปวดโดยการรับประทานยา และการมีกิจกรรมทางกายเพื่อให้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางกายที่ดีขึ้น (Kawi, 2014a) หากขาดความรู้และทักษะในการจัดการตนเองจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลส่งเสริมให้สามารถจัดการตนเองได้ ทั้งในเรื่องการจัดการความปวด การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Kawi, 2014b)

2.8 ความคาดหวังต่อผลการรักษา (Expectation) ผู้ป่วยที่มีความคาดหวังต่อผลการรักษาในระดับต่ำ จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในช่วงระยะ 6 สัปดาห์ ถึง 6 เดือนหลังการผ่าตัด (C. L. S. Kristin R Archer, 2014) จากการศึกษาของ Maura D. Iversen และคณะ (1998) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความคาดหวังต่อผลการรักษาที่ดีในระยะก่อนผ่าตัด จะส่งผลทำให้อาการปวดหลังลดลง ความสามารถในการทำหน้าที่หรือการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันดีขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีในระยะ 6 เดือน หลังผ่าตัด มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยกลุ่มที่มีความคาดหวังต่ำในระยะก่อนผ่าตัด (D.Iversen, 1998)

2.9 ลักษณะการทำงานก่อนการผ่าตัด (Work) ผู้ป่วยที่ทำงานหนักในระยะก่อนการผ่าตัด จะมีการฟื้นตัวที่ล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงานหนักโดยเฉพาะในระยะฟื้นตัวหลังการผ่าตัด ซึ่งอาจจะต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวนานกว่าผู้ป่วยรายอื่นๆ มากกว่า 2 เดือน หลังการผ่าตัด ส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และสามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติล่าช้า ผู้ป่วยสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ (Hakkinen & Ylinen, 2003)

จากปัจจัยข้างต้นที่ได้กล่าวมาทั้งหมดล้วนส่งผลต่อระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวิธีจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (Math paired) โดยพบว่าอายุที่แตกต่างกันจะทำให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมที่แตกต่างกัน โดยกำหนดให้อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับความปวดในระยะก่อนผ่าตัดในระดับที่แตกต่างกัน เมื่อผู้ป่วยมีระดับความปวดที่มากขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมจะลดลง โดยผู้ป่วยจะหยุดหรือลดการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันไม่เป็นไปตามปกติ โดยกำหนดให้ระดับความปวดอยู่ในระดับเดียวกัน ผู้วิจัยจึงเลือกอายุ และระดับความปวดเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ และควบคุมทั้งสองกลุ่มให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด

3. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ

3.1 ความหมาย

3.1.1 ความสามารถในการทำกิจกรรม (Functional ability) หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม โดยบ่งชี้ถึงระดับความรุนแรงและข้อจำกัดของความสามารถในการทำกิจกรรมว่าสามารถทำได้โดยอิสระ หรือว่าต้องการความช่วยเหลือหรือพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งมีทั้งปัจจัยภายนอกและภายใน เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย จะทำให้การทำงานของร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดเป็นการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม (Organization, 1980)

3.1.2 ความสามารถในการทำกิจกรรม (Functional ability) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งครอบคลุมถึงการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน การเข้าสังคม และการทำงาน/งานบ้าน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการปวด ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมออสเวสทรี เพื่อวัดความสามารถในการทำกิจกรรม โดยคะแนนน้อย แสดงถึงมีภาวะจำกัดความสามารถน้อย หมายถึง มีความสามารถในการทำกิจกรรมมาก คะแนนมาก แสดงถึงมีภาวะการจำกัดความสามารถสูง หมายถึง มีความสามารถในการทำกิจกรรมน้อย (J. C. Fairbank & Pynsent, 2000)

3.1.3 ความสามารถในการทำกิจกรรม (Functional ability) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลด้านร่างกาย การดำเนินชีวิตในสังคมแม้ว่าจะอยู่ในสภาวะการเจ็บป่วยซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมก็คือ สภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจโดยสามารถอธิบายได้จากการทำหน้าที่ด้านความรู้สึกนึกคิด (เช่น มีความสุข กังวล ซึมเศร้า) (Kawi, 2014b)

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า

ความสามารถในการทำกิจกรรม (Functional ability) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมและพฤติกรรมของบุคคลในชีวิตประจำวัน เช่น การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน การเข้าสังคม และการทำงาน/งานบ้าน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการปวดในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับชั้นเอว เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย จะทำให้การทำงานของร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดเป็นการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม (Functional disability) นั่นคือ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดหรือมีข้อบกพร่องต่อความสามารถในการทำกิจกรรมที่จะกระทำได้ (J. C. Fairbank & Pynsent, 2000; Organization, 1980, 2001)

3.2 องค์ประกอบความสามารถในการทำกิจกรรม แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมออสเวสทรี (Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire; ODI) ครอบคลุมทั้งหมด 10 ด้าน ซึ่งในแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการปวด ได้แก่

1) ด้านความรุนแรงของอาการปวด คือ ผู้ป่วยต้องได้รับการใช้ยาควบคุมระดับความปวดทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการปวดมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

2) ด้านการดูแลตนเอง คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น การทำความสะอาดร่างกาย แต่งตัว การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง อาจทำให้อาการปวดเพิ่มมากขึ้น จะต้องปฏิบัติซ้ำๆด้วยความระมัดระวัง หรือต้องมีคนคอยช่วยเหลือ

3) ด้านการยกของ คือ ความสามารถในการยกของ ผู้ป่วยยกได้แต่สิ่งของที่มีน้ำหนักเบา หรือไม่สามารถยกหรือถือสิ่งของใดๆได้เลย ผู้ป่วยบางรายสามารถยกสิ่งของได้ ถ้าหากสิ่งของนั้นถูกจัดวางอยู่ในตำแหน่งที่สะดวกในการยก หรือยกสิ่งของแล้วทำให้มีอาการปวดมากขึ้น

4) ด้านการเดิน คือ ความสามารถในการเดิน โดยระดับอาการปวดที่รุนแรงอาจจำกัดให้ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้เลย มีความยากลำบากในการเดินไปเข้าห้องน้ำ อาจจะต้องใช้ไม้เท้าในการพยุงเดิน อาจเดินได้ในระยะทางไม่เกิน 250 เมตร/500 เมตร/1กิโลเมตร

5) ด้านการนั่ง คือ ความสามารถในการนั่ง ผู้ป่วยไม่สามารถนั่งได้เลย เนื่องจากระดับความปวดที่รุนแรง ผู้ป่วยบางรายนั่งได้ในเวลาที่จำกัด เช่น ไม่เกิน 10 นาที/30 นาที/1ชั่วโมง

6) ด้านการยืน คือ ความสามารถในการยืน เมื่อยืนนานแล้วมีอาการปวดเพิ่มมากขึ้น อาการปวดเป็นอุปสรรคทำให้ยืนไม่ได้เลย หรือยืนได้ในเวลาที่จำกัด เช่น ไม่เกิน 10 นาที/30 นาที/1 ชั่วโมง

7) ด้านการนอน คือ ความสามารถในการนอน โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถนอนหลับมีความสัมพันธ์กับระดับความปวด หลังจากที่ได้รับยาแก้ปวด อาการปวดอาจจะทุเลาหรือไม่ทุเลาลงเลย ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดแตนอนไม่หลับเลย หรือหลังได้รับยาลดปวดนอนหลับได้ไม่เกิน 2 ชั่วโมง/4 ชั่วโมง/6 ชั่วโมง

8) ด้านการเข้าสังคม คือ ความสามารถในการเข้าสังคม โดยอาการปวดเป็นอุปสรรคในการเข้าสังคม ได้แก่ การออกไปเดินตลาด การเดินร่ำ การเล่นกีฬา ผู้ป่วยบางรายสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้แต่ทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้น หรืออาการปวดทำให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่แต่ภายในบ้าน ไม่สามารถออกเข้าสังคมได้

9) ด้านการเดินทาง คือ ความสามารถในการเดินทาง อาการปวดเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางไปในสถานที่ต่างๆ เช่น การนั่งรถไปโรงพยาบาล หรือสามารถเดินทางไปได้ทุกหนทุกแห่ง แต่มีข้อจำกัด เนื่องจากเมื่อเดินทางด้วยระยะเวลาไม่เกิน 30 นาที/1 ชั่วโมง/2 ชั่วโมง จะทำให้ระดับความปวดเพิ่มมากขึ้น

10) ด้านการทำงาน/งานบ้าน คือ ความสามารถในการทำงาน/งานบ้าน อาการปวดเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ทำให้จำกัดการทำงาน/งานบ้าน ทำได้แต่งานที่เบา หรือไม่สามารทำงานใดๆได้เลย รวมถึงการประกอบอาชีพ

ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมรายด้าน สามารถบ่งบอกได้ว่าอาการปวดที่ยังหลงเหลืออยู่ในระยะหลังผ่าตัดเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ยังไม่สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ป่วยบางรายหลังผ่าตัดมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น หรือเมื่อพิจารณาระดับความสามารถในการทำกิจกรรมโดยรวมก็พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังผ่าตัด

3.3 การ ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ สามารถประเมินโดยใช้แบบประเมิน ดังนี้

1) แบบประเมินโรแลนด์-มอร์ริส (The Roland-Morris Disability Questionnaire) ของโรแลนด์และแฟร์เบิร์ก (Roland & Fairbank, 2000) เนื้อหาของแบบประเมินแสดงให้เห็นว่าเมื่อมีอาการปวดหลังจะทำให้เกิดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง มีทั้งหมด 24 ข้อคำถาม การวิเคราะห์ข้อมูล ถ้าผู้ป่วยกากบาทลงในข้อความ ให้นับข้อความละ 1 คะแนน ดังนั้นถ้าผู้ป่วยกรอกข้อความทั้ง 24 ประโยค จะได้ 24 คะแนน แปลว่าผู้ป่วย

คนนั้นสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมจากอาการปวดหลังมากที่สุด ถ้าภายหลังกการรักษาผู้ป่วยกรอกแบบสอบถามแล้วได้ 20 หรือน้อยกว่า แปลว่าการรักษามีผลในสภาพลดการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยได้ และถ้าผู้ป่วยได้ 20-24 คะแนน แบบสอบถามนี้จะไม่สามารถชี้วัดได้ว่าผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม เพิ่มขึ้นหรือไม่ แต่สามารถใช้ได้ดีถ้าใช้วิเคราะห์ผลสภาพการฟื้นฟูที่ดีขึ้นของผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ทางสถิติและการวิจัยพบว่า ถ้าค่าความแตกต่างก่อนการรักษาและหลังการรักษามีผล น้อยกว่า 4 คะแนน ถือว่าผลการรักษานั้นยังไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย (2552) ได้ทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามทูลพลภาพโรแลนด์ -มอร์ริสฉบับภาษาไทยในการประเมินผู้ป่วยปวดหลัง ทำการวิเคราะห์หาความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามโดยใช้การวิเคราะห์หาค่า Internal consistency จากการคำนวณค่า Conbach' s alpha โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังจำนวน 120 รายทั้งที่มีอาการปวดหลังเฉียบพลันและปวดหลังเรื้อรัง ค่า Conbach' s alpha ของแบบสอบถามทูลพลภาพโรแลนด์ - มอร์ริสฉบับภาษาไทยอยู่ในระดับที่น่าเชื่อถือได้คืออยู่ระหว่าง 0.71-0.93 ซึ่งมีความน่าเชื่อถือพอที่จะนำมาใช้เพื่อประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงานในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง (Jirattanaphochai, Jung, Sumananont, & Saengnipanthkul, 2005)

ยศศักดิ์ หาญชาญเลิศ (2557) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้เรื่องท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกายเพื่อลดและป้องกันอาการปวดหลังในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยมีการใช้แบบสอบถามทูลพลภาพโรแลนด์-มอร์ริส เพื่อประเมินอาการปวดหลัง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพทางกาย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากให้โปรแกรมผู้ป่วยร้อยละ 83.33 มีคะแนนระดับความเจ็บปวดลดลง และมีผู้ป่วยร้อยละ 77.27 มีสมรรถภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น (ยศศักดิ์ หาญชาญเลิศ, 2557)

2) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) เนื้อหาในแบบประเมินจะประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร, ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน, ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้, การใช้ห้องน้ำ, การเคลื่อนที่ภายในบ้าน, การสวมใส่เสื้อผ้า, การขึ้นลงบันได 1 ชั้น, การอาบน้ำ และการกลืนอุจจาระ/ปัสสาวะคะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 20 คะแนน การแปลผล ได้แก่ ผู้ที่มีคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป คือ ผู้ที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้, ผู้ที่มีคะแนนรวม ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน คือ ผู้ที่ดูแลตนเองได้บ้าง และผู้ที่มี

คะแนนรวม ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน คือ ผู้ที่พึ่งตนเองไม่ได้ (Collin, Wade, Davies, & Horne, 1988)

สุวิมล พลະบุรี (2556) ได้ศึกษา ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและ ความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนี บาร์เทลแอลดีแอล เพื่อประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ เพื่อให้มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุให้มีความ เหมาะสมกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมตามกลุ่มเป้าหมายของกลุ่ม ศักยภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (สุวิมล พลະบุรี, 2556)

นงนุช โอบะ (2558) ศึกษาสมรรถภาพทางสมองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุในชนบทไทย โดยใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทลแอลดีแอล มาใช้ในการ ประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 1.5 ไม่สามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้เลย ผู้สูงอายุร้อยละ 0.8 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย ผู้สูงอายุร้อยละ 2.0 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง ผู้สูงอายุร้อยละ 23.7 สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้มาก และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 72.0 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ทั้งหมด (นงนุช โอบะ, 2558)

3) แบบประเมินโอดีฟายออสเวสทรี (Modified Oswestry Low Back pain Disability Questionnaire)

แบบประเมินโอดีฟายออสเวสทรีของแฟร์เบิร์กและคณะ (J. Fairbank, Couper, Davies, & O'Brien, 1980) ฉบับภาษาไทยโดยประเสริฐ สุกุลศรีประเสริฐและคณะ แบบประเมิน ประกอบด้วย 10 ด้าน ได้แก่ ความรุนแรงของอาการปวด, การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (อาบน้ำ, แต่งตัว เป็นต้น), การยกของ, การเดิน, การนั่ง, การยืน, การนอน, การเข้าสังคม การเดินทาง และ การทำงานหรืองานบ้านซึ่งแต่ละข้อมีรายละเอียดอธิบายความรุนแรงของการจำกัดกิจกรรม 6 ข้อ ย่อยโดยเรียงจากน้อยไปหามาก การให้คะแนนเรียงลำดับจาก 0-5 คะแนน คะแนนรวมของแบบ ประเมินเท่ากับ 50 คะแนน คูณสอง เพื่อเป็นเปอร์เซ็นต์ของภาวะจำกัดกิจกรรม โดยมีเกณฑ์การ ประเมินผลความสามารถในการทำกิจกรรม มี 5 ระดับ ได้แก่

Level 1 81-100% หมายถึง ผู้ป่วยนอนบนเตียงตลอดเวลา ไม่สามารถทำกิจกรรม ด้วยตนเองได้เลย

Level 2 61-80% หมายถึง ภาวะจำกัดกิจกรรมที่ต้องพึ่งพา อาการปวดส่งผล กระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

Level 3 41-60% หมายถึง ภาวะจำกัดกิจกรรมมาก แสดงว่า มีความสามารถในการทำกิจกรรมน้อย อาการปวดเป็นปัญหาหลักในการทำกิจกรรม แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องสังเกตอาการของตนเอง

Level 4 21-40% หมายถึง ภาวะจำกัดกิจกรรมปานกลาง แสดงว่า มีความสามารถในการทำกิจกรรมปานกลาง ผู้ป่วยมีประสบการณ์จากอาการปวดมาก และมีประสบการณ์การนั่ง การยกของ และการยืนที่แตกต่าง สามารถเข้าสังคม เดินทางได้มากขึ้น แต่อาจจะยังไม่สามารถกลับไปทำงานได้ สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเอง การนอน โดยไม่มีผลกระทบ และสามารถจัดการตนเองได้ในการดูแลแบบประคับประคอง

Level 5 0-20% หมายถึง ภาวะจำกัดกิจกรรมน้อย แสดงว่า ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้มากขึ้น โดยจะแนะนำท่าทางการเคลื่อนไหวร่างกาย และการออกกำลังกายที่เหมาะสม

แบบประเมินออสเวสทรีฉบับปรับปรุง (Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire; Modified ODO) ได้จัดทำขึ้นโดยฟิทซ์และเออเก็ง (Firtz & Irrgang, 2001) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยประเสริฐ สุกุลศรีประเสริฐ และคณะ (into Thai, 2006) โดยกระบวนการประกอบด้วยการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ใช้ผู้แปล 3 คนที่ใช้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้ดี แปลเป็นภาษาที่เข้าใจง่ายต่อการตอบและคงเนื้อหาเดิมไว้ หลังจากนั้นทำตามการหาความตรงของเครื่องมือโดยการวัดซ้ำเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือ (test – retest reliability) โดยนำแบบสอบถามที่มีการปรับปรุงแล้วมาวัดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่มารับการบำบัดกายภาพบำบัด ผลการศึกษาแสดงค่าความตรงของเครื่องมือในกลุ่มที่มีอาการปวดแบบเฉียบพลันเท่ากับ .85 - .99 และกลุ่มที่มีอาการแบบเรื้อรังมีค่าความน่าเชื่อถือเท่ากับ .8 - 1.0 ได้ค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มเท่ากับ .98 ซึ่งเป็นค่าความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดี

McGregor และคณะ (2010) ได้ศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกายและการฟื้นฟูสภาพโดยเร็วต่อความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง ได้นำแบบประเมิน ODO มาใช้ในการประเมินผลลัพธ์ในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเมื่อมารับการตรวจตามนัดของแพทย์ โดยแบบประเมินจะมีความเกี่ยวข้องกับอาการปวดที่ยังหลงเหลืออยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องประเมินระดับความปวดร่วมด้วย การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการใช้แบบประเมิน ODO กับผู้ป่วยทั้งหมด 344 คน พบว่าผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 20 หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นโดยประเมินจากคะแนนของแบบสอบถาม ODO และพบว่าในกลุ่มควบคุม และกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการออกกำลังกายหลังผ่าตัด มีความแตกต่างของคะแนน ODO อย่างเห็นได้ชัด (Eranksi, Koul, & Fagan, 2013; McGregor et al., 2010)

Archer และคณะ (2014) ได้นำเอาแบบสอบถาม ODO นำไปใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดหลังจากที่ให้โปรแกรมส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังผ่าตัด โดยการให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางกาย แบบสอบถามที่นำเอามาใช้ประเมินในครั้งนี้มีความตรงและความเที่ยง มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดี เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง พบว่าสามารถประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม (C. L. S. Kristin R Archer, 2014)

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแบบประเมินโมดิฟายออสเวสทรี (Modified Oswestry Low Back pain Disability Questionnaire) มาใช้ในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับขั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมได้อย่างครอบคลุมมากที่สุด

ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับขั้นเอวยังคงมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่างๆ ยังไม่สามารถทำได้เต็มที่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ประยุกต์ใช้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นความสามารถในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยที่มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการที่จะดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสามารถควบคุมตนเองให้มีการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมในระยะหลังผ่าตัด

4. แนวคิดการจัดการตนเอง

4.1 ความหมายของแนวคิดการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจในการนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพในปัจจุบันโดยมีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างมีระบบ ในปัจจุบันได้มีการนำการจัดการตนเองมาสู่การปฏิบัติด้านสุขภาพ เช่น ทางกายภาพบำบัด ทางกายภาพบำบัด ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ (T. L. CREER, 1990) โดยการจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล ซึ่งมีผู้ที่ให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้ 3 อย่าง ได้แก่ 1) การกระทำ (Activity) หรือพฤติกรรม 2) ความสามารถหรือสมรรถนะ (Competency) และ 3) กระบวนการ (Process) วิธีการกลยุทธ์ (T. L. Creer & Holroyd, 2006) ดังนี้

4.1.1 ความหมายการจัดการตนเองเป็นพฤติกรรม ได้แก่

Song & Lipma (2008) ให้ความหมายการจัดการตนเองว่า เป็นการกระทำหรือพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับการเจ็บป่วย และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย (Song & Lipman, 2008)

Clark et al. (1991) ให้ความหมาย การจัดการตนเองว่า เป็นการกระทำในแต่ละวันด้วยตนเองเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคที่มีต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกาย โดยจะต้องสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพเป็นผู้ชี้แนะแนวทางและวิธีการแก้ปัญหาในการจัดการตนเอง (Clark et al., 1991)

4.1.2 ความหมายการจัดการตนเองเป็นความสามารถของบุคคล ได้แก่

Curtin & Mapes (2005) การจัดการตนเอง เป็นความสามารถของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ (Curtin, Mapes, Schatell, & Burrows-Hudson, 2005)

Newman et al. (2004) การจัดการตนเอง เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ การรักษา และผลทางจิตสังคม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับสภาวะการเจ็บป่วย (Newman, Steed, & Mulligan, 2004)

4.1.3 ความหมายการจัดการตนเองเป็นกระบวนการ วิธีการหรือกลยุทธ์ ได้แก่

Rigel Carson, & Glaser (2000) ให้ความหมาย การจัดการตนเอง ว่าเป็นกระบวนการภายใต้กระบวนการเรียนรู้ การตัดสินใจ เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วยเพื่อคงไว้ ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย 2) การประเมินการเปลี่ยนแปลง 3) การลงมือปฏิบัติ 4) ประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติผู้ป่วยที่จัดการตนเองได้จะต้องเตือนตนเองและรับรู้ได้ในเรื่องของอาการสำคัญต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

Creer (2002) ให้ความหมายว่า การจัดการตนเองเป็นการกระทำในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค โดยการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค การจัดการตนเองเป็นการกระทำโดยบุคคลในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเองกระบวนการประกอบด้วย

1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลร่วมกันตั้งเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้แก่ อาการปวดในระยะหลังผ่าตัดลดลง จนเข้าสู่สภาวะปกติ สามารถกลับไปเดินได้ระยะทางที่เหมาะสม ภายใน 2 สัปดาห์ สามารถกลับไปทำงาน/ประกอบอาชีพได้ตามปกติภายใน 1 เดือน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและมีการฟื้นตัวเร็วสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) เป็นการเฝ้าระวังตนเอง (Self-monitoring) โดยประกอบไปด้วยการสังเกตอาการของตนเอง (Self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-record) การเฝ้าระวังตนเองเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมายและจัดการตนเองได้สำเร็จโดยผู้ป่วยจะต้องสังเกตอาการที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมสิ่งสำคัญที่ต้องสังเกตและจดบันทึกได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น บันทึกอาการปวดโดยวัดจากแบบประเมินระดับความปวด (Pain scale) บันทึกระยะเวลาโดยประมาณที่สามารถเดินได้ในแต่ละวัน บันทึกความถี่ของการบริหารกล้ามเนื้อหลัง และบันทึกอาการผิดปกติที่สามารถสังเกตได้

3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง โดยการนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับข้อมูลในวันที่ผ่านมา ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการสำคัญของโรคและวิธีการสังเกตตนเอง ได้แก่ เปรียบเทียบระดับความปวดกับวันที่ผ่านมา เปรียบเทียบระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องสามารถเดินได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือกับวันที่ผ่านมา เปรียบเทียบความถี่ของการบริหารกล้ามเนื้อกับเกณฑ์มาตรฐานหรือกับวันที่ผ่านมา และเปรียบเทียบอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

4) การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเอง ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเป็นพื้นฐาน ได้แก่ ถ้าหากมีอาการปวดมากขึ้นขณะปฏิบัติกิจกรรม ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดหรือลดการทำกิจกรรมทางกาย ผู้ป่วยตัดสินใจออกกำลังกายโดยสามารถกำหนดจำนวนครั้งตามความเหมาะสม ผู้ป่วยตัดสินใจเพิ่มระยะเวลาการเดินในวันถัดไปเมื่อประเมินได้ว่ายังไม่สามารถเดินได้ในระยะทางที่เหมาะสม

5) การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เป็นการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การลงมือปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองในการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และการเดินในระยะทางที่เหมาะสมในระยะหลังผ่าตัด การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและประสบความสำเร็จ

6) การประเมินผล (Self-reaction) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติของตนเองในการจัดการตนเองเพื่อ ควบคุมโรคว่าสามารถควบคุมโรคได้ตามที่ตั้งใจไว้หรือไม่สามารถปฏิบัติจริงอย่างไร ต่อเนื่องที่บ้านด้วยตนเองหรือไม่ ต้องฝึกทักษะเพิ่มหรือไม่ หรือต้องปรึกษาผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเอง

4.2 แบบประเมินการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองของผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการประเมินระดับความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้วิจัยหรือพยาบาลผู้ดูแลทราบถึงระดับการจัดการตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งมีความแตกต่างกัน เพื่อให้สามารถดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้อย่างครอบคลุมจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้แบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยหลากหลายกลุ่มโรคดังต่อไปนี้

ลัดดาวัลย์ ฤทธิกล้า (2555) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อภาวะหายใจลำบาก การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบและคุณภาพชีวิต โดยมีการใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบากในการประเมินพฤติกรรมในการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ศิริลักษณ์ ฤงทอง (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีการใช้แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร และด้านการใช้ยาอย่างเหมาะสม

ชลการ ชายกุล (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต มีข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา การแปลผลจะบ่งบอกถึงระดับความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

Kawi (2011) ศึกษาการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคปวดหลังเรื้อรัง โดยมีการใช้แบบประเมิน The Patient Activation Measure (PAM) ของฮิบบาร์ดและ (Hibbard, Mahoney, Stockard, & Tusler, 2005) มีทั้งหมด 13 ข้อคำถาม เพื่อประเมินระดับความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การประเมินการจัดการตนเอง ได้แก่ ประเมินประสบการณ์การใช้ความรู้ ทักษะ กระบวนการในการจัดการภาวะเจ็บป่วยของตนเอง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแบบประเมิน The (Patient Activation Measure PAM) ของฮิบบาร์ดและ (Hibbard, Mahoney, Stockard, & Tusler, 2005) ฉบับภาษาอังกฤษมีทั้งหมด 13 ข้อคำถาม เนื่องจากสามารถประเมินการจัดการตนเองได้อย่างครอบคลุม

โดยข้อคำถามจะประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีสภาวะการเจ็บป่วย รวมถึงสามารถประเมินการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยได้ โดยแบบประเมินทั้ง 13 ข้อ ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การประเมินการจัดการตนเอง ได้แก่ ประเมินประสบการณ์การใช้ความรู้ ทักษะ กระบวนการในการจัดการภาวะเจ็บป่วยของตนเอง มุ่งเน้นประเมินผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพ และเป็นการประเมินผลลัพธ์ระยะยาว โดยเน้นการประเมินความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Greene, Hibbard, & Tusler, 2005) รวมถึงประเมินการจัดการเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยสามารถประเมินได้อย่างครอบคลุมตามแนวคิดกระบวนการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน ซึ่งแต่ละข้อมีรายละเอียดอธิบายระดับของการจัดการตนเอง 4 ข้อย่อยโดยเรียงจากน้อยไปหามาก แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยที่สุด, ไม่เห็นด้วย, เห็นด้วย และเห็นด้วยที่สุด การให้คะแนนเรียงลำดับจาก 0-4 คะแนนคะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 52 คะแนน โดยช่วงคะแนน 13-35 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าใจความต้องการในบทบาทการดูแลสุขภาพของตนเอง ยังไม่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย ตัวเลือกการรักษาหรือการดูแลตนเอง ช่วงคะแนน 36-38 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยขาดความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วย ตัวเลือกการรักษา และการดูแลตนเอง ยังมีประสบการณ์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพน้อย ช่วงคะแนน 39-42 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีพื้นฐานการรับรู้สภาวะการเจ็บป่วยและการรักษา มีประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะจัดการกับข้อจำกัดในสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง ช่วงคะแนน 43 -52 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่จะต้องประคับประคองพฤติกรรมสุขภาพภายใต้ภาวะเครียด

เนื่องจากแบบสอบถามฉบับนี้ยังไม่มีแปลเอกสารเป็นฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยจึงจะทำการแปลแบบสอบถามตามกระบวนการแปลย้อนกลับและดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย โดยกระบวนการประกอบด้วยการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย รวมทั้งแปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นนำเครื่องมือที่แปลย้อนกลับมาเปรียบเทียบกับต้นฉบับ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หลังจากนั้นทำการวัดซ้ำเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือ โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว มาใช้วัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ประมาณ 2 สัปดาห์หลังได้รับการผ่าตัด

4.3 กระบวนการจัดการตนเอง (Creer, 2002) ได้แก่

4.3.1 การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่ให้การดูแลร่วมกันตั้งเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติให้สำเร็จเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้แก่ อาการปวดในระยะหลังผ่าตัดลดลง จนเข้าสู่สภาวะปกติ สามารถกลับไปเดินได้ระยะทางที่เหมาะสม ภายใน 2 สัปดาห์ สามารถกลับไปทำงาน/ประกอบอาชีพได้ตามปกติภายใน 1 เดือน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและมีการฟื้นตัวเร็วสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

4.3.2 การรวบรวมข้อมูล (Information collection) เป็นการเฝ้าระวังตนเอง (Self-monitoring) โดยประกอบไปด้วยการสังเกตอาการของตนเอง (Self-observation) และ การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-record) การเฝ้าระวังตนเองเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมายและจัดการตนเองได้สำเร็จโดยผู้ป่วยจะต้องสังเกตอาการที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมสำคัญที่ต้องสังเกตและจดบันทึกได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น บันทึกอาการปวดโดยวัดจากแบบประเมินระดับความปวด (Pain scale) บันทึกระยะทางโดยประมาณที่สามารถเดินได้ในแต่ละวัน บันทึกความถี่ของการบริหารกล้ามเนื้อหลัง และ บันทึกอาการผิดปกติที่สามารถสังเกตได้

4.3.3 การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง โดยการนำข้อมูลที่นำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลในวันที่ผ่านมา ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการสำคัญของโรคและวิธีการสังเกตตนเองได้แก่ เปรียบเทียบระดับความปวดกับวันที่ผ่านมา เปรียบเทียบระยะทางที่ผู้ป่วยจะต้องสามารถเดินได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือกับวันที่ผ่านมา เปรียบเทียบความถี่ของการบริหารกล้ามเนื้อกับเกณฑ์มาตรฐานหรือกับวันที่ผ่านมา และเปรียบเทียบอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

4.3.4 การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเอง ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเป็นพื้นฐาน ได้แก่ ถ้าหากมีอาการปวดมากขึ้นขณะปฏิบัติกิจกรรม ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดหรือลดการทำกิจกรรมทางกาย ผู้ป่วยตัดสินใจออกกำลังกายโดยสามารถกำหนดจำนวนครั้งตามความเหมาะสม ผู้ป่วยตัดสินใจเพิ่มระยะทางการเดินในวันถัดไปเมื่อประเมินได้ว่ายังไม่สามารถเดินได้ในระยะทางที่เหมาะสม

4.3.5 การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคให้เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เป็นการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การลงมือปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองในการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และการเดินในระยะทางที่เหมาะสมในระยะหลังผ่าตัด การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและประสบผลสำเร็จ

4.3.6 การประเมินผล (Self-reaction) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติของตนเองในการจัดการตนเองเพื่อ ควบคุมโรคว่าสามารถควบคุมโรคได้ตามที่ตั้งใจไว้หรือไม่สามารถปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่องที่บ้านด้วยตนเองหรือไม่ ต้องฝึกทักษะเพิ่มหรือไม่ หรือต้องปรึกษาผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเอง

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวยังไม่สามารถจัดการตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังไม่สามารถทำกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ตามปกติ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว รวมถึงยังไม่สามารถออกไปเข้าสังคมได้ตามปกติ เนื่องจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายรวมถึงการเดินในระยะทางที่เหมาะสม ถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถที่จัดการตนเองได้ก็จะทำให้ผู้ป่วยอาจจะมีกลับมาปวดหลังเรื้อรังได้อีก ทำทางการเคลื่อนไหวร่างกายในลักษณะที่ไม่เหมาะสมอาจจะทำให้กระดูกสันหลังผิดรูปได้ นำไปสู่การเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การฟื้นฟูสภาพใช้ระยะเวลา นานมากขึ้น ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามเดิม

5. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวเพื่อให้สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer (2002) มีการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทั้งหมด 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 20 – 50 นาที ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ตามแนวคิดการจัดการตนเองโดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงแผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-management)

ประยุกต์กิจกรรมตามทฤษฎีของ Creer (2002)

วิธีการส่งเสริมการจัดการตนเอง	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
<p>1. กิจกรรมการเตรียมความพร้อมและเรียนรู้กระบวนการจัดการตนเองที่ดี</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้มีการสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองที่ดี</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการเตรียมความพร้อม และเรียนรู้กระบวนการจัดการตนเองที่ดี (ก่อนผ่าตัด 1 วัน ใช้เวลา 50 นาที)</p> <p>1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย ให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือ</p>
	<p>2. แจกวัตถุประสงค์โปรแกรมส่งเสริมการฝึกทักษะจัดการตนเอง เพื่อเป็นการทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วย</p>
	<p>3. ให้ความรู้แนะนำเรื่อง แนวทางการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด รวมถึงขั้นตอนกระบวนการจัดการตนเองโดยเฉพาะด้านของความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว</p>
	<p>4. อธิบายการฝึกทักษะของกระบวนการจัดการตนเองทั้งหมด 6 ขั้นตอน โดยการบรรยายร่วมกับการนำเสนอภาพเคลื่อนไหวจำลองสถานการณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ดังนี้</p> <p>1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting) โดยการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง ลักษณะเป้าหมายเชิงพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงสามารถวัดได้ เช่น อาการปวดในระยะหลังผ่าตัดลดลง จนเข้าสู่สภาวะปกติ สามารถกลับไปเดินได้ระยะทางที่เหมาะสมภายใน 2 สัปดาห์ สามารถกลับไปทำงาน/ประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

วิธีการส่งเสริมการจัดการตนเอง	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
	<p>2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) โดยการเฝ้าระวังตนเองด้วยการสังเกตอาการของตนเอง และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะที่ได้กำหนดเป็นเป้าหมายไว้ในครั้งแรก เช่น อาการปวดโดยวัดจากแบบประเมินระดับความปวด การบันทึกระยะทางโดยประมาณที่สามารถเดินได้ในแต่ละวัน บันทึกท่าทางต่างๆในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบันทึกอาการผิดปกติที่สามารถสังเกตได้ในแต่ละวัน โดยทำการบันทึกอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการประเมินข้อมูลต่อไป</p> <p>3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) โดยการจัดให้ผู้พว้นำข้อมูลที่บันทึกไว้มานำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ หรือเปรียบเทียบกับข้อมูลของวันที่ผ่านมา วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา และผลที่เกิดจากการกระทำว่ามีความเหมาะสมหรือไม่</p> <p>4) การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเองหลังจากการรวบรวมและประมวลข้อมูล โดยผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานให้เหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเป็นพื้นฐานในการเลือกวิธีการจัดการตนเองที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย</p> <p>5) การลงมือปฏิบัติ (Action) ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเอง เพื่อให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีในระยะหลังผ่าตัด โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน ลงมือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จนกระทั่งบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้</p> <p>6) การประเมินผล (Self-reaction) โดยให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติตามการจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม</p>
	<p>5. หลังจากที่ผู้วิจัยอธิบายกระบวนการจัดการตนเองแล้วให้ผู้ผู้ป่วยได้รับชมภาพเคลื่อนไหวแสดงสถานการณ์จำลองในแต่ละกระบวนการของการจัดการตนเองผ่านสื่อ Power point เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและสามารถมองภาพเหตุการณ์ที่ตนเองจะต้องลงมือปฏิบัติหลังผ่าตัดได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

วิธีการส่งเสริมการจัดการตนเอง	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
	6. แจกคู่มือการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคู่มือและสมุดบันทึกการจัดการตนเอง รวมถึงเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
	7. นัดหมายการพบครั้งต่อไป เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลับมาพบกันตามนัดหมาย
2. กิจกรรมทบทวนความรู้ ไขข้อข้องใจ และปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเอง วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีการกระตุ้นเตือน และเพิ่มพูนทักษะ	กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมทบทวนความรู้ ไขข้อข้องใจ และปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเอง (หลังผ่าตัด 3 วัน ใช้เวลา 30 นาที) 1. ทบทวนกิจกรรมและเนื้อหาในสมุดคู่มือที่แจกครั้งก่อน ทบทวนทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเพื่อความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของตนเอง และเกิดการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด
	2. ฝึกทักษะการตั้งเป้าหมายโดยผู้ป่วยร่วมกันตั้งเป้าหมายกับผู้วิจัยโดยมีการปรึกษาหารือกัน และกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองพร้อมทั้งจดบันทึกไว้ในคู่มือการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเป้าหมายและเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมในระยะหลังผ่าตัดให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยว่าเป้าหมายในการจัดการตนเองคืออะไร และให้ผู้เขียนบันทึกลงไป ในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง
	3. ฝึกทักษะการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยฝึกให้ผู้ผู้ป่วยได้บันทึกข้อมูลที่สามารถสังเกตได้ด้วยตนเอง ได้แก่ ระดับความปวด ระยะทางที่สามารถเดินได้ ท่าทางการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้อง และอาการผิดปกติที่สังเกตได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติการสังเกตและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง รวมถึงเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในระยะหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติ ระดับความปวด ระยะทางที่เดินได้ และท่าทางต่างๆในการเคลื่อนไหวร่างกาย พร้อมทั้งให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้บันทึกตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการต่อไป

ตารางที่ 1 (ต่อ)

วิธีการส่งเสริมการ จัดการตนเอง	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
	<p>4. ฝึกทักษะการประมวลและประเมินข้อมูล โดยผู้วิจัยจะฝึกให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบข้อมูลกับวันที่ผ่านมา หรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ โดยผู้ป่วยจะต้องสามารถวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดปัญหาว่ามาจากสาเหตุใด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะสอบถามการเปลี่ยนแปลงในวันที่ผ่านมา เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยได้เปรียบเทียบข้อมูล และสาเหตุการเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น เมื่อวานผู้ป่วยปวดหลังระดับความปวด 5 คะแนน วันนี้ปวดเพิ่มขึ้นเป็น 7 คะแนน สาเหตุที่ทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้นคืออะไร ควรจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานอย่างไร ผู้ป่วยบางรายมีวิธีการลุกนั่งบนเตียงที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีอาการปวดหลังมากขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องมีปรับเปลี่ยนวิธีการลุกนั่งให้มีความเหมาะสม พร้อมทั้งใส่อุปกรณ์พยุงหลัง</p>
	<p>5. ฝึกทักษะการตัดสินใจ โดยผู้วิจัยจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้สามารถตัดสินใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยตนเองพร้อมทั้งบันทึกลงในคู่มือการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติในการจัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยทราบสาเหตุของการเกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยทราบว่าสาเหตุของการปวดหลังมากขึ้น เกิดจากการที่มีท่าทางการลุกนั่งไม่ถูกต้องหรือไม่ได้ใส่เสื้อพยุงหลังขณะลุกนั่งหรือเดิน ผู้ป่วยจะต้องตัดสินใจที่จะมีการปรับเปลี่ยนท่าทางการลุกนั่ง หรือตัดสินใจใช้อุปกรณ์พยุงหลัง</p>
	<p>6. ฝึกทักษะการลงมือปฏิบัติ ฝึกปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้มีความเหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะและสามารถลงมือปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ลงมือปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนท่าทางการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยลุกนั่งในท่าทางที่เหมาะสม หรือให้ผู้ป่วยได้ฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์พยุงเดิน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ก็คือสามารถลุกเดินได้ในวันที่ 5 หลังผ่าตัด หรือ อาการปวดหลังลดลง การลงมือปฏิบัติจะสอดคล้องกับเป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ในครั้งแรก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้บรรลุเป้าหมายในที่สุด</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

วิธีการส่งเสริมการจัดการตนเอง	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
	7. ฝึกทักษะการประเมินตนเอง โดยการเปรียบเทียบข้อมูลของวันที่ผ่านมา หรือเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะและสามารถประเมินตนเองได้ โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยมีการประเมินตนเองเป็นระยะ ว่าสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้หรือไม่ หากเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ยังไม่สำเร็จ ผู้วิจัยก็จะกระตุ้นเตือน หาวิธีในการแก้ไข ให้ผู้ป่วยได้มีกำลังใจและมีวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับตนเอง นำมาซึ่งการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายในที่สุด
	8. นัดหมายการพบครั้งต่อไป เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลับมาพบกันตามนัดหมาย
3. กิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน วัตถุประสงค์ ให้มีการเตรียมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล 1 วัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจเพิ่มพูนกำลังใจในการดูแลตนเองในระยะฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง	<p>กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน (6 วันหลังผ่าตัด/ ก่อนออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 20 นาที)</p> <p>1. ผู้วิจัยร่วมกันกับผู้ป่วยในการทบทวนกิจกรรมครั้งก่อนรวมถึงการทบทวนคู่มือการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยได้บันทึกไว้ที่แจกให้หลังจากที่ผู้ป่วยนำทักษะการจัดการตนเองไปปฏิบัติ เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจและทบทวนความรู้ที่ได้จากครั้งก่อน</p>
	2. ผู้วิจัยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทางแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยทราบปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองและเป็นการให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วย
	3. ฝึกทักษะการประเมินผล โดยให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองว่าบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม ถ้าหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน แต่หากยังไม่สามารถทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการจัดการตนเองต่อไปจนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

ตารางที่ 1 (ต่อ)

วิธีการส่งเสริมการ จัดการตนเอง	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
	4. กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยนำกระบวนการจัดการตนเองไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
	5. นัดหมายการพบครั้งต่อไปและวัน เวลาที่จะโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรคเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้ทราบปัญหาและอุปสรรคขณะปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเองที่บ้าน รวมถึงเป็นการช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
4. กิจกรรมติดตาม กระตุ้นเตือน อย่าง ต่อเนื่อง วัตถุประสงค์ เพื่อการทบทวน และ กระตุ้นเตือนทักษะการ จัดการตนเองอย่าง ต่อเนื่องเมื่อกลับไปพัก ฟื้นที่บ้าน	กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมติดตาม กระตุ้นเตือน อย่างต่อเนื่อง (ติดต่อทาง โทรศัพท์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 5 วัน ใช้เวลา 15 นาที) 1. โทรศัพท์ติดตามเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรค ในการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองระหว่างผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้ง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยเสนอแนะในประเด็นที่ผู้ป่วยมี ปัญหาและร่วมกันวางแผนการฝึกทักษะการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อสอบถามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สอบถาม การบันทึกกิจกรรมในสมุดบันทึกในทุกขั้นตอน ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถ ทำได้ตามเป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ในครั้งแรกหรือไม่ อย่างไร
	2. กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน อย่างต่อเนื่องรวมถึงการบันทึกการจัดการตนเองในคู่มืออย่างสม่ำเสมอ และกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้มารับการรักษาตามที่แพทย์นัดในครั้งถัดไป เพื่อเป็นการทบทวน และกระตุ้นเตือนทักษะการจัดการตนเองอย่าง ต่อเนื่อง
	3. ประเมินการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามแบบประเมินการ จัดการตนเองมีทั้งหมด 13 ข้อ เพื่อประเมินระดับความสามารถในการ จัดการตนเอง
	4. นัดหมายการพบครั้งต่อไปและวัน เวลาที่ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัด ของแพทย์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลับมาพบกันตามนัดหมาย

ตารางที่ 1 (ต่อ)

วิธีการส่งเสริมการจัดการตนเอง	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
<p>5. กิจกรรมติดตามต่อเนื่อง และพิสูจน์ตนเอง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อประเมินตนเองของผู้ป่วย รวมถึงส่งเสริมและให้กำลังใจสำหรับผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองที่ต่อเนื่อง</p>	<p>กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมติดตามต่อเนื่อง และพิสูจน์ตนเอง (วันที่แพทย์นัดตรวจหลังผ่าตัด ใช้เวลา 15 นาที)</p> <p>1. ผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองระหว่างผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย เพื่อติดตามการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วย รวมถึงการทบทวนทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง</p>
	<p>2. ผู้ป่วยประเมินตนเองร่วมกับผู้วิจัย โดยให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองว่าบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม ถ้าหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน แต่หากยังไม่สามารถทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการจัดการตนเองต่อไปจนบรรลุเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของตนเองและให้ผู้ผู้ป่วยได้ทราบว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องมีการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อไป</p>
	<p>3. ชมเชย และกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง และยุติการเข้าร่วมวิจัย</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการจัดการตนเองเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยได้มีการจัดการตนเองที่ดีในระยะหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2002) พบว่าการจัดการตนเองมีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัด หากผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการตนเองที่ดี ก็จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติโดยเร็ว

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ศรัณยา มีชูทรัพย์ (2539) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อต่อความรู้สึกรวดและความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหมอนรองกระดูกสันหลัง โดยในกลุ่มทดลองให้โปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อและบันทึกการบริหารกล้ามเนื้อประจำวัน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการยกขาขณะเหยียดเข่าตรงในขาข้างที่ปวด และขาข้างปกติมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เรไร พงศ์สถาพร (2550) ศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการโค้ชกับผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติเมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพเมื่อครบ 24 ชั่วโมงและ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (เรไร พงศ์สถาพร, 2550)

สุวคล โกสีย์ไกรนิรมล (2550) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนเอง ต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวของลำไส้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช โดยกลุ่มควบคุมจะให้โรงพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ทางบวกก่อนให้ความรู้ พร้อมกับแจกคู่มือการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังการผ่าตัดร่วมกับให้กลุ่มตัวอย่างร่วมฝึกปฏิบัติตามคู่มือผู้วิจัยจะเน้นบอกถึงประโยชน์ของแต่ละกิจกรรมเพื่อให้เกิดการคาดหวังทางบวก ผู้วิจัยจะกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรม เช่น การลุกนั่งและการลงนอนบนเตียง การยืน และการเดินที่ถูกต้อง เป็นต้น ดังที่ได้รับการสอนก่อนผ่าตัดตามคู่มือ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ไม่แตกต่างกัน

สุวรรณี ขอบการไร่ (2556) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อม โดยศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และศึกษาอำนาจการทำนายปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพและความมีคุณค่าในตนเอง ผลการวิจัยพบว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนาย

พฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา การรับรู้ ภาวะสุขภาพไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ (สุวรรณณี ขอบการไร้, 2556)

Chen-Yin Chen (2015) ศึกษาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระหว่างพักฟื้นในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นการฟื้นตัวที่ดีจำนวน 30 ราย ในระยะหลังผ่าตัดมีระดับความปวดลดลง มีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดี รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ให้การพยาบาลตามปกติ โดยมีการติดตามผู้ป่วยในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรม (Chen et al., 2015)

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังในระยะฟื้นฟูสภาพ

กาญจนา กาญจนโพธิ์ (2554) ศึกษาความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรมและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการฉีดยาเข้าไขสันหลังในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า หลังการฉีดยาเข้าไขสันหลัง 1 และ 4 สัปดาห์กลุ่มตัวอย่างมีความปวดลดลง ความสามารถในการทำกิจกรรมสูงขึ้น กว่าก่อนฉีดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คุณภาพชีวิตหลังฉีดยา 1 สัปดาห์สูงขึ้นกว่าก่อนฉีดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กาญจนา กาญจนโพธิ์, 2552)

อินทิรา รูปสว่าง (2552) ศึกษาติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดหลังส่วนล่าง เรื้อรังก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง ผลการศึกษาพบว่า หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีคะแนนรวมภาวะสุขภาพดีกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประมาณร้อยละ 20 มีภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากภาวะปวดหลังส่วนล่าง ในระดับปานกลางถึงระดับมาก ซึ่งลดลงจากประมาณเกือบร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินภาวะสุขภาพของตนว่ามีข้อจำกัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมากในระยะก่อนผ่าตัด (อินทิรา รูปสว่าง, 2552)

Airaksinen et al. (1994) ศึกษาความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังตีบแคบที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดกระดูกสันหลัง ผลการศึกษาพบว่าในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 54 ลาออกจากงานประจำที่เคยทำ และใช้เวลาพักฟื้นตัวในระยะยาวหลังผ่าตัด (Airaksinen, Herno, & Saari, 1994)

Ann-christin et al. (2010) ศึกษาปัจจัยด้านความคิดและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับระดับความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิต ในระยะเวลา 1 ปีหลังการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าความคาดหวังในการที่จะกลับไปทำงานภายหลังการผ่าตัด 3 เดือนอยู่ในระดับต่ำมาก ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการปวดขา และปวดหลังที่ยังเหลืออยู่ รวมถึงการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม การเจ็บป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล และ

คุณภาพชีวิต แม้ว่า การรักษาโดยการผ่าตัดจะสำเร็จ แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยยังคงมีการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

Arja Hakkinen et al. (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง 2 เดือน หลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าอาการปวดขาดลง ร้อยละ 87 อาการปวดหลังลดลง ร้อยละ 81 แต่ยังคงมีอาการปวดขา ร้อยละ 25 และอาการปวดหลัง ร้อยละ 20 และผู้ป่วยร้อยละ 30 ยังคงมีข้อจำกัดอยู่ในระดับปานกลางถึงมากในการทำกิจกรรมต่างๆ และพบว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน ทำให้ความทนหรือความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลำตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ามักจะมีภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลังซ้ำหลังผ่าตัด

C.Lazano-Alvarez et al. (2014) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ในเรื่องของคุณภาพชีวิต ภาวะสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม และระดับความปวดจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 54 ปี ร้อยละ 49.8 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 16 ไม่มาตรวจตามนัดหลังการผ่าตัด ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันระหว่าง อายุ เพศ ภาวะโรคร่วม การไม่ไปทำงาน เนื่องจากการเจ็บป่วยถาวรหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม

Kawi (2014) ศึกษาการจัดการตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยปวดหลังระดับบั้นเอวเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยพยายามจัดการตนเองโดยการใช้ยาเพื่อลดระดับความปวดของตนเองได้เพียงเล็กน้อย และพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก สิ่งเหล่านี้เป็นแรงสนับสนุนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีขึ้น ความวิตกกังวลลดลง และยังพบว่าผู้ป่วยต้องการได้รับความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดการตนเองจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพเพิ่มเติม

Mayer et al. (1989) ศึกษาศึกษาความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมร้อยละ 50-60 ในระยะเวลา 3 เดือนหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยยังมีความปวดที่ยังหลงเหลืออยู่ มีการเคลื่อนไหวของร่างกายที่จำกัด กล้ามเนื้อบริเวณหลังยังไม่แข็งแรง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม (Mayer et al., 1989)

6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง

นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสามารถ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์, 2014)

ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่าการส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพสามารถลดอาการกำเริบของโรค เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, 2555)

Kristin R. Archer et al. (2014) ศึกษากรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจำนวน 8 ราย ที่มีความกลัวในการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแย่งลง จึงได้มีการให้โปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี เพื่อแก้ไขปัญหาการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัด และลดระดับความปวดที่ยังหลงเหลืออยู่หลังผ่าตัด มีกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความกลัวที่จะเคลื่อนไหวร่างกายลดลง มีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นตามลำดับ เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการฟื้นตัวที่ดีอย่างรวดเร็ว (Kristin R Archer, 2014)

Kristin R. Archer et al. (2014) ศึกษาการให้โปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัด โดยมีการให้โปรแกรมเป็นระยะ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดหลังลดลง มีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีขึ้น ลดความกลัวการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนล่างให้สามารถจัดการตนเองได้ จะนำมาซึ่งการมีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นหลังการผ่าตัด และมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดที่ถูกต้องและรวดเร็ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2002) แสดงในกรอบแนวคิดของงานวิจัย ดังนี้

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2002) ร่วมกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว (สถาบันประสาท, 2550)

กิจกรรมที่ 1: กิจกรรมการเตรียมความพร้อม และเรียนรู้กระบวนการจัดการตนเองที่ดี (ก่อนผ่าตัด 1 วัน)

- ให้ความรู้แนะนำเรื่อง แนวทางการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในระยะหลังผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว
- อธิบายการฝึกทักษะการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินตนเอง ร่วมกับการรับชมภาพเคลื่อนไหวแสดงสถานการณ์จำลอง

กิจกรรมที่ 2: กิจกรรมทบทวนความรู้ ไขข้อข้องใจ และปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเอง (หลังผ่าตัด 3 วัน)

- ทบทวนกิจกรรมและเนื้อหาในสมุดคู่มือ ชักถามปัญหาเพื่อความเข้าใจ
- ฝึกทักษะการตั้งเป้าหมาย, ฝึกทักษะการรวบรวมข้อมูล, ฝึกทักษะการประมวลและประเมินข้อมูล, ฝึกทักษะการตัดสินใจ, ฝึกทักษะการลงมือปฏิบัติ และฝึกทักษะการประเมินตนเอง

กิจกรรมที่ 3: กิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน (6 วัน หลังผ่าตัด/ก่อนออกจากโรงพยาบาล)

- ทบทวนกิจกรรมและชักถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น
- ฝึกทักษะการประเมินตนเอง โดยให้ผู้ป่วยประเมินว่าสามารถปฏิบัติบรรลุตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้หรือต้องฝึกปฏิบัติทักษะเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 4: กิจกรรมติดตาม กระตุ้นเตือน อย่างต่อเนื่อง (ติดต่อทางโทรศัพท์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 5 วัน)

กิจกรรมที่ 5: กิจกรรมติดตามต่อเนื่อง และพิสูจน์ตนเอง (วันที่แพทย์นัดตรวจหลังผ่าตัด) โดยผู้ป่วยประเมินตนเองร่วมกับผู้วิจัย และตรวจสอบแบบบันทึกการจัดการตนเอง (Creer, 2002)

สามารถ
ในการ
ทำ
กิจกรรม
(J. C.
Fairban
k 2000;
WHO,
1980,

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Nonequivalent comparison- group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยมีแบบแผนการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม O1 _____ O2
กลุ่มทดลอง O3 _____ x _____ O4

X หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

O1 หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O2 หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

O3 หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

O4 หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพ ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกหอผู้ป่วยใน ศัลยกรรมกระดูกและศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35-59 ปี ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวเป็นครั้งแรกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ที่แผนกหอผู้ป่วยในศัลยกรรมกระดูกและศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน

ทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 22 คน และกลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง จำนวน 22 คน ตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criterion)

1. กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวที่เข้าร่วมวิจัย ดังนี้

1.1 อายุ 35-59 ปีบริบูรณ์ทั้งผู้ชายและผู้หญิง

1.2 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกระดูกสันหลังเสื่อมระดับบั้นเอวที่ระดับ L1 – S3 ได้แก่ โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Degenerative lumbar spinal stenosis), โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (Lumbar disc herniation), โรคกระดูกสันหลังเลื่อน (Lumbar spondylolisthesis) และโรคกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพ (Spondylolysis) และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ได้แก่ การทำผ่าตัดด้วยวิธีลดการกดทับ (Decompression procedure) โดยไม่ทำการเชื่อมปล้องกระดูกสันหลัง และการผ่าตัดลดการกดทับร่วมกับเชื่อมกระดูกสันหลัง (Stabilization procedure)

1.3 ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นครั้งแรก

1.4 รู้สึกตัวดี การได้ยินปกติ ฟังและพูดภาษาไทยได้รู้เรื่องเข้าใจ

1.5 ยินดีร่วมมือในการทำวิจัยตามแบบขอความร่วมมือ เป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัยและให้การคุ้มครอง

2. การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criterion)

2.1 ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ หรือเป็นอัมพาต

2.2 ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคต่อไปนี้รุนแรงขึ้นหลังผ่าตัด ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ, หัวใจ, หลอดเลือด, ไต และระบบประสาทไขสันหลัง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ในการทำวิจัยครั้งนี้ได้จากการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ PASS (Power of analysis of sample size) (รัตนศิริ ทาโต, 2552) โดยควบคุมการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 และกำหนดอำนาจทดสอบ 80% ระดับนัยสำคัญ .05 ขนาดอิทธิพล .05 (Polit & Beck, 2004) พบว่าได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมดคือ 40 ราย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีการจัดกิจกรรมหลายครั้ง และใช้ระยะ

เวลานาน 3 สัปดาห์ ซึ่งอาจทำให้เกิดการสูญหาย (Drop out) ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Jekel et al. 2007) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ จึงมีจำนวน 44 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับผู้อำนวยการกองการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 44 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติข้างต้น และผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวิธีจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (Math paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ และควบคุมทั้งสองกลุ่มให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 44 คน ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกัน ดังนี้

3.1 อายุ อายุที่มากขึ้นบ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รวมถึงมีผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วย ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะส่งผลให้กล้ามเนื้อหลังมีความแข็งแรงน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ส่งผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวลดลงตามการเปลี่ยนแปลงของอายุที่มากขึ้น ดังนั้นอายุที่แตกต่างกันจะทำให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมที่แตกต่างกัน โดยกำหนดให้อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (C.Lozano-Alvarez, 2013)

3.2 ระดับความปวดก่อนผ่าตัด ระดับความปวดมีผลต่อระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังเสื่อมหรือกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท เนื่องจากในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดบั้นเอวในระดับที่แตกต่างกัน เมื่อผู้ป่วยมีระดับความปวดที่มากขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมจะลดลง โดยผู้ป่วยจะหยุดหรือลดการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันไม่เป็นไปตามปกติ (Hakkinen & Ylinen, 2003) โดยกำหนดให้

ระดับความปวดอยู่ในระดับเดียวกัน แบ่งระดับความปวดเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-3 คะแนน คือ ไม่ปวดถึงปวดเล็กน้อย 4-7 คะแนน คือ ปวดปานกลาง และ 8-10 คะแนน คือ ปวดมากถึงมากที่สุด

ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยในครั้งนี้ และควบคุมทั้งสองกลุ่มให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยพิจารณา ดังนี้ อายุ (C.Lozano-Alvarez, 2013) ระดับความปวด (Hakkinen & Ylinen, 2003) ทั้งนี้การเก็บข้อมูลไม่พบปัญหาและอุปสรรคใดๆ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพใกล้เคียงกัน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอสำหรับการจับคู่ให้คล้ายคลึงกันตามองค์ประกอบที่กำหนด

โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ จำนวน 22 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยเริ่มต้นจากกลุ่มตัวอย่างคนที่ 23 ถึงกลุ่มตัวอย่างคนที่ 44 โดยพิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ได้แก่ อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับความปวดก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับเดียวกัน และหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองไม่สามารถจับคู่กับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมได้ ผู้วิจัยจะหากกลุ่มตัวอย่างใหม่ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและสามารถจับคู่กับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมได้

ตารางที่ 2 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน อายุ ระดับความปวด

คู่ที่	อายุ		ระดับความปวด	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	41	44	1	1
2	50	55	3	3
3	57	59	3	3
4	50	54	3	3
5	52	55	2	2
6	54	58	3	3
7	54	57	2	2
8	56	53	1	1
9	52	55	2	2

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คู่มือ	อายุ		ระดับความปวด	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
10	58	58	1	1
11	52	52	1	1
12	54	51	3	3
13	52	56	2	2
14	51	55	3	3
15	43	39	3	3
16	54	57	3	3
17	52	51	3	3
18	30	32	3	3
19	53	55	3	3
20	56	58	1	1
21	59	57	3	3
22	50	55	3	3

หมายเหตุ

- 1 หมายถึง ระดับความปวด คือ ไม่ปวดถึงปวดเล็กน้อย (0-3 คะแนน)
- 2 หมายถึง ระดับความปวด คือ ปวดระดับปานกลาง (4-7 คะแนน)
- 3 หมายถึง ระดับความปวด คือ ปวดมากถึงมากที่สุด (8-10 คะแนน)

4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและศัลยกรรมระบบประสาท ตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการวินิจฉัยโรค และแผนการรักษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในเบื้องต้น แล้วจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยคนที่ 1 ถึงคนที่ 22 จะเป็นกลุ่มควบคุม เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดแล้ว จึงเข้าไปแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และชี้แจงพิทักษ์

สิทธิของการเข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคล และผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วย และประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (Modified Oswestry Low Back pain Disability Questionnaire) (ดังแสดงในภาคผนวก) หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการนัดหมายผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยนอก ตามวันเวลาที่แพทย์นัดตรวจหลังผ่าตัด เพื่อมาทำประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (Post-test) โดยผู้ป่วยจะทราบวันเวลาที่แพทย์นัดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2560

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง อีก 22 คนหลัง ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและศัลยกรรมระบบประสาท ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กล่าวคือ ผู้ป่วยคนที่ 23 ถึงคนที่ 44 จะอยู่ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการวินิจฉัยโรค และแผนการรักษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในเบื้องต้น แล้วจึงเข้าไปแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และชี้แจงพิทักษ์สิทธิของการเข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วย และประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (Modified Oswestry Low Back pain Disability Questionnaire) (ดังแสดงในภาคผนวก) แล้วจึงดำเนินการตามแผนโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อไป โดยผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ตั้งแต่วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2560

ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n1 = 22)		(n2 = 22)		(n = 44)	
หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา						
หอผู้ป่วยสามัญโรคโศปติกส์	4	18.2	4	18.2	8	18.2
หอผู้ป่วยพิเศษโรคโศปติกส์	11	50.0	14	63.6	25	59.1
หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม	6	27.3	4	18.2	10	22

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n1 = 22)		กลุ่มทดลอง (n2 = 22)		รวม (n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ประสาท					
หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม	1	4.5	0	0	0	0
ประสาท						
เพศ						
ชาย	12	54.5	10	45.5	22	50
หญิง	10	45.5	12	54.5	22	50
อายุ (ปี)						
30 - 40	2	9.1	2	9.1	4	9.1
41 - 50	4	18.2	0	0	4	9.1
51 - 60	16	72.7	22	90.9	36	81.8
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0	3	13.6	3	6.8
ประถมศึกษา	7	31.8	7	31.8	14	31.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	9.1	1	4.5	3	6.8
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ	2	9.1	1	4.5	3	6.8
เทียบเท่า						
ปริญญาตรีขึ้นไป	11	50.0	10	45.5	21	47.7

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n1 = 22)		(n2 = 22)		(n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	45.5	7	31.8	17	38.6
เกษตรกรกรรม	2	9.1	1	4.5	3	6.8
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	3	13.6	6	27.3	9	20.5
รับจ้าง	3	13.6	6	27.3	9	11.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	13.6	2	9.1	5	2.3
อื่นๆ พระภิกษุ	1	4.5	0	0	1	0

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทางสุขภาพ ได้แก่ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการได้รับการผ่าตัดใหญ่ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการได้รับการรักษาเพื่อลดอาการปวด ระดับความปวด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n1 = 22)		(n2 = 22)		(n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติโรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	4	18.2	10	45.5	14	31.8
มีอีก 1-2 โรค	18	81.8	12	77.3	30	68.2
มีอีก 3-4 โรค	0	0	0	0	0	0
มีอีก 5 โรคขึ้นไป	0	0	0	0	0	0

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n1 = 22)		(n2 = 22)		(n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการเข้ารับการรักษา						
ในโรงพยาบาล						
ไม่เคย	2	9.1	5	22.7	7	15.9
เคย 1-2 ครั้ง	15	68.2	17	77.3	32	72.7
เคย 3-4 ครั้ง	0	0	0	0	0	0
เคยมากกว่า 5 ครั้ง	5	22.7	0	0	5	11.4
ประวัติการได้รับการผ่าตัด						
ใหญ่						
ไม่เคย	5	22.7	11	50	16	36.4
เคย 1-2 ครั้ง	15	68.2	11	50	25	56.8
เคย 3-4 ครั้ง	1	4.5	0	0	1	2.3
เคยมากกว่า 5 ครั้ง	1	4.5	0	0	1	2.3
ประวัติการสูบบุหรี่						
ไม่เคย	12	54.5	13	59.1	25	56.8
เคยน้อยกว่า 1 ปี	1	4.5	1	4.5	2	4.5
เคยนาน 2-4 ปี	1	4.5	0	0	1	2.3
เคยนาน 5-7 ปี	0	0	1	4.5	1	2.3
เคยนาน 8-10 ปี	1	4.5	1	4.5	2	4.5
เคยนานมากกว่า 11 ปีขึ้นไป	7	31.8	6	27.3	13	29.5

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n1 = 22)		(n2 = 22)		(n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการได้รับการรักษา						
เพื่อลดอาการปวด						
กายภาพบำบัด	1	4.5	0	0	1	2.3
รับประทานยาระงับปวด	7	31.8	9	40.9	16	36.4
ฉีดยาระงับปวดเข้าช่องไขสันหลัง	1	4.5	1	4.5	2	4.5
หลัง						
รักษาเพื่อลดอาการปวด 2 วิธี	6	27.3	6	27.3	12	27.3
รักษาเพื่อลดอาการปวด 3 วิธี	7	31.8	6	27.3	13	29.5
ระดับความปวดก่อนผ่าตัด						
ไม่ปวดเลยถึงปวดเล็กน้อย	5	22.7	5	22.7	10	22.7
ปวดปานกลาง	4	18.2	4	18.2	8	18.2
ปวดมากถึงมากที่สุด	13	59.1	13	59.1	26	59.1
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด						
(ชม.)						
2 - 4	15	68.2	18	81.8	33	75.0
5 - 7	6	27.3	4	18.2	10	22.7
8 - 10	1	4.5	0	4.5	1	2.3

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n1 = 22)		(n2 = 22)		(n = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล						
หลังผ่าตัด (วัน)						
3 – 6	2	9.1	2	9.1	4	9.1
7 – 10	14	63.5	17	72.7	31	70.5
11 – 13	1	4.5	0	0	1	2.3
14 - 16	5	22.7	3	13.5	8	18.2

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงเรื่องการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในโรงพยาบาลตำรวจ โดยเสนอผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ ในวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2559

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง และสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รูปแบบการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ รวมทั้งความไม่สะดวกต่างๆ ที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้อย่างสมัครใจ และสามารถที่จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย โดยมีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างในการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด

2. ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างถึงข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้จะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม และเชิงวิชาการเท่านั้น จัดทำแบบสอบถามโดยการกำหนดลำดับของแบบสอบถาม ไม่มีการเขียนชื่อ - นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง กรณีมีข้อสงสัยต่างๆ สามารถสอบถาม

ผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่เผยแพร่ เป็นข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างอนุญาตเท่านั้น และขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลใดๆ

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information sheet) และให้เซ็นแบบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย (Information consent form)

4. สำหรับกลุ่มควบคุม จะได้รับการพิทักษ์สิทธิเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง โดยตลอดระยะเวลาที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากหอผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลของโรงพยาบาล หลังจากนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดแพทย์ ประมาณ 2 สัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ความรู้ และเสริมทักษะต่างๆ เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมการจัดการตนเอง พร้อมทั้งมอบหนังสือคู่มือและแบบบันทึกการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว โดยมีเนื้อหาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองทุกประการ เพื่อเป็นการขอบคุณในความร่วมมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ตอนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โดยมีรายละเอียด ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

ตอนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire) จากประเสริฐ สุกุลศรีประเสริฐและคณะ (2552) โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือ พร้อมขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังเสื่อม และได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ได้แก่ หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการได้รับการผ่าตัดใหญ่ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการได้รับการรักษาเพื่อลดอาการปวด ระดับความปวดก่อนผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด โดยข้อมูลนี้กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ทั้งนี้

รายละเอียดของขั้นตอนการสร้างแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ผู้วิจัยได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นความรู้ประกอบการสร้างแบบสอบถาม โดยข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำตอบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังเสื่อม และได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับชั้นเอว เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน (รายชื่อดังแสดงในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบไปด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านศัลยกรรมประสาท	1	ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรมกระดูก	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านทฤษฎีทางการพยาบาล	1	ท่าน
นักกายภาพบำบัด	1	ท่าน

โดยภายหลังได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ปรับแก้แบบสัมภาษณ์ ดังนี้ คือ

1. เพิ่มชื่อหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษเข้าไป ในข้อความหอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา เนื่องจากในบางครั้งมีการแอดมิตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษด้วย
2. ปรับแก้ชื่อหอผู้ป่วยเป็นหอผู้ป่วยสามัญออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยพิเศษออร์โธปิดิกส์ และหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท
3. เพิ่มระดับการศึกษาเป็นมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
4. ปรับแก้อาชีพเป็นอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว
5. เพิ่มข้อความประวัติสูบบุหรี่ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง มักมีประวัติการสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลาานาน
6. เพิ่มข้อความที่เกี่ยวกับการรักษาเพื่อลดอาการปวดหลัง ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด การรับประทานยาระงับปวด การฉีดยาระงับปวดเข้าช่องไขสันหลัง และการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

7. ปรับระดับความปวดเป็นไม่ปวดเลยถึงปวดเล็กน้อย (0 – 3 คะแนน) ให้เหมือนกันกับคู่มือ

2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม โดยใช้แบบประเมินโอดีฟายด์ ออสเวสทรี (Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire) ของแฟร์แบร์กและคณะ (J. Fairbank et al., 1980) ฉบับภาษาไทยโดยประเสริฐ สุกุลศรีประเสริฐและคณะ แบบประเมินประกอบด้วย 10 ด้าน ได้แก่ ความรุนแรงของอาการปวด การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (อาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น) การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน การเข้าสังคม (เช่น การไปตลาด ดูหนัง ไปห้างสรรพสินค้า) การเดินทาง และการทำงานหรืองานบ้าน ซึ่งแต่ละข้อมีรายละเอียดอธิบายความรุนแรงของการจำกัดกิจกรรม 6 ข้อย่อยโดยเรียงจากน้อยไปหามาก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เรียงลำดับคะแนนจาก 0-5 คะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 50 แล้วคูณสองเพื่อเป็นเปอร์เซ็นต์ของภาวะจำกัดกิจกรรม โดยแบ่งคะแนนทั้งหมดเป็น 5 ระดับ ดังนี้

Level 1: 81 – 100% หมายถึง ภาวะจำกัดกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ที่เตียงนอน แสดงว่า ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง

Level 2: 61 – 80% หมายถึง ภาวะจำกัดกิจกรรมมาก ต้องพึ่งพาผู้อื่น แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้น้อยต้องมีคนคอยช่วยเหลือ

Level 3: 41 – 60% หมายถึง ภาวะจำกัดกิจกรรมมาก แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้น้อยแต่ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง

Level 4: 21-40% หมายถึง ภาวะจำกัดกิจกรรมปานกลาง แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้ปานกลาง

Level 5: 0– 20% หมายถึง ภาวะจำกัดกิจกรรมน้อย แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้มาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก ประเสริฐ สุกุลศรีประเสริฐและคณะ (2549) เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์ การให้คะแนน ความ

ชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน (รายชื่อดังแสดงในภาคผนวก ก) ซึ่ง หลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ปรับแก้แบบประเมิน ดังนี้

1. ข้อคำถามในด้านของระดับความปวด ควรปรับภาษาให้อ่านได้เข้าใจง่ายมากขึ้น โดยเฉพาะตัวเลือกที่ 2-5 ควรแบ่งระดับให้มีความชัดเจนมากขึ้น ได้แก่ ตัวเลือกที่ 3 ปรับเป็น ได้รับยาแก้ปวดแล้วหายปวดโดยสิ้นเชิง ตัวเลือกที่ 4 ได้รับยาแก้ปวดแล้วหายปวดได้ปานกลาง ตัวเลือกที่ 5 ได้รับยาแก้ปวดแล้วหายปวดเล็กน้อย และตัวเลือกที่ 6 ได้รับยาแก้ปวดแล้วอาการปวดไม่ลดลง / ไม่หายปวด

2. ข้อคำถามในด้านของการดูแลตนเอง ควรปรับข้อคำถาม ได้แก่ ตัวเลือกที่ 1 ดูแลตัวเองได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการปวดเพิ่มขึ้น ตัวเลือกที่ 4 สามารถจัดการกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ แต่ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน ตัวเลือกที่ 5 ต้องการความช่วยเหลือทุกครั้งที่ในการจัดการกิจวัตรประจำวัน และตัวเลือกที่ 6 แต่งตัวไม่ได้เลย อาบน้ำด้วยความลำบาก และอยู่แต่ที่เตียงนอน

3. ข้อคำถามด้านการยกของ ควรปรับข้อคำถาม ได้แก่ ตัวเลือกที่ 2 ยกของหนักได้ แต่มีอาการปวดเพิ่มขึ้น และตัวเลือกที่ 4 ยกของที่มีน้ำหนักมากได้ หากของนั้นถูกจัดวางให้สะดวกในการยก (เช่น ของตั้งบนโต๊ะ)

4. ข้อคำถามด้านการเดิน ควรปรับข้อคำถามในตัวเลือกที่ 6 อยู่แต่ที่เตียงเกือบตลอดเวลาและมีความยากลำบากในการเข้าห้องน้ำ

5. ข้อคำถามด้านการนั่ง ควรปรับข้อคำถามในตัวเลือกที่ 4 อาการปวดทำให้นั่งได้นานไม่เกิน 30 นาที

6. ข้อคำถามด้านการยืน ควรปรับข้อคำถาม ได้แก่ ตัวเลือกที่ 1 ยืนได้นานเท่าที่ ต้องการ โดยอาการปวดไม่เพิ่มขึ้น ตัวเลือกที่ 2 ยืนได้นานเท่าที่ต้องการ แต่มีอาการปวดเพิ่มขึ้น ตัวเลือกที่ 4 อาการปวดทำให้ยืนได้นานไม่เกิน 30 นาที

7. ข้อคำถามด้านการนอน ควรปรับข้อคำถาม ได้แก่ ตัวเลือกที่ 1 อาการปวดไม่เป็นอุปสรรคต่อการนอนเต็มอิ่ม ตัวเลือกที่ 3 แม้ได้รับยาแก้ปวด ก็นอนได้น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ตัวเลือกที่ 4 แม้ได้รับยาแก้ปวด ก็นอนได้น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ตัวเลือกที่ 5 แม้ได้รับยาแก้ปวด ก็นอนได้น้อยกว่า 2 ชั่วโมง

8. ข้อคำถามด้านการเข้าสังคม ควรปรับข้อคำถาม ได้แก่ ตัวเลือกที่ 1 การใช้ชีวิตในสังคมเป็นปกติ และไม่มีอาการปวดเพิ่มขึ้น ตัวเลือกที่ 2 การใช้ชีวิตในสังคมเป็นปกติ แต่มีอาการปวด

เพิ่มมากขึ้น ตัวเลือกที่ 4 อาการปวดเป็นอุปสรรคต่อการออกไปข้างนอกบ่อยๆ (เช่น ไปเดินตลาด)
ตัวเลือกที่ 5 อาการปวดทำให้จำกัดการใช้ชีวิตในสังคม ให้อยู่แต่ในบ้าน

9. ข้อคำถามด้านการเดินทาง ควรปรับข้อคำถาม ได้แก่ ตัวเลือกที่ 2 เดินทางไปได้ทุกแห่ง แต่จะทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้น ตัวเลือกที่ 3 มีอาการปวดเพิ่มมากขึ้น เมื่อเดินทางเกิน 2 ชั่วโมง ตัวเลือกที่ 4 มีอาการปวดเพิ่มมากขึ้น เมื่อเดินทางเกิน 1 ชั่วโมง ตัวเลือกที่ 5 อาการปวดทำให้เดินทางได้ในระยะสั้นไม่เกิน 30 นาที

10. ข้อคำถามด้านการทำงาน/งานบ้าน ควรปรับข้อคำถาม ได้แก่ ตัวเลือกที่ 1 การทำงาน/งานบ้าน ไม่ทำให้เกิดอาการปวด ตัวเลือกที่ 2 การทำงาน/งานบ้าน ทำให้เพิ่มอาการปวด แต่สามารถทำงานที่ต้องการได้ทั้งหมด ตัวเลือกที่ 3 สามารถการทำงาน/งานบ้านที่เป็นภาระส่วนใหญ่ได้ แต่อาการปวดเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมที่มีความเครียดทางกายเพิ่มขึ้น (เช่น การยกของ การดูดฝุ่น) และตัวเลือกที่ 5 อาการปวดเป็นอุปสรรคแม้แต่ภาระงานที่เบา

จากนั้นนำเครื่องมือไปหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.90 ซึ่งจากเกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรมีค่าเท่ากับ หรือมากกว่า .8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี (Polit & Beck, 2004)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

หลังจากนั้นปรับแก้เครื่องมือร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อม ที่จะเข้ารับการรักษาผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์และหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตำรวจ และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.74 ถือว่าเป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Polit & Beck, 2004) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

ตอนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer (2002) ทั้งภายในและต่างประเทศ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

1) แผนดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวเพื่อให้สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer (2002) มีการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทั้งหมด 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 20 – 50 นาที ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ตามแนวคิดการจัดการตนเองโดยมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการเตรียมความพร้อม และเรียนรู้กระบวนการจัดการตนเองที่ดี เพื่อการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้มีการสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองที่ดี(ก่อนผ่าตัด 1 วัน ใช้เวลา 50 นาที) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย ให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือ

2. แจ้งวัตถุประสงค์โปรแกรมส่งเสริมการฝึกทักษะจัดการตนเอง เพื่อเป็นการทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วย

3. ให้ความรู้แนะนำเรื่องสาเหตุ แนวทางการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว รวมถึงขั้นตอนกระบวนการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสาเหตุ แนวทางการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมโดยเฉพาะด้านของความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด

4. อธิบายการฝึกทักษะของกระบวนการจัดการตนเองทั้งหมด 6 ขั้นตอน โดยการบรรยาย ร่วมกับการนำเสนอภาพเคลื่อนไหวจำลองสถานการณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ดังนี้

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

4.2 การรวบรวมข้อมูล (Information collection) โดยการเฝ้าระวังตนเองด้วยการสังเกตอาการของตนเอง และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะที่ได้กำหนดเป็นเป้าหมายไว้ในครั้งแรก เช่น อาการปวดโดยวัดจากแบบประเมินระดับความปวด การบันทึกระยะเวลาทางโดยประมาณที่สามารถเดินได้ในแต่ละวัน บันทึกท่าทางต่างๆในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบันทึกอาการผิดปกติที่สามารถสังเกตได้ในแต่ละวัน โดยทำการบันทึกอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการประเมินข้อมูลต่อไป

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

4.4 การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเอง หลังจากการรวบรวมและประมวลข้อมูล โดยผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การทำกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเป็นพื้นฐานในการเลือกวิธีการจัดการตนเองที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย

4.5 การลงมือปฏิบัติ (Action) ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีในระยะหลังผ่าตัด โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การทำกิจกรรม ลงมือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จนกระทั่งบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4.6 การประเมินผล (Self-reaction) โดยให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม

5. หลังจากที่มีผู้วิจัยอธิบายกระบวนการจัดการตนเองแล้วให้ผู้ป่วยได้รับชมภาพเคลื่อนไหวแสดงสถานการณ์จำลองในแต่ละกระบวนการของการจัดการตนเองผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและสามารถมองภาพเหตุการณ์ที่ตนเองจะต้องลงมือปฏิบัติหลังผ่าตัดได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

6. แจกคู่มือการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคู่มือและสมุดบันทึกการจัดการตนเอง รวมถึงเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

7. นัดหมายการพบครั้งต่อไป เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลับมาพบกันตามนัดหมาย

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมทบทวนความรู้ ไขข้อข้องใจ และปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเอง เพื่อให้มีการกระตุ้นเตือน และเพิ่มพูนทักษะ (หลังผ่าตัด 3 วัน ใช้เวลา 30 นาที) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทบทวนกิจกรรมและเนื้อหาในสมุดคู่มือที่แจกครั้งก่อน ทบทวนทักษะการจัดการตนเอง ทั้ง 6 ขั้นตอน พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเพื่อความเข้าใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของตนเอง และเกิดการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด

2. ฝึกทักษะการตั้งเป้าหมายโดยผู้ป่วยร่วมกันตั้งเป้าหมายกับผู้วิจัยโดยมีการปรึกษาคู่เองกัน และกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองพร้อมทั้งจัดบันทึกไว้ในคู่มือการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเป้าหมายและเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมในระยะหลังผ่าตัดให้ สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยว่าเป้าหมายในการจัดการตนเองคืออะไร และให้ผู้ป่วยเขียนบันทึกลงไปในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง

3. ฝึกทักษะการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยได้บันทึกข้อมูลที่สังเกตได้ด้วยตนเอง ได้แก่ ระดับความปวด ระยะทางที่สามารถเดินได้ ท่าทางการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้อง และอาการผิดปกติที่สังเกตได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติการสังเกตและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง รวมถึงเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติ ระดับความปวด ระยะทางที่เดินได้ และท่าทางต่างๆในการเคลื่อนไหวร่างกาย พร้อมทั้งให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้บันทึกตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการต่อไป

4. ฝึกทักษะการประมวลและประเมินข้อมูล โดยผู้วิจัยจะฝึกให้ผู้ผู้ป่วยเปรียบเทียบข้อมูลกับวันที่ผ่านมา หรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ โดยผู้ป่วยจะต้องสามารถวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดปัญหาว่ามาจากสาเหตุใด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะสอบถามการเปลี่ยนแปลงในวันที่ผ่านมา เพื่อฝึกให้ผู้ผู้ป่วยได้เปรียบเทียบข้อมูล และสาเหตุการเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น เมื่อก่อนผู้ป่วยปวดหลังระดับความปวด 5 คะแนน วันนี้ปวดเพิ่มขึ้นเป็น 7 คะแนน สาเหตุที่ทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้นคืออะไร ควรจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมอย่างไร ผู้ป่วยบางรายมีวิธีการลุกนั่งบนเตียงที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีอาการปวดหลังมากขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องมีปรับเปลี่ยนวิธีการลุกนั่งให้มีความเหมาะสม พร้อมทั้งใส่อุปกรณ์พยุงหลัง

5. ฝึกทักษะการตัดสินใจ โดยผู้วิจัยจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้สามารถตัดสินใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพด้วยตนเองพร้อมทั้งบันทึกลงในคู่มือการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติในการจัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยทราบสาเหตุของการเกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยทราบว่าสาเหตุของการปวดหลังมากขึ้น เกิดจากการที่มีท่าทางการลุกนั่งไม่ถูกต้องหรือไม่ได้ใส่เสื้อพยุงหลังขณะลุกนั่งหรือเดิน ผู้ป่วยจะต้องตัดสินใจที่จะมีการปรับเปลี่ยนท่าทางการลุกนั่ง หรือตัดสินใจใช้อุปกรณ์พยุงหลัง

6. ฝึกทักษะการลงมือปฏิบัติ ฝึกปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้มีความเหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะและสามารถลงมือปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ลงมือปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนท่าทางการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยลุกนั่งในท่าทางที่เหมาะสม หรือให้ผู้ป่วยได้ฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์พยุงเดิน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ก็คือ สามารถลุกเดินได้ในวันที่ 5 หลังผ่าตัด หรือ อาการปวดหลังลดลง การลงมือปฏิบัติจะสอดคล้องกับเป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ในครั้งแรก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้บรรลุเป้าหมายในที่สุด

7. ฝึกทักษะการประเมินตนเอง โดยการเปรียบเทียบข้อมูลของวันที่ผ่านมา หรือเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะและสามารถประเมินตนเองได้ โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ผู้ป่วยมีการประเมินตนเองเป็นระยะ ว่าสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้หรือไม่ หากเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ยังไม่สำเร็จ ผู้วิจัยก็จะกระตุ้นเตือน หาวิธีในการแก้ไข ให้ผู้ป่วยได้มีกำลังใจและมีวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับตนเอง นำมาซึ่งการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายในที่สุด

8. นัดหมายการพบครั้งต่อไปที่หอผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยอีกครั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนโปรแกรมการจัดการตนเอง

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน เพื่อให้มีการเตรียมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล 1 วัน และให้เกิดความเข้าใจ เพิ่มพูนกำลังใจในการดูแลตนเองในระยะฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง (6 วันหลังผ่าตัด/ก่อนออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 20 นาที) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยร่วมกันกับผู้ป่วยในการทบทวนกิจกรรมครั้งก่อนรวมถึงการทบทวนคู่มือการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยได้บันทึกไว้ที่แจกให้หลังจากที่ผู้ป่วยนำทักษะการจัดการตนเองไปปฏิบัติ เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจและทบทวนความรู้ที่ได้จากครั้งก่อน

2. ผู้วิจัยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ ให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทางแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วย ทราบปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองและเป็นการให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการจัดการตนเองให้แก่ ผู้ป่วย

3. กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยนำกระบวนการจัดการตนเองไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

4. นัดหมายการพบครั้งต่อไปและวัน เวลาที่จะโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรคเมื่อ กลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้ทราบปัญหาและอุปสรรคขณะปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเองที่บ้าน รวมถึง เป็นการช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมติดตาม กระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง เพื่อการทบทวน และกระตุ้นเตือน ทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน (ติดต่อทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล 5 วัน ใช้เวลา 15 นาที)

1. โทรศัพท์ติดตามเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติทักษะ การจัดการตนเองระหว่างผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัย เสนอแนะในประเด็นที่ผู้ป่วยมีปัญหาและร่วมกันวางแผนการฝึกทักษะการจัดการตนเองอย่าง เหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อสอบถามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงปัญหาอุปสรรค ในการจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

2. กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอนอย่างต่อเนื่องรวมถึง การบันทึกการจัดการตนเองในคู่มืออย่างสม่ำเสมอ และกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้มารับการรักษาตามที่ แพทย์นัดในครั้งถัดไป เพื่อเป็นการทบทวน และกระตุ้นเตือนทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. ประเมินการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามแบบประเมินการจัดการตนเองมี ทั้งหมด 13 ข้อ เพื่อประเมินระดับความสามารถในการจัดการตนเอง

4. นัดหมายการพบครั้งต่อไปและวัน เวลาที่ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดของแพทย์ เพื่อเป็น การกระตุ้นเตือนให้กลับมาพบกันตามนัดหมาย

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมติดตามต่อเนื่อง และพิสูจน์ตนเอง เพื่อประเมินตนเองของผู้ป่วย รวมถึงส่งเสริมและให้กำลังใจสำหรับผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองที่ต่อเนื่อง (วันที่ แพทย์นัดตรวจหลังผ่าตัด ใช้เวลา 15 นาที)

1. ผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองระหว่างผู้ปวยอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ปวยซักถามข้อสงสัย เพื่อติดตามการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองของผู้ปวย รวมถึงการทบทวนทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ปวยประเมินตนเองร่วมกับผู้วิจัย โดยให้ผู้ปวยประเมินความสามารถของตนเองว่าบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม ถ้าหากผู้ปวยสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ผู้ปวยปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเมื่อผู้ปวยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน แต่หากยังไม่สามารถทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการจัดการตนเองต่อไปจนบรรลุเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ปวยทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของตนเองและให้ผู้ปวยได้ทราบว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องมีการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อไป

3. ชมเชย และกล่าวขอบคุณผู้ปวยที่ให้ความร่วมมือสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปวยมีกำลังใจที่จะปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง และยุติการเข้าร่วมวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำจากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (รายชื่อแสดงในภาคผนวก ก) หลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับแก้ไข ดังนี้

1. ความครอบคลุมของเนื้อหาและความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ควรออกแบบให้ตอบวัตถุประสงค์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงปรับการเขียนให้เนื้อหา มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถประเมินผลออกมาได้ชัดเจน

2. ความเหมาะสมของรูปแบบ ควรมีการปรับรูปแบบตารางแผนโปรแกรมให้มีความเหมาะสม เพื่อให้มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกัน

2) **สื่อการสอน** ประกอบด้วยคู่มือ และ Power point slide บรรยายเรื่อง “การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ปวยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ” และสถานการณ์จำลอง “เรื่องการจัดการตนเองสำหรับผู้ปวยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ” โดยมีรายละเอียดของคู่มือ พร้อมขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

2.1) คู่มือ เรื่อง “การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ” ผู้วิจัยได้ สร้างขึ้นจากบททวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาในคู่มือประกอบด้วย การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติหลังผ่าตัด ท่าทางต่างๆในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้อุปกรณ์พยุงเดิน วิธีการใส่เสื้อพยุงหลัง ท่าการออกกำลังกาย วิธีการประเมินความปวด คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ข้อควรระวัง ด้านหลังคู่มือเป็นแบบบันทึกการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน โดยสอดแทรกคำอธิบายในแต่ละขั้นตอนการจัดการตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด รวมถึงได้นำข้อมูลมา กำหนดแผนการจัดการตนเอง ใช้บททวนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีการจัดการตนเองที่เหมาะสม ในระยะหลังผ่าตัด

2.2) Power point slide บรรยายเรื่อง “การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ” และสถานการณ์จำลอง “เรื่องการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ” ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีเนื้อหาสั้นๆ เข้าใจง่าย และจัดทำเพื่อเป็นสื่อการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วย มีความเข้าใจในกระบวนการจัดการตนเองมากยิ่งขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ และปฏิบัติได้ใน สถานการณ์จริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำคู่มือ และ Power point slide เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ และ สถานการณ์จำลอง “เรื่องการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ” เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำจากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมเนื้อหา และภาพที่นำมาใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (รายชื่อดังแสดงในภาคผนวก ก) หลังจากได้รับข้อเสนอแนะ จึงนำไปปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1) ความครอบคลุมของเนื้อหา ในส่วนของอาการผิดปกติที่สังเกตได้ ควรเพิ่มในเรื่องของอาการขาเข้าไปด้วย เนื่องจากในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีอาการขาขาที่ยังคงเหลืออยู่

- 2) ความเหมาะสมของรูปแบบ ควรปรับตัวหนังสือให้ใหญ่ขึ้น และชัดเจน เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอายุมาก มักมีสายตาที่ผิดปกติ
- 3) ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ควรมีการปรับคำอธิบายให้ตรงกับคู่มือและแผนการสอน
- 4) ภาพท่าทางต่างๆ ที่เหมาะสม ควรมีการเพิ่มลูกศรให้เห็นความชัดเจนมากขึ้นในท่าการยืนแยกเท้าที่เหมาะสม การเอนหลังนั่งพิงพนักเก้าอี้ให้มีความชัดเจนมากขึ้น
- 5) ท่าทางต่างๆ ในการออกกำลังกาย ควรอธิบายและยกตัวอย่างท่าทางที่ไม่ควรปฏิบัติด้วย

ผลการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out)

ภายหลังการปรับแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพ ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในเนื้อหาทั้งในคู่มือ และ Power point slide

3) แบบบันทึกการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2002) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกิจกรรมต่างๆ ให้มีความเหมาะสม โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยได้ร่วมกันบันทึกในส่วนของ 1) ขั้นตอนการกำหนดเป้าหมายที่ผู้ป่วยอยากให้เกิดขึ้นระยะหลังผ่าตัด 2) ขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูล โดยมีการบันทึกข้อมูลต่างๆ ในแต่ละวัน ได้แก่ อาการผิดปกติที่สามารถสังเกตได้ ระดับความปวด ระยะทางที่สามารถเดินได้ และท่าทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ถูกต้อง 3) ขั้นตอนของการประมวลผลและประเมินผล โดยการให้ผู้ผู้ป่วยได้บันทึกการวิเคราะห์สาเหตุ เปรียบเทียบข้อมูลกับวันก่อนหน้า 4) ขั้นตอนการตัดสินใจ โดยให้ผู้ผู้ป่วยได้บันทึกสิ่งที่ตัดสินใจที่จะกระทำหรือปฏิบัติให้เกิดความเหมาะสม โดยเฉพาะในส่วนของความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ 5) ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ โดยให้บันทึกในสิ่งที่ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ และ 6) ขั้นตอนการประเมินตนเอง โดยให้ผู้ผู้ป่วยได้มีการสำรวจและประเมินตนเองว่าสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ปัญหาที่พบเป็นอย่างไร ผู้วิจัยและผู้ป่วยจะร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข หากผู้ป่วยยังไม่สามารถจะปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายได้ ผู้วิจัยจะส่งเสริมให้ดำเนินการตาม

กระบวนการจัดการตนเอง จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้ป่วยที่สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้แล้ว ผู้วิจัยกล่าวชมเชย และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ต่อไปในระยะฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้บันทึกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน เริ่มจากสัปดาห์ที่ 1 หลังจากเข้ารับการรักษา จนกระทั่งมาตรวจตามนัดของแพทย์ที่แผนกหออผู้ป่วยนอก รวมเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ เกณฑ์กำกับการทดลอง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ต้องปฏิบัติและบันทึกกิจกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำจากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (รายชื่อแสดงในภาคผนวก ก) มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ

1) การบันทึกในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ ควรมีช่องว่างให้ผู้ป่วยได้เขียนบันทึกกิจกรรมต่างๆที่ได้ลงมือปฏิบัติ และเป็นข้อมูลสนับสนุนว่าผู้ป่วยลงมือปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ตั้งแต่ในขั้นตอนแรก

2) การบันทึกในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ในส่วนของท่าทางการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ถูกต้อง ควรมีรูปภาพประกอบและคำบรรยายสั้นๆ ได้ภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจตนเองได้สะดวกมากยิ่งขึ้น ว่าปฏิบัติตามท่าทางที่เหมาะสมหรือไม่ ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มรูปภาพเข้าไป เพื่อความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ผลการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out)

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพ ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในเนื้อหา และวิธีการบันทึกเป็นอย่างดี ผู้ป่วยสามารถบันทึกการจัดการตนเองได้ครบทั้ง 6 ขั้นตอน จากนั้นผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ดำเนินการทดลองต่อไป

จากการประเมินผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวสามารถบันทึกรายละเอียดของกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องร้อยละ 70 จากการตรวจสอบแบบบันทึกการจัดการตนเองของผู้ป่วยสามารถสรุปผลได้ดังนี้

- 1) การตั้งเป้าหมาย ผู้ป่วยได้เลือกบันทึกเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้นในระหว่างการพักฟื้นหลังผ่าตัด
- 2) การรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยสามารถบันทึกในส่วนของระดับความปวด จำนวนครั้งและระยะทางที่สามารถเดินได้ในแต่ละวันได้อย่างต่อเนื่อง อาการที่ผิดปกติที่สามารถสังเกตได้ ส่วนมากแล้วผู้ป่วยมักจะบันทึกในเรื่องของอาการปวดและอาการชาที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่วนทำท่างในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ถูกต้องผู้ป่วยบันทึกเป็นบางท่า ได้แก่ ท่าลุกจากเตียง ท่านั่ง ท่านอน และทำ ยืน ส่วนทำอื่นๆพบว่าผู้ป่วยไม่ได้บันทึกเนื่องจากไม่ได้ปฏิบัติ ได้แก่ ท่าเอื้อมหยิบของ ท่าหัวของ ท่า เข็นของ ท่ายกของ และท่าขับรถ แต่เมื่อผู้วิจัยซักถามทำท่างที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถตอบได้ถูกต้อง
- 3) การประมวลผลและประเมินผล ในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถวิเคราะห์สาเหตุจากการที่ยังไม่สามารถกลับไปปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ได้แก่ อาการปวดซึ่งเกิดจากการมีท่าท่างการ เคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสม ไม่มั่นใจในการเคลื่อนไหวร่างกาย และไม่สามารถทรงตัวได้
- 4) การตัดสินใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจที่จะเพิ่มระยะการเดินให้มากขึ้นในทุกๆวันหลังผ่าตัด และตัดสินใจที่จะออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง รวมถึงตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนท่าท่างในการปฏิบัติกิจกรรม เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายมักมีเป้าหมาย คือ จะต้องกลับมาเดิน ได้เป็นปกติ จะต้องกลับไปทำงานประกอบอาชีพได้ และไม่ต้องการให้มีอาการปวดหลังอีก เนื่องจาก อาการปวดส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมาก จนทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ ตามที่ต้องการ
- 5) การลงมือปฏิบัติ ผู้ป่วยได้นำเอาความรู้ที่ผู้วิจัยได้สอนไปตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด มาปรับ ใช้ตลอดระยะเวลาที่พักรักษา โดยผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่น ตั้งใจ ในการที่จะลงปฏิบัติตาม คำแนะนำอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะในส่วนของข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติหลังผ่าตัด การปรับเปลี่ยน ท่าท่างต่างๆในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้อุปกรณ์พยุงเดิน/อุปกรณ์พยุงหลัง และการออก กำลังกาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้บรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ และ
- 6) การประเมินตนเอง ผู้ป่วยร้อยละ 70 สามารถปฏิบัติได้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และ พบผู้ป่วยร้อยละ 30 ยังไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่มี ความมั่นใจ ในการลงมือปฏิบัติ และยังมีอาการปวดและอาการชาที่ขาหลงเหลืออยู่ ทำให้เป็นอุปสรรคในการที่จะ ปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ บางรายมีปัญหาในเรื่องของสภาพจิตใจ มีความท้อถอยและวิตก

กังวลกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด ผู้วิจัยพูดคุยให้กำลังใจ และแนะนำ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติ กระบวนการจัดการตนเองต่อไป เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ในอนาคต

4) แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว โดยผู้วิจัยได้แปลแบบสอบถามและปรับข้อความให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากแบบสอบถาม The Patient Activation Measure (PAM) ของฮิบบาร์ดและคณะ (Hibbard, Mahoney, Stockard, & Tusler, 2005) ฉบับภาษาอังกฤษมีทั้งหมด 13 ข้อคำถาม โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยให้มีการประเมินกลุ่มตัวอย่างภายหลังการร่วมกิจกรรมในครั้งที่ 4 โดยผู้วิจัยอ่านข้อความในแต่ละข้อ และให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่าตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด และทำเครื่องหมายถูก ในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	= 1	ไม่เห็นด้วย	= 2
เห็นด้วย	= 3	เห็นด้วยที่สุด	= 4

คะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 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

กลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูงขึ้นไป (≥ 43) จากคะแนนเต็ม 52 คะแนน คิดเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 นั่นคือกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง

ผลการทดสอบความเชื่อมั่นและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่า แบบสอบถามต้นฉบับสามารถแปลเป็นภาษาไทยได้ง่าย และเมื่อผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมทั้งฉบับ (r) เท่ากับ 0.82 ซึ่งอยู่ในระดับความเชื่อมั่นที่ดี ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบสอบถาม พบว่าได้องค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1: ความสามารถที่ยังคงจัดการดูแลตนเองได้

องค์ประกอบที่ 2: ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง/เหมาะสม

องค์ประกอบที่ 3: ความเชื่อในความสามารถการจัดการดูแลตนเองได้

องค์ประกอบที่ 4: ความเชื่อมั่น/ความรู้ในการจัดการดูแลตนเอง

ผลการจัดการตนเอง

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในกลุ่มทดลองผ่านเกณฑ์การจัดการตนเอง ซึ่งได้คะแนนรวมร้อยละ 80 โดยสามารถประเมินระดับการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูงมาก มีจำนวน 11 ราย และผู้ป่วยอีก 11 ราย ได้คะแนนการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามจาก Dr. Judith H.Hibbard และ Mr. Craig Swanson (Insignia Health company) ผ่านทาง E-mail และได้รับอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามฉบับนี้ได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถาม The Patient Activation Measure (PAM) ไปเข้ากระบวนการแปลแบบสอบถาม เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่เป็นฉบับภาษาไทย หลังจากนั้นจึงนำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์ การให้คะแนน ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน (รายชื่อแสดงในภาคผนวก ก) ซึ่ง หลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ปรับแก้แบบประเมิน ดังนี้

1) แบบประเมินครอบคลุมแนวทางการจัดการตนเอง แต่อาจจะไม่ชัดเจนในบางข้อความ คำถามว่าเป็นขั้นตอนใดของกระบวนการจัดการตนเองแต่สามารถนำไปใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากข้อความไม่ได้เฉพาะเจาะจงกลุ่มผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง เนื้อหาของข้อความในข้อความบ่งชี้ให้เห็นถึงการประเมินการจัดการตนเองในขณะที่มีการเจ็บป่วย

2) ปรับข้อความในข้อความถามให้มีความชัดเจน และเข้าใจง่าย

หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 ราย และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พบว่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมทั้งฉบับ (r) เท่ากับ 0.82 ถือว่าเป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2004)

การดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์)

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการวิจัย และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพยาบาลตำรวจ และผ่านการพิจารณาให้ดำเนินการวิจัยได้เมื่อวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2559

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เตรียมความพร้อมผู้วิจัย ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการ ทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการในการจัดการตนเองที่ถูกต้อง

2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด กระดูกสันหลังระดับบั้นเอว แผนการสอนเรื่องการฝึกทักษะการจัดการตนเองและเรื่องการปฏิบัติตัว สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ แนวทางการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติหลังผ่าตัด กระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ ทำทางต่างๆในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้ อุปกรณ์พยุงเดิน (Walkers) ทำการออกกำลังกาย วิธีการประเมินอาการปวด ข้อควรระวังหลังผ่าตัด รวมถึงกระบวนการฝึกทักษะการจัดการตนเองซึ่งมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน โดยการสร้างสถานการณ์ จำลองให้ผู้ป่วยเห็นถึงกระบวนการจัดการตนเองได้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการ การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ

4. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ ใช้ในการทดลอง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

5. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าปรึกษาแพทย์ที่ทำ ผ่าตัดกระดูกสันหลังและประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อสำรวจวันและเวลาที่แพทย์จะ นัดผู้ป่วยมานอนรอผ่าตัดที่แผนกหอผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยเข้าไปตามวันและเวลาที่กำหนด เพื่อสำรวจ แพ้ประวัติของผู้ป่วยที่แผนกหอผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยนอนเพื่อขอรับการรักษารักษาการผ่าตัดกระดูก สันหลัง

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เริ่มตั้งแต่ กันยายน พ.ศ. 2559 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 รวม 6 เดือน โดยผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตำรวจ โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. กลุ่มควบคุม การดำเนินการกับกลุ่มควบคุมกระทำดังนี้

หลังจากที่ได้รับความร่วมมือ และความยินยอมจากผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.1 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตำรวจ โดยครอบคลุมในเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดและการดูแลในระยะหลังผ่าตัด รวมถึงให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการวางแผนการจำหน่าย มุ่งเน้นให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เน้นการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

1.2 สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัด (Pretest)

1.3 หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลการนัดหมายหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างจากบันทึกการนัดหมายของหอผู้ป่วย เพื่อให้ทราบวันและเวลาที่ผู้ป่วยจะเข้ามารับการตรวจจากแพทย์หลังผ่าตัด

1.4 ผู้วิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลาที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัด (Posttest) ผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว หลังจากนั้นผู้วิจัยแสดงความขอบคุณและยุติความสัมพันธ์

2. กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีกิจกรรมทั้งหมด 3 สัปดาห์ มีการดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม โดยการดำเนินโปรแกรมเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 ครั้ง และโทรศัพท์ 1 ครั้ง หลังจากที่ได้รับความร่วมมือ และความยินยอมจากผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยดังนี้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ก่อนผ่าตัด 1 วันใช้เวลาประมาณ 50 นาที

1. สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนผ่าตัด (Pretest)

2. ให้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ โดย

2.1 ให้ความรู้ผ่าน Power point slide เกี่ยวกับแนวทางการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติหลังผ่าตัด ทำทางต่างๆในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำการออกกำลังกาย วิธีการประเมินอาการปวด คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ข้อควรระวังหลังผ่าตัด รวมถึงกระบวนการฝึกทักษะการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน

2.2 อธิบายการฝึกทักษะของกระบวนการจัดการตนเองทั้งหมด 6 ขั้นตอน โดยการบรรยายร่วมกับการนำเสนอภาพเคลื่อนไหวจำลองสถานการณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว โดยมีสอดแทรกสถานการณ์จำลองให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงกระบวนการจัดการตนเองได้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นในแต่ละขั้นตอน

3. แจกคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ แนะนำวิธีการบันทึกข้อมูลลงสมุดบันทึกประจำตัวเพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับระดับความปวด ทำทางการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้อง ระยะทางที่สามารถเดินได้ในแต่ละวัน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง

4. นัดหมายการพบครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 วันที่ 3 หลังการผ่าตัด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

1. ทบทวนกิจกรรมและเนื้อหาในสมุดคู่มือที่แจกครั้งก่อน ทบทวนทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน พร้อมทั้งให้ผู้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเพื่อความเข้าใจ

2. ฝึกทักษะการตั้งเป้าหมายโดยผู้ป่วยร่วมกันตั้งเป้าหมายกับผู้วิจัยโดยมีการปรึกษาคู่รองกัน และกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองพร้อมทั้งจดบันทึกไว้ในคู่มือการจัดการตนเอง

3. ฝึกทักษะการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยฝึกให้ผู้ผู้ป่วยได้บันทึกข้อมูลที่สามารถสังเกตได้ด้วยตนเอง ได้แก่ ระดับความปวด ระยะทางที่สามารถเดินได้ ทำทางการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้อง และอาการผิดปกติที่สังเกตได้

4. ฝึกทักษะการประมวลและประเมินข้อมูล โดยผู้วิจัยจะฝึกให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบข้อมูลกับวันที่ผ่านมา หรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ โดยผู้ป่วยจะต้องสามารถคิดวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดปัญหาว่ามาจากสาเหตุใด

5. ฝึกทักษะการตัดสินใจ โดยผู้วิจัยจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้สามารถตัดสินใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือแก้ไขปัญหাসุภาพด้วยตนเองพร้อมทั้งบันทึกลงในคู่มือการจัดการตนเอง

6. ฝึกทักษะการลงมือปฏิบัติ ฝึกปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้มีความเหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้

7. นัดหมายการพบครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 วันที่ 6 หลังการผ่าตัด (มีการเตรียมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล 1 วัน) ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

1. ผู้วิจัยร่วมกันกับผู้ป่วยในการทบทวนกิจกรรมครั้งก่อนรวมถึงการทบทวนคู่มือการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยได้บันทึกไว้ที่แจกให้หลังจากที่ผู้ป่วยนำทักษะการจัดการตนเองไปปฏิบัติ

2. ผู้วิจัยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ ให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทางแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่เหมาะสม

3. ฝึกทักษะการประเมินผล โดยให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองว่าบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม ถ้าหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน แต่หากยังไม่สามารถทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการจัดการตนเองต่อไปจนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

4. กระตุ้นเตือนให้ผู้ผู้ป่วยนำกระบวนการจัดการตนเองไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

5. นัดหมายการพบครั้งต่อไปและวัน เวลาที่จะโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรคเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

กิจกรรมที่ 4 ระหว่างพักฟื้นที่บ้าน (หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 5 วัน) ติดต่อทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

1. โทรศัพท์ติดตามเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองระหว่างผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

ผู้วิจัยเสนอแนะในประเด็นที่ผู้ป่วยมีปัญหาและร่วมกันวางแผนการฝึกทักษะการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

2. กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอนอย่างต่อเนื่องรวมถึงการบันทึกการจัดการตนเองในคู่มืออย่างสม่ำเสมอ และกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้มารับการรักษาตามที่แพทย์นัดในครั้งถัดไป

3. ประเมินการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามแบบประเมินการจัดการตนเองมีทั้งหมด 13 ข้อ เพื่อประเมินระดับความสามารถในการจัดการตนเอง

4. นัดหมายการพบครั้งต่อไปและวัน เวลาที่ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดของแพทย์

กิจกรรมที่ 5 ตามวันที่แพทย์นัดมารับการรักษา ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

1. ผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองระหว่างผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

2. ผู้ป่วยประเมินตนเองร่วมกับผู้วิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์เพื่อแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (Post-test) และแบบประเมินการจัดการตนเองพร้อมทั้งตรวจสอบแบบบันทึกการจัดการตนเองในสมุดคู่มือ รวมถึงประเมินความสำเร็จของการทำกิจกรรม

3. ชมเชย และกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือสำหรับการทำวิจัย

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

1) **กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (Post-test) ของกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังผ่าตัดประมาณ 3 สัปดาห์ ที่แผนกหอผู้ป่วยนอก ระหว่างที่นั่งรอรับการตรวจรักษาจากแพทย์

2) **กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (Post-test) และประเมินการจัดการตนเองโดยการตรวจสอบแบบบันทึกการจัดการตนเองในสมุดคู่มือ เพื่อประเมินระดับความสามารถในการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังผ่าตัด ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังผ่าตัดประมาณ 3 สัปดาห์ ที่แผนกหอผู้ป่วยนอก ระหว่างที่นั่งรอรับการตรวจรักษาจากแพทย์

ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหลักที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

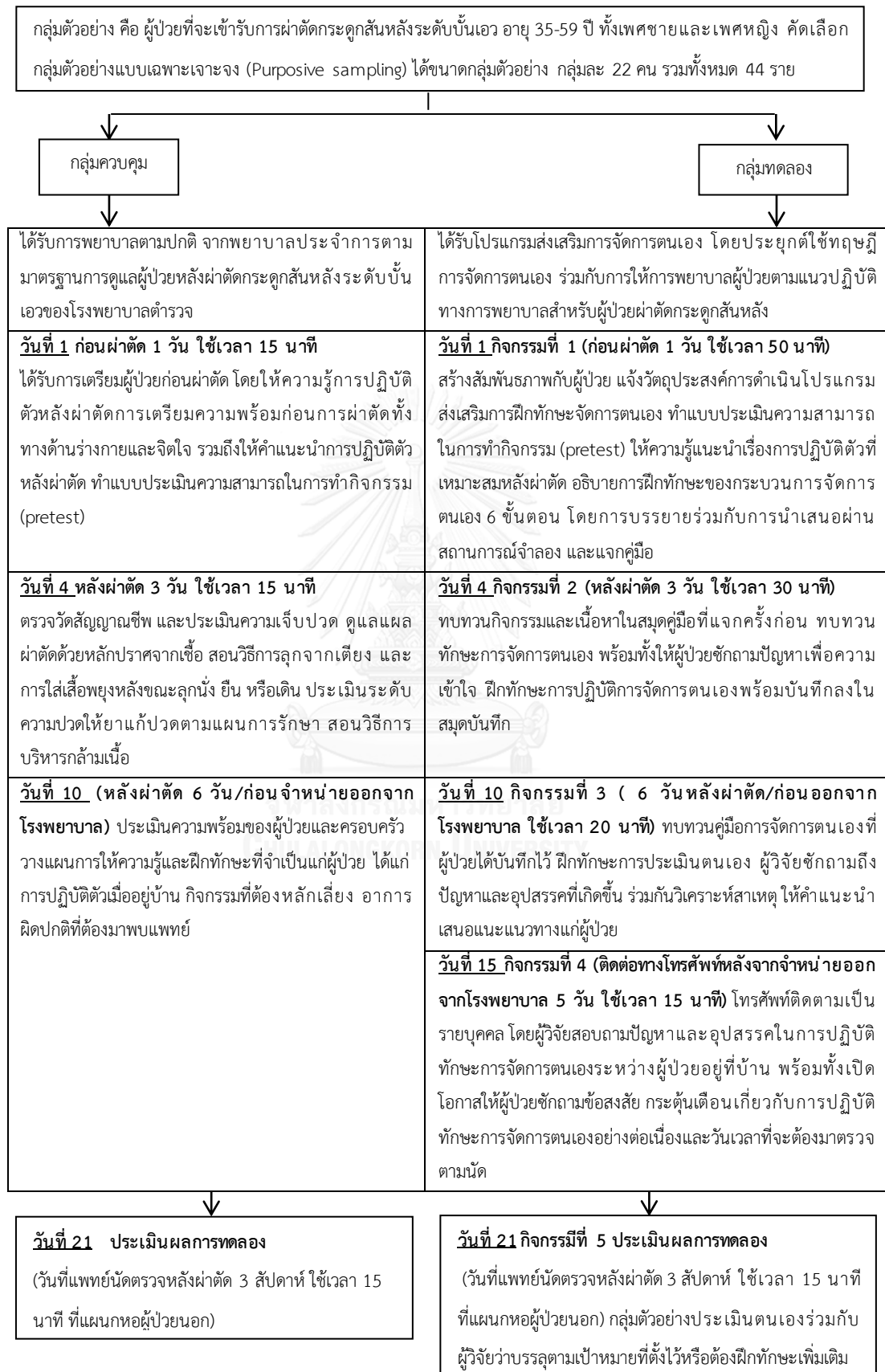
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการได้รับการผ่าตัดใหญ่ ระดับความปวด ระยะเวลาในการผ่าตัด และระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับชั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

รูปที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับชั้นเอระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับชั้นเอ ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับชั้นเอ ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับชั้นเอว ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับชั้นเอว ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ความสามารถในการ							
ทำกิจกรรม	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			

หมายเหตุ : ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม

Level 1: ภาวะจำกัดกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ที่เตียงนอน แสดงว่า ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง

Level 2: ภาวะจำกัดกิจกรรมมากต้องพึ่งพาผู้อื่น แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้น้อย ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ

Level 3: ภาวะจำกัดกิจกรรมมาก แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้น้อย แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง

Level 4: ภาวะจำกัดกิจกรรมปานกลาง แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้ปานกลาง

Level 5: ภาวะจำกัดกิจกรรมน้อย แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้มาก

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองเท่ากับ 83.90 หลังการทดลองเท่ากับ 76.63 และสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ใน Level 1 คือ ภาวะจำกัดกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ที่เตียงนอน แสดงว่า ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ใน Level 2 คือ ภาวะจำกัดกิจกรรมมากต้องพึ่งพาผู้อื่น แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้น้อย ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ

พบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 86.00 หลังการทดลองเท่ากับ 31.90 และสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนการทดลองอยู่ใน Level 1 คือ ภาวะจำกัดกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ที่เตียงนอน แสดงว่า ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และภายหลังการทดลองอยู่ใน Level 4 คือ ภาวะจำกัดกิจกรรมปานกลาง แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้ปานกลาง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับชั้นเอว ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับชั้นเอวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง

ความสามารถในการ							
ทำกิจกรรม	n	\bar{x}	SD	level	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	22	83.90	11.42	1			
กลุ่มทดลอง	22	86.00	8.83	1	0.67	42	0.50
หลังการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	22	76.63	8.35	2			
กลุ่มทดลอง	22	31.90	8.82	4	17.25	42	0.00

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองเท่ากับ 88.90 กลุ่มทดลองเท่ากับ 76.63 และมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม ก่อนการทดลองของทั้งกลุ่มควบคุมอยู่ใน Level 1 คือ ภาวะจำกัดกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ที่เตียงนอน แสดงว่า ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และกลุ่มทดลองอยู่ใน Level 2 คือ ภาวะจำกัดกิจกรรมมากต้องพึ่งพาผู้อื่น แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้น้อย ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ

พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มควบคุม หลังการทดลองเท่ากับ 76.63 กลุ่มทดลองเท่ากับ 31.90 และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมอยู่ใน Level 2 คือ ภาวะจำกัดกิจกรรมมากต้องพึ่งพาผู้อื่น แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้น้อย ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ และกลุ่มทดลองอยู่ใน Level 4 คือ ภาวะจำกัดกิจกรรมปานกลาง แสดงว่า สามารถทำกิจกรรมได้ปานกลาง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research Design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Nonequivalent comparison-group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองจำนวน 22 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน รวมทั้งสิ้น 44 คน

วัตถุประสงค์การทำวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
2. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพ ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกหอผู้ป่วยใน ศัลยกรรมกระดูกและศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35-59 ปี ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวเป็นครั้งแรกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ที่แผนกหอผู้ป่วยในศัลยกรรมกระดูกและศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน

ทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 22 คน และกลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง จำนวน 22 คน ที่มีความคล้ายคลึงกัน (Match paired) โดยวิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป
- 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire) จากประเสริฐ สุกุลศรีประเสริฐและคณะ (2552) นำเครื่องมือไปหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.90 และได้ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.73

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

- 1) แผนดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ
- 2) คู่มือ และ Power point slide และสถานการณ์จำลอง เรื่อง “การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ”
- 3) แบบบันทึกการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว
- 4) แบบประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 1) กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรงพยาบาลตำรวจ โดยครอบคลุมในเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดและการดูแลในระยะหลังผ่าตัด รวมถึงให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการวางแผนการจำหน่าย
- 2) กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้คู่มือ แบบบันทึก Power point slid และสถานการณ์จำลองกระบวนการจัดการตนเอง กิจกรรม 5 ครั้ง ระยะเวลาโดยรวม 3 สัปดาห์ ได้แก่ 1 วันก่อนผ่าตัด 3 วันหลังผ่าตัด ก่อนจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาล 1 วัน โทรศัพท์ติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 5 วัน และมาตรวจตามนัด แพทย์ที่โรงพยาบาล

ประเมินผลการทดลองโดย กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะได้รับการสัมภาษณ์เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (Post-test) ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หลังผ่าตัดประมาณ 3 สัปดาห์ ที่แผนกหอผู้ป่วยนอก ระหว่างที่นักรอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจะได้รับการตรวจสอบแบบบันทึกการจัดการตนเองในสมุดคู่มือโดยผู้วิจัย เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการได้รับการผ่าตัดใหญ่ ระดับความปวด ระยะเวลาในการผ่าตัด และระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ ผลการวิจัย สามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านระดับความปวด ด้านการดูแลตัวเอง ด้านการยกของ ด้านการเดิน ด้านการนั่ง ด้านการยืน ด้านการนอน ด้านการเข้าสังคม ด้านการเดินทาง และด้านการทำงาน/งานบ้าน พบว่าคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในทุกด้านสูงกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวเป็นการผ่าตัดใหญ่ บาดแผลจากการผ่าตัดทำให้กล้ามเนื้อหลังอ่อนล้า การทรงตัวและการเคลื่อนไหวเสียสมดุล ไม่สามารถพยุงกระดูกสันหลังให้ทรงตัวอยู่ได้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังมีความบกพร่องหรือมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่างๆในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง (Hakkinen & Ylinen, 2003) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังไม่สามารถกลับไปทำกิจกรรมได้ตามปกติทันที ด้วยข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีในเรื่องของการทำกิจกรรมต่างๆในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เพื่อให้มีการฟื้นฟูสภาพโดยเร็วและถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ขึ้น

ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ที่ 76.63 และ 31.90 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 5) เนื่องจากค่าเฉลี่ยคะแนนมีความแปรผกผันกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรม คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนมาก แปลว่า

ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมน้อย และค่าเฉลี่ยคะแนนน้อย แปลว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมมาก จากผลการวิจัยข้างต้นจะเห็นได้ว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางแต่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับน้อยต้องมีคนคอยช่วยเหลือ ซึ่งการที่กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางนั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และสามารถจัดการตนเองได้ ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2002) กล่าวว่า บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยได้นั้น จะต้องได้รับการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคและแผนปฏิบัติหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง สามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วย

จากปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวส่วนใหญ่ คือผู้ป่วยยังไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ได้เป็นปกติ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเดิน การทำงานหรืองานบ้าน การขับรถ การเดินทาง และการออกกำลังกาย ซึ่งสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเหล่านี้ ได้แก่ อาการปวดเอวและอาการชาขาที่ยังหลงเหลืออยู่ ความกลัวหรือไม่มั่นใจที่จะเคลื่อนไหวร่างกาย กล้ามเนื้อหลังไม่แข็งแรงยังไม่สามารถทรงตัวได้ด้วยตนเอง และประเด็นสำคัญคือ ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสมในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ทราบว่าหลังผ่าตัดจะต้องดูแลหรือจัดการตนเองอย่างไรจึงจะสามารถกลับมาทำกิจกรรมต่างๆ ได้เป็นปกติโดยเร็ว

สอดคล้องกับการศึกษาของ Kristin R. Archer et al. (2013) ศึกษากรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ที่มีความกลัวในการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแย่ลง จึงได้มีการให้โปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความกลัวที่จะเคลื่อนไหวร่างกายลดลง มีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นตามลำดับ เนื่องจากผลของโปรแกรมทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี มีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการฟื้นตัวที่ตัวอย่างรวดเร็ว ตลอดจนมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer (2002) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่

ดีและรวดเร็ว ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การประเมินผล โดยผู้วิจัยจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวได้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะหลังผ่าตัดที่เหมาะสม การปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น รวมถึงการฝึกทักษะการจัดการตนเองได้เหมาะสมกับตนเอง เพื่อที่จะสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติหลังผ่าตัด ซึ่งภายหลังจากที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการกิจกรรมตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เมื่อเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมรายด้าน ได้แก่ ด้านระดับความปวด ด้านการดูแลตัวเอง ด้านการยกของ ด้านการเดิน ด้านการนั่ง ด้านการยืน ด้านการนอน ด้านการเข้าสังคม ด้านการเดินทาง และด้านการทำงานและงานบ้าน พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในทุกด้านของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer (2002)

ทั้งนี้เนื่องจากในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองนี้ ได้มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด โดยการให้ความรู้การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในระยะหลังผ่าตัด รวมไปถึงมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามกระบวนการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นตอนการตั้งเป้าหมาย เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้เป้าหมายของตนเองโดยเฉพาะในด้านการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การเขียนเป้าหมายเปรียบเสมือนคำสัญญาที่ได้ตั้งไว้ และเป็นตัวกำหนดสิ่งที่จะเกิดขึ้นในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้จัดบันทึกลงในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง เพื่อให้ทราบการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ได้แก่ ระดับความปวด ระยะทางที่

สามารถเดินได้ในแต่ละวัน ทำทางต่างๆในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงได้ฝึกวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในขั้นตอนของการประมวลและประเมินข้อมูล เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทราบสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ให้มีการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมให้เกิดความเหมาะสมกับตนเอง โดยผู้วิจัยจะไปพบทวนกระบวนการจัดการตนเองเป็นระยะหลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วยมีการประเมินตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลว่าสามารถปฏิบัติได้บรรลุตามเป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้หรือไม่ หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้บรรลุตามเป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเองต่อไป โดยการให้ผู้ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายขึ้นมาใหม่และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน แต่หากผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติได้บรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ ผู้วิจัยก็จะร่วมพูดคุยถึงปัญหาและสาเหตุที่ไม่สามารถปฏิบัติจนบรรลุเป้าหมายได้ ผู้วิจัยจะพูดให้กำลังใจและช่วยหาวิธีการแก้ปัญหา เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจนบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ หลังจากผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ผู้วิจัยได้มีการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยได้มีการซักถามข้อสงสัยที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมต่างๆ อีกทั้งยังส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติการจัดการที่ดีอย่างต่อเนื่อง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Kawi et al. (2014) ศึกษาการจัดการตนเองและการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น การฟื้นฟูสภาพจะเร็วขึ้น ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลจะลดลง รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะดีขึ้น

ในขณะที่รูปแบบการให้การพยาบาลหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวนั้น เป็นการสอนและการให้ความรู้หลังผ่าตัดต่างๆไป ผ่านกระบวนการทางการพยาบาลและแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว เช่น การให้ความรู้เรื่องการดูแลแผลผ่าตัด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังผ่าตัด ข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยไม่เข้าใจและมีการรับรู้ที่ยังไม่ชัดเจน เกี่ยวกับสภาพร่างกายที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจในการรับการรักษา ไม่มีเป้าหมายในการปฏิบัติตัวที่ชัดเจน ดังนั้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองเป็นรายบุคคล จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดูแลตนเองที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ได้ลงมือปฏิบัติจริงโดย การจดบันทึกการ

เปลี่ยนแปลงของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นในระยะหลังผ่าตัด

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวรายด้านของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านระดับความเจ็บปวด ด้านการเดิน และด้านการเข้าสังคม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พบว่ามีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมอีก 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตัวเอง ด้านการยกของ ด้านการนั่ง ด้านการยืน ด้านการนอน ด้านการเดินทาง และด้านการทำงาน/งานบ้าน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในการทำกิจกรรมในทุกด้าน จึงทำให้กลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมทั้ง 7 ด้านไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง แต่จากการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมรายด้าน ได้แก่ ด้านระดับการเจ็บปวด ด้านการดูแลตัวเอง ด้านการยกของ ด้านการเดิน ด้านการนั่ง ด้านการยืน ด้านการนอน ด้านการเข้าสังคม ด้านการท่องเที่ยว และด้านการทำงาน/งานบ้าน พบว่าคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมในทุกด้านของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมในทุกด้าน หลังการทดลองความสามารถในการทำกิจกรรมทั้ง 10 ด้านจึงเพิ่มสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer (2002) มีข้อแตกต่างจากโปรแกรมอื่นๆ คือมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวมีทักษะการจัดการตนเองที่ดี ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดที่ดี ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีขึ้น และมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ สามารถนำเอาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับชั้นเอว เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการตนเองที่ดีหลังผ่าตัด สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับตนเอง มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็วจนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด

1.2 พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ สามารถนำเอาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ชนิดอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักจะกลายเป็นโรคเรื้อรัง รักษาหายช้า และอาจกลายเป็นความพิการชนิดถาวร เป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพ และดำเนินชีวิตในสังคม หากมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีการคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็ว สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

2.1 ควรส่งเสริมให้มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยมีการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติตัวในระยะหลังผ่าตัด ให้เกิดความรู้ ความเข้าใจกับสภาพร่างกายที่จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในระยะหลังผ่าตัด และเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังผ่าตัดที่ดี

2.2 การจัดระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง หากผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองที่ดีและต่อเนื่อง ตั้งแต่ในระยะการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดจนถึงในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นตัวได้เร็ว ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและการกลับเป็นซ้ำ

2.3 สามารถนำเอาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยมีการจัดอบรมให้ความรู้พยาบาลเพื่อให้มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังในระยะฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่บ้านให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อมสภาพ เนื่องจากการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวเสื่อมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยบางรายมีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อมสภาพร่วมด้วย และยังไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวเสื่อมสภาพที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการทำกายภาพบำบัดหรือการใช้ยาระงับปวด โดยการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ผ่านการรักษาโดยการกายภาพบำบัด การฉีดยาระงับความปวดเข้าช่องไขสันหลัง และการรับประทานยาระงับปวดเป็นระยะเวลาเวลานาน หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองที่ดีในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมให้มีความเหมาะสม เพื่อลดความรุนแรงของโรค และอาจช่วยลดอัตราการเข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวได้

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลวรรณ หอมมาน. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บทบาทของญาติผู้ดูแลสัมพันธ์ภาพเชิงช่วยเหลือของพยาบาล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกและข้อ รายงานวิจัยวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). รายงานสถิติโรค พ.ศ. 2554. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรมการแพทย์.
- กานดา กาญจนโพธิ์. (2552). ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาเข้าไขสันหลัง. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ. (2554). โรคกระดูกคอเสื่อม. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนินิตย์ สังคมกำแหง. (2548). การรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท โดยการผ่าตัดเปรียบเทียบการใส่และไม่ใส่เครื่องมือตามกระดูกสันหลัง. ขอนแก่นเวชสาร, 32, 37-42.
- ธวัช ประสาทฤทธา. (2543). ปวดหลัง. ส. เอเชียเพลส. กรุงเทพมหานคร.
- นงนุช โอบะ. (2558). สมรรถภาพทางสมองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชนบทไทย โดยใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน. วารสารพยาบาลและสุขภาพ, 9(1), 11-37.
- นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์. (2014). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. *Thai journal of Nursing Council*, 29(2), 127-139.
- นันทยา เสนีย์. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พีระชัย ดำรงวานิช. (2552). โรคปวดหลัง. http://thaispine.tripod.com/spi_nonop.html.
- ยศศักดิ์ หาญชาญเลิศ. (2557). ประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้เรื่องท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกายเพื่อลดและป้องกันอาการปวดหลังในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังพื้นที่ตำบลเขื่อน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(4), 601-608.

- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์:หลักการและระเบียบวิธีวิจัย. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรไร พงศ์สถาพร. (2550). ผลของการโคชต่อการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. พยาบาลสาร, 39, 64-76.
- ศรัณยา มีชูทรัพย์. (2539). ผลการใช้โปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อต่อความรู้สึกปวดและความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหมอนรองกระดูกสันหลัง. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2551). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2555). สรุปรายงานการป่วย. In สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Ed.). สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สิริหญิง ศรีสุพรรณ. (2550). การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัด. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวคล โกสีย์ไกรนิรมล. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนเอง ต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหวของลำไส้ ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับชั้นเอว. *Journal of Nursing Science*, 28(2), 58-66.
- สุวรรณณี ขอบการไร่. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิมล พลະบุรี. (2556). ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแพร่ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองจังหวัดแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่, 21(1), 42-54.
- อำนวยการ อุนนะนันท์. (2543). เรื่องของกระดูกสันหลังที่ควรรู้: งานตำราเวชสารและสิ่งพิมพ์สถานการณ์เทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อินทรา รูปสว่าง. (2552). การศึกษาติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง. 15(3), 344-360.

ภาษาอังกฤษ

- Aalto, T. J., Malmivaara, A., Kovacs, F., Herno, A., Alen, M., Salmi, L., . . . Tapaninaho, A. (2006). Preoperative predictors for postoperative clinical outcome in lumbar spinal stenosis: systematic review. *spine*, 31(18), E648-E663.
- Abbott, A. D., Hedlund, R., & Tyni-lennÉ, R. (2011). Patients' experience post-lumbar fusion regarding back problems, recovery and expectations in terms of the international classification of functioning, disability and health. *Disability and Rehabilitation*, 33(15-16), 1399-1408.
- Abbott, A. D., Tyni-Lenné, R., & Hedlund, R. (2010a). Early rehabilitation targeting cognition, behavior, and motor function after lumbar fusion: a randomized controlled trial. *spine*, 35(8), 848-857.
- Abbott, A. D., Tyni-Lenné, R., & Hedlund, R. (2010b). The influence of psychological factors on pre-operative levels of pain intensity, disability and health-related quality of life in lumbar spinal fusion surgery patients. *Physiotherapy*, 96(3), 213-221.
- Airaksinen, O., Herno, A., & Saari, T. (1994). Surgical treatment of lumbar spinal stenosis: patients' postoperative disability and working capacity. *European Spine journal*, 3(5), 261-264.
- Allvin, R. (2009). Postoperative recovery: development of a multi-dimensional questionnaire for assessment of Recovery.
- Ann-Christin johansson, S. j. l. (2010). A prospective study of cognitive behavioral factors as predictors of pain, disability and quality of life one year after lumbar disc surgery. *Disability and Rehabilitation*, 32(7), 521-529.
- Archer, K. R., Seebach, C. L., Mathis, S. L., Riley, L. H., & Wegener, S. T. (2014). Early postoperative fear of movement predicts pain, disability, and physical health six months after spinal surgery for degenerative conditions. *The spine journal*, 14(5), 759-767.

- Bourbeau, J., Collet, J.-P., Schwartzman, K., Ducruet, T., Nault, D., & Bradley, C. (2006). Economic benefits of self-management education in COPD. *CHEST Journal*, 130(6), 1704-1711.
- Buszewicz M, R. G. (2006). self-managment of arthritis in primary care:randomised controlled trail. *BMJ*, 333(7574).
- C.Lozano-Alvarez, D. P.-P. (2013). Can epidemiological factors affect the 2-year outcomes after surgery for degenerative lumbar disease in terms of quality of life,disability and post-surgical pain? *Elsevier*, 58(2), 78-84.
- Chen, C.-Y., Chang, C.-W., Lee, S.-T., Chen, Y.-C., Tang, S. F.-T., 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 and neurosurgery*, 129, S41-S46.
- Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Lorig, K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Self-management of chronic disease by older adults: a review and questions for research. *Journal of Aging and Health*, 3(1), 3-27.
- Collin, C., Wade, D., Davies, S., & Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: a reliability study. *International disability studies*, 10(2), 61-63.
- Creer, T. (2002). Selfmanagement of Chronic Illness. Handbook of Self Regulation: Academic Press: San Diego, CA, USA.
- CREER, T. L. (1990). Strategies for judgment and decision-making in the management of childhood asthma. *Pediatric asthma, allergy & immunology*, 4(4), 253-264.
- Creer, T. L., & Holroyd, K. A. (2006). Self-management of chronic conditions: the legacy of Sir William Osler. *Chronic Illness*, 2(1), 7-14.
- Curtin, R. B., Mapes, D., Schatell, D., & Burrows-Hudson, S. (2005). Self-management in patients with end stage renal disease: exploring domains and dimensions. *Nephrology Nursing Journal*, 32(4), 389.
- D.Iversen, M. (1998). The prognostic importance of patient pre-operative expectations of surgery for lumbar spinal stenosis. *Elsevier Science*, 34, 169-178.

- Datta, G., Gnanalingham, K. K., Peterson, D., Mendoza, N., O'Neill, K., Van Dellen, J., . . . Hughes, S. P. (2004). Back pain and disability after lumbar laminectomy: is there a relationship to muscle retraction? *Neurosurgery*, 54(6), 1413-1420.
- den, B. J., & Oostendorp, R. (2006). Continued disability and pain after lumbar disc surgery. *Pain*, 123, 45-52.
- Eranki, V., Koul, K., & Fagan, A. (2013). Rationalization of outcome scores for low back pain: the Oswestry disability index and the low back outcome score. *ANZ journal of surgery*, 83(11), 871-877.
- Fairbank, J., Couper, J., Davies, J., & O'Brien, J. (1980). The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy*, 66(8), 271-273.
- Fairbank, J. C., & Pynsent, P. B. (2000). The Oswestry disability index. *spine*, 25(22), 2940-2953.
- Farzanegan, G., Alghasi, M., Safari, S., & Ahmadi, 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.
- Feingold, D. J., Peck, S. A., Reinsma, E. J., & Ruda, S. C. (1991). Complications of lumbar spine surgery. *Orthopaedic Nursing*, 10(4), 39-58.
- Firtz, J. M., & Irrgang, J. J. (2001). A comparison of a modified Oswestry low back pain disability questionnaire and the Quebec back pain disability scale. *Physical therapy*, 81(2), 776.
- Greene, J., Hibbard, J. H., & Tusler, M. (2005). *How much do health literacy and patient activation contribute to older adults' ability to manage their health?* : AARP Public Policy Institute Washington, DC.
- Haas, M., Group, E., Muench, J., Kraemer, D., Brummel-Smith, K., Sharma, R., . . . Fairweather, A. (2005). Chronic disease self-management program for low back pain in the elderly. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 28(4), 228-237.
- Hakkinen, A., & Ylinen, J. (2003). Pain, Trunk muscle strength, spine mobility and disability following lumbar disc surgery. *J Rehabil Med*, 35, 236-240.
- Hasenbring, M. I., Plaas, H., Fischbein, B., & Willburger, R. (2006). The relationship between activity and pain in patients 6 months after lumbar disc surgery: Do

- pain-related coping modes act as moderator variables? *European Journal of Pain*, 10(8), 701-701.
- Hebert, J. J., Marcus, R. L., Koppenhaver, S. L., & Fritz, J. M. (2010). Postoperative rehabilitation following lumbar discectomy with quantification of trunk muscle morphology and function: a case report and review of the literature. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*, 40(7), 402-412.
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stockard, J., & Tusler, M. (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health services research*, 40(6p1), 1918-1930.
- into Thai, Q. O. (2006). Cross-cultural adaptation of modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire to Thai and its reliability. *J Med Assoc Thai*, 89(10), 1694-1701.
- Jirarattanaphochai, K., Jung, S., Sumananont, C., & Saengnipanthkul, S. (2005). Reliability of the Roland-Morris Disability Questionnaire (Thai version) for the evaluation of low back pain patients. *J Med Assoc Thai*, 88(3), 407-411.
- Johansson, A.-C., Linton, S. J., Rosenblad, A., Bergkvist, L., & Nilsson, O. (2010). A prospective study of cognitive behavioural factors as predictors of pain, disability and quality of life one year after lumbar disc surgery. *Disability and Rehabilitation*, 32(7), 521-529.
- Katz, J. N., Stucki, G., Lipson, S. J., Fossel, A. H., Grobler, L. J., & Weinstein, J. N. (1999). Predictors of surgical outcome in degenerative lumbar spinal stenosis. *Spine*, 24(21), 2229.
- Kawi, J. (2014a). Chronic low back pain patients' perceptions on self-management, self-management support, and functional ability. *Pain Management Nursing*, 15(1), 258-264.
- Kawi, J. (2014b). Self-management and self-management support on functional ability in chronic low back pain. *Pain Management Nursing*, 15(1), 41-50.
- kristin, R., & Archer. (2011). The effect of fear of movement beliefs on pain and disability after surgery for lumbar and cervical degenerative conditions. *Spine*, 36(19), 1554-1562.

- Kristin R Archer. (2014). A comparative effectiveness trial of postoperative management for lumbar spine surgery:changing behavior through physical therapy(CBPT)study protocol. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 1-10.
- Kristin R Archer, C. L. S. (2014). Early postoperative fear of movement predicts pain,disability,and physical health six months after spinal surgery for degenerative conditions. *The spine journal*, 14, 759-767.
- Magnusson, M. L., Pope, M. H., Wilder, D. G., Szpalski, M., & Spratt, K. (1999). Is there a rational basis for post-surgical lifting restrictions? 1. Current understanding. *European Spine journal*, 8(3), 170-178.
- Mannion, A. F., Denzler, R., Dvorak, J., Müntener, M., & Grob, D. (2007). A randomised controlled trial of post-operative rehabilitation after surgical decompression of the lumbar spine. *European Spine journal*, 16(8), 1101-1117.
- Mayer, T. G., Mooney, V., Gatchel, R. J., Barnes, D., Terry, A., Smith, S., & Mayer, H. (1989). Quantifying postoperative deficits of physical function following spinal surgery. *Clinical orthopaedics and related research*, 244, 147-157.
- McGregor, A., & Burton, A. K. (2007). The development of an evidence-based patient booklet for patients undergoing lumbar discectomy and un-instrumented decompression. *European Spine journal*, 16, 339-246.
- McGregor, A., Dore, C., Morris, T., Morris, S., & jamrozik, K. (2010). Function after spinal treatment ,exercise and rehabilitation (FASTER):improving the functional outcome of spinal surgery *Biomed*, 11(17).
- Mustafa, F., & Aysegul, C. (2005). The effectiveness of exercise programmes after lumbar disc surgery:a randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation*, 19, 4-11.
- Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *The Lancet*, 364(9444), 1523-1537.
- Nicholas, M. K., Asghari, A., Corbett, M., Smeets, R. J., Wood, B. M., Overton, S., . . . Beeston, L. (2012). Is adherence to pain self-management strategies associated with improved pain, depression and disability in those with disabling chronic pain? *European Journal of Pain*, 16(1), 93-104.

- Nielsen, P. R., Jørgensen, L. D., Dahl, B., Pedersen, T., & Tønnesen, H. (2010). Prehabilitation and early rehabilitation after spinal surgery: randomized clinical trial. *Clinical Rehabilitation*, 24(2), 137-148.
- Nordin, M., Welser, S., Campello, M. A., & Pietrek, M. (2002). Self-care techniques for acute episodes of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 16(1), 89-104.
- Organization, W. H. (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease; publ. for trial purposes in accordance with resolution WHA29. 35 for the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976*: na.
- Organization, W. H. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*: World Health Organization.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Poppert, E. M., & Kulig, K. (2013). Rehabilitation following lumbar discectomy. *Physical therapy*, 93(5), 591.
- Roland, M., & Fairbank, J. (2000). The Roland–Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire. *Spine*, 25(24), 3115-3124.
- Song, M., & Lipman, T. H. (2008). Concept analysis: self-monitoring in type 2 diabetes mellitus. *International journal of nursing studies*, 45(11), 1700-1710.
- Toomey, E., Currie-Murphy, L., Matthews, J., & Hurley, D. A. (2015). 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. *Manual therapy*, 20(2), 265-286.
- van Hooff, M. L., van der Merwe, J. D., O'Dowd, J., Pavlov, P. W., Spruit, M., de Kleuver, M., & van Limbeek, J. (2010). Daily functioning and self-management in patients with chronic low back pain after an intensive cognitive behavioral programme for pain management. *European Spine journal*, 19(9), 1517-1526.
- Wahlman, M., Häkkinen, A., Dekker, J., Marttinen, I., Vihtonen, K., & Neva, M. H. (2014). The prevalence of depressive symptoms before and after surgery and its

association with disability in patients undergoing lumbar spinal fusion. *European Spine journal*, 23(1), 129-134.

Wainwright, T., Immins, T., & Middleton, R. (2015). A cycling and education programme to promote self-management and to increase functional ability in patients with osteoarthritis of the hip. *Osteoarthritis and Cartilage*, 23(2), A372.

Xia, Y., Ishii, K., Matsumoto, M., Nakamura, M., Toyama, Y., & Chiba, K. (2008). Radiographic predictors of residual low back pain after laminectomy for lumbar spinal canal stenosis: minimum 5-year follow-up. *Clinical Spine Surgery*, 21(3), 153-158.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและต้นสังกัด
พ.ต.ท. นพ บัญชา ชีวะอิสรากุล	นายแพทย์ (สบ 3) สังกัดกลุ่มงานศัลยกรรม รพ.ตร.
พ.ต.อ. หญิงนฤมล เพียรเจริญ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (สบ 5) งานศัลยกรรม รพ.ตร.
ร.ต.อ. อภิสีทธิ์ ตามสัตย์	อาจารย์ (สบ1) กลุ่มงานอาจารย์ วพ.รพ.ตร.
นายสรารุช จันทร์แสง	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ราชวิถี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ	อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและจดหมายขอ
ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศร 0512.11/ 1910



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

จ มีถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกนกอร พิเศษ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสุม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พ.ต.ท. นายแพทย์ บัญชา ชีวะอิสรากุล นายแพทย์ (สบ 3) สังกัดกลุ่มงานศัลยกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	พ.ต.ท. นายแพทย์ บัญชา ชีวะอิสรากุล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158
อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม	อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสุม โทร. 09-1886-9249
ชื่อ นิสิต	นางสาวกนกอร พิเศษ โทร. 08-5769-9395

ที่ ศธ 0512.11/1910



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกนกอร พิเศษ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบนเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ดันดีโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ร.ต.อ. อภิสสิทธิ์ ตามสัถย์ อาจารย์ (สบ 1) กลุ่มงานอาจารย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย ที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

ชื่อนิสิต

ร.ต.อ. อภิสสิทธิ์ ตามสัถย์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ดันดีโกสม โทร. 09-1886-9249

นางสาวกนกอร พิเศษ โทร. 08-5769-9395

ที่ ศธ 0512.11/ 1910



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพพระ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

8 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกนกอร พิเศษ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ศ.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ดันดีโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ นายสรวิฐ จันทร์แสง นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายสรวิฐ จันทร์แสง

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ร.ศ.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ดันดีโกสม โทร. 09-1886-9249

ชื่อนิสิต

นางสาวกนกอร พิเศษ โทร. 08-5769-9395



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/1934

วันที่ 13 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกนกอร พิเศษ นิสิตชั้นปริญญาโทบริหารบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ต้นดีโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ต้นดีโกสม โทร. 09-1886-9249

ชื่อนิสิต

นางสาวกนกอร พิเศษ โทร. 08-5769-9395

ที่ ศธ 0512.11/ 2157

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศิศพรรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

6 กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกนกอร พิเดช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว จำนวน 59 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม แบบประเมินการจัดการตนเอง โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ และคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพและสมุดบันทึกการจัดการตนเอง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกนกอร พิเดช ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสม โทร. 02-218-1149
ข้อนี้ติด	นางสาวกนกอร พิเดช โทร. 08-5769-9395

ที่ ศร 0512.11/ ๑๖๕๗

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด
 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 1 ชุด
 4. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 1 ชุด.
 5. ใบบันทึกข้อความขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย 1 ชุด
 6. แบบขออนุญาตการเก็บข้อมูลการศึกษาวิจัย/วิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 7. แบบขอพิจารณางานศึกษาวิจัย/วิทยานิพนธ์ 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกนกอร พิเดช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสุม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกนกอร พิเดช เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกสุม โทร. 02-218-1149

นางสาวกนกอร พิเดช โทร. 08-5769-9395



ที่ ศธ 0512.11/ 1965



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน บรรณาธิการวารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์ (J Med Assoc Thai)

เนื่องด้วย นางสาวกนกอร พิเศษ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ศ.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ต้นดีโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire จากงานวิจัย เรื่อง Cross-Cultural Adaptation of Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire to Thai and Its Reliability ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประเสริฐ สกุลศรีประเสริฐ และคณะฯ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล (2549)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ร.ศ.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ต้นดีโกสม โทร. 09-1886-9249

ชื่อนิสิต

นางสาวกนกอร พิเศษ โทร. 08-5769-9395

ที่ ศธ 0512.11/ 1962



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวกนกอร พิเศษ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกศล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ขอขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire จากงานวิจัย เรื่อง Cross-Cultural Adaptation of Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire to Thai and Its Reliability ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประเสริฐ สกฤตศรีประเสริฐ และคณะ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล (2549)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ร.ต.ต. หญิง ดร. ปชานันท์ ตันติโกศล โทร. 09-1886-9249

ชื่อนิสิต

นางสาวกนกอร พิเศษ โทร. 08-5769-9395



มหาวิทยาลัยมหิดล คณะกายภาพบำบัด
999 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา
อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

ที่ ศธ 0517.39/ **0974**

วันที่ **- 1 ก.ค. 2559**

เรื่อง ตอบรับอนุญาตให้ใช้แบบประเมิน Modified Oswestry Low Back Pain Disability Question ฉบับภาษาไทย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ ที่ ศธ.0512.11/1962 ลว. 24 มิถุนายน 2559

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบันเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ ของนางสาวกนกอร พิเศษ นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ใช้ศึกษาวิทยานิพนธ์ นั้น

คณะกายภาพบำบัด ยินดีให้ใช้แบบประเมิน Modified Oswestry Low Back Pain Disability Question ฉบับภาษาไทย และได้แจ้งให้ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประเสริฐ สกกุลศรีประเสริฐ อาจารย์ประจำคณะกายภาพบำบัดรับทราบแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งทิวา วัลลະฐิติ)
คณบดีคณะกายภาพบำบัด

หน่วยวิจัยและนวัตกรรม

โทร. 0 2441 5450 ต่อ 20220

โทรสาร 0 2441 5454

Re: Permission to use 13-Item Patient Activation Measure (PAM)

JUDITH HIBBARD <judithhibbard@mac.com>

คุณ; craig swanson (cswanson@insigniahealth.com)

Dear Kanokorn,

You do need a research license to use the PAM. There is no charge for students. Please contact craig Swanson of Insignia Health to obtain a license — and the rights to translate. His address is above. He can tell you if there is an existing translation.

Here is how we work with people on translations. If you could produce the translation, and a back translation, we will review the back translation. Sometimes there are minor edits. We also request that you do cognitive interviews and conduct some pretests with potential respondents to assure the translation is valid. Then, if you can collect data using your translation on at least 200-300 respondents (along with demographics and other outcomes like behaviors and/or health status), and send us the data, we will have it run through the Rasch and give you a report on the psychometric value of your translation-- along with the 0-100 scores for your population. We ask that you send us a final version of the translation (including the instructions to the participant).

Best Regards, Judith Hibbard

Dear Dr. Judith H.Hibbard

My name is Ms. Kanokorn Pidet, a graduate student for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, locate in Bangkok, Thailand. I am now working on the thesis with the topic of " Effect of the self-management program on functional ability of patient with lumbar spine surgery in rehabilitation phase "

I am very interested in your article " Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers " Which was published earlier in Health services Research August 2004, 39:4.

As your article is related to my studies, I would like to request for your permission to use your content to be factors in my thesis. This will also include the translation of your article from English into Thai language and appropriately modify into Thai cultural context.

Thank you very much and I look forward to your response.

Kanokorn:

Thank you for your interest in using PAM in your studies. I have attached a study done with PAM on elective lumbar spine surgery that you may find interesting. You are welcome to use PAM in your study. We do not have a Thai translation of PAM yet. If you are interested in creating the translation, that would be fine.

Here is how we work with people on translations. If you could produce the translation, and a back translation, we will review the back translation. Sometimes there are minor edits. We also request that you do cognitive interviews and conduct some pretests with potential respondents to assure the translation is valid. Then, if you can collect data using your translation on at least 200-300 respondents (along with demographics and other outcomes like behaviors and/or health status), and send us the data, we will have it run through Rasch and give you a report on the psychometric value of your translation-- along with the 0-100 scores for your population. We ask that you send us a final version of the translation (including the instructions to the participant).

If this is of interest, please let me know and I will draft a license for you.

Best Regards,

Craig Swanson

Dear Craig Swanson

My name is Ms. Kanokorn Pidet, a graduate student for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, locate in Bangkok, Thailand. I am now working on the thesis with the topic of " Effect of the self-management program on functional ability of patient with lumbar spine surgery in rehabilitation phase "

I am very interested in your article " Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers " Which was published earlier in Health services Research August 2004, 39:4.

As your article is related to my studies, I would like to request for your permission to use your content to be factors in my thesis. This will also includes the translation of your article from English into Thai language and appropriately modify into Thai cultural context.

Thank you very much and I look forward to your response.

Best Regards,

Kanokorn Pidet





ภาคผนวก ง

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมและเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



โรงพยาบาลตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง...๗๒/๒๕๕๙

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	EFFECT OF THE SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON FUNCTIONAL ABILITY OF LUMBAR SPINE SURGERY IN REHABILITATION
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาว กนกอร พิเศษ พยาบาลวิชาชีพพหุศาสตร์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงร่างการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๕๙ (Version ๑.๐ Date 21 September ๒๐๑๖) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอมฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๕๙ (Version ๑.๐ Date 21 September ๒๐๑๖) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๕๙ (Version ๑.๐ Date 21 September ๒๐๑๖) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัดประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๑ กันยายน ๒๕๕๙
วันหมดอายุ	๒๐ กันยายน ๒๕๖๐

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พันตำรวจเอกหญิง...
(พันวดี รัตนสุมาวงศ์)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก...
(อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ



ที่ ตช ๐๐๓๖ (จว)/๑๖๓๕

โรงพยาบาลตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอส่งใบรับรองโครงการวิจัย
เรียน นางสาว กนกอร พิเศษ
สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองโครงการวิจัย ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านได้ส่งโครงร่างการวิจัย เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟู สภาพ" ให้คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ พิจารณานั้น

เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย ของโรงพยาบาลตำรวจได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าโครงการได้มาตรฐานไม่ขัดต่อสวัสดิภาพและภัยอันตรายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอมาได้โดยอนุมัติเมื่อวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๕๙ และเมื่อโครงการวิจัยดำเนินการแล้วเสร็จให้ผู้วิจัยส่งข้อมูลงานวิจัยทั้งฉบับที่ดำเนินการเสร็จสมบูรณ์พร้อมบทความลงในแผ่น CD ให้โรงพยาบาลตำรวจต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

พันตำรวจเอก

(อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)

นายแพทย์ (สบ ๕) โรงพยาบาลตำรวจ/

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ

สำนักงานแพทยศาสตรศึกษา

โทร. ๐ ๒๖๕๒ ๕๐๓๕

โทรสาร ๐ ๒๖๕๒ ๕๐๓๕

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร

(Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ
2. ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ นางสาวนกอร พิเศษ
- สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 189/372 หมู่บ้านเค.ซี.พาร์ควิลล์ หมู่ 2 ถ.ตำหรุ-บางพลี
ต. แพรกษาใหม่ อ. เมือง จ. สมุทรปราการ 10280
- โทรศัพท์มือถือ 085-7699395
- E-mail address: noon_lovely@windowlive.com

3. เหตุที่ต้องการทำวิจัย เหตุผลที่อาสาสมัครที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการ

สาเหตุที่ต้องทำการวิจัยเรื่องนี้คือ ปัญหาที่พบบ่อยในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดตั้งแต่ในระยะแรกจนกระทั่ง 3 เดือนหลังผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม ร้อยละ 30 เนื่องจากในระยะหลังผ่าตัดโดยเฉพาะในระยะฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยยังคงมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่างๆก็ยังไม่สามารถทำได้เต็มที่ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่สามารถจัดการตนเองอันเกิดจากความไม่มั่นใจในความรู้ และทักษะในการจัดการตนเองว่าสามารถจะทำกิจกรรมต่างๆได้มากนักน้อยเพียงใดหรือมีข้อห้ามหรือข้อจำกัดในการทำกิจกรรมใดบ้าง สำหรับการจัดการตนเองในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดส่วนใหญ่แล้ว จะพบปัญหาอุปสรรคคือ ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองได้ อันเนื่องมาจากผู้ป่วยบางรายเกิดอาการปวดหลังที่ยังหลงเหลืออยู่ กล้ามเนื้อบริเวณหลังไม่มีความแข็งแรง รวมถึงมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย หากผู้ป่วยมีความเข้าใจในกระบวนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยก็จะสามารถควบคุมตนเองได้ รวมถึงสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้ ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามกระบวนการจัดการตนเองได้สำเร็จ ผู้ป่วยก็จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะหลังผ่าตัดที่เพิ่มมากขึ้น จนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ลดระยะเวลาในการพักฟื้น รวมถึงลดอัตราการเกิดปวดหลังซ้ำในระยะหลังผ่าตัดอีกด้วย

4. วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการทำกิจกรรมตามปกติ

5. ขั้นตอนและกระบวนการทำวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ทฤษฎีการจัดการตนเองของ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการในการจัดการตนเองที่ถูกต้อง
2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว แผนการสอนเรื่องการฝึกทักษะการจัดการตนเองและเรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ ทำทางต่างๆในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้อุปกรณ์พยุงเดิน ทำการออกกำลังกาย วิธีการประเมินอาการปวด ข้อควรระวังหลังผ่าตัด รวมถึงกระบวนการฝึกทักษะการจัดการตนเองซึ่งมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน โดยการสร้างสถานการณ์จำลองให้ผู้ป่วยเห็นถึงกระบวนการจัดการตนเองได้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น
3. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

4. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

5. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุ ระดับความปวด จำนวน 44 คน เลือกเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การพยาบาลตามปกติโดยครอบคลุมในเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดและการดูแลในระยะหลังผ่าตัด รวมถึงให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการวางแผนการจำหน่ายส่วนบทบาทของนักกายภาพบำบัด มุ่งเน้นให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เน้นการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงการใช้วิธีการทางกิจกรรมบำบัด เช่น การใช้อุปกรณ์ช่วยต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยอิสระ เพิ่มความสามารถทางกาย เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและความทนทานในการทำงาน

กิจกรรมที่ 1 ตามวันที่แพทย์นัดมาเตรียมการผ่าตัดก่อนวันผ่าตัด 1 วันใช้เวลาประมาณ 20 นาทีผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาการทำงานวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ระหว่างการพักฟื้นหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลจากพยาบาลประจำการตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง แต่จะไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฝึกทักษะการจัดการตนเอง

กิจกรรมที่ 2 ตามวันที่แพทย์นัดมารับการรักษา ใช้เวลาประมาณ 15 นาทีซักถามอาการทั่วไป หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว หลังจากนั้นผู้วิจัยแสดงความขอบคุณและยุติความสัมพันธ์

กลุ่มทดลอง พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การพยาบาลตามปกติ และให้ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

กิจกรรมที่ 1 ตามวันที่แพทย์นัดมาเตรียมการผ่าตัดก่อนวันผ่าตัด 1 วันใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ตอนการทำวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย และให้มีการประเมินตนเอง โดยการตอบแบบสอบถามเพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว

2. ให้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ โดย

2.1 ให้ความรู้ผ่านสื่อ Power point เกี่ยวกับแนวทางการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ ท่าทางต่างๆในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้อุปกรณ์พยุงเดิน (Walkers) ท่าทางออกกำลังกาย วิธีการประเมินอาการปวด ข้อควรระวังหลังผ่าตัด รวมถึงกระบวนการฝึกทักษะการจัดการตนเองซึ่งมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน

2.2 อธิบายการฝึกทักษะของกระบวนการจัดการตนเองทั้งหมด 6 ขั้นตอน โดยการบรรยายร่วมกับการนำเสนอภาพเคลื่อนไหวจำลองสถานการณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว โดยมีสื่อดแทรกสถานการณ์จำลองให้ผู้ป่วยเห็นถึงกระบวนการจัดการตนเองได้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นในแต่ละขั้นตอน

3. แจกคู่มือการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว แอและแบบบันทึกการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว แนะนำวิธีการบันทึกข้อมูลลงสมุดบันทึกประจำตัวเพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับระดับความปวด ท่าทาง การเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้อง ระยะทางที่สามารถเดินได้ในแต่ละวัน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง

4. นัดหมายการพบครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 วันที่ 3 หลังการผ่าตัด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

1. ทบทวนกิจกรรมและเนื้อหาในสมุดคู่มือที่แจกครั้งก่อน ทบทวนทักษะการจัดการตนเอง ทั้ง 6 ขั้นตอน พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเพื่อความเข้าใจ
2. ฝึกทักษะการตั้งเป้าหมายโดยผู้ป่วยร่วมกันตั้งเป้าหมายกับผู้วิจัยโดยมีการปรึกษาคู่เองกัน และกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองพร้อมทั้งจับบันทึกไว้ในคู่มือการจัดการตนเอง
3. ฝึกทักษะการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยได้บันทึกข้อมูลที่สามารถสังเกตได้ด้วยตนเอง ได้แก่ ระดับความปวด ระยะทางที่สามารถเดินได้ ทำทางการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้อง และอาการผิดปกติที่สังเกตได้
4. ฝึกทักษะการประมวลและประเมินข้อมูล โดยผู้วิจัยจะฝึกให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบข้อมูลกับวันที่ผ่านมา หรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ โดยผู้ป่วยจะต้องสามารถวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดปัญหาว่ามาจากสาเหตุใด
5. ฝึกทักษะการตัดสินใจ โดยผู้วิจัยจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้สามารถตัดสินใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือแก้ไขปัญหาลักษณะด้วยตนเองพร้อมทั้งบันทึกลงในคู่มือการจัดการตนเอง
6. ฝึกทักษะการลงมือปฏิบัติ ฝึกปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้มีความเหมาะสมและต่อเนื่อง
7. ฝึกทักษะการประเมินตนเอง โดยการเปรียบเทียบข้อมูลของวันที่ผ่านมา หรือเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้
8. นัดหมายการพบครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 วันที่ 6 หลังการผ่าตัด (มีการเตรียมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล 1 วัน) ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

1. ผู้วิจัยร่วมกันกับผู้ป่วยในการทบทวนกิจกรรมครั้งก่อนรวมถึงการทบทวนคู่มือการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยได้บันทึกไว้ที่แจกให้หลังจากที่ผู้ป่วยนำทักษะการจัดการตนเองไปปฏิบัติ
2. ผู้วิจัยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ ให้คำแนะนำเสนอแนะแนวทางแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่เหมาะสม
3. กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยนำกระบวนการจัดการตนเองไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
4. นัดหมายการพบครั้งต่อไปและวัน เวลาที่จะโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรคเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

กิจกรรมที่ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 5 วัน ติดต่อทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

1. โทรศัพท์ติดตามเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองระหว่างผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยเสนอแนะในประเด็นที่ผู้ป่วยมีปัญหาและร่วมกันวางแผนการฝึกทักษะการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

2. กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอนอย่างต่อเนื่องรวมถึงการบันทึกการจัดการตนเองในคู่มืออย่างสม่ำเสมอ และกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้มารับการรักษาตามแพทย์นัดในครั้งถัดไป

3. นัดหมายการพบครั้งต่อไปและวัน เวลาที่ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดของแพทย์

กิจกรรมที่ 5 ตามวันที่แพทย์นัดมารับการรักษา ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

1. ผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองระหว่างผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

2. ผู้ป่วยประเมินตนเองร่วมกับผู้วิจัย โดยให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองว่าบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม ถ้าหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน แต่หากยังไม่สามารถทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการจัดการตนเองต่อไปจนบรรลุเป้าหมาย

3. ชมเชย มอบของที่ระลึก และกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือสำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้

6. ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ และประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย

อาสาสมัครจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านความสามารถในการทำกิจกรรมที่เหมาะสม ทำให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพเป็นไปอย่างรวดเร็ว มีความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะหลังผ่าตัดที่เพิ่มมากขึ้น จนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ลดระยะเวลาในการพักฟื้น รวมถึงลดอัตราการเกิดปวดหลังซ้ำในระยะหลังผ่าตัดอีกด้วย

7. สิ่งที่อาสาสมัครจะต้องปฏิบัติและไม่ปฏิบัติระหว่างการ ศึกษา และระยะเวลาของการวิจัย

อาสาสมัครควรปฏิบัติตามคำแนะนำและตามแนวทางการรักษาของแพทย์ตลอดระยะเวลาตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดต่อเนื่องไปจนถึงหลังผ่าตัด รวมถึงปฏิบัติตามกระบวนการวิจัยรายบุคคล ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยพบอาสาสมัครจำนวน 5 ครั้ง หากอาสาสมัครมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับงานวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้อาสาสมัครทราบอย่างรวดเร็ว การเข้าร่วมในงานวิจัยของอาสาสมัครในครั้งนี้เป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

8. ความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นและหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับ และมาตรการที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ป้องกัน

กระบวนการวิจัยในขั้นของการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจะให้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อ Power point เกี่ยวกับท่าทางต่างๆในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้อุปกรณ์พยุงเดิน ท่าการออกกำลังกาย เนื้อหาโดยรวมจะเป็นการกระตุ้นให้อาสาสมัครมีการปรับพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ซึ่งอาสาสมัครแต่ละรายอาจจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้แตกต่างกัน และผู้วิจัยจะประเมินอาสาสมัครเป็นระยะว่าสามารถปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด และจะมีการเน้นย้ำถึงวิธีการปฏิบัติในเรื่องของการเดิน การออกกำลังกาย รวมถึงท่าทางการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องให้อาสาสมัครได้เข้าใจ และปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะในส่วนของการเดิน และการออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรม รวมถึงป้องกันการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

9. กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยผู้วิจัยจะให้การดูแลรักษาพยาบาลหรือชดเชยอาสาสมัครอย่างไร

หากเกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าว อาสาสมัครจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย และหรือจะมีการชดเชยค่าตอบแทน ตลอดจนถึงเงินทดแทนความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นตามความเหมาะสม

10. ในกรณีที่มีการรักษาหลายรูปแบบให้ระบุทางเลือกอื่นและเปรียบเทียบข้อดี, ข้อเสีย ของวิธีวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวไม่มากนัก โดยมีการศึกษาประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวเกิดทักษะและรับรู้สมรรถนะของตนเองว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดด้วยตนเองสามารถเผชิญกับสถานการณ์หลังผ่าตัดได้ดี ส่วนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ศึกษาประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวซึ่งมีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา โดยจะเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะจัดการตนเองที่ดีในระยะหลังผ่าตัดโดยเฉพาะในด้านของความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามกระบวนการจัดการตนเองได้สำเร็จ ผู้ป่วยก็จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะหลังผ่าตัดที่เพิ่มมากขึ้น จนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ลดระยะเวลาในการพักฟื้น รวมถึงลดอัตราการเกิดปวดหลังซ้ำในระยะหลังผ่าตัดอีกด้วย

11. การรักษาความลับเกี่ยวกับอาสาสมัคร

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครจะเป็นความลับ หากมีการนำเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงานหากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลตำรวจ

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง การทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามประเมินการจัดการตนเอง ฉบับย่อภาษาไทยของผู้ป่วยโรกระบบกระดูก ข้อต่อ และกล้ามเนื้อ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล เฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลวิจัย

การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้นและจะต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย และหรือจะมีการชดเชยค่าตอบแทน ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามความเหมาะสม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยา สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนโครงการวิจัยทางคลินิก โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ ในการปิดบังข้อมูลของการสมัครตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ผู้วิจัยหลักคือ นางสาวกนกอร พิเดช สถานที่ติดต่อ
 189/372 หมู่บ้านเค.ซี.พาร์ควิลล์ หมู่ 2 ถ.ตำหรุ-บางพลี ต. แพรกษาใหม่ อ. เมือง จ. สมุทรปราการ
 10280 โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้เป็น นางสาวกนกอร พิเดช

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)





ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดให้ในข้อมูลส่วนบุคคลหรือทำเครื่องหมาย (/) ในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

แบบสอบถาม เลขที่.....

กลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง

สำหรับผู้ป่วย

1. หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา หอผู้ป่วยสามัญออร์โธปิดิกส์
 หอผู้ป่วยพิเศษออร์โธปิดิกส์
 หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมประสาท
 หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมประสาท
 อื่นๆ.....

2. เพศ ชาย หญิง

3. อายุ.....ปี

4. ระดับการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา
 ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
 ปริญญาตรีขึ้นไป

5. อาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ เกษตรกรรม ระบุ.....
 ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว รับจ้าง ระบุ.....
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ อื่นๆ ระบุ.....

6. ประวัติโรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....

7. ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ไม่เคย เคย ระบุจำนวน.....ครั้ง

8. ประวัติการได้รับการผ่าตัดใหญ่

ไม่เคย เคย ระบุจำนวน.....ครั้ง

9. ประวัติการสูบบุหรี่

ไม่เคย เคย ระบุเวลา.....เดือน/ปี

10. ประวัติการได้รับการรักษาเพื่อลดอาการปวดหลัง

กายภาพบำบัด

รับประทุษยานาระงับปวด

ฉีดยาระงับปวดเข้าช่องไขสันหลัง

สำหรับผู้วิจัย

11. ระดับความปวด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เจ็บปวดเลย

ปวดเล็กน้อย

เจ็บปวดปานกลาง

เจ็บปวดมากที่สุด

ไม่ปวดเลยถึงปวดเล็กน้อย = 0-3 คะแนน

ปวดปานกลาง = 4-7 คะแนน

ปวดมากถึงมากที่สุด = 8-10 คะแนน

12. ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

การวินิจฉัยโรค.....

การผ่าตัด.....

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....

วันที่รับการผ่าตัด.....

ระยะเวลาในการผ่าตัด.....

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....

ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด..... วัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียว

1. ระดับความเจ็บปวด

- 0 สามารถทนปวดได้ โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด
- 1 มีอาการปวดมาก แต่จัดการได้โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด
- 2 รับประทานยาแก้ปวดแล้วหายปวดโดยสิ้นเชิง
- 3 รับประทานยาแก้ปวดแล้วหายปวดได้ปานกลาง
- 4 รับประทานยาแก้ปวดแล้วหายปวดได้เล็กน้อย
- 5 รับประทานยาแก้ปวดแล้ว อาการปวดไม่ลดลง/ไม่หายปวด

2. การดูแลตัวเอง (เช่น การทำความสะอาดร่างกาย, การแต่งตัว ฯลฯ)

- 0 ดูแลตัวเองได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการปวดเพิ่มขึ้น
- 1 ดูแลตัวเองได้ตามปกติ แต่มีอาการปวดเพิ่มขึ้นเมื่อทำกิจกรรม
- 2 ปฏิบัติได้ช้าๆ โดยมีอาการปวด และต้องระมัดระวัง
- 3 สามารถจัดการกิจวัตรประจำวันได้ส่วนใหญ่ แต่ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน
- 4 ต้องการความช่วยเหลือทุกครั้ง ในการจัดการกิจวัตรประจำวัน
- 5 แต่งตัวไม่ได้เลย อาบน้ำด้วยความลำบาก และอยู่แต่ที่เตียงนอน

3. การยกของ

- 0 ยกของหนักได้ โดยที่อาการปวดไม่เพิ่มขึ้น
- 1 ยกของหนักได้ แต่มีอาการปวดเพิ่มขึ้นเมื่อยก
- 2 ยกของหนักได้ แต่มีอาการปวดเมื่อยยกของหนักขึ้นจากพื้น
- 3 ยกของที่มีน้ำหนักมากได้ หากของนั้นถูกจัดวางให้สะดวกในการยก
(เช่น ของตั้งบนโต๊ะ)
- 4 มีอาการปวดมากขณะยก แต่สามารถยกของที่มีน้ำหนักไม่มากได้ ถ้าสิ่งของนั้นถูกจัดวางให้สะดวกในการยก
- 5 ยกได้แต่ของที่เบามาก/ไม่สามารถยกหรือถืออะไรได้เลย

4. การเดิน

- 0 อาการปวดไม่เป็นอุปสรรคในการเดินไกลๆ
- 1 อาการปวดทำให้เดินได้ไม่เกิน 1 กิโลเมตร
- 2 อาการปวดทำให้เดินได้ไม่เกิน 500 เมตร
- 3 อาการปวดทำให้เดินได้ไม่เกิน 250 เมตร
- 4 เดินได้โดยใช้ไม้ค้ำยันหรือไม้เท้าเท่านั้น
- 5 อยู่ที่เตียงเกือบตลอดเวลาและมีความยากลำบากในการเข้าห้องน้ำ

5. การนั่ง

- 0 นั่งบนเก้าอี้แบบไหนก็ได้ นานเท่าที่ต้องการ
- 1 นั่งบนเก้าอี้แบบที่ชอบเท่านั้น นานเท่าที่ต้องการ
- 2 อาการปวดทำให้นั่งได้นานไม่เกิน 1 ชั่วโมง
- 3 อาการปวดทำให้นั่งได้นานไม่เกิน 30 นาที
- 4 อาการปวดทำให้นั่งได้นานไม่เกิน 10 นาที
- 5 อาการปวดทำให้นั่งไม่ได้เลย

6. การยืน

- 0 ยืนได้นานเท่าที่ต้องการโดยอาการปวดไม่เพิ่มขึ้น
- 1 ยืนได้นานเท่าที่ต้องการ แต่มีอาการปวดเพิ่มขึ้น
- 2 อาการปวดทำให้ยืนได้นานไม่เกิน 1 ชั่วโมง
- 3 อาการปวดทำให้ยืนได้นานไม่เกิน 30 นาที
- 4 อาการปวดทำให้ยืนได้นานไม่เกิน 10 นาที
- 5 อาการปวดทำให้ยืนไม่ได้เลย

7. การนอน

- 0 อาการปวดไม่เป็นอุปสรรคต่อการนอนเต็มอิม
- 1 นอนได้เต็มอิม แต่ต้องได้ยาแก้ปวด
- 2 แม้ได้รับยาแก้ปวด ก็นอนได้น้อยกว่า 6 ชั่วโมง
- 3 แม้ได้รับยาแก้ปวด ก็นอนได้น้อยกว่า 4 ชั่วโมง
- 4 แม้ได้รับยาแก้ปวด ก็นอนได้น้อยกว่า 2 ชั่วโมง
- 5 อาการปวดทำให้นอนไม่หลับเลย

8. การเข้าสังคม

- 0 การใช้ชีวิตในสังคมเป็นปกติ และไม่มีอาการปวดเพิ่มขึ้น
- 1 การใช้ชีวิตในสังคมเป็นปกติ แต่มีอาการปวดเพิ่มขึ้น
- 2 อาการปวดเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก (เช่น กีฬา, การเดินร่ำ)
- 3 อาการปวดเป็นอุปสรรคในการออกไปข้างนอกบ่อยๆ (เช่น ไปเดินตลาด)
- 4 อาการปวดทำให้จำกัดการใช้ชีวิตในสังคม ให้อยู่แต่ในบ้าน
- 5 แทบไม่มีการเข้าสังคม เนื่องจากอาการปวด

9. การเดินทาง

- 0 เดินทางไปได้ทุกแห่งโดยอาการปวดไม่เพิ่มขึ้น
- 1 เดินทางไปได้ทุกแห่ง แม้จะทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้น
- 2 มีอาการปวดเพิ่มมากขึ้น เมื่อเดินทางเกิน 2 ชั่วโมง
- 3 มีอาการปวดเพิ่มมากขึ้น เมื่อเดินทางเกิน 1 ชั่วโมง

- 4 อาการปวดทำให้เดินทางได้ในระยะสั้นไม่เกิน 30 นาที
- 5 อาการปวดเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางทั้งหมด ยกเว้นการไปพบแพทย์/ นักกายภาพบำบัด หรือไปโรงพยาบาล

10. การทำงาน/ งานบ้าน

- 0 การทำงาน/งานบ้าน ไม่ทำให้เกิดอาการปวด
- 1 การทำงาน/งานบ้าน ทำให้เพิ่มอาการปวด แต่สามารถทำงานที่ต้องการทำได้ทั้งหมด
- 2 สามารถทำงาน/ งานบ้านที่เป็นภาระงานส่วนใหญ่ได้ แต่อาการปวดเป็นอุปสรรคต่อการทำ กิจกรรมที่มีความเครียดทางกายเพิ่มขึ้น (เช่น การยกของ, การดูฝุ่น)
- 3 อาการปวดเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมที่หนัก
- 4 อาการปวดเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม แม้แต่ภาระงานที่เบา
- 5 อาการปวดเป็นอุปสรรคในการทำงานทุกอย่าง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการตนเอง

คำชี้แจง แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายข้อคำถามแต่ละข้ออย่างละเอียด เมื่อผู้วิจัยอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่าตรงกับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ผู้วิจัยจะทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเพียงคำตอบเดียว

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยที่สุด (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	เห็นด้วย (3)	เห็นด้วยมากที่สุด (4)
1. ฉันเป็นคนรับผิดชอบในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง				
2. การทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ				
3. ฉันเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถดูแลจัดการอาการของตนเองได้				
4. ฉันรู้จักยาที่ใช้ในการรักษาตนเอง				

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยที่สุด (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	เห็นด้วย (3)	เห็นด้วยมาก ที่สุด (4)
5. ฉันสามารถเลือกรับวิธีการรักษาเมื่อเกิดปัญหากับสุขภาพได้				
6. ฉันสามารถบอกอาการกับแพทย์เกี่ยวกับการรักษาถึงแม้แพทย์จะไม่ได้ถาม				
7. ฉันสามารถติดตามการรักษาและปฏิบัติตามได้ในขณะอยู่ที่บ้าน				
8. ฉันเข้าใจธรรมชาติและสาเหตุที่ทำให้สุขภาพมีปัญหา				
9. ฉันรับรู้ถึงความแตกต่างในการรักษาแต่ละอย่าง				
10. ฉันสามารถดำรงชีวิต/ดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ				
11. ฉันรับรู้วิธีการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ				
12. ฉันสามารถคิดหาแนวทางการจัดการตนเองได้เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆเข้ามา				
13. ฉันมีความเชื่อมั่นว่าสามารถปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตในขณะที่มีภาวะเครียด				

ตารางที่ 7 แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-management)

ประยุกต์กิจกรรมตามทฤษฎีของ Creer (2002)

วิธีการส่งเสริมการจัดการตนเอง	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
<p>1. กิจกรรมการเตรียมความพร้อมและเรียนรู้กระบวนการจัดการตนเองที่ดี</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้มีการสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองที่ดี</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการเตรียมความพร้อม และเรียนรู้กระบวนการจัดการตนเองที่ดี (ก่อนผ่าตัด 1 วัน ใช้เวลา 50 นาที)</p> <p>1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย ให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือ</p>
	<p>2. แจกวัตถุประสงค์โปรแกรมส่งเสริมการฝึกทักษะจัดการตนเอง เพื่อเป็นการทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วย</p>
	<p>3. ให้ความรู้แนะนำเรื่อง แนวทางการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด รวมถึงขั้นตอนกระบวนการจัดการตนเองโดยเฉพาะด้านของความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว</p>
	<p>4. อธิบายการฝึกทักษะของกระบวนการจัดการตนเองทั้งหมด 6 ขั้นตอน โดยการบรรยายร่วมกับการนำเสนอภาพเคลื่อนไหวจำลองสถานการณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว ดังนี้</p> <p>1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selecting) โดยการกำหนดพฤติกรรมในอนาคตหรือสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกัน ตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง ลักษณะเป้าหมายเชิงพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงสามารถวัดได้ เช่น อาการปวดในระยะหลังผ่าตัดลดลง จนเข้าสู่สภาวะปกติ สามารถกลับไปเดินได้ระยะทางที่เหมาะสมภายใน 2 สัปดาห์ สามารถกลับไปทำงาน/ประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด</p>

ตารางที่ 7 (ต่อ)

วิธีการส่งเสริมการจัดการตนเอง	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
	<p>2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) โดยการเฝ้าระวังตนเองด้วยการสังเกตอาการของตนเอง และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะที่ได้กำหนดเป็นเป้าหมายไว้ในครั้งแรก เช่น อาการปวดโดยวัดจากแบบประเมินระดับความปวด การบันทึกระยะเวลาโดยประมาณที่สามารถเดินได้ในแต่ละวัน บันทึกท่าทางต่างๆในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบันทึกอาการผิดปกติที่สามารถสังเกตได้ในแต่ละวัน โดยทำการบันทึกอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการประเมินข้อมูลต่อไป</p> <p>3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) โดยการจัดให้ผู้พว้นำข้อมูลที่บันทึกไว้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ หรือเปรียบเทียบกับข้อมูลของวันที่ผ่านมา วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา และผลที่เกิดจากการกระทำว่ามีความเหมาะสมหรือไม่</p> <p>4) การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเองหลังจากการรวบรวมและประมวลข้อมูล โดยผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานได้อย่างเหมาะสม โดยอาศัยข้อมูลเป็นพื้นฐานในการเลือกวิธีการจัดการตนเองที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย</p> <p>5) การลงมือปฏิบัติ (Action) ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการตนเอง เพื่อให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ดีในระยะหลังผ่าตัด โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน ลงมือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จนกระทั่งบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้</p> <p>6) การประเมินผล (Self-reaction) โดยให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองว่าสามารถปฏิบัติตามการจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม</p>
	<p>5. หลังจากที่ผู้วิจัยอธิบายกระบวนการจัดการตนเองแล้วให้ผู้ผู้ป่วยได้รับชมภาพเคลื่อนไหวแสดงสถานการณ์จำลองในแต่ละกระบวนการของการจัดการตนเองผ่านสื่อ Power point เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและสามารถมองภาพเหตุการณ์ที่ตนเองจะต้องลงมือปฏิบัติหลังผ่าตัดได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น</p>

ตารางที่ 7 (ต่อ)

วิธีการส่งเสริมการจัดการตนเอง	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
	6. แจกคู่มือการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคู่มือและสมุดบันทึกการจัดการตนเอง รวมถึงเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
	7. นัดหมายการพบครั้งต่อไป เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลับมาพบกันตามนัดหมาย
2. กิจกรรมทบทวนความรู้ ไขข้อข้องใจ และปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเอง วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีการกระตุ้นเตือน และเพิ่มพูนทักษะ	กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมทบทวนความรู้ ไขข้อข้องใจ และปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเอง (หลังผ่าตัด 3 วัน ใช้เวลา 30 นาที) 1. ทบทวนกิจกรรมและเนื้อหาในสมุดคู่มือที่แจกครั้งก่อน ทบทวนทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเพื่อความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของตนเอง และเกิดการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด
	2. ฝึกทักษะการตั้งเป้าหมายโดยผู้ป่วยร่วมกันตั้งเป้าหมายกับผู้วิจัยโดยมีการปรึกษาหารือกัน และกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง พร้อมทั้งจัดบันทึกไว้ในคู่มือการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเป้าหมายและเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมในระยะหลังผ่าตัดให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยว่าเป้าหมายในการจัดการตนเองคืออะไร และให้ผู้เขียนบันทึกลงไป ในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง
	3. ฝึกทักษะการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยฝึกให้ผู้ผู้ป่วยได้บันทึกข้อมูลที่สามารถสังเกตได้ด้วยตนเอง ได้แก่ ระดับความปวด ระยะทางที่สามารถเดินได้ ทำทางการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้อง และอาการผิดปกติที่สังเกตได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติการสังเกตและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง รวมถึงเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในระยะหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติ ระดับความปวด ระยะทางที่เดินได้ และทำทางต่างๆในการเคลื่อนไหวร่างกาย พร้อมทั้งให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้บันทึกตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการต่อไป

ตารางที่ 7 (ต่อ)

วิธีการส่งเสริมการจัดการตนเอง	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
	<p>4. ฝึกทักษะการประมวลและประเมินข้อมูล โดยผู้วิจัยจะฝึกให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบข้อมูลกับวันที่ผ่านมา หรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ โดยผู้ป่วยจะต้องสามารถวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดปัญหาว่ามาจากสาเหตุใด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะสอบถามการเปลี่ยนแปลงในวันที่ผ่านมา เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยได้เปรียบเทียบข้อมูล และสาเหตุการเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น เมื่อวานผู้ป่วยปวดหลังระดับความปวด 5 คะแนน วันนี้ปวดเพิ่มขึ้นเป็น 7 คะแนน สาเหตุที่ทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้นคืออะไร ควรจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานอย่างไร ผู้ป่วยบางรายมีวิธีการลุกนั่งบนเตียงที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีอาการปวดหลังมากขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องมีปรับเปลี่ยนวิธีการลุกนั่งให้มีความเหมาะสม พร้อมทั้งใส่อุปกรณ์พยุงหลัง</p>
	<p>5. ฝึกทักษะการตัดสินใจ โดยผู้วิจัยจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้สามารถตัดสินใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือแก้ไขปัญหาลักษณะด้วยตนเองพร้อมทั้งบันทึกลงในคู่มือการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางปฏิบัติในการจัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยทราบสาเหตุของการเกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยทราบว่าสาเหตุของการปวดหลังมากขึ้น เกิดจากการที่มีท่าทางการลุกนั่งไม่ถูกต้องหรือไม่ได้ใส่เสื้อพยุงหลังขณะลุกนั่งหรือเดิน ผู้ป่วยจะต้องตัดสินใจที่จะมีการปรับเปลี่ยนท่าทางการลุกนั่ง หรือตัดสินใจใช้อุปกรณ์พยุงหลัง</p>
	<p>6. ฝึกทักษะการลงมือปฏิบัติ ฝึกปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้มีความเหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะและสามารถลงมือปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ลงมือปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนท่าทางการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยลุกนั่งในท่าทางที่เหมาะสม หรือให้ผู้ป่วยได้ฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์พยุงเดิน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ก็คือสามารถลุกเดินได้ในวันที่ 5 หลังผ่าตัด หรือ อาการปวดหลังลดลง การลงมือปฏิบัติจะสอดคล้องกับเป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ในครั้งแรก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้บรรลุเป้าหมายในที่สุด</p>

ตารางที่ 7 (ต่อ)

วิธีการส่งเสริมการจัดการตนเอง	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
	7. ฝึกทักษะการประเมินตนเอง โดยการเปรียบเทียบข้อมูลของวันที่ผ่านมา หรือเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะและสามารถประเมินตนเองได้ โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยมีการประเมินตนเองเป็นระยะ ว่าสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้หรือไม่ หากเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ยังไม่สำเร็จ ผู้วิจัยก็จะกระตุ้นเตือน หาวิธีในการแก้ไข ให้ผู้ป่วยได้มีกำลังใจและมีวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับตนเอง นำมาซึ่งการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายในที่สุด
	8. นัดหมายการพบครั้งต่อไป เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลับมาพบกันตามนัดหมาย
3. กิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน วัตถุประสงค์ ให้มีการเตรียมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล 1 วัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจเพิ่มพูนกำลังใจในการดูแลตนเองในระยะฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง	<p>กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน (6 วันหลังผ่าตัด/ ก่อนออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 20 นาที)</p> <p>1. ผู้วิจัยร่วมกันกับผู้ป่วยในการทบทวนกิจกรรมครั้งก่อนรวมถึงการทบทวนคู่มือการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยได้บันทึกไว้ที่แจกให้หลังจากที่ผู้ป่วยนำทักษะการจัดการตนเองไปปฏิบัติ เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจและทบทวนความรู้ที่ได้จากครั้งก่อน</p>
	2. ผู้วิจัยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทางแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยทราบปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองและเป็นการให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วย
	3. ฝึกทักษะการประเมินผล โดยให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองว่าบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม ถ้าหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน แต่หากยังไม่สามารถทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการจัดการตนเองต่อไปจนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

ตารางที่ 7 (ต่อ)

วิธีการส่งเสริมการ จัดการตนเอง	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
	4. กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยนำกระบวนการจัดการตนเองไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
	5. นัดหมายการพบครั้งต่อไปและวัน เวลาที่จะโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรคเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้ทราบปัญหาและอุปสรรคขณะปฏิบัติกระบวนการจัดการตนเองที่บ้าน รวมถึงเป็นการช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
4. กิจกรรมติดตาม กระตุ้นเตือน อย่าง ต่อเนื่อง วัตถุประสงค์ เพื่อการทบทวน และ กระตุ้นเตือนทักษะการ จัดการตนเองอย่าง ต่อเนื่องเมื่อกลับไปพัก ฟื้นที่บ้าน	กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมติดตาม กระตุ้นเตือน อย่างต่อเนื่อง (ติดต่อทาง โทรศัพท์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 5 วัน ใช้เวลา 15 นาที) 1. โทรศัพท์ติดตามเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรค ในการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองระหว่างผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้ง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยเสนอแนะในประเด็นที่ผู้ป่วยมี ปัญหาและร่วมกันวางแผนการฝึกทักษะการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อสอบถามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สอบถาม การบันทึกกิจกรรมในสมุดบันทึกในทุกขั้นตอน ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถ ทำได้ตามเป้าหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ในครั้งแรกหรือไม่ อย่างไร
	2. กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน อย่างต่อเนื่องรวมถึงการบันทึกการจัดการตนเองในคู่มืออย่างสม่ำเสมอ และกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้มารับการรักษาตามที่แพทย์นัดในครั้งถัดไป เพื่อเป็นการทบทวน และกระตุ้นเตือนทักษะการจัดการตนเองอย่าง ต่อเนื่อง
	3. ประเมินการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามแบบประเมินการ จัดการตนเองมีทั้งหมด 13 ข้อ เพื่อประเมินระดับความสามารถในการ จัดการตนเอง
	4. นัดหมายการพบครั้งต่อไปและวัน เวลาที่ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัด ของแพทย์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลับมาพบกันตามนัดหมาย

ตารางที่ 7 (ต่อ)

วิธีการส่งเสริมการ จัดการตนเอง	แนวทางการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง
<p>5. กิจกรรมติดตาม ต่อเนื่อง และพิสูจน์ ตนเอง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อประเมินตนเองของ ผู้ป่วย รวมถึงส่งเสริม และให้กำลังใจสำหรับ ผู้ป่วย ที่มีการปฏิบัติ ทักษะการจัดการตนเอง ที่ต่อเนื่อง</p>	<p>กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมติดตามต่อเนื่อง และพิสูจน์ตนเอง (วันที่แพทย์นัด ตรวจหลังผ่าตัด ใช้เวลา 15 นาที)</p> <p>1. ผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติทักษะการจัดการ ตนเองระหว่างผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อ สงสัย เพื่อติดตามการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วย รวมถึง การทบทวนทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง</p>
	<p>2. ผู้ป่วยประเมินตนเองร่วมกับผู้วิจัย โดยให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถ ของตนเองว่าบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม ถ้า หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยก็จะ ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่มีความเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน แต่หากยังไม่สามารถทำตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้วิจัยก็จะส่งเสริมให้ปฏิบัติตามขั้นตอนของ กระบวนการจัดการตนเองต่อไปจนบรรลุเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึง การเปลี่ยนแปลงของตนเองและให้ผู้ผู้ป่วยได้ทราบว่าตนเองสามารถปฏิบัติ ได้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือต้องมีการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ต่อไป</p>
	<p>3. ชมเชย และกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือสำหรับการทำวิจัย ครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะปฏิบัติทักษะการจัดการตนเอง อย่างต่อเนื่อง และยุติการเข้าร่วมวิจัย</p>



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แผนการสอนเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเบนเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล	บันทึกหลังการสอน
<p>- เพื่อให้ผู้เรียนสนใจ และให้ความสำคัญกับการเรียน</p> <p>- เพื่อให้ผู้ปวยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ และอาการที่จำเป็นต้องทำการรักษา โดยวิธีการผ่าตัด รวมถึงวิธีการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเบนเอว</p>	<p>1. วันก่อนผ่าตัด ขั้นนำ : ผู้สอนแนะนำตัว แจงหัวข้อและวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน และแจ้งเวลาในการสอน 50 นาที</p> <p>ขั้นสอน การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเบนเอว เป็นการผ่าตัดระบายความกดดันภายในช่องกระดูกสันหลังส่วนเอว พยาธิสภาพใดๆก็ตามที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะช่องกระดูกสันหลังตีบแคบลง จะทำให้เกิดการกดทับรากประสาทส่วนเอวทำให้ผู้ป่วยเกิดการปวดเอว หรือปวดร้าวลงขาข้างใด</p>	<p>1. สร้างสัมพันธ์ภาพ กล่าวทักทาย เพื่อสร้างความคุ้นเคย</p> <p>2. แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์</p> <p>3. บรรยายเรื่องวัตถุประสงค์และวิธีการรักษาโดยการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเบนเอว</p>	<p>- Power point หน้า 2-4</p> <p>- คู่มือสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเบนเอว</p>	<p>- สามารถวางแผนในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม</p> <p>- ในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเบนเอว</p>	

แผนการสอนเรื่องศิลปะการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบนเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล	บันทึกหลังการสอน
<p>1. ผู้ป่วยเข้าใจและจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน ได้อย่างครอบคลุม</p> <p>2. ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นและตั้งใจที่จะฝึกปฏิบัติการบริหารจัดการตนเอง</p>	<p>การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจในการนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน โดยมีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ โดยการเสริมแรงอย่างมีระบบ ในปัจจุบันได้มีการนำการจัดการตนเองมาสู่การปฏิบัติด้านสุขภาพ โดย Creer (2002) ให้ความหมายว่า การจัดการตนเองเป็นการกระทำในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค โดยการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค การจัดการตนเองเป็นการกระทำโดยบุคคลในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง</p>	<p>1. บรรยายกระบวนการจัดการตนเองตามทฤษฎีของ Creer พร้อมท่วงท่าเสนอ สถานการณ์จำลองหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบนเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ</p> <p>2. ฝึกทักษะตามขั้นตอนการจัดการตนเองทั้ง 6 ขั้นตอน ตามคู่มือการจัดการตนเอง</p>	<p>- Power point หน้า 30</p> <p>- คู่มือสำหรับการจัดการตนเอง</p>	<p>- ผู้ป่วยบอกขั้นตอนของการจัดการตนเองได้ครบถ้วนทั้ง 6 ขั้นตอน</p>	

คู่มือการใช้สื่อ Power point/แอนิเมชันแสดงสถานการณ์จำลอง
เรื่อง การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและทักษะการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง
ระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ

1. Slide 1-29 เริ่มต้นโดยการ Click ปุ่ม Next เชื้อโยงไปยัง Slide ถัดไป บรรยายเรื่องการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในระยะหลังผ่าตัด หากต้องการย้อนกลับ Click ปุ่ม Back



2. Slide 30-45 โดยการ Click ปุ่ม Next เชื้อโยงไปยัง Slide ถัดไป บรรยายเรื่องแนวทางการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ หากต้องการย้อนกลับ Click ปุ่ม Back

แนวทางการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ

1. การตั้งเป้าหมาย
2. การรวบรวมข้อมูล
3. การประมวลและประเมินข้อมูล
4. การตัดสินใจ
5. การลงมือปฏิบัติ
6. การประเมินตนเอง

BACK NEXT

การจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ

➤ **การตั้งเป้าหมาย**

สิ่งที่คุณมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้การฟื้นฟูสภาพที่ดี สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติโดยเร็ว มีดังนี้

- ❖ สามารถกลับไปทำงาน/ประกอบอาชีพได้ตามปกติ
- ❖ สามารถเดินได้อย่างน้อยวันละ 30 เมตร และเพิ่มระยะทางขึ้นในวันถัดไป
- ❖ อาการปวดลดลงจนเข้าสู่ภาวะปกติ

BACK NEXT

2. การรวบรวมข้อมูล

สิ่งที่ต้องใช้ในการประเมินผลสิ่งที่ยังเป็นและโดยปกติจะหาจากเดิมที่อาการยังไม่ดีขึ้นหรือกลับเป็นซ้ำและอุปสรรคในการปฏิบัติ

ปวดหลัง / ไม่นั่งใจ / กลัวล้ม

BACK NEXT

บันทึกท่าทางต่างๆในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ถูกต้อง

BACK NEXT

การจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ

➤ **การประเมินตนเอง**

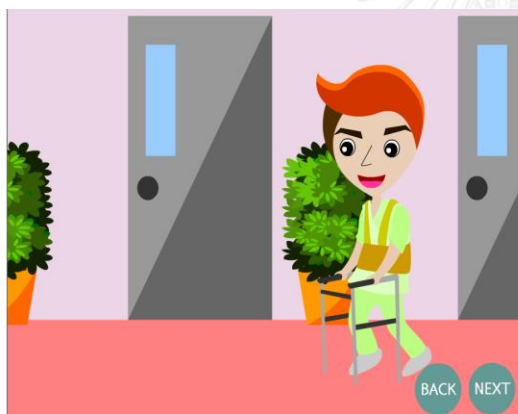
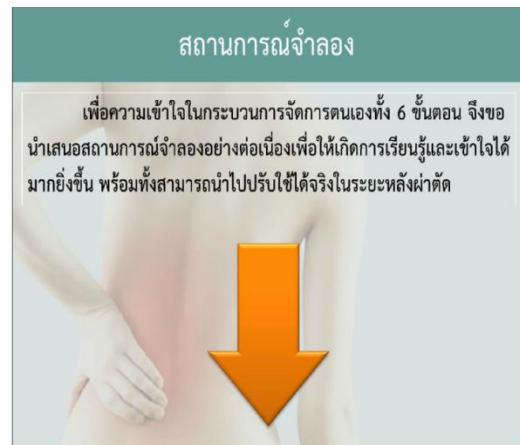
จากการที่ท่านเลือกเป้าหมาย และทำการบันทึก นำมาวิเคราะห์ว่าสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ โดยท่านสามารถประเมินตนเองจากการจัดการตนเอง ??????

- **บรรลุได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้**
- **ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้**

➤ ปัญหาที่พบและแนวทางการแก้ไข ?????????

BACK NEXT

3. Slide 46 Click Play ตรง ↓ เพื่อเรียนรู้กระบวนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ผ่านสถานการณ์จำลอง หากต้องการย้อนกลับ Click ปุ่ม Back



4. Slide 62 สิ้นสุดการนำเสนอ Click ปุ่ม Thank you THE END



สารบัญ	
เรื่อง	หน้า
การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว	1
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวใน ระยะฟื้นฟูสภาพ	3
ข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติหลังผ่าตัด	4
ท่าทางต่างๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	5
ท่าการออกกำลังกาย	14
วิธีการประเมินความปวด	17
คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	18
ข้อควรระวัง	19



คู่มือการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว



จัดทำโดย
นางสาวกนกอร พิเศษ
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา
อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ร.ศ.ต.หญิง ดร.ปชาณัญญา ต้นศิริโกศล


12

การใช้อุปกรณ์พยุงเดิน (WALKERS)

- ▶ วัตถุประสงค์ในการใช้คือ เพื่อเพิ่มการทรงตัวในขณะเดิน
- ▶ ข้อควรระวังคือ เวลาแยกและวาง Walker บนพื้น จะต้องให้ทั้ง 4 ขาถึงพื้นพร้อมกัน เพื่อไม่ให้ความมั่นคง และผู้ป่วยจะต้องไม่ก้าวไปยื่นไกลกับขาหน้าของ Walker เพราะจะลดฐานการยืนและทำให้เสียหลักล้มหงายหลัง
- ▶ แบบแผนการเดิน โดยยก Walker ไปด้านหน้า ห่างประมาณ 1 ช่วงแขน ยกขาตัวซ้ายก้าวไปจนถึงระดับข้อเข่าหรือไม่เกินกึ่งกลางความลึกของ Walker จากนั้นก้าวขาขวาตามไปถึงระดับเดียวกัน พร้อมทั้งยื่นน้ำหนักตัวลงบนแขนสองข้าง

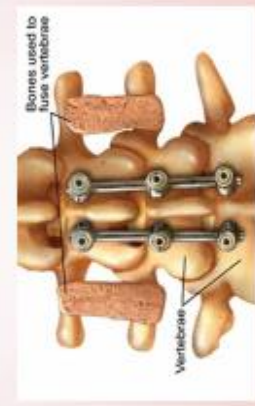


2



ที่มา : www.Spine-health.com

▶ การทำผ่าตัดลดการกดทับร่วมกับเชื่อมกระดูกสันหลัง เป็นวิธีการสร้างความมั่นคงให้กระดูกสันหลังเป็นการใส่เหล็กตามหรือยึดกระดูกสันหลัง โดยจะช่วยให้กระดูกสันหลังตรงอยู่ในแนวเดิมและเหล็กที่ติดไว้จะช่วยป้องกันการเคลื่อนที่ของกระดูกสันหลัง ลดอาการปวด และลดภาวะแทรกซ้อนจากการกดทับเส้นประสาท





ที่มา : www.Spine-health.com

19

ข้อควรระวัง

อาการปวดหลังแม้จะได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีที่ดีที่สุดแล้วก็ตาม แต่อาจกลับมาปวดหลังได้อีก ถ้าหากไม่ปฏิบัติตาม ข้อควรระวังดังต่อไปนี้

- ▶ ไม่บิดเอี้ยวตัวมากเกินไป และระมัดระวังอุบัติเหตุขณะเดิน
- ▶ ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้มากเกินไป เพราะจะทำให้หลังแอ่นมากกว่าปกติ ถ้าหากพบว่าน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ควรลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย ด้วยวิธีที่ถูกต้อง

14

ท่าการออกกำลังกาย

วันที่ 1 - 2 หลังผ่าตัด

- ▶ ออกกำลังกายทั้งสองข้าง โดยกระดกข้อเท้าขึ้นลง และหมุนข้อเท้าเป็นวงกลม ให้ท่าเฉพาะขณะตื่น นานครั้งละประมาณ 5 - 10 นาที เพื่อป้องกันข้อติด



วันที่ 3 - 5 หลังผ่าตัด

- ▶ นอนหงายชันเข่า เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง กดหลังให้แนบกับพื้น เกร็งค้างไว้ชั่วคราว โดยนับ 1-5 ทำ 10 ครั้ง



สารบัญ	
เรื่อง	หน้า
กระบวนการจัดการตนเอง ชั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมาย	1
กระบวนการจัดการตนเอง ชั้นตอนที่ 2 การรวบรวมข้อมูล	3
กระบวนการจัดการตนเอง ชั้นตอนที่ 3 การประมวลผลและ ประเมินข้อมูล	12
กระบวนการจัดการตนเอง ชั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจ	14
กระบวนการจัดการตนเอง ชั้นตอนที่ 5 การลงมือปฏิบัติ	16
กระบวนการจัดการตนเอง ชั้นตอนที่ 6 การประเมินตัวเอง	17



แบบบันทึกการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว



จัดทำโดย
นางสาวกนกอร พิตเดช
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา ร.ศ.ร.จิราพร เกศพิชญ์วัฒนา
อาจารย์ที่ปรึกษา ร.ศ.ร.ต.หญิง ดร.ปานัญญ์ ตันติโกสม

3

ขั้นตอนที่ 2
การรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน โดยคุณต้องบันทึกข้อมูลต่างๆ ในแต่ละวัน ดังนี้

- อาการผิดปกติที่สามารถสังเกตได้
- ระดับความปวด
- ระยะทางที่สามารถเดินได้
- ทำท่างในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ถูกต้อง

อาการผิดปกติที่สามารถสังเกตได้

อากาธา

ปวดหลังรุนแรงมากขึ้น

กล้ามเนื้ออ่อนแรง

อื่นๆ.....

1

ขั้นตอนที่ 1
การตั้งเป้าหมาย

สิ่งที่คุณมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้มีการฟื้นฟูสภาพที่ดี สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยเร็ว มีดังนี้

เป้าหมาย (กำหนดร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย)

ไม่กลับมาปวดหลังอีก

ปัญหาสุขภาพที่พบ

.....

.....

.....

คำชี้แจง : โปรดเลือกตัวเลขในตาราง โดยทำเครื่องหมาย X ลงในตาราง ซึ่งตรงกับความรู้สึก
ต่ออาการปวดหลังของท่านในวันที่ยืนทักมากที่สุด

หลังปวด วันที่	0			1			2			3			4			5			6			7			8			9			10																
	ไม่เจ็บปวดเลย												ปวดเล็กน้อย												เจ็บปวดปานกลาง												เจ็บปวดมากที่สุด										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

17

ขั้นตอนที่ 6

การประเมินตัวเอง

จากการที่ท่านเลือกเป้าหมาย และทำการบันทึก นำมาวิเคราะห์
ว่าสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ โดยท่านสามารถประเมิน
ตนเองจากการจัดการตนเอง ????????

- บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
 ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

เพราะ.....

ปัญหาที่พบและแนวทางการแก้ไข

ผู้ช่วย

ผู้วิจัย



ตารางที่ 8 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน อายุ ระดับความปวด

คู่ที่	อายุ		ระดับความปวด	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	41	44	1	1
2	50	55	3	3
3	57	59	3	3
4	50	54	3	3
5	52	55	2	2
6	54	58	3	3
7	54	57	2	2
8	56	53	1	1
9	52	55	2	2
10	58	58	1	1
11	52	52	1	1
12	54	51	3	3
13	52	56	2	2
14	51	55	3	3
15	43	39	3	3
16	54	57	3	3
17	52	51	3	3
18	30	32	3	3
19	53	55	3	3
20	56	58	1	1
21	59	57	3	3
22	50	55	3	3

หมายเหตุตารางที่ 9

- 1 หมายถึง ระดับความปวด คือ ไม่ปวดถึงปวดเล็กน้อย (0-3 คะแนน)
- 2 หมายถึง ระดับความปวด คือ ปวดระดับปานกลาง (4-7 คะแนน)
- 3 หมายถึง ระดับความปวด คือ ปวดมากถึงมากที่สุด (8-10 คะแนน)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกนกอร พิเดช เกิดเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2532 ภูมิลำเนาจังหวัด อุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีปีการศึกษา 2555 หลังจบการศึกษาเข้าบรรจุเป็นพยาบาล วิชาชีพ ปฏิบัติงานที่แผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลวารินชำราบ อำเภовารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2557

