

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด  
กระดูกสันหลังระดับเอว



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2561  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON LATE PHASE POSTOPERATIVE  
RECOVERY AMONG POST LUMBAR SPINE SURGERY PATIENTS



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

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
โดย	น.ส.รัตติยา เตยศรี
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัญญ์ ตันติโกสุม

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัญญ์ ตันติโกสุม)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สິนเดชารักษ์)

รัตติยา เตยศรี : ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดระยะ  
 ท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. ( THE EFFECT OF  
 EMPOWERMENT PROGRAM ON LATE PHASE POSTOPERATIVE RECOVERY  
 AMONG POST LUMBAR SPINE SURGERY PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ร.ต.ต.  
 หญิง ดร.ปชาณัญญ์ ตันติโกสม

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ  
 ต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว กลุ่ม  
 ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว จำนวน 46 คน ทั้งเพศชายและเพศ  
 หญิง อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา  
 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึง  
 กันโดยอายุ ระดับความปวดหลังผ่าตัด และจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด กลุ่มควบคุม  
 ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดการ  
 เสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างพลัง  
 อำนาจ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สมุดบันทึก  
 การปฏิบัติตน และแบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง  
 ระดับเอว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน  
 เบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลัง  
 อำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์  
 ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต .....  
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5977176836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: LUMBAR SPINE SURGERY PATIENTS / POSTOPERATIVE RECOVERY /  
EMPOWERMENT

Rattiya Toeysri : THE EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON LATE  
PHASE POSTOPERATIVE RECOVERY AMONG POST LUMBAR SPINE SURGERY  
PATIENTS. Advisor: Asst. Prof. Pol.Sub.Lt PACHANUT TANTIKOSOOM

The quasi-experimental research aimed to study the effect of empowerment program on late phase postoperative recovery among post lumbar spine surgery patients. The participants were 46 persons male and female patients aged 30-59 years under postoperative lumbar spine surgery were recruited from Neurosurgery ward at Prasat Neurological Institute. The experimental and control groups comprised 23 patients in each group with matching technique for age, pain scale, and level of lumbar spine surgery. The control group received conventional nursing care. The experimental group received the empowerment program developed by researcher on Gibson's empowerment concept. The research tool was the empowerment program. The tools for collecting data were demographic information, notebook with activity, and postoperative recovery profiles for lumbar spine surgery patients with the reliability of .83. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and t-test. The result revealed that:

The mean score of late phase postoperative recovery in experimental group after receiving the empowerment program was significantly higher than the control group at the significance level of .05

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2018

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชาณัฐ นันไทยวิกุล ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สนิเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และมอบประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งตลอดระยะเวลาที่ศึกษา และขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกคนที่เป็นกำลังใจและคอยช่วยเหลือเกื้อกูลตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท ชายและศัลยกรรมประสาทหญิง หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุพิเศษ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสลาศึกษาต่อและสนับสนุนทุนการศึกษา ขอขอบพระคุณ คุณสมรพรรณ ไตรภูธร หัวหน้าห้องผ่าตัด ที่เป็นแบบอย่างและเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง รวมทั้งคอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยในทุกขั้นตอนจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาที่เป็นกำลังใจอันยิ่งใหญ่ของผู้วิจัยเสมอมา และให้การสนับสนุนอย่างดีตลอดระยะเวลาที่ศึกษา สุดท้ายนี้ขอขอบคุณตัวผู้วิจัยที่พยายามและอดทนต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆจนกระทั่งวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วง คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบให้แก่บุพการี คณาจารย์ หน่วยงานต้นสังกัด และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่กระตือรือร้นหลังระดับเอว

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูป.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว.....	16
1.1 กายวิภาคศาสตร์ของกระดูกสันหลังและเส้นประสาทไขสันหลังระดับเอว.....	16
1.2 โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม.....	18
1.2.1 สาเหตุของการเกิดโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม.....	20
1.2.2 พยาธิสภาพของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม.....	21

1.2.3	ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม .....	23
1.3	การรักษาโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม .....	24
1.3.1	การรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด (Conservative treatment).....	24
1.3.1	การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด (Surgical treatment).....	25
2.	แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด .....	29
2.1	ความหมายของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด .....	29
2.2	ระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด .....	30
2.3	องค์ประกอบของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด .....	31
2.4	ปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว.....	33
2.5	การประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด .....	35
3.	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว .....	37
4.	การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด.....	43
4.1	การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ Early phase .....	43
4.2	การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ Intermediate phase.....	44
4.3	การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ Late phase .....	46
5.	แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด .....	50
5.1	ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ .....	51
5.2	การสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว.....	52
5.3	กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	53
5.4	การรับรู้พลังอำนาจและการประเมินการรับรู้พลังอำนาจ .....	54
5.5	บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด .....	56



6. โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว .....	58
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	64
7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ .....	64
ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว.....	64
7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว .....	66
7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ .....	68
8. กรอบแนวคิดการวิจัย .....	71
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	72
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	72
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....	73
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	74
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	78
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	89
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	95
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	96
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	98
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	106
สรุปผลการวิจัย.....	111
อภิปรายผลการวิจัย.....	112
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	119
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	120
บรรณานุกรม.....	121
ภาคผนวก.....	135
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	136

ภาคผนวก ข	จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จดหมาย ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	138
ภาคผนวก ค	เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย .....	145
ภาคผนวก ง	เอกสารการพิจารณาจริยธรรมและเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	149
ภาคผนวก จ	ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	158
ภาคผนวก ฉ	ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม .....	176
ประวัติผู้เขียน.....		183



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) .....	58
ตารางที่ 2 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (Match pair) พิจารณาองค์ประกอบ อายุ ระดับความปวดหลังผ่าตัด และจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด .....	77
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน .....	99
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจำแนกตามข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการผ่าตัดใหญ่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาของอาการปวดก่อนผ่าตัด ประวัติการได้รับการรักษาเพื่อลดอาการปวด จำนวนระดับที่ได้รับการผ่าตัด ระดับความปวดหลังผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด และระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล .....	101
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ( $n_1=n_2=23$ ) .....	104
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ( $n_1=n_2=23$ ) .....	105
ตารางที่ 7 แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว .....	163
ตารางที่ 8 การหาความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว .....	177
ตารางที่ 9 การทดสอบการแจกแจง (Normality) ของคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 .....	178

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุดรายข้อของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 179

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มทดลองที่บรรลุเป้าหมายจากการลงมือปฏิบัติตามวิธีการแก้ไขปัญหาและการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในระหว่างดำเนินกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละสัปดาห์ (n=23)..... 181



## สารบัญรูป

	หน้า
รูปที่ 1 กระบวนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดตามแนวคิดของ Allvin et al. (2008) .....	33
รูปที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	71
รูปที่ 3 สรุปลำดับขั้นตอนดำเนินการวิจัย .....	97



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในช่วง 10 ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นถึง 15 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (Deyo et al., 2010) จากข้อมูลของสหรัฐอเมริกาในปี 2015 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวคิดเป็นร้อยละ 32.1 ต่อประชากร 100,000 คน (Martin et al., 2019) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 810 คน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และจากรายงานสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวของสถาบันประสาทวิทยาในปี พ.ศ. 2559, 2560 และ 2561 มีจำนวน 268, 238 และ 274 คน ตามลำดับ (ห้องผ่าตัดสถาบันประสาทวิทยา, 2559-2561) สาเหตุที่พบมากที่สุดคือโรคกระดูกสันหลังที่มีสาเหตุมาจากความเสื่อมของกระดูกสันหลังระดับเอว (Deyo, 2007) ในวัยผู้ใหญ่เริ่มพบได้เมื่ออายุ 30 ปี และพบมากที่สุดในช่วงอายุ 50-59 ปี (กิตติ จิระรัตน์โพธิ์ชัย, 2554) ทำให้เกิดพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลัง รวมทั้งเกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบประสาทไขสันหลัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเอว (low back pain) หรือปวดร้าวลงขา (leg pain) อาจมีกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงและมีอาการชาร่วมด้วย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ลดลง (Harvey, 2005; Still et al., 2018) ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการปวด เกิดความยากลำบากในการทำงาน และการดำเนินชีวิตประจำวัน

แนวทางการรักษาโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ การรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด (Conservative treatment) เช่น การใช้ยาแก้ปวด การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น และการรักษาโดยวิธีผ่าตัด (Surgical treatment) ซึ่งแพทย์จะพิจารณาทำในผู้ป่วยที่เกิดการกดเบียดของรากประสาทจนทำให้มีอาการปวดรุนแรงหรืออาจมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่สามารถทำงานและดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และการรักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัด (conservative treatment) ไม่ได้ผล (Agabegi & McClung, 2013; ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557) การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวแพทย์จะทำการตัดพยาธิสภาพที่กดทับรากประสาทออกเพื่อลดการกดทับ อาจมีการใช้วัสดุยึดตรึงภายในกระดูกสันหลัง (Lumbar Spinal Instrumentation) และทำร่วมกับการผ่าตัดเชื่อมข้อ (Spinal fusion) โดยการวาง bone graft เพื่อให้ข้อต่อบริเวณที่เกิดความไม่มั่นคงเชื่อมติดกัน ซึ่งจะช่วยแก้ไขพยาธิสภาพทางระบบประสาท ลดอาการปวด ชา หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง เพิ่มความแข็งแรงของกระดูกสันหลังและทำให้กระดูกที่ไม่มั่นคงต่อระบบประสาทกลับมามีความมั่นคงอีกครั้ง (Deyo,

2015) ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมและกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (Dobran et al., 2018; Guigui & Ferrero, 2017; อีระ ตั้งวิริยะไพบูลย์, 2557)

ถึงแม้การผ่าตัดจะเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดใผู้ป่วยที่มีการกดทับของรากประสาทอย่างรุนแรง แต่การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Mancuso et al., 2016; Martin et al., 2008) เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่ที่กระทำต่อกระดูกสันหลังซึ่งเปรียบเสมือนแกนกลางค้ำจุนร่างกายและมีรากประสาททอดผ่าน ภายหลังจากผ่าตัดผู้ป่วยมีข้อจำกัดในด้านการเคลื่อนไหวเพื่อไม่ให้กระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลังเกิดแรงกดมากเกินไปอันจะก่อให้เกิดอันตรายและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Harvey, 2005) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เต็มศักยภาพเหมือนก่อนผ่าตัด (Antti et al., 2007; Hakkinen et al., 2003; ชนิภา ยอเย็นยง, 2556) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังคงมีอาการปวดร้าวตามรากประสาทหลงเหลืออยู่ (Kalakoti et al., 2016; Mancuso et al., 2016) จึงไม่อยากเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมที่ส่งเสริมให้รู้สึกปวดมากขึ้น ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกายและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (อินทิรา รูปสว่าง และคณะ, 2552) ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และการเข้าสังคมของผู้ป่วย (Mancuso et al., 2016; ชนิภา ยอเย็นยง, 2556) โดยพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 29 ยังคงมีปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (Dobran et al., 2018; Jansson et al., 2009) ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (Postoperative recovery) เป็นสภาวะที่ร่างกายคืนสภาพจากการเจ็บป่วยสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนผ่าตัด และปราศจากภาวะแทรกซ้อน (Allvin et al., 2007) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1.) ด้านอาการทางกาย (physical symptoms) เป็นการกลับสู่สภาวะปกติของการอาการทางกาย เช่น อาการปวดลดลง ความอ่อนล้าลดลง การนอนหลับมีคุณภาพ 2.) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) เป็นการกลับสู่สภาวะปกติของระบบต่างๆในร่างกาย การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเป็นไปอย่างอิสระ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ 3.) ด้านจิตใจ (psychological) เป็นการกลับสู่สภาวะปกติของจิตใจและอารมณ์ และสามารถเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ 4.) ด้านสังคม (social) เป็นการกลับสู่บทบาทหน้าที่ทางสังคมและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม และ 5.) ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (activity) เป็นการปฏิบัติกิจวัตรได้ด้วยตนเอง (Allvin et al., 2008) การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1.) การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะแรก (Early phase) คือ ระยะตั้งแต่การผ่าตัดเสร็จและสิ้นสุดการไต่ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยสัญญาณชีพยังไม่คงที่ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและต้องการการพักผ่อน 2.) การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะกลาง (Intermediate phase) คือ ระยะที่ร่างกายของผู้ป่วยเริ่ม

ทำงานได้ปกติและมีความพร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 3.) การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late phase) คือ ระยะตั้งแต่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร่างกายเริ่มกลับเข้าสู่สภาวะปกติและไปพักฟื้นต่อที่บ้าน (Allvin et al., 2009)

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late phase) มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เนื่องจากเป็นระยะที่กระดูกสันหลังมีการฟื้นตัวจากพยาธิสภาพของโรคและการผ่าตัด (จุฬาลักษณ์ วงศ์อ่อน และอารีย์ พันธมณี, 2558) โดยกระดูกสันหลังใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพใกล้เคียงปกติเร็วที่สุดประมาณ 4-6 สัปดาห์หลังผ่าตัด ซึ่งระยะเวลาอาจแตกต่างกันไปตามพยาธิสภาพของโรคของผู้ป่วยแต่ละราย (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลระหว่าง 1-12 วัน หลังจากนั้นผู้ป่วยต้องกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน (Gruskay et al., 2015) ทำให้ช่วงเวลาของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่บ้าน ในระยะนี้ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับการปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่านจากสภาวะเจ็บป่วยไปสู่สภาวะปกติ ต้องกลับไปดูแลตนเองและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมตามภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งต้องตัดสินใจจัดการกับปัญหาสุขภาพด้วยตนเองโดยไม่มีทีมสุขภาพคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเหมือนระยะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ขาดความมั่นใจและวิตกกังวลในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง (Archer et al., 2014) นำไปสู่ความพร่องในการดูแลตนเอง และต้องเผชิญกับปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ได้แก่ ด้านอาการทางกาย เช่น อาการปวดหลังและขา (ร้อยละ 3-36) (Mancuso et al., 2016; Parker et al., 2015) อาการเหนื่อยล้าหลังผ่าตัด (Postoperative fatigue) (Kurz, 2015; Saban & Penckofer, 2007) และคุณภาพการนอนหลับลดลง (Marin et al., 2006; Saban et al., 2007) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 30) (Hakkinen et al., 2003; Mancuso et al., 2016) อาการปวดเรื้อรัง และความพิการด้านร่างกาย (ร้อยละ 20-40) (Antti et al., 2007; Den boer et al., 2006; Hakkinen et al., 2003) ด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล (ร้อยละ 24-59) (Jansson et al., 2005; Mancuso et al., 2016; ชนิภา ยอเย็นยง, 2556) ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกไม่มั่นคง (Damsgaard et al., 2017; ชนิภา ยอเย็นยง, 2556) กลัวการเคลื่อนไหวและไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด เนื่องจากกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อกระดูกสันหลังเคลื่อน และโลหะยึดตรึงกระดูกสันหลังหลวมหรือเคลื่อนหลุด (Archer et al., 2014; Sanden et al., 2010) ด้านสังคม เช่น ความสามารถในการทำงานลดลง (ร้อยละ 26-75) (Scott Deberard et al., 2001) การหยุดงานเพื่อพักรักษาตัวทำให้ขาดรายได้ (Mancuso et al., 2016; ชนิภา ยอเย็นยง, 2556; เรไร



พงศ์สถาพร, 2550) และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง (กานดา กาญจนโพธิ์ และคณะ, 2555) ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (ร้อยละ 73) (Jansson et al., 2009; ชนิภา ยอเย็นยง, 2556)

จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนได้ เนื่องจากในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายที่ลดลง และต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมตามภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้อย่างเต็มศักยภาพตามความคาดหวังหรือความต้องการของตนเอง รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ทั้งการพึ่งพาครอบครัวในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการพึ่งพาคณาญาติในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาอย่างน้อย (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) ทำให้ขาดความสามารถในการควบคุม (Loss of control) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Miller, 1992; ชาฤทธิ์ วรวิชญพงศ์, 2556) เนื่องจากไม่สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ นอกจากนี้การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลและขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์, 2553) ทำให้รู้สึกหมดกำลังใจ อ่อนล้า ไร้พลังกายพลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและต่อเนื่อง จึงไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย ทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้น และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ได้แก่ อายุ ความปวด (Hicks et al., 2008) ตำแหน่งความเจ็บปวดก่อนผ่าตัด ระยะเวลาของอาการปวดก่อนผ่าตัด (Gu et al., 2016; Guan et al., 2017) จำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด (Gu et al., 2016; กิตติ จิระรัตน์โพธิ์ชัย, 2554) ความวิตกกังวล (Trief et al., 2006) การกลัวการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (Archer et al., 2014) ภาวะซึมเศร้า (Chaichana et al., 2011) พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สุวรรณณี ชอบการไร่ และคณะ, 2556) ซึ่งเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็งในการกระทำสิ่งต่างๆ และเป็นอำนาจภายในตนที่จะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจและรับรู้ถึงสมรรถนะในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของสุวรรณณี ชอบการไร่ และคณะ (2556) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .43, p < .05$ ) และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .22, p < .05$ ) ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากโรคได้อย่าง

รวดเร็วและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (สุวรรณณี ขอบการไร่ และคณะ, 2556) นอกจากนี้ การศึกษาของ Jenkins et al. (1994) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .004$ ) (Jenkins et al., 1994) และ การศึกษาของ Christino et al. (2016) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.46, P < .05$ ) (Christino et al., 2016) โดยผู้ป่วยที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองและมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (วรารภรณ์ คุ่มทอง, 2553) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจะเกิดความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้สามารถจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองและ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วย (วรารภรณ์ คุ่มทอง, 2553; สุวรรณณี ขอบการไร่ และคณะ, 2556) ซึ่งจะนำไปสู่การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการหนึ่งในการสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมและจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อชีวิต และสุขภาพของตนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Gibson, 1991) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตนเองและระหว่างบุคคลโดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคคลตระหนักและมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการ และแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยมีการกำหนดเป้าหมายและใช้ทรัพยากรที่จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อขจัดปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Gibson, 1995) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) (Gibson, 1991, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี การนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลายกลุ่ม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี จากการศึกษาของเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ (2553) และอัญญาณี สาสนวน และคณะ (2558) พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี โดยมีอาการปวดลดลง ระยะทางการเดินเพิ่มขึ้น อดอาการเหยียดและงอข้อเข่ามากขึ้น และระยะวันนอนหลังผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์, 2553; อัญญาณี สาสนวน และธนิดา ผาติเสนะ, 2558) จากการศึกษาของ Garzon-Rey et al. (2017) พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดลดลงและรู้สึกมีพลังในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หลังผ่าตัด (Garzon-Rey et al., 2017) และจากการศึกษาของ Tzu-Ting Huang et al. (2017) พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ศักยภาพของตน มีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Huang et al., 2017)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในปัจจุบันส่วนใหญ่มุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพในด้านร่างกาย เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การจัดการความปวด การออกกำลังกายและการบริหารกล้ามเนื้อ และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (สถาบันประสาทวิทยา, 2556) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจกรรมได้ตามปกติในระยะเวลาอันรวดเร็ว (Greenwood et al., 2015; จุฬาลักษณ์ วงศ์อ่อน และอารีย์ พันธมณี, 2558) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ ที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดและการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาน้อย เมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านจึงไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนได้ ดังนั้นถึงแม้จะมีการให้คำแนะนำทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งการให้ผู้ป่วยได้รับการกายภาพบำบัด แต่พบว่าผู้ป่วยยังคงมีปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late phase) (K. Jansson et al., 2009; ชนิภา ยอฮินยง, 2556) และไม่สามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างเหมาะสม (อินทิรา รูปสว่าง และคณะ, 2552) เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านร่างกาย แต่ในด้านจิตใจผู้ป่วยยังไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ ทำให้ยังคงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (สุวรรณี ชอบการไร่ และคณะ, 2556) และขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดล่าช้าและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวพบว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังก่อนผ่าตัด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Damsgaard et al., 2017; ผกามาศ อ่อนขาว และสุนิดา ปรีชาวงษ์, 2553) การเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Hakkinen et al., 2003) และความทุกข์ทางอารมณ์หลังผ่าตัด (Starkweather et al., 2006) ทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการควบคุม (Loss of control) สถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (สุวรรณี ชอบการไร่ และคณะ, 2556) ทำให้ไม่สามารถจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพและควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ เมื่อพิจารณาถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้บรรลุตามเป้าหมายอันจะนำไปสู่การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่รวดเร็ว ครอบคลุมทั้งด้าน

ร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในรูปแบบที่หลากหลาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะกลาง (Intermediate phase) ที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลจะเป็นการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านโดยไม่ได้มีการติดตามต่อเนื่องในระยะที่ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านซึ่งเป็นระยะที่มีความสำคัญดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ไม่ทราบถึงปัญหา ความสามารถในการดูแลตนเอง และความต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังไม่มีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วย รวมทั้งยังไม่มีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักและมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเอง สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้วยความมุ่งมั่นทุ่มเท ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Gibson, 1995) ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสมและต่อเนื่องในระยะที่ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็ว ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ สามารถควบคุมและจัดการอาการทางกายที่เกิดขึ้นได้ การทำหน้าที่ของร่างกายและระบบต่างๆในร่างกายกลับสู่สภาวะปกติอย่างรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถเคลื่อนไหวร่างกายและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ ปราศจากความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม มีการกลับสู่บทบาทหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งถือว่ามีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างสมบูรณ์ (Allvin et al., 2009)

### คำถามการวิจัย

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมักมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเต็มศักยภาพตามความคาดหวังหรือความต้องการของตนเอง ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ทำให้ขาดความสามารถในการควบคุม (Loss of control) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Miller, 1992; ชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์, 2556) เนื่องจากไม่สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ นอกจากนี้การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์, 2553) ทำให้หมดกำลังใจ อ่อนล้า ไร้พลังกายพลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและต่อเนื่อง จึงไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย ทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้นและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late phase) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่านจากภาวะเจ็บป่วยไปสู่สภาวะปกติ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson (1995) ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักและมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเอง สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Gibson, 1991, 1995) ซึ่งเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็งในการกระทำสิ่งต่างๆ และกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจและรับรู้ถึงสมรรถนะในการดูแลตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็วครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ ความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยสู่สภาวะปกติหลังการผ่าตัดอย่างรวดเร็วและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติมากที่สุด ทำให้ต้องแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของตนเองโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมีปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยได้พัฒนาตามขั้นตอนต่างๆ (Gibson, 1995) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นการให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาและประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริงถึงปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่กำลังเผชิญอยู่และมีการตอบสนอง 3 ด้าน ได้แก่ 1.) การตอบสนองด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด มีความหวังและต้องการกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดี ทำให้พยายามค้นหาสาเหตุและวิธีการเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม 2.) การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ ผู้ป่วยจะแสวงหาข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองและนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจแก้ปัญหาที่เหมาะสมเพื่อให้ตนเองสามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ และ 3.) การตอบสนองทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจะตระหนักถึงความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทำให้มีการปรับตัวและพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เป็นการให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับปัญหาและมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองทำให้ได้มาซึ่งทางเลือกในการแก้ไขปัญหา มีการตั้งเป้าหมายเพื่อให้เกิดการกระทำที่เป็นประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมและจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตน นำไปสู่พฤติกรรมในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) เป็นการให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนดด้วยตนเอง ทำให้รับรู้ถึงความสามารถและศักยภาพในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นำไปสู่ความมุ่งมั่นทุ่มเทในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นการกระตุ้นและสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์และแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดความมั่นใจในศักยภาพของตน จึงยังคงพฤติกรรมในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ดวงกมล วัตราดุล, 2550; หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2554) เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้และฝึกทักษะต่างๆในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด โดยได้รับประสบการณ์ทั้งหมดด้วยตนเองจากการค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง การตั้งเป้าหมาย และการวางแผนแก้ไขปัญหาให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้เกิดการรับรู้ถึงศักยภาพในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดความเชื่อมั่นความสามารถในการดูแลตนเอง จึงสามารถจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติ

กิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน โดยด้านอาการทางกาย ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อบรรเทาอาการปวด จัดการปัญหาการนอนหลับและความเหนื่อยล้าหลังผ่าตัด ทำให้สามารถควบคุมอาการดังกล่าวได้ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของระบบต่างๆในร่างกายกลับสู่สภาวะปกติอย่างรวดเร็ว ด้านร่างกาย ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองทำให้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหลังและกระดูกสันหลังมีความแข็งแรง ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกาย และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านจิตใจ ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด สามารถเผชิญปัญหาและหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง ทำให้มีประสบการณ์ที่ดีในการผ่าตัด ด้านสังคม เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมและจัดการกับปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านอาการทางกาย ด้านร่างกาย และด้านจิตใจได้ ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปทำงานและปฏิบัติตามบทบาทของตนได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น ไม่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ส่งผลให้มีการกลับสู่บทบาทหน้าที่ทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ตามปกติ และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ด้วยตนเองและกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ นั่นคือการทำผู้ป่วยมีการกลับสู่ความสามารถในการทำหน้าที่และดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนในระยยะก่อนผ่าตัด แสดงถึงการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี (Allvin et al., 2008) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืนแม้ว่าจะพบปัญหาหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

### สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลครั้งเดียว (The-Posttest-only with nonequivalent groups) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 46 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน

ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตัวแปรตาม คือ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถึงการกลับเข้าสู่สภาวะปกติ โดยผู้ป่วยจะต้องมีการกลับสู่ความสามารถในการทำหน้าที่และการดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนผ่าตัดมากที่สุดครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ตามแนวคิดของ Allvin et al. (2008) ประกอบด้วย ด้านอาการทางกาย (physical symptoms) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) ด้านจิตใจ (psychological) ด้านสังคม (social) และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (activity) ประเมินได้จากแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ดัดแปลงจากแบบประเมิน Postoperative Recovery Profile (PRP) ของ Allvin et al. (2009) แบบประเมินเป็น Rating scale 4 ระดับ ประกอบด้วย 19 ข้อคำถาม ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 4 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 3 ข้อ และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 2 ข้อ

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดขึ้นอย่างมีแบบแผนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวตระหนักและมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเอง สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นการพูดคุยเพื่อสร้างความไว้วางใจ ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยและความต้องการในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริงถึงปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่กำลังเผชิญอยู่

กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการให้ผู้ป่วยบอกถึงประสบการณ์การจัดการปัญหาสุขภาพที่ผ่านมา มีการตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดร่วมกับผู้วิจัย และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง และการบริหารร่างกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพที่มีประสิทธิภาพ



กิจกรรมที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ เป็นการให้ผู้ป่วยทบทวนเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และบอกถึงแนวทางที่คิดว่าจะปฏิบัติเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับในทักษะการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นการให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และใช้สื่อโซเชียลมีเดีย Line ในการกระตุ้น ติดตาม และสนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจศักยภาพในการดูแลตนเอง และเกิดความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น จึงยังคงพฤติกรรมดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว หมายถึง บุคคลวัยผู้ใหญ่ อายุ 30-59 ปี เพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (L<sub>1</sub>-S<sub>1</sub>) ได้แก่ โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับรากประสาท โรคข้อต่อกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ และโรคข้อต่อกระดูกสันหลังเคลื่อน ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการทำผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวและพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้รับจากพยาบาลประจำการในการดูแลและให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดตั้งแต่ในระยะแรก (Early phase) ระยะกลาง (Intermediate phase) และระยะท้าย (Late phase) ซึ่งเป็นการดูแลด้านร่างกายและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การจัดการความปวด การสวมอุปกรณ์พยุงหลัง การออกกำลังกายและการบริหารกล้ามเนื้อ รวมทั้งการดูแลด้านจิตสังคม เช่น การจัดการกับความวิตกกังวล และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (สถาบันประสาทวิทยา, 2556)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพทั้งในระยะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและระยะที่กลับไปพักฟื้นที่บ้าน ทำให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีครอบคลุมในทุกมิติและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. นำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างครอบคลุมองค์รวม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการ

ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมทั้งด้านอาการทางกาย ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอื่นต่อไป



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัย ต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาและให้การดำเนินการวิจัยมีความครอบคลุม โดยสรุป สาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
  - 1.1 กายวิภาคศาสตร์ของกระดูกสันหลังและเส้นประสาทไขสันหลังระดับเอว
  - 1.2 โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
    - 1.2.1 สาเหตุของการเกิดโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
    - 1.2.2 พยาธิสภาพของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
    - 1.2.3 ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
  - 1.3 การรักษาโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม
    - 1.3.1 การรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด
    - 1.3.2 การรักษาโดยวิธีผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
2. แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
  - 2.1 ความหมายของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
  - 2.2 ระยะเวลาของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
  - 2.3 องค์ประกอบของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
  - 2.4 ปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
  - 2.5 การประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
4. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
  - 4.1 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ Early phase

4.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ Intermediate phase

4.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ Late phase

5. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

5.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

5.2 การสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

5.3 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

5.4 การรับรู้พลังอำนาจและการประเมินการรับรู้พลังอำนาจ

5.5 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

6. โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

8. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

สถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นถึง 15 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (Deyo et al., 2010) สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดที่พบมากที่สุดคือ โรคกระดูกสันหลังที่มีสาเหตุมาจากความเสื่อมของกระดูกสันหลังระดับเอว (Deyo, 2007) ในวัยผู้ใหญ่เริ่มพบได้เมื่ออายุ 30 ปี และพบมากที่สุดในช่วงอายุ 50-59 ปี (กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, 2554) ทำให้เกิดพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลัง รวมทั้งเกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบประสาทไขสันหลัง

### 1.1 กายวิภาคศาสตร์ของกระดูกสันหลังและเส้นประสาทไขสันหลังระดับเอว

กระดูกสันหลังระดับเอว (Lumbar spine) เป็นส่วนที่รองรับน้ำหนักส่วนบนของร่างกายและเป็นส่วนที่มีการเคลื่อนไหวค่อนข้างมาก ประกอบด้วย 5 ชั้น คือ L<sub>1</sub>-L<sub>5</sub> ซึ่งกระดูก L<sub>1</sub> จะเชื่อมต่อกับกระดูก T<sub>12</sub> และกระดูก L<sub>5</sub> จะเชื่อมต่อกับกระดูก Sacrum โดยกระดูกสันหลังระดับเอว แต่ละชั้นประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังนี้ (มิชัย ศรีใส, 2554)

- Vertebral body เป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุด อยู่ด้านหน้า เป็นส่วนที่รับน้ำหนักมากที่สุด
- Lamina เป็นส่วนที่อยู่ด้านหลังต่อ thecal sac ทำหน้าที่เป็นเหมือนหลังคาของโพรงกระดูกสันหลัง (Spinal canal)
- Pedicle เป็นส่วนที่อยู่ด้านข้างของโพรงกระดูกสันหลัง โดยกระดูกสันหลังแต่ละชั้นจะมี pedicle 2 อัน ซึ่งเป็นส่วนที่เชื่อมระหว่าง Vertebral body กับ Lamina
- Spinous process เป็นส่วนที่ยื่นต่อมาจากด้านหลังของ lamina
- Transverse process เป็นส่วนที่ยื่นต่อไปทางด้านข้างที่ตำแหน่งรอยต่อระหว่าง Pedicle กับ Lamina
- Superior articular process เป็นส่วนที่ยื่นต่อไปทางด้านบนที่ตำแหน่งรอยต่อระหว่าง Pedicle กับ Lamina
- Inferior articular process เป็นส่วนที่ยื่นต่อไปทางด้านล่างที่ตำแหน่งรอยต่อระหว่าง Pedicle กับ Lamina โดย Inferior articular process ของกระดูกชั้นบนร่วมกับ Superior articular process ของกระดูกชั้นล่างรวมกันเป็น Facet joint
- Pars interarticularis เป็นส่วนที่เชื่อมระหว่าง Superior กับ Inferior articular process ของกระดูกชั้นเดียวกัน ซึ่งถ้ามีการหักของ Pars Interarticularis เรียกว่า Spondylolysis ถ้ามีการเคลื่อนของกระดูกสันหลังร่วมด้วย เรียกว่า Spondylolisthesis

ข้อต่อกระดูกสันหลังระดับเอวแต่ละระดับประกอบด้วย 3 อัน คือ Intervertebral disc 1 อัน อยู่ด้านหน้า และ Facet joint 2 อัน อยู่ด้านหลัง Intervertebral disc ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนในมีลักษณะเหมือนวุ้น มีความยืดหยุ่น เรียกว่า Nucleus pulposus ทำหน้าที่รับแรงกระแทกและทำให้ Intervertebral disc มีการเคลื่อนไหวได้ ส่วนนอกเป็น fibrous tissue เรียกว่า Annulus fibrosus ทำหน้าที่ให้ความแข็งแรงและป้องกันไม่ให้ Nucleus pulposus เคลื่อนออกมาข้างนอก ส่วน Facet joint ภายในมี Joint fluid, Synovial membrane, และ Articular cartilage บริเวณรอบนอกจะถูกหุ้มด้วย Facet capsular ligament (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557)

โพรงกระดูกสันหลัง (Spinal canal) คือ ช่องว่างของกระดูกสันหลังซึ่งเป็นที่อยู่ของ thecal sac และเส้นประสาทไขสันหลัง (Nerve root) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

- Central spinal canal เป็นส่วนกลางของโพรงกระดูกสันหลัง เป็นที่อยู่ของ thecal sac ถ้ามีการตีบแคบจะทำให้เกิดอาการ Neurogenic claudication

- Lateral recess เป็นส่วนด้านข้างของโพรงกระดูกสันหลัง เป็นที่อยู่ของเส้นประสาทไขสันหลัง (Nerve root) ถ้ามีการตีบแคบจะทำให้ปวดร้าวลงขา (Radicular pain หรือ Sciatica)

เส้นประสาทไขสันหลังบริเวณเอว (Lumbar nerves) มีทั้งหมด 5 คู่ แต่ละคู่ยื่นออกมาจากไขสันหลังแต่ละปล้อง เรียกว่า รากประสาท (Nerve root) (มีชัย ศรีใส, 2554) ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวและการรับความรู้สึกของสะโพก ขา เท้า ภาวะปวดร้าวลงขา ทวารหนัก และอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งหากเกิดการกดทับรากประสาทบริเวณดังกล่าว จะก่อให้เกิดอาการ Radicular pain ดังนี้

รากประสาทที่ถูกกด	ตำแหน่งบอกความรู้สึกปวด
L <sub>1</sub>	บริเวณหัวเข่าและขาหนีบ
L <sub>2</sub>	ด้านหน้าของต้นขา
L <sub>3</sub>	ด้านหน้าของต้นขาส่วนล่างและด้านในของเข่า
L <sub>4</sub>	ด้านนอกของต้นขา ด้านหน้า และด้านในของปลายขา
L <sub>5</sub>	หัวแม่เท้า ด้านนอกของปลายขา ด้านในของฝ่าเท้า

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่ากระดูกสันหลังระดับเอวเป็นส่วนที่รองรับน้ำหนักส่วนบนของร่างกายและเป็นส่วนที่มีการเคลื่อนไหวในท่าต่างๆค่อนข้างมาก เช่น ท่าก้ม ท่าเอียงตัว และท่าหมุนหรือบิดตัว ทำให้เกิดการเสื่อมและเกิดการเคลื่อนของหมอนรองกระดูกได้บ่อย จึงพบว่าโรคกระดูกสันหลังเสื่อมมักเกิดที่บริเวณกระดูกสันหลังระดับเอวมากที่สุด (ธนนิศย์ สังคมกำแหง, 2548) นอกจากนี้บริเวณโพรงกระดูกสันหลังยังเป็นที่อยู่ของรากประสาทไขสันหลัง (Nerve root) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวและการรับความรู้สึกของร่างกายส่วนล่าง ได้แก่ สะโพก ขา เท้า กระเพาะปัสสาวะ ทวารหนัก และอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งหากมีการเบียดหรือกดทับรากประสาทบริเวณดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวด ชา หรือปวดร้าวลงขา ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการปวดและเกิดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในดำเนินชีวิตประจำวัน

## 1.2 โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (Degenerative diseases of the lumbar spine) เป็นโรคที่พบได้บ่อย เกิดจากการเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลังระดับเอวทำให้เกิดพยาธิสภาพของปล้องกระดูกสันหลัง หมอนรองกระดูกสันหลัง และข้อต่อฟาเซท (Deyo, 2007; ก่อภู เชียงทอง, 2550) ซึ่งเกิดได้จากหลายปัจจัยและเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเอวหรือปวดเอวร้าวลงขา โดยในที่นี้จะกล่าวถึงโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมที่รักษาโดยวิธีการทำผ่าตัดบ่อยๆ ได้แก่

โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับรากประสาท (Herniated Nucleus pulposus) เกิดจากการฉีกขาดของ Annulus fibrosus ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเสื่อมของกระดูกสันหลัง ทำให้ Nucleus pulposus เคลื่อนออกมาตามรอยแตกและกดทับรากประสาทที่ทอดผ่านหรือทำให้เกิดการอักเสบของรากประสาทอย่างรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังหรือปวดเอวปวดบริเวณสะโพกหรือก้นกบหลังจากทำกิจกรรม บางรายปวดร้าวลงขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง และบางรายมีแต่อาการปวดร้าวลงขาโดยไม่มีอาการปวดหลัง โดยอาการปวด ชา ร้าวลงขาเป็นไปตาม Dermatomal distribution (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557)

โรคข้อต่อกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (Lumbar Spondylosis) เกิดจากการเสื่อมสภาพของข้อต่อกระดูกสันหลังระดับเอวซึ่งเป็นข้อต่อที่รับน้ำหนักของร่างกาย โดยพยาธิสภาพในระยะแรกอาจเกิดขึ้นกับข้อกระดูกสันหลังระดับเดียวกัน ต่อมาจะลามไปยังระดับใกล้เคียงทำให้เกิดโรคข้อกระดูกสันหลังเสื่อมและช่องกระดูกสันหลังตีบแคบหลายๆระดับขึ้นได้ ซึ่งเชื่อว่าเกิดจาก

แรงเครียด (strain) ที่เพิ่มมากขึ้นต่อข้อกระดูกสันหลังระดับที่อยู่ใกล้เคียงทำให้เกิดการเสื่อมของข้อ ถัดไป ผู้ป่วยจะมีอาการปวดหลัง อาการปวดมักจะไม่สามารถบอกตำแหน่งได้ชัดเจน แต่มักจะปวด บริเวณสะโพก บั้นท้าย อาการปวดร้าวไปที่บริเวณขา และอาการจะเป็นมากขึ้นหากมีการเคลื่อนไหว และดีขึ้นขณะพัก (ก่องู๋ เชียงทอง, 2550; ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557)

โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Lumbar degenerative spinal canal stenosis) เกิดจากการเสื่อมสภาพของข้อต่อกระดูกสันหลัง โดยเมื่อมีการเสื่อมสภาพของหมอนรองกระดูกสันหลัง ปริมาณน้ำใน Nucleus pulposus ลดลง เกิดการฉีกขาดและหย่อนตัวของ Annulus fibrosus ปริมาณและความสูงของ Disc ลดลง ทำให้ความสามารถในการดูดซับแรงที่มากกระทำลดลง แรงจึงไปกระทำที่ข้อต่อฟาเซท (Facet joints) มากขึ้นจนเกิดการอักเสบและเยื่อไขข้อเกิดการเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนผิวข้อทำให้เกิดการหลวมหรือไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง ร่างกายจึงพยายามทำให้กระดูกสันหลังมั่นคงขึ้นโดยเกิดการหนาตัวของ Ligaments (โดยเฉพาะ Ligamentum flavum) เกิดกระดูกงอกตามข้อต่อต่างๆ และไปกดเบียด Central canal และ Lateral canal แคบลงส่งผลให้ Dural sac และ Nerve root ถูกกด ผู้ป่วยมีอาการปวดหนักรอบบริเวณเอว บั้นท้าย สะโพก ร้าวลงต้นขา อาการปวดจะเป็นมากในขณะที่ยืนหรือเดินนานๆ และจะดีขึ้นหากนั่งพักและก้มตัวไปทางด้านหน้า (Intermittent neurogenic claudication หรือ Pseudoclaudication) บางรายอาจมีอาการขาชาและอ่อนแรง อาการที่รุนแรงที่สุดคือ อาการกลั้นอุจจาระและปัสสาวะลำบาก เรียกว่า Cauda equine compression syndrome

โรคข้อต่อกระดูกสันหลังเคลื่อน (Lumbar Spondylolisthesis) เกิดจากการเลื่อนของกระดูกสันหลังปล้องหนึ่งบนกระดูกสันหลังอีกปล้องหนึ่งจากการเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลัง (Degenerative Spondylolisthesis) หรือการแตกร้าวของส่วนที่เรียกว่า Pars interarticularis (Isthmic Spondylolisthesis) ทำให้โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบลงและเกิดการกดเบียดรากประสาท ผู้ป่วยจะมีอาการปวดเอวร้าวลงสะโพก ปวดร้าวลงขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง อาการปวดร้าวลงขาเป็นไปได้ทั้ง Sciatica และ Intermittent neurogenic claudication ร่วมกับมีอาการขาและอ่อนแรงกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อย

การศึกษาค้นคว้าวิจัยทำการศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (L<sub>1</sub>-S<sub>1</sub>) ได้แก่ โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับรากประสาท โรคข้อต่อกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ



และโรคข้อต่อกระดูกสันหลังเคลื่อน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยปวดหลัง ปวดเอวหรือปวดร้าวลงขา บางรายอาจมีอาการชาและอ่อนแรงร่วมด้วย และพบว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมที่ผู้ป่วย มักจะได้รับการรักษาโดยวิธีการทำผ่าตัดบ่อยๆ (ก่องู๋ เชียงทอง, 2550; ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557)

### 1.2.1 สาเหตุของการเกิดโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยสามารถแบ่งสาเหตุของการเกิดโรคเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1.2.1.1 การเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลังตามธรรมชาติ เกิดจากความเสื่อมของกระดูกสันหลัง หมอนรองกระดูกสันหลัง และข้อต่อ โดยกระดูกสันหลังที่ผ่านการใช้งานมาเป็นเวลานานทำให้ปล้องกระดูกสันหลัง ข้อต่อ หมอนรองกระดูก เส้นเอ็น และกล้ามเนื้อบริเวณหลังมีการเสื่อมสภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมที่พบมากที่สุด (Deyo, 2007) โดยปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลัง ได้แก่

- การใช้งานกระดูกสันหลังอย่างหนักเป็นประจำ ทำให้กระดูกสันหลังเกิดความเสื่อมรวดเร็วยิ่งขึ้น เช่น ผู้ที่ต้องยกของหนักเป็นประจำ ก็มักจะเหนื่อย ทำทางการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม ผู้ที่ต้องทำงานกับเครื่องจักรที่มีแรงสั่นสะเทือน และการเล่นกีฬาที่มีแรงกระแทก ทำให้เกิดแรงกดที่ไปกระทำต่อกระดูกสันหลังและข้อต่อมากขึ้นจนเกิดการเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลัง จึงเกิดการหลวมหรือไม่มั่นคงของกระดูกสันหลังและเกิดการเปื่อยหรือกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง และเกิดพยาธิสภาพทางระบบประสาทตามมา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลัง ปวดเอว หรือปวดร้าวลงขา อาจมีอาการชาและมีกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงร่วมด้วย (ก่องู๋ เชียงทอง, 2550; ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557)

- น้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐาน ทำให้กระดูกสันหลังต้องแบกรับน้ำหนักร่างกายที่มากเกินไป ส่งผลให้เกิดแรงกดต่อกระดูกสันหลัง หมอนรองกระดูกสันหลัง และข้อต่อมากขึ้นจนเกิดการเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลังและเกิดพยาธิสภาพตามมา (ก่องู๋ เชียงทอง, 2550)

1.2.1.2 สาเหตุอื่นที่ไม่ได้เกิดจากกระดูกสันหลังเสื่อมสภาพตามธรรมชาติ ได้แก่

- อุบัติเหตุ ทำให้เกิดการแตกหักของกระดูกสันหลังจากแรงกระแทกและเส้นประสาทไขสันหลังได้รับการกระทบกระเทือนหรือถูกกดทับ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพยาธิสภาพทางระบบประสาท มีอาการปวด ชา หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง

- โรคทางระบบกระดูกและข้อ เช่น โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) การเกิดกระดูกงอก (Osteophytes) ทำให้กระดูกสันหลังเกิดความไม่มั่นคงและมีการกดเบียด Central

canal และ Lateral canal ส่งผลให้เส้นประสาทไขสันหลังถูกกด ผู้ป่วยจึงเกิดพยาธิสภาพทางระบบประสาท (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุ ที่พบมากที่สุดคือ โรคกระดูกสันหลังที่มีสาเหตุมาจากความเสื่อมของกระดูกสันหลัง หมอนรองกระดูกสันหลัง และข้อต่อ (Deyo, 2007) จากการเสื่อมสภาพตามธรรมชาติ โดยการใช้งานกระดูกสันหลังอย่างหนักเป็นประจำ น้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐาน รวมทั้งท่าทางการเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสม เป็นการเพิ่มแรงกดที่ไปกระทำต่อกระดูกสันหลังและข้อต่อส่งผลให้กระดูกสันหลังระดับเอวเกิดการเสื่อมได้เร็วยิ่งขึ้น ทำให้เกิดพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลัง รวมทั้งเกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบประสาทไขสันหลัง ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้งานกระดูกสันหลังที่เหมาะสม จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดความเสื่อมก่อนระยะเวลาอันควรของข้อกระดูกสันหลังระดับใกล้เคียง

### 1.2.2 พยาธิสภาพของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมเกิดจากการเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลังระดับเอว ทำให้เกิดพยาธิสภาพของปล้องกระดูกสันหลัง หมอนรองกระดูกสันหลัง (Intervertebral Disc) และข้อต่อฟาเซท (Facet joints) โดยพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม สามารถอธิบายได้ดังนี้

เมื่อเกิดจากการเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลังทำให้เกิดการหลวมหรือไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง ร่างกายจึงพยายามทำให้กระดูกสันหลังมั่นคงขึ้น (Stabilization phase) โดยเกิดการหนาตัวของ Ligaments และเกิดกระดูกงอก (Osteophytes) ตามข้อต่อต่างๆ ส่งผลให้มีการตีบแคบของโพรงกระดูกสันหลัง (Spinal canal stenosis) และข้อต่อกระดูกสันหลังเคลื่อน (Lumbar Spondylolisthesis) ทำให้ไปเบียด Central canal และ Lateral canal ให้แคบลง จึงเกิดการเบียด Dural sac และ Nerve root ถูกกด ผู้ป่วยจึงมีอาการปวดหนักบริเวณเอว สะโพก และร้าวลงต้นขา ซึ่งอาการปวดเป็นไปได้อัน Sciatica และ Intermittent neurogenic claudication และอาจมีอาการชาหรืออ่อนแรงร่วมด้วย นอกจากนี้การเสื่อมสภาพของหมอนรองกระดูกสันหลังทำให้ปริมาณน้ำใน Nucleus pulposus ลดลง จึงสูญเสียคุณสมบัติในการอุ้มน้ำและถูกแทนที่ด้วย fibrous tissue ทำให้ปริมาณและความสูงของหมอนรองกระดูกสันหลังลดลงจึงสูญเสียความยืดหยุ่น ส่งผลให้ความสามารถในการดูดซับแรงที่มากกระทำลดลง แรงกดจึงไปกระทำต่อข้อต่อฟาเซท (Facet joints)

และหมอนรองกระดูกสันหลัง (Intervertebral Disc) มากขึ้น Nucleus pulposus จะกระจายแรง compressive force ไปยัง Annulus fibrosus และ Vertebral endplate รอบๆ รวมทั้งมีการฉีกขาดของ Annulus fibrosus จากความเสื่อม ทำให้ Nucleus pulposus เคลื่อนออกมาตามรอยแตก และกดทับรากประสาทที่ทอดผ่านหรือทำให้เกิดการอักเสบของรากประสาทอย่างรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลัง ปวดบริเวณสะโพกหรือก้นกบ และอาจมีอาการปวดร้าวลงขาหรือขาาร่วมด้วย โดยเป็นไปตาม dermatomal distribution (กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, 2554)

Kirkaldy-Willis et al., 1983 ได้แบ่งโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมออกเป็น 3 ระยะ โดยใช้ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวกับอาการที่พบในผู้ป่วย (Kirkaldy-Willis et al., 1983: อ้างถึงในกิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, 2554) ได้แก่

ระยะที่ 1 Dysfunction stage เกิดช่วงอายุ 15-45 ปี โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงได้แก่ Annulus fibrosus มีการฉีกขาดแยกจาก Vertebral endplate ความสามารถในการอุ้มน้ำของ Nucleus pulposus ลดลงทำให้เกิดการสูญเสียน้ำ หมอนรองกระดูกแห้งและมีรอยแตก และมีร่องเกิดขึ้นทำให้ Nucleus pulposus เคลื่อนออกมาตามรอยแตกและมีเนื้อเยื่อ fibrous เข้าไปแทนที่ นอกจากนี้แรงกดที่กระทำต่อข้อต่อฟาเซททำให้เยื่อข้อเกิดการอักเสบ ผู้ป่วยจะมีอาการของ Axial back pain โดยอาการจะเป็นมากขึ้นขณะมีกิจกรรมและลดลงขณะพัก

ระยะที่ 2 Instability stage เกิดช่วงอายุ 35-70 ปี โดยพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นคือการเปลี่ยนแปลงจากความเสื่อมของ Annulus fibrosus, Nucleus pulposus และ Facet joint degeneration & Capsular laxity ทำให้ข้อหลวมและเคลื่อนไหวได้มากกว่าปกติจนผิวข้อบางส่วนอาจเคลื่อนออกจากกัน ทำให้กระดูกสันหลังเกิดความไม่มั่นคง และช่อง Intervertebral foramen และ Spinal canal แคบลง ผู้ป่วยจะมีอาการของ Axial back pain บ่อยและรุนแรงมากขึ้น อาจมี Radiculopathy จาก Nerve root compression

ระยะที่ 3 Stabilization stage เกิดช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยหมอนรองกระดูกสันหลังจะยุบตัวลงและถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อพังผืดทำให้ intervertebral foramen แคบลงจนเกือบชิดกัน กระดูกส่วนที่อยู่ชิดกับผิวข้อทั้งสองด้านจะงอกหนาขึ้นเป็น Osteophytes จนเกิดภาวะข้อเชื่อมติด (Ankylosis) ทำให้อาการปวดหลังจาก neural element compression

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าพยาธิสภาพของการเกิดโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ซึ่งกระดูกสันหลังระดับเอวเริ่มเกิดการเสื่อมได้ตั้งแต่

ผู้ป่วยอายุ 15 ปี ไปจนกระทั่ง 60 ปีขึ้นไป ในวัยผู้ใหญ่เริ่มพบได้เมื่ออายุ 30 ปี และพบมากที่สุดในช่วงอายุ 50-59 ปี (กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, 2554) จากการเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลังตามธรรมชาติในแต่ละช่วงอายุ รวมทั้งการใช้งานกระดูกสันหลังอย่างหนักเป็นประจำส่งผลให้กระดูกสันหลังเกิดการเสื่อมรวดเร็วยิ่งขึ้น โดยพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะจะสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย ดังนั้นหากผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมตามภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังการรักษา จะช่วยให้มีการฟื้นฟูสภาพของกระดูกสันหลังและเส้นประสาทไขสันหลังอย่างรวดเร็ว ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแรงกดที่ไปกระทำต่อกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลัง รวมทั้งช่วยลดความรุนแรงและยืดระยะเวลาในการเกิด ความเสื่อมของข้อกระดูกสันหลังระดับใกล้เคียง

### 1.2.3 ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมทำให้เกิดพยาธิสภาพของกระดูกสันหลัง หมอนรองกระดูกสันหลัง และเกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบประสาทไขสันหลัง โดยผู้ป่วยจะมีลักษณะอาการทางคลินิก ดังนี้

1.2.3.1 อาการปวดเอว (low back pain) หรือปวดเอวร้าวลงขา (leg pain) อาจเป็นข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง เรียกว่า Sciatica เป็นอาการปวดร้าวลงขาตามแนวของเส้นประสาท Sciatic แสดงถึงการเกิดพยาธิสภาพที่ไปกดทับหรือเบียดเส้นประสาท Sciatic และรากประสาทที่มารวมเป็นเส้นประสาทเส้นนี้

1.2.3.2 อาการปวดหลังหรือปวดเอว และอาการปวดหนักที่บริเวณขาหรืออ่อนง เรียกว่า Intermittent neurogenic claudication เกิดจากมีแรงดันในโพรงประสาทกระดูกสันหลังระดับเอวมากขึ้นผิดปกติจากการที่โพรงกระดูกสันหลังตีบ ส่งผลให้เกิดการไหลเวียนของเส้นเลือดดำและน้ำไขสันหลังเกิดการคั่ง ทำให้รากประสาทอักเสบและเกิดอาการปวดหนักบริเวณขาหรืออ่อนง โดยอาการปวดจะเป็นมากในขณะที่ผู้ป่วยยืนหรือเดินนานๆ ต้องก้มโค้งไปด้านหน้าหรือหยุดนั่งพักแล้วอาการจะดีขึ้น (เนื่องจากการก้มตัวไปทางด้านหน้าจะทำให้ Spinal canal และ Intervertebral foramen กว้างขึ้น) (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557)

1.2.3.3 อาการขาบริเวณขาและเท้า จากการที่รากประสาทไขสันหลังถูกเบียดหรือถูกกดทับ โดยเฉพาะเวลาที่ผู้ป่วยยืนหรือเดินนานๆ

1.2.3.4 อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา จากรากประสาทไขสันหลังถูกเบียดหรือมีการกดทับอย่างรุนแรง อาจมีอาการย่ำเดินย่ำอ่อนแรง ต้องหยุดพัก และในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการอ่อนแรงอย่างถาวร

โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบประสาท ผู้ป่วยจึงมีอาการปวดหลัง ปวดบั้นเอว (low back pain) หรือปวดร้าวลงขา (leg pain) อาจมีกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงและมีอาการชาเนื่องจากรากประสาทไขสันหลังถูกเบียดหรือมีการกดทับ กระทบต่อผู้ป่วยในด้านการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่ลดลง (Harvey, 2005) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการปวด เกิดความยากลำบากในการทำงาน การเข้าสังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องเข้ารับการรักษาเพื่อลดพยาธิสภาพทางระบบประสาท และช่วยให้สามารถกลับไปทำกิจกรรมและดำเนินชีวิตได้ตามปกติให้มากที่สุด

### 1.3 การรักษาโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

การรักษาโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการปวดและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมและกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติให้มากที่สุด โดยการรักษาแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ การรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด (Conservative treatment) และการรักษาโดยวิธีผ่าตัด (Surgical treatment) (Agabegi & McClung, 2013; ก่อภู เชียงทอง, 2550; ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557)

#### 1.3.1 การรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด (Conservative treatment) แบ่งเป็น 2 วิธี ได้แก่

1.3.1.1 การรักษาด้วยการไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนอิริยาบถหรือท่าทางที่เหมาะสม การบรรเทาอาการปวด เช่น การประคบเย็นและประคบร้อน การให้ผู้ป่วยพักการใช้งานหลังและคอยระมัดระวังการใช้งานหลังที่ไม่ถูกวิธี (rest and controlled physical activity) การใช้เครื่องพยุงหลัง (lumbosacral support) ในระยะสั้นๆช่วงที่เกิดการปวด การฝังเข็ม การทำกายภาพบำบัด (Physical therapy) เช่น Therapeutic exercise, Ultrasound, และ Behavioral therapy

1.3.1.2 การรักษาด้วยการใช้ยา ได้แก่ การรับประทานยาแก้ปวด เช่น ยากลุ่ม Acetaminophen เพื่อบรรเทาอาการปวดในระยะแรกๆหรือปวดไม่มาก ยากลุ่ม NSAID เพื่อลดอาการปวดและต้านการอักเสบ หรือยากลุ่ม Antispasmodics เพื่อลดอาการปวดและเกร็งตัวของกล้ามเนื้อที่เกิดจากโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557) นอกจากนี้ยัง

มีการรักษาโดยวิธีฉีดยาต้านการอักเสบเข้าไปบริเวณไขสันหลัง (Steroid injection therapy) เป็นการฉีดยาต้านการอักเสบเข้าไปใน Epidural space ระดับ Lumbosacral spine บริเวณรอบๆ เส้นประสาทที่ถูกกดทับ เพื่อลดอาการอักเสบจากการที่รากประสาทถูกกดทับและลดอาการปวด

### 1.3.1 การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด (Surgical treatment)

การรักษาโดยวิธีผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว แพทย์มักจะพิจารณาทำในผู้ป่วยที่มีอาการปวดอย่างรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด (Conservative treatment) (Agabegi & McClung, 2013; ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557) มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการปวด ชา หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ช่วยแก้ไขพยาธิสภาพทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นและเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกสันหลัง ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมและกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (Dobran et al., 2018; Guigui & Ferrero, 2017; ธีระ ตั้งวิริยะไพบูลย์, 2557) การทำผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีทั้งการผ่าตัดเล็กที่กระทำภายใต้การระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน (Regional Anesthesia) โดยผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาน้อย มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงน้อยกว่า และมีการฟื้นสภาพที่รวดเร็วพร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ทันที และการผ่าตัดใหญ่ที่กระทำภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General Anesthesia) ซึ่งพบได้เป็นส่วนมากของการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่กระทำต่อกระดูกสันหลังและเส้นประสาทไขสันหลังซึ่งต้องใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างสูงในขณะทำผ่าตัด ดังนั้นจึงต้องใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการควบคุมความรู้สึกตัวของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่ไม่ตอบสนองต่อการรับรู้ความเจ็บปวดที่รุนแรงและผู้ป่วยอยู่นิ่งมากที่สุดเพียงพอที่จะทำการผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่นภายใต้ระยะเวลาในการผ่าตัดที่ยาวนาน ภายหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายอาจเกิดผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เป็นต้น ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นสภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่าแนวทางการรักษาโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมจะเป็นการรักษาแบบประคับประคองโดยวิธีไม่ผ่าตัด (Conservative treatment) ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการรุนแรงมาก ซึ่งพบว่าผลการรักษาได้ผลดีถึง 80-90% (ก่องู๋ เชียงทอง, 2550) อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดและมีอาการปวดหรือมีการกดทับรากประสาทรุนแรงจนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แพทย์จะพิจารณาให้รักษาโดยวิธีผ่าตัด (Surgical treatment) จะเป็นวิธีที่ดีที่สุด (กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, 2554) เพื่อลดการกดทับรากประสาทและ

สร้างความมั่นคงให้กระดูกสันหลัง ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (Dobran et al., 2018; Guigui & Ferrero, 2017) การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ทำการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General Anesthesia) เนื่องจากเป็นวิธีการระงับความรู้สึกที่พบได้เป็นส่วนมากในการทำผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ และหลังผ่าตัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกได้มากกว่า รวมทั้งผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึก และต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นสภาพ

### 1.3.2.1 ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวแพทย์มักจะพิจารณาทำในกรณีดังต่อไปนี้ (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557)

- เกิดการกดทับรากประสาทรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมการทำงานของระบบขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ (Cauda equine compression syndrome)
- เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรงและรวดเร็วมาก รวมทั้งมีอาการขา (Progressive neurological deficit)
- ล้มเหลวจากการรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดอย่างน้อย 3-6 เดือน
- อาการปวดรุนแรงจนไม่สามารถทำงานหรือดำเนินชีวิตประจำวันได้

### 1.3.2.2 เทคนิคการทำผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

หลักการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว คือ เมื่อเกิดพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดการกดทับรากประสาทต้องพยายามนำสิ่งที่กดทับนั้นออกไป (neural decompression) และเมื่อแพทย์ประเมินพบว่าเกิดความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง (spinal segmental instability) อาจจะต้องทำการผ่าตัดเชื่อมข้อ (fusion) เพื่อให้กระดูกที่ไม่มั่นคงต่อระบบประสาทกลับมามั่นคงอีกครั้ง (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557) โดยเทคนิคการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ได้แก่

**การทำผ่าตัดด้วยวิธีลดการกดทับ (Decompression procedures)** เป็นเทคนิคการผ่าตัดดั้งเดิมเพื่อลดการกดทับรากประสาท ที่นิยมใช้กันมากที่สุดคือ Lumbar laminectomy, Lumbar laminotomy และ Lumbar laminoplasty ซึ่งขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพการกดเบียดรากประสาทว่ารุนแรงมากน้อยเพียงใด โดยแพทย์จะทำการตัดกระดูกส่วน Spinous process, Lamina และ Articular process บางส่วน รวมทั้งพยาธิสภาพที่กดทับรากประสาทออกไป

ได้แก่ หมอนรองกระดูกสันหลังที่แตกหรือโป่งยื่นออกมากดทับรากประสาท กระดูกงอก และเอ็นกระดูกที่หนาตัวออก เพื่อลดการกดทับรากประสาท

**การทำผ่าตัดลดการกดทับร่วมกับเชื่อมกระดูกสันหลัง (Stabilization procedures)** เป็นวิธีการผ่าตัดด้วยวิธีลดการกดทับร่วมกับการสร้างความมั่นคงให้กระดูกสันหลัง โดยการเชื่อมต่อ (Spinal fusion) ที่นิยมคือการปลูกระดูกระดูหรือวาง bone graft เพื่อให้ข้อต่อบริเวณที่เกิดความไม่มั่นคงเชื่อมติดกันและมีการใช้โลหะตามกระดูกสันหลังเพื่อเสริมความแข็งแรงและมั่นคงร่วมด้วย เทคนิคการผ่าตัดเชื่อมต่อข้อกระดูกสันหลังระดับเอวที่พบได้บ่อย ได้แก่

- Posterior Spinal Fusion เป็นการปลูกระดูกระดูหรือวาง bone graft ลงบน posterior elements ของกระดูกสันหลังที่ได้รับการเตรียมสำหรับการเชื่อมต่อ ได้แก่ Lamina, Facet joints และ Spinous process เพื่อให้ข้อต่อระหว่างบริเวณที่เกิดความไม่มั่นคงเชื่อมติดกัน

- Posterolateral fusion (PLF) เป็นการปลูกระดูกระดูหรือวาง bone graft ลงระหว่าง Transverse process ของกระดูกสันหลัง เพื่อให้ข้อต่อระหว่างบริเวณที่เกิดความไม่มั่นคงเชื่อมติดกัน

- Posterior Lumbar Interbody fusion (PLIF) เป็นการปลูกระดูกระดูหรือวาง bone graft ให้อยู่ในตำแหน่งระหว่าง Vertebral body โดยเอาหมอนรองกระดูกสันหลัง ออกให้หมดและเตรียมผิวกระดูก (fusion surface) โดยตัด Cartilaginous endplate ออกอย่าง พอเหมาะ แล้วใส่ bone graft หรือ interbody cage เข้าไปแทนที่หมอนรองกระดูกสันหลัง เพื่อให้ข้อต่อระหว่างบริเวณที่เกิดความไม่มั่นคงเชื่อมติดกัน

**การทำผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกสันหลังระดับเอว (Lumbar Spinal Instrumentation)** เป็นการใส่วัสดุยึดตรึงภายในกระดูกสันหลังเพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้แก่กระดูกสันหลัง ได้แก่ pedicle screws โดยใส่สกรูเข้าไปใน Pedicles ของกระดูกสันหลังแล้วยึดติดด้วยแท่งโลหะ (Rod) เป็นลักษณะ 3-column fixation ซึ่งมีความแข็งแรง ช่วยให้กระดูกสันหลังตรงอยู่ในแนวเดิมและช่วยแก้ไขความผิดปกติของกระดูกสันหลัง และลดภาวะกระดูกที่เชื่อมต่อไม่ติด มีข้อดี คือ ผู้ป่วยสามารถลุกได้เร็วขึ้นหลังผ่าตัด และลดระยะเวลาของการใช้เครื่องพยุงหลัง ข้อเสีย คือ ราคาแพง เพิ่มระยะเวลาในการผ่าตัดและการเสียเลือด และอาจเกิดอันตรายต่อ neural tissue ได้

การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นการนำพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดการกดทับรากประสาทออก และหากพบว่าเกิดความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลังอาจจะต้องทำการผ่าตัดเชื่อม



ข้อหรือใส่โลหะตามกระดูกสันหลังเพื่อทำให้กระดูกที่ไม่มั่นคงต่อระบบประสาทกลับมามั่นคงอีกครั้ง อย่างไรก็ตามการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Mancuso et al., 2016; Martin et al., 2008) เนื่องจากการผ่าตัดที่กระทำต่อกระดูกสันหลังซึ่งเปรียบเสมือนแกนกลางค้ำจุนร่างกายและมีรากประสาททอดผ่าน ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมในระยะหลังผ่าตัด อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดของผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน

### 1.3.2.3 ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ภายหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้จากหลายสาเหตุ เช่น การได้รับการกระทบกระเทือนของรากประสาทไขสันหลังในระหว่างการผ่าตัด และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว มีดังนี้

- อาการปวด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวบางรายยังคงมีอาการขาและปวดร้าวตามรากประสาทหลงเหลืออยู่ (Kalakoti et al., 2016; Mancuso et al., 2016) มักพบ Sciatica pain จากพยาธิสภาพของการกดทับเส้นประสาท โดยอาการปวดยังคงอยู่กับผู้ป่วยในระยะ 1-3 เดือนหลังผ่าตัด (Den Boer et al., 2006) ผู้ป่วยจึงไม่ยอมที่จะเคลื่อนไหวร่างกายหรือทำกิจกรรมต่างๆที่ส่งเสริมให้รู้สึกปวดมากขึ้น ทำให้สูญเสียการทำหน้าที่ของกระดูกสันหลังและเกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ด้านร่างกายหลังผ่าตัด (Antti et al., 2007)

- ข้อหลอก (Pseudarthrosis) เป็นการที่กระดูกที่ทำการปลุกถ่ายไว้ไม่เชื่อมต่อกับ Vertebral body ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อทำได้น้อยลงและอาจเกิดการกดทับของรากประสาท ส่งผลให้เกิดอาการปวด และอาจต้องเข้าไปทำการผ่าตัดเชื่อมข้อกระดูกสันหลังใหม่ ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 2.2 (Kalakoti et al., 2016) โดยความเสี่ยงในการเกิดข้อหลอกขึ้นอยู่กับ การเคลื่อนไหวและการวางท่าที่เหมาะสม รวมทั้งความเพียงพอของการใส่เสื่อพยุงหลังในการพยุงแนวกระดูกสันหลังให้อยู่กับที่ นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุและมีประวัติสูบบุหรี่ ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดข้อหลอกมากยิ่งขึ้น

- การเคลื่อนหรือการหลวมของสกรูที่ยึดไว้บริเวณ Pedicle เกิดจากผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวกระดูกสันหลังมากเกินไปก่อนที่จะมีการสร้างกระดูกขึ้นใหม่ทำให้มีการเชื่อมติดของ

กระดุกไม่ดีและสกรูที่ยึดไว้ถอนจากตัว Pedicle อาจรุนแรงถึงขั้นทะลุไปถูกเส้นประสาท ทำให้เกิดอาการปวด ชา อ่อนแรง หรือกระดุกสันหลังผิดรูปได้ (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557)

- กล้ามเนื้อหลังอ่อนแอ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดุกสันหลังระดับเอวในระยะหลังผ่าตัดกล้ามเนื้อหลังบริเวณที่ทำผ่าตัดและบริเวณใกล้เคียงได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดทำให้เกิดความอ่อนแอลงไม่สามารถช่วยค้ำจุนและรับน้ำหนักแทนกระดุกสันหลังได้ (Datta et al., 2004) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวส่งผลให้กล้ามเนื้อหลังหยุดพักการใช้งานและเกิดการอ่อนแอลงจึงไม่สามารถช่วยพยุงกระดุกสันหลังและรับน้ำหนักได้อย่างเต็มที่ (ศรัณยา มีชูทรัพย์, 2539)

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

### 2.1 ความหมายของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ดังนี้ พวงกมล กฤษณบุตร (2555) กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด หมายถึง การกลับคืนจากภาวะเจ็บป่วยสู่ภาวะปกติเทียบเท่าหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนผ่าตัด หรือดีที่สุดตามสภาพร่างกายหลังผ่าตัดครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตปกติ

วิภาพร ลีเลิศมงคลกุล และคณะ (2556) กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด หมายถึง กระบวนการการใช้พลังงานของร่างกายเพื่อกลับสู่สภาวะปกติและแข็งแรงเทียบเท่าก่อนเจ็บป่วยหรือก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย การฟื้นตัวด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

สาวิตรี สมมงคล และคณะ (2556) กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด หมายถึง กระบวนการคืนสภาพของร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยเพื่อเข้าสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนผ่าตัดมากที่สุดตามที่ร่างกายของบุคคลนั้นจะสามารถกลับคืนมาได้ และเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน โดยครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน

Wolfer (1973) กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด หมายถึง การฟื้นจากภาวะเจ็บป่วยสู่ภาวะปกติของร่างกายหลังผ่าตัดโดยผ่านกระบวนการซ่อมแซมและกลับเข้าสู่ภาวะปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

Baker (1989) กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด หมายถึง การที่ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติหลังการผ่าตัด เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่แตกต่างกันตามสภาพจิตใจ สังคม และสภาวะสุขภาพเดิม

Lopez et al. (2007) กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด หมายถึง การที่ผู้ป่วยเข้าใจ ภาวะสุขภาพและประเมินการฟื้นฟูสภาพของตนเองหลังผ่าตัดได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

Allvin et al. (2007) กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด หมายถึง กระบวนการที่ต้อง ใช้พลังงานในการที่ร่างกายคืนสภาพจากการเจ็บป่วยสู่สภาวะปกติภายหลังการผ่าตัด โดยครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ความสามารถ ในการทำหน้าที่และดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนในระยะก่อนผ่าตัดและมีความสุขด้านจิตใจ

Allvin et al. (2008) กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด หมายถึง กระบวนการที่ ร่างกายคืนสภาพจากการเจ็บป่วยสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนผ่าตัด และปราศจาก ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนในระยะก่อนผ่าตัด ครอบคลุมทั้งทางด้านอาการทางกาย ร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน

Lee et al. (2014) กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด หมายถึง การที่ร่างกายกลับสู่ ภาวะปกติหลังการผ่าตัด เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและมีหลายมิติซึ่งเกี่ยวข้องกับหลายองค์ประกอบ ทั้งด้านกายภาพ ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

จากความหมายของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดสามารถสรุปได้ว่า การฟื้นฟูสภาพหลัง ผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวถึงการกลับเข้าสู่สภาวะ ปกติ โดยผู้ป่วยจะต้องมีการกลับสู่ความสามารถในการทำหน้าที่และการดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ หรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนผ่าตัดมากที่สุด ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอาการทาง กาย (physical symptoms) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) ด้านจิตใจ (psychological) ด้านสังคม (social) และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน

## 2.2 ระยะเวลาของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

Baker (1989) ได้แบ่งการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะ Passivity เป็นช่วงระยะ 6 วัน ถึงประมาณ 9 วัน หลังผ่าตัด เป็นช่วงการ พักผ่อนเพื่อฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยจะรู้สึกหมดแรง ขาดพลัง และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายสูง

2. ระยะ Activity resumption เป็นช่วงระยะ 3-4 สัปดาห์หลังผ่าตัด เป็นช่วงการ เตรียมสู่การกลับไปทำกิจกรรมตามปกติ แต่ผู้ป่วยยังอ่อนล้า ไม่สุขสบาย และทำกิจกรรมได้ไม่เต็มที่

3. ระยะ Stabilization เป็นช่วงระยะมากกว่า 1 เดือนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเริ่มกลับสู่ สภาพปกติเหมือนก่อนการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

นอกจากนี้ Allvin et al. (2007) ได้ศึกษาแนวคิดและกระบวนการของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยการวิเคราะห์หัตถ์โนมตี (Concept analysis) แบ่งการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะแรก (Early phase) คือ ระยะตั้งแต่การผ่าตัดเสร็จและสิ้นสุดการได้ยาระงับความรู้สึก หรือในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เป็นระยะที่ผู้ป่วยฟื้นจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก สัญญาณชีพยังไม่คงที่ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ยังมีอาการอ่อนเพลีย และต้องการการพักผ่อน

2. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะกลาง (Intermediate phase) คือ ระยะที่ร่างกายของผู้ป่วยเริ่มกลับสู่การทำงานได้ปกติ สัญญาณชีพคงที่ ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น สามารถลุกเดินและช่วยเหลือตนเองได้ จนกระทั่งมีความพร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late phase) คือ ระยะตั้งแต่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร่างกายของผู้ป่วยมีการกลับเข้าสู่สภาวะปกติ และกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late phase) ตามแนวคิดของ Allvin et al. (2007) เนื่องจากระยะเวลาของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอาจแตกต่างกันไปตามพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละราย (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557) จึงไม่สามารถระบุระยะเวลาของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นจำนวนวันที่ชัดเจนได้ ดังนั้นจึงต้องพิจารณาจากการกลับสู่สภาวะปกติของร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งมีความสอดคล้องกับระยะการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดตามแนวคิดของ Allvin et al. (2007) นอกจากนี้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late phase) เป็นระยะที่มีความสำคัญในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับการปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่านจากสภาวะเจ็บป่วยไปสู่การฟื้นฟูสภาพและเริ่มกลับสู่สภาวะปกติ ผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตให้เหมาะสมตามภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไป ทำให้ต้องเผชิญกับปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในทุกๆ ด้าน

## 2.3 องค์ประกอบของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

Johnson et al. (1978) ได้อธิบายองค์ประกอบของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

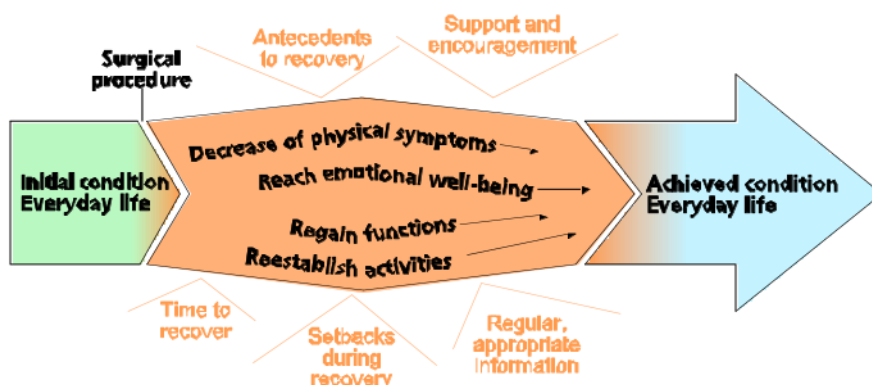
1. ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด เป็นการรับรู้ถึงการปวดแผลผ่าตัดที่รุนแรงที่สุดตลอดวันที่ผ่านมาของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด
2. การใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด คือ จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์
3. การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด คือ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด เช่น การลุกนั่งบนเตียง การลุกนั่งเก้าอี้ข้างเตียง และการบริหารการหายใจ
4. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คือ ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดตั้งแต่ระยะ 72 ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหาร และแผลกดทับ
5. จำนวนวันของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด คือ ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ทำการผ่าตัดจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Allvin et al. (2008) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์ของกระบวนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล (Individual interviews) และการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (Focus group interviews) ในศัลยแพทย์ พยาบาลแผนกศัลยกรรม และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปในระยะ 3 สัปดาห์ จนกระทั่ง 1 ปีหลังผ่าตัด พบว่า การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นกระบวนการที่ร่างกายคืนสภาพจากการเจ็บป่วยสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนผ่าตัด และผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนในระยะก่อนผ่าตัด โดยมีองค์ประกอบของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอาการทางกาย (physical symptoms) เป็นการกลับสู่ภาวะปกติของอาการทางกาย เช่น อาการปวดลดลง คลื่นไส้อาเจียนลดลง ความเหนื่อยล้าลดลง เบื่ออาหารลดลง และนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ
2. ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical function) เป็นการกลับสู่ภาวะปกติของระบบต่างๆในร่างกาย การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเป็นไปอย่างอิสระและสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ เช่น อาการท้องผูกลดลง สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมีพลังกำลัง ไม่มีอาการชาหรืออ่อนแรง สามารถลุก นั่ง ยืน เดิน และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง
3. ด้านจิตใจ (psychological) เป็นการกลับสู่ภาวะปกติของจิตใจและอารมณ์ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี และสามารถเผชิญเหตุการณ์ต่างๆได้

4. ด้านสังคม (social) เป็นการกลับสู่บทบาทหน้าที่ทางสังคมและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม

5. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (activity) เป็นการปฏิบัติกิจวัตรได้ด้วยตนเองได้ตามปกติ โดยไม่พึ่งพาผู้อื่น



รูปที่ 1 กระบวนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดตามแนวคิดของ Allvin et al. (2008)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำองค์ประกอบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของ Allvin et al. (2008) มาใช้ในการศึกษาวิจัย เนื่องจากบ่งบอกถึงการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late phase) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้อย่างครอบคลุมปัญหาในทุกมิติที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทั้งด้านอาการทางกาย การทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังมีความเหมาะสมในการนำมาศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ครอบคลุมในทุกองค์ประกอบของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่การทำหน้าที่และการดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนในระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาองค์ประกอบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดังกล่าวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ

## 2.4 ปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นการผ่าตัดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Mancuso et al., 2016; Martin et al., 2008) โดยเฉพาะในระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late phase) ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญกับการปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่านจาก

สภาวะเจ็บป่วยไปสู่สภาวะปกติ ต้องดูแลตนเองและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมตาม ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ต้องเผชิญกับปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในทุกด้าน ดังนี้

2.4.1 ปัญหาด้านอาการทางกาย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 3-36 ยังคงมีอาการปวดหลัง และปวดขา (Mancuso et al., 2016; Parker et al., 2015) ในระดับปานกลางถึงเล็กน้อย (สุวรรณณี ขอบการไร้ วัลย์ลดา ฉันท์เรื่องวณิชย์ อรพรรณ โตสิงห์ และธเนศ วรธนอภิสิทธิ์, 2556) และ มีคุณภาพการนอนหลับลดลง (Marin et al., 2006; Saban & Penckofer, 2007) ซึ่งมีความสัมพันธ์ กับความรุนแรงและระยะเวลาของอาการปวด (Menefee et al., 2000) นอกจากนี้ยังคงมีอาการ เหนื่อยล้าหลังผ่าตัด (Kurz, 2015; Saban et al., 2007) ซึ่งเกี่ยวข้องกับสมรรถภาพด้านร่างกายที่ ลดลง รวมทั้งสภาวะทางอารมณ์ก่อนและหลังผ่าตัด (Zargar-Shoshtari & Hill, 2009)

2.4.2 ปัญหาด้านด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 30 มีข้อจำกัด และสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (Hakkinen et al., 2003; Mancuso et al., 2016) และ ร้อยละ 25.58 ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ (ชนิภา ยอเย็นง, 2556) ผู้ป่วยบางรายยังคงมี อาการปวดร้าวตามรากประสาทหลงเหลืออยู่ (Kalakoti et al., 2016) จึงไม่ยอมเคลื่อนไหวหรือทำ กิจกรรมที่ส่งเสริมให้รู้สึกปวดมากขึ้น ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ด้านร่างกายหลังผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 20-40 ยังคงมีความปวดเรื้อรัง และมีความพิการด้านร่างกายหลงเหลืออยู่ (Antti et al., 2007; Den boer et al., 2006; Hakkinen et al., 2003; Peolsson et al., 2006)

2.4.3 ปัญหาด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 24-59 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปและการดำเนินชีวิตในระยะหลังผ่าตัด (Jansson et al., 2005; Mancuso et al., 2016; ชนิภา ยอเย็นง, 2556) ผู้ป่วยมีความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองน้อยและรู้สึกไม่มั่นคง (Damsgaard et al., 2017) ทำให้เกิดความกลัว ลังเล ไม่กล้าตัดสินใจ และขาดความเชื่อมั่นในการ ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้วยตนเอง (Archer et al., 2014) เนื่องจากกลัวว่าจะทำให้ เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ข้อกระดูกสันหลังเคลื่อน และโลหะที่ยึดกระดูกสันหลังไว้หลวม หรือเคลื่อนหลุด (Sanden et al., 2010) โดยเฉพาะในระยะสัปดาห์แรกหลังผ่าตัด (ชนิภา ยอเย็นง, 2556) ซึ่งความวิตกกังวลและความกลัวทำให้ความสามารถในการรับรู้และการปรับตัวเข้ากับ สิ่งแวดล้อมลดลง ผู้ป่วยจึงไม่สามารถเผชิญปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม

2.4.4 ปัญหาด้านสังคม พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 26-75 มีความสามารถในการทำงาน ลดลง (Scott Deberard et al., 2001) และต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ค่าใช้จ่ายใน

การรักษาและฟื้นฟูสภาพสูงขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 13.90 ต้องหยุดงานเพื่อพักรักษาตัวในระยะฟื้นฟูสภาพ ทำให้ขาดรายได้ (Mancuso et al., 2016; เรไร พงศ์สถาพร, 2550) ข้อจำกัดในด้านร่างกายและความทุกข์ทางอารมณ์ส่งผลกระทบต่ออาการกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (กานดา กาญจนโพธิ์ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม สุภาพ อารีเอื้อ และธเนศ วัฒนะวงษ์, 2555)

2.4.5 ปัญหาด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 73 ยังมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Jansson et al., 2009; ชนิภา ยอเย็นยง, 2556) เนื่องจากยังไม่สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองได้อย่างเต็มที่ และการมีข้อจำกัดที่เฉพาะในการเคลื่อนไหวส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตร (อินทิรา รุปสว่าง และคณะ, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดตั้งที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยในทุกๆด้าน โดยการเปลี่ยนแปลงในด้านการทำหน้าที่ของร่างกายทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเต็มศักยภาพ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางครอบครัวและสังคม ซึ่งในระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late phase) หากผู้ป่วยมีการฟื้นคืนสภาพสู่สภาวะปกติที่ล่าช้าจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่แยลง (Jansson et al., 2005; Jansson et al., 2009; Mancuso et al., 2016)

## 2.5 การประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่หลากหลาย และแตกต่างกันไปตามลักษณะของผู้ป่วย ชนิดการผ่าตัด ระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และองค์ประกอบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ดังนี้

2.5.1 The Quality of Recovery score 40 (QoR-40) พัฒนาโดย Myles et al. (1999) ใช้ประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เช่น ผ่าตัดหัวใจ ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดสมอง เป็นต้น ประกอบด้วย 40 ข้อคำถาม ประเมินการฟื้นฟูสภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ภาวะทางอารมณ์ ความสุขสบายของร่างกาย การสนับสนุนทางจิตใจ ความเจ็บปวด และความเป็นอิสระทางกายภาพ มีค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .93 ทดสอบค่าความคงที่เท่ากับ .92

2.5.2 Post Discharge Surgical Recovery Scale (PSR) พัฒนาโดย Kleinberg et al. (2000) ใช้ประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับ



การผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม ประเมินการฟื้นสภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความอ่อนล้า ความบกพร่องในการทำงาน การมีกิจกรรม และความคาดหวังของผู้ป่วย มีค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .91 ทดสอบค่าความคงที่เท่ากับ .90

2.5.3 Surgical Recovery Index (SRI) พัฒนาโดย Talamini et al. (2004) ใช้ประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้อง ประกอบด้วย 12 ข้อคำถาม ประเมินการฟื้นสภาพ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความเจ็บปวด และด้านการทำหน้าที่ตามปกติ เหมาะสำหรับการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในระยะ 1-4 สัปดาห์ มีค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .91

2.5.4 Postoperative Recovery Profile questionnaire (PRP) พัฒนาโดย Allvin et al. (2009) ซึ่งสร้างมาจากแนวคิดการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (Allvin et al., 2007) และลักษณะของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยจากการศึกษาประสบการณ์ของกระบวนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (Allvin et al., 2008) ทำให้ได้มาซึ่งองค์ประกอบการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางกาย ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน Allvin et al. (2009) ต้องการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดที่มีลักษณะของข้อคำถามกระชับและครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด รวมทั้งสามารถใช้ประเมินความก้าวหน้าและติดตามผลของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในระยะยาวได้ โดยแบบประเมิน Postoperative Recovery Profile questionnaire (PRP) ใช้สำหรับประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เช่น การผ่าตัดช่องท้อง การผ่าตัดกระดูกและข้อ แบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย 19 ข้อคำถาม ประเมินการฟื้นสภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางกาย ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามองค์ประกอบการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของ Allvin et al. (2008) เหมาะสำหรับการฟื้นสภาพในระยะ 1 สัปดาห์ ถึง 3 เดือนหลังผ่าตัด มีค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .80 ทดสอบค่าความคงที่เท่ากับ .85

2.5.5 Postoperative Quality of Recovery Scale (PQRS) พัฒนาโดย Royce et al. (2010) ใช้ประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เช่น การผ่าตัดระบบหัวใจและหลอดเลือด การผ่าตัดระบบประสาท เป็นต้น ใช้สำหรับประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมในทุกๆระยะของการฟื้นสภาพ ได้แก่ 15 นาที, 40 นาที, วันที่ 1, วันที่ 3, และ 3 เดือนหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม ประเมิน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านการ

ตอบสนองต่อความเจ็บปวด ด้านอารมณ์ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการรู้คิด และด้านทัศนคติ

2.5.6 The Quality of Recovery score 15 (QoR-15) พัฒนาโดย Stark et al. (2013) เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากแบบประเมิน QoR-40 ใช้ประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม ประเมินการฟื้นสภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ภาวะทางอารมณ์ ความสุขสบายของร่างกาย การสนับสนุนทางจิตใจ ความเจ็บปวด และความเป็นอิสระทางกายภาพ มีค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .85 ทดสอบค่าความคงที่เท่ากับ .99

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมิน Postoperative Recovery Profile ที่พัฒนาโดย Allvin et al. (2009) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (Allvin et al., 2007) และองค์ประกอบของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (Allvin et al., 2008) ที่ผู้วิจัยทำการศึกษา แบบประเมินเหมาะสำหรับประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในระยะ 1 สัปดาห์ ถึง 3 เดือนหลังผ่าตัด ดังนั้นจึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว รวมทั้งข้อคำถามมีความเหมาะสมทั้งจำนวนและลักษณะของคำถามที่กระชับ ประเมินได้ครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญของการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด และมีค่าความเชื่อมั่นที่เหมาะสม

### 3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ได้แก่

3.1 อายุ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่มีอายุน้อยจะมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก (ชนิภา ยอเย็นยง, 2556) โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากมีความเสี่ยงที่จะมีโรคร่วมมากกว่าซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่าย (Schoenfeld et al., 2011) และผู้ป่วยที่มีอายุมากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่มากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหลังมีความแข็งแรงน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงหลังผ่าตัด และมีโอกาสเกิดความเสื่อมของข้อกระดูกสันหลังระดับใกล้เคียงได้ ทำให้เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำได้มากกว่า (Jeric & Sliepcevic, 1991) นอกจากนี้อายุที่มากขึ้นมีผลต่อ

พฤติกรรมการดูแลตนเองจากความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ (Wang et al., 2004) ซึ่งส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ

3.2 ความปวด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ภายหลังจากผ่าตัดยังคงมีอาการปวดยังคงมีอาการปวดหลังและขาหลงเหลืออยู่ (Kalakoti et al., 2016; Mancuso et al., 2016; Parker et al., 2015) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 3-36 (Hakkinen et al., 2003; Parker et al., 2015) ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและพยาธิสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย โดยอาการปวดหลังและขาที่มีความสัมพันธ์กับข้อจำกัดด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย (ชนิภา ยอเย็นยง, 2556) ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ไม่อยากที่จะเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมที่ส่งเสริมให้รู้สึกปวดมากขึ้น และทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำได้ยากลำบากหรือลดลง (Hicks et al., 2008) และในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่งของผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Devine et al., 2011; Jansson et al., 2009; Lee et al., 2008) จากการศึกษาของชนิภา ยอเย็นยง (2556) พบว่า ความปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นฟูสภาพด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .507, p < .05$ ) และสามารถทำนายการฟื้นตัวด้านร่างกายได้ร้อยละ 25.7 ( $R^2 = .257, p < .0001$ )

3.3 ตำแหน่งความเจ็บปวดก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดก่อนผ่าตัดตำแหน่งเดียว (บริเวณหลังหรือขา) มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านร่างกายได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความปวดในระยะก่อนผ่าตัดแบบปวดหลังร้าวลงขา นั่นคือผู้ป่วยที่ไม่มีการกดทับของเส้นประสาทจะมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่มีการกดทับของเส้นประสาท จากการศึกษาของชนิภา ยอเย็นยง (2556) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเพียงอย่างเดียวมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังร้าวลงขาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 ระยะเวลาของอาการปวดก่อนผ่าตัด บ่งบอกถึงความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลัง ซึ่งส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบประสาทไขสันหลัง โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของอาการปวดก่อนผ่าตัดน้อยกว่าจะมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่รวดเร็วกว่า ทั้งในด้านความรุนแรงและระยะเวลาของอาการปวดหลังผ่าตัด การศึกษาของ Gu et al. (2016) พบว่า ระยะเวลาของอาการปวดก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์

กับอาการปวดหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Gu et al., 2016) และในผู้ป่วยที่มีอาการปวดก่อนผ่าตัดมากกว่า 3 ปี จะมีอาการปวดในระยะหลังผ่าตัดที่รุนแรงและนานกว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดน้อยกว่า 3 ปี (Guan et al., 2017)

3.5 จำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด บ่งบอกถึงความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลให้เกิดความเสื่อมมากขึ้นและเกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อและข้อต่อ ซึ่งส่งผลต่อความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลังขณะเคลื่อนไหวหรือมีแรงกดมากกระทำ (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557) นอกจากนี้จำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัดบ่งบอกถึงความรุนแรงของเนื้อเยื่อที่ได้รับความเสียหายจากการผ่าตัด โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวหลายระดับย่อมมีความเสียหายของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและปล้องกระดูกสันหลังมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเดียว (กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, 2554) และจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัดมีผลต่อระดับอาการปวดหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และเมื่อมีจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัดมากขึ้นพบว่า ผู้ป่วยมีความปวดมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคข้อต่อกระดูกสันหลังเคลื่อน และผู้ป่วยที่มีอาการปวดก่อนผ่าตัดมากกว่า 2 ปี (Gu et al., 2016) ซึ่งอาการปวดหลังดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด (ชนิภา ยอเย็นยง, 2556)

3.6 ความวิตกกังวล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวร้อยละ 24-59 มีความวิตกกังวล (Jansson et al., 2005; ชนิภา ยอเย็นยง, 2556) โดยความวิตกกังวลทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน การทำงานของอวัยวะต่างๆและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมีความล่าช้า (Starkweather et al., 2006) นอกจากนี้ความวิตกกังวลทำให้ความสามารถในการรับรู้และปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยกลัว ลังเล ไม่กล้าตัดสินใจ ขาดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาของ Trief et al. (2006) พบว่าความวิตกกังวลสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และจากการศึกษาของชนิภา ยอเย็นยง (2556) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.595$ ,

$p < .01$ ) ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าตัดสินใจ และขาดความเชื่อมั่น จึงนำไปสู่ความบกพร่องในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (Bair et al., 2008)

3.7 การกลัวการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมี่ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองน้อยและรู้สึกไม่มั่นคง โดยเฉพาะในระยะสัปดาห์แรกหลังผ่าตัด (ชนิภายอนยง, 2556) ทำให้กลัวการเคลื่อนไหวและไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆหลังผ่าตัดด้วยตนเอง (Archer et al., 2014) จากการศึกษาของ Archer et al. (2014) พบว่า ในระยะ 6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเกิดความกลัวการเคลื่อนไหว เนื่องจากกลัวความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้นฉับพลัน ( $\beta = .009$ ,  $p < .05$ ) และไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆหลังผ่าตัดตามสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากกลัวว่าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อกระดูกสันหลังเคลื่อน โลหะยึดกระดูกสันหลังที่ใส่ไว้หลวมหรือเคลื่อนหลุด (Sanden et al., 2010) และจากการศึกษาของ Archer et al. (2014) และ Archer (2011) พบว่า การกลัวการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวดในระยะ 6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด (Archer, 2011; Archer et al., 2014) ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง และไม่สามารถปรับตัวตามสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปหลังผ่าตัดได้ ส่งผลให้มีความพร่องในการดูแลตนเองทั้งในด้านการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตร และการปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

3.8 ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวบางรายมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด แต่อาการจะดีขึ้นเมื่อผ่าตัดเสร็จสิ้น (กนกอร พิเศษ, 2559) และผู้ป่วยบางรายยังคงมีภาวะซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ในระยะ 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด (Wahlman et al., 2014) โดยภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ร่วมกับความปวดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความพึงการของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว จากการศึกษาของ Chaichana et al. (2011) พบว่า ภาวะซึมเศร้าและอาการปวดมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพ ความพึงการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $OR = .88$ ,  $p < .05$ ) และภาวะซึมเศร่ายังสามารถทำนายความก้าวหน้าทางคลินิกในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $OR = .89$ ,  $p < .05$ ) (Chaichana et al., 2011)

3.9 ความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่มีความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลจะให้ความหมายในเรื่องความเจ็บปวดและความวิตกกังวลได้ดี และจะมีการเตรียมพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองที่ดี เมื่อสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวัง

ได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยจะมีทักษะในการปรับตัวและการดูแลตนเอง ส่งผลให้เชื่อฟังและปฏิบัติตามตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ (ชนิภา ยอยืนยง, 2556) จากการศึกษาของ Ronnberg et al. (2007) พบว่า การพยาบาลโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหอนรองกระดูกสันหลังระดับเอวในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .60, p < .001$ ) และความพึงพอใจมีความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อ การรับรู้ความรู้สึก อาการปวดหลังและปวดร้าวลงขา และความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Ronnberg et al., 2007) โดยความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับระยะเปลี่ยนผ่านสู่การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (ชนิภา ยอยืนยง, 2556)

3.10 พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุกในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Orem et al., 2001) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เต็มศักยภาพ (Antti et al., 2007; Hakkinen et al., 2003) ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และการเข้าสังคม (Mancuso et al., 2016; ชนิภา ยอยืนยง, 2556) โดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late phase) ซึ่งเป็นระยะที่กระดูกสันหลังมีการฟื้นจากพยาธิสภาพของโรคและการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมตามภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็ว สามารถกลับสู่การทำหน้าที่และการดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนในระลอก่อนผ่าตัด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอันจะนำไปสู่การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (สุวรรณณี ขอบการไร่ และคณะ, 2556) เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นทัศนคติของบุคคลต่อตนเองเกี่ยวกับความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีพลังอำนาจในตนเอง (Coopersmith, 1984) ในการกระทำสิ่งต่างๆให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ด้วยตนเองตามที่คาดหวัง เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจะเกิดความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้สามารถจัดการตนเองใน

การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีและรวดเร็ว (Christino et al., 2016; วราภรณ์ คุ่มทอง, 2553) จากการศึกษาของสุวรรณณี ชอบการไร่ และคณะ (2556) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .43, p < .05$ ) และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .22, p < .05$ ) นอกจากนี้การศึกษาของ Jenkins et al. (1994) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .004$ ) (Jenkins et al., 1994) และการศึกษาของ Christino et al. (2016) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .46, P < .05$ ) (Christino et al., 2016)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมียังปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยปัจจัยในด้านความสามารถจัดการได้ โดยการใช้อุปกรณ์ และการทำกายภาพบำบัด (Starkweather et al., 2006) ส่วนปัจจัยในด้านความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การกลัวการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด และความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล สามารถจัดการได้โดยการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่กระทำโดยบุคลากรทางการแพทย์และเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย และไม่มีการติดตามผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใช้ระยะเวลานานขึ้น และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถและพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการกระทำกับปัจจัยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $r = .43, p < .05$ ) และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .22$ ,  $p < .05$ ) ซึ่งนำไปสู่การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี (สุวรรณี ชอบการไร่ และคณะ, 2556)

#### 4. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแต่ละระยะมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการทางกาย ฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม มีความผาสุกทางด้านจิตใจ และสามารถกลับสู่การทำหน้าที่และการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวของสถาบันประสาทวิทยา (2556) และของ Vancouver General Hospital (2006) สามารถสรุปแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในแต่ละระยะได้ดังนี้ (Vancouver General Hospital, 2006; สถาบันประสาทวิทยา, 2556)

##### 4.1 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ Early phase

ระยะนี้ผู้ป่วยเพิ่งฟื้นจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก สัญญาณชีพยังไม่คงที่ มีอาการอ่อนเพลีย และต้องการการพักผ่อน ผู้ป่วยถูกจำกัดให้อยู่บนเตียงตามแผนการรักษาของแพทย์ ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยมีการให้การพยาบาลดังต่อไปนี้

**4.1.1 การดูแลด้านร่างกาย** เป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และผลข้างเคียงจากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก ได้แก่

4.1.1.1 ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง, 30 นาที 2 ครั้ง, และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่และเข้าสู่ภาวะปกติ จึงเปลี่ยนเป็นการตรวจวัดทุก 4 ชั่วโมง

4.1.1.2 ประเมินระดับความเจ็บปวดทุก 4 ชั่วโมง พร้อมบันทึก และให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา รวมทั้งประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังให้ยาแก้ปวด

4.1.1.3 สังเกตอาการผิดปกติ เช่น แผลผ่าตัดบวม มีเลือดซึม, มีการรั่วซึมของน้ำไขสันหลัง โดยสังเกตลักษณะสี จำนวน และอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หากผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์

4.1.1.4 ประเมินอาการชา และแขน-ขาอ่อนแรงมากขึ้น



4.1.1.5 สังเกตการขับถ่ายปัสสาวะหลังผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง ปัสสาวะไม่ออกให้  
ใช้ความเย็นหรือกดหน้าท้องเบาๆ ถ้ายังปัสสาวะไม่ออก พิจารณาสวนทิ้งเป็นครั้งคราว กรณีที่ใส่สาย  
สวนปัสสาวะ หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซี / ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ

4.1.1.6 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

4.1.1.7 ถ้ามีท่อระบายเลือดจากแผลผ่าตัด ดูแลให้ท่อระบายเลือดทำงาน  
อย่างมีประสิทธิภาพ ระวังไม่ให้หัก พับงอหรือเลื่อนหลุด พร้อมลงบันทึกสีและปริมาณของสารคัดหลั่ง  
จากท่อระบาย ถ้ามีปริมาณมากกว่า 200 ซีซี / ชั่วโมง รายงานแพทย์

4.1.1.8 ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัวได้ โดยพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง  
เพื่อให้กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง โดยพลิกเป็นท่านอนตะแคงซ้ายและขวาสลับกับการนอนราบทุก  
2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและกระตุ้นการไหลเวียนเลือด

**4.1.2 การดูแลด้านจิตสังคม** เป็นการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลต่อสภาพความ  
เจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมในห้องพักฟื้นหรือหอผู้ป่วย ได้แก่

4.1.2.1 พุดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความ  
ไว้วางใจ และมีการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

4.1.2.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ต่างๆที่ติดตัวผู้ป่วยมาจากห้องผ่าตัด เช่น  
ออกซิเจน สายสวนปัสสาวะ ท่อระบายเลือดจากแผลผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล

4.1.2.3 การอธิบายขั้นตอนแนวทางการดูแลรักษา

4.1.2.4 ดูแลความไม่สุขสบายจากอาการต่างๆหลังผ่าตัด เช่น อาการปวด  
แผล คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น

4.1.2.4 ให้การพยาบาลด้วยท่าที่นุ่มนวล อธิบายผู้ป่วยทุกครั้งก่อนทำ  
หัตถการหรือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความกลัวจากหัตถการและการรักษา

**4.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ Intermediate  
phase**

ระยะนี้ผู้ป่วยต้องการการปรับตัวเพื่อการคืนสู่ภาวะปกติและเสี่ยงต่อการเกิด  
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถเริ่มเคลื่อนไหวและลุกเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน สามารถ  
ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ในระยะนี้กล้ามเนื้อหลังยังมีความอ่อนแอ  
จากการบาดเจ็บในระยะผ่าตัดทำให้ไม่สามารถช่วยค้ำจุนและรับน้ำหนักแทนกระดูกสันหลังได้  
รวมทั้งกระดูกสันหลังยังไม่มีอาการเชื่อมติด ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนได้

การพยาบาลในระยะนี้จึงมุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีการให้การพยาบาลดังต่อไปนี้

**4.2.1 การดูแลด้านร่างกาย** เป็นการจัดการกับอาการทางกายต่างๆที่เกิดขึ้นใน ระยะหลังผ่าตัด การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การจัดทำที่ถูกต้องเหมาะสม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยลุก จากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัด การบริหารร่างกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและคงพิสัย ของข้อ และการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ได้แก่

4.2.1.1 ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ หากพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์

4.2.1.2 ประเมินระดับความเจ็บปวดทุก 4 ชั่วโมง พร้อมบันทึก และให้ยา แก่ปวดตามแผนการรักษา รวมทั้งประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังให้ยาแก้ปวด

4.2.1.3 ดูแลการทำงานของท่อระบายเลือดให้มีประสิทธิภาพ เมื่อแพทย์นำ ท่อระบายเลือดที่ตักค้างออก ให้ประเมินแผลผ่าตัด ถ้าเปื่อยก แฉะ หรือสกปรก เปลี่ยน Dressing โดย วิธี aseptic technique และประเมินแผลผ่าตัด ถ้าพบว่ามีอาการรวมให้รายงานแพทย์

4.2.1.4 ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ระบบทางเดินอาหารและการขับถ่าย ผิดปกติ แผลกดทับ ข้อติด ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และ Deep vein thrombosis เป็นต้น

4.2.1.5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามใดๆ ใน การขึ้นและลงเตียง มี 2 ท่า คือ ใช้ด้านหน้า และด้านหลัง อนุญาตให้ลุกจากเตียงได้โดยพยาบาลช่วย แนะนำวิธีที่ถูกต้อง ในผู้ป่วยที่แพทย์ให้ใส่อุปกรณ์พยุงหลัง ควรสวมใส่อุปกรณ์ทุกครั้งที่อยู่บน ยืน หรือ เดิน ในการขึ้นและลงจากเตียงในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัดควรใช้ท่าทางที่เหมาะสมเพื่อ ลดอาการปวดจากการเคลื่อนไหวและป้องกันการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลัง โดยมีวิธีการดังนี้ (นลินี พสุคันธภักดิ์ และวาริณี ดวงเงิน, 2553; สถาบันประสาทวิทยา, 2556)

- ท่าการใช้ด้านหน้าลงเตียง โดยนอนตะแคงหน้าชิดขอบเตียงด้านที่จะลง ห้อยขา 2 ข้างลงเตียง ใช้มือด้านที่ติดกับที่นอนดันตัวลุกขึ้นนั่งให้หลังตรง ค่อยๆหย่อนเท้าลงพื้นข้าง เดียงทีละข้าง แยกเท้าออกเล็กน้อย ลงน้ำหนักไปยังฝ่าเท้าทั้ง 2 ข้าง

- ท่าการใช้ด้านหลังลงเตียง นอนคว่ำชิดขอบเตียงข้างที่จะลง ค่อยๆหย่อน เท้าลงพื้นที่ละข้าง เมื่อเท้าลงพื้นที่ 2 ข้าง ใช้ฝ่ามือและข้อศอกยันที่นอนดันลำตัวลุกขึ้นจากเตียงให้ หลังตรง แยกเท้าออกเล็กน้อย ลงน้ำหนักไปยังฝ่าเท้าทั้ง 2 ข้าง

- ท่าการใช้ด้านหน้าขึ้นเตียง นั่งชิดขอบเตียงแล้วค่อยๆตะแคง หย่อนลำตัว

ลงบนที่นอนพร้อมกับยกเท้าขึ้นเตียงที่ละข้าง จัดท่านอนที่สุขสบายให้หลังตรง ใช้หมอนยาววางตามแนวหลังและหมอนสั้นวางระหว่างขา

- ทำการใช้ด้านหลังขึ้นเตียง ใช้หน้าอกนอนราบกับที่นอน แล้วจึงค่อยๆ

ยกเท้าขึ้นเตียงที่ละข้าง จัดท่านอนที่สุขสบายให้หลังตรง ใช้หมอนยาววางตามแนวหลังและหมอนสั้นวางระหว่างขา

4.2.1.6 กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น การเดินไปห้องน้ำ การรับประทานอาหาร เป็นต้น

4.2.1.7 กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกล้ามเนื้อของแขนและขา โดยนอนราบ กระดกข้อเท้าให้หัวแม่เท้าชี้เข้าหาลำตัวมากที่สุด นับ 1-5 ซ้ำๆ คลายตัวนับ 1-5 ซ้ำๆ สลับกัน และกางแขน ยกแขนขึ้นลงตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และคงประสิทธิภาพการทำงานของข้อ

**4.2.2 การดูแลด้านจิตสังคม** เป็นการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่ การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย พุดคุยให้กำลังใจ ให้ข้อมูลในการรักษาและการพยาบาลที่เป็นประโยชน์ สิทธิการรักษา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยม และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และลดความวิตกกังวล

#### 4.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ Late phase

ระยะนี้ร่างกายของผู้ป่วยมีการกลับเข้าสู่สภาวะปกติและมีความพร้อมที่จะกลับไปพักฟื้นที่บ้าน แต่ยังคงมีข้อจำกัดที่เฉพาะในด้านการเคลื่อนไหวเพื่อไม่ให้กระดูกสันหลังเกิดแรงกดมากเกินไปอันจะก่อให้เกิดอันตรายและเกิดภาวะแทรกซ้อน (Harvey, 2005) การพยาบาลในระยะนี้จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการกลับสู่สภาวะปกติอย่างรวดเร็ว ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของอาการปวดหลัง โดยการให้คำแนะนำและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย โดยมีให้การพยาบาลดังต่อไปนี้

**4.3.1 การดูแลด้านร่างกาย** เป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่

4.3.1.1 การดูแลแผลผ่าตัด ระวังอย่าให้แผลเปียกน้ำ งดทาแป้งหรือโลชั่น บริเวณใกล้แผล หลังตัดไหม 3 วัน แผลสามารถถูกน้ำได้โดยใช้ผ้าสะอาดซับให้แห้ง กรณีไหมละลาย ไม่ต้องตัดไหม แพทย์จะเปิดแผลภายใน 7-14 วัน (สถาบันประสาทวิทยา, 2556)

4.3.1.2 การจัดการความปวด หากผู้ป่วยรู้สึกปวดขณะทำกิจกรรมให้หยุดพัก จนกว่าอาการปวดจะทุเลาจึงเริ่มทำกิจกรรมเบาๆได้ สามารถรับประทานยาแก้ปวดได้ตามคำแนะนำของแพทย์ หรือใช้ความเย็นประคบบริเวณที่มีอาการปวดประมาณ 15-20 นาที จะช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายและลดอาการปวดได้ (Vancouver General Hospital, 2006)

4.3.1.3 การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวควรมีการเคลื่อนไหวร่างกายในท่าทางที่เหมาะสม งดเว้นการก้มหลัง การแอ่นหลัง การบิดหรือเอี้ยวลำตัวแรงๆ เพื่อป้องกันการเคลื่อนหรือการหลวมของอุปกรณ์ที่ยึดไว้และป้องกันการเชื่อมติดของข้อกระดูกไม่ดี รวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการปวดหลังอีกด้วย โดยท่าทางที่เหมาะสมในการเคลื่อนไหวและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2556)

- ทำยืน: ยืนอกผายไหล่ผึ่ง หลังตรง ถ้ายืนนานๆควรมีเก้าอี้สำหรับพักเท้าหนึ่งข้าง เพื่อป้องกันการแอ่นหลังบริเวณเอว

- ทำนั่ง: นั่งหลังตรงพิงพนักเก้าอี้ เก้าอี้สูงพอดี ไม่ควรนั่งนานติดต่อกันเกิน 45 นาที ในช่วง 3 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด

- ทำนอน: ควรนอนหงายหรือนอนตะแคง โดยนอนหงายหนุนหมอนที่ศีรษะ ปล่อยตัวตามสบาย วางหมอนหนุนอีกใบไว้ใต้หัวเข่าทั้งสองข้าง หรือนอนตะแคงหนุนหมอนที่ศีรษะ งอเข่าและสะโพก วางหมอนคั่นระหว่างเข่าทั้งสองข้าง ไม่แนะนำให้นอนคว่ำเนื่องจากเป็นท่าที่กระดูกสันหลังแอ่น

- ทำยกของ: เข้าไปใกล้วัตถุที่จะยกให้มากที่สุด ย่อเข่าหรือคุกเข่าลงข้างหนึ่ง ยกวัตถุขึ้นระดับหน้าอกแล้วค่อยๆเหยียดตัวขึ้นโดยเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา

- ทำหีบของบนที่สูง: ไม่เอื้อมหีบของบนที่สูงโดยเฉพาะในช่วง 4 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด ควรใช้บันไดหรือโต๊ะต่อเพิ่มความสูงเพื่อให้ของที่อยู่ระดับสายตา

- ทำถือของหรือหิ้วของ: ควรถือให้ชิดลำตัวมากที่สุดและแบ่งถือทั้งสองข้างให้สมดุลกัน

4.3.1.4 การสวมเสื้อพยุงหลัง ควรสวมสม่ำเสมอเวลาลุก นั่ง ยืน หรือเดิน อย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ ตามคำแนะนำของแพทย์ โดยสวมให้กระชับไม่หลวมหรือแน่นจนเกินไป และไม่ควรรวมในเวลานอน (สถาบันประสาทวิทยา, 2556) โดยดึงแถบของเสื้อพยุงหลังออกจากกัน และสวมเสื้อพยุงหลังโดยให้แกนโลหะอยู่ทางด้านหลัง ขยับให้ตรงกลางของแกนโลหะอยู่ตรงกับแนวกระดูกสันหลัง และขอบล่างของเสื้อพยุงหลังอยู่บริเวณก้นบ ผู้ป่วยหายใจเข้าสุด เข้มว้าท้องเล็กน้อย ติดแถบด้านหน้าเสื้อพยุงหลังให้กระชับ ไม่หลวมหรือแน่นจนเกินไป

4.3.1.5 การออกกำลังกายและการบริหารกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวควรมีการบริหารร่างกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และเพิ่มสมรรถภาพในการทำกิจกรรม โดยผู้ป่วยสามารถบริหารกล้ามเนื้อแกน ขา และหลัง โดยวิธีการเกร็งกล้ามเนื้อ (Isometric Exercise) และออกกำลังกายโดยการเดินบ่อยๆ ครั้งละ 20-30 นาที และค่อยๆเพิ่มระยะทางและเวลาขึ้นในแต่ละวัน (Danbury, 2012; Vancouver General Hospital, 2006; สถาบันประสาทวิทยา, 2556) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หักโหม เช่น การวิ่ง การเดิน แอโรบิก และการเล่นกีฬาต่างๆที่มีแรงกระแทก โดยทำบริหารร่างกายสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง มีดังนี้

- ท่าที่ 1 นอนหงาย ชันเข้าสองข้าง และวางแขนไว้ข้างลำตัว จังหวะที่ 1 เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องเพื่อกดหลังให้แนบกับพื้น นับ 1-5 ซ้ำๆ จังหวะที่ 2 คลายกล้ามเนื้อ ปล่อยพักตามสบาย ทำซ้ำประมาณ 5-10 ครั้ง และค่อยๆเพิ่มจำนวนขึ้น

- ท่าที่ 2 นอนหงาย ชันเข้าขึ้น 1 ข้าง จากนั้นใช้มือทั้งสองข้างค่อยๆดึงเข้าข้างที่งอเข้าหาตัวซ้ำๆจนรู้สึกตึงบริเวณสะโพก ดึงค้างไว้ นับ 1-5 ซ้ำๆแล้วผ่อนคลาย ทำ 5-10 ครั้ง แล้วสลับทำกับขาอีกข้างหนึ่ง

- ท่าที่ 3 นอนหงายชันเข้าทั้ง 2 ข้างขึ้น จากนั้นใช้มือทั้งสองข้างค่อยๆดึงเข้าทั้ง 2 ข้างเข้าหาตัวซ้ำๆจนรู้สึกตึงบริเวณสะโพก ดึงค้างไว้ นับ 1-5 ซ้ำๆแล้วผ่อนคลาย ทำ 5-10 ครั้ง

- ท่าที่ 4 นอนหงายเหยียดขาทั้ง 2 ข้าง ขยับข้อเท้าทั้ง 2 ข้างขึ้น-ลง กดส้นเท้ากับพื้นและเหยียดปลายเท้าขึ้น-ลง จนรู้สึกตึงบริเวณน่อง แล้วค่อยๆผ่อนคลาย ทำซ้ำ 10 ครั้ง

4.3.1.6 กิจกรรมที่ควรงดเว้นหลังผ่าตัด ได้แก่ (Danbury, 2012; Vancouver General Hospital, 2006; สถาบันประสาทวิทยา, 2556)

- ไม่ควรบิดหรือเอี้ยวตัวแรงๆ โดยเฉพาะในช่วง 6-8 สัปดาห์หลังการผ่าตัด

- ไม่ยก ลาก หรือแบกของหนักเกิน 4 กิโลกรัม หลังการผ่าตัด
- ไม่เอื้อมหยิบของบนที่สูง อย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังการผ่าตัด
- ไม่ขับรถหรือซ้อนท้ายมอเตอร์ไซด์ หรือนั่งรถทางไกล 6-8 สัปดาห์
- ไม่ขึ้นบันไดเกิน 2 ครั้งต่อวัน ภายใน 3 สัปดาห์หลังการผ่าตัด
- ไม่ควรง่วงนอนเกิน 45 นาทีภายใน 3 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด
- ไม่เล่นกีฬาที่ต้องปะทะ เช่น ฟุตบอล บาสเกตบอล เป็นต้น
- การใช้สุขา ไม่ควรง่วงยong ควรใช้ส้วมชักโครก หรือเก้าอี้เจาะรูในการขับถ่าย
- งดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ 6 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด หลังจาก 6 สัปดาห์แล้ว

ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติในท่าที่เหมาะสม โดยระมัดระวังไม่ให้มีการเคลื่อนไหวและการกดทับกระดูกสันหลังบริเวณที่ทำผ่าตัดมากเกินไป

#### 4.3.1.7 การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ ดังนี้

- ปวดแผลมากขึ้น แผลซึม บวมแดง มีไข้ แผลแยก
- ปวด ชา เสียว บริเวณหลัง บั้นเอว ชา หรือมีอาการอ่อนแรงของขามากขึ้น
- ปัสสาวะไม่ออก
- กระดูกสันหลังผิดรูป โดยสังเกตแนวกระดูกสันหลังโค้งหรืองอผิดปกติ

#### 4.3.2 การดูแลด้านจิตสังคม เป็นการพยาบาลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับ

ความวิตกกังวล และยอมรับในความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัด (Lall, 2017) โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ให้ข้อมูลในการรักษาและการพยาบาลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลตนเอง (Harvey, 2005) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความคิดในด้านบวกถึงความหวังในการกลับสู่ภาวะสุขภาพที่ดี และมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง (กนกอร พิเดช, 2559; พนารัตน์ เจนจบ, 2542)

#### 4.3.3 การดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังผู้ป่วย

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เช่น การเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และส่งต่อสถานบริการใกล้บ้านในการฟื้นฟูสภาพต่อไป (Lall, 2017) โดยวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยใน 1-2 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ประเมินสภาพร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมิน

สภาวะทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมและกิจกรรมฟื้นฟูสภาพร่างกาย และสนับสนุนการดูแลตนเองโดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม (สถาบันประสาทวิทยา, 2556)

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในปัจจุบันมุ่งเน้นการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมหลังผ่าตัด (Danbury, 2012; Vancouver General Hospital, 2006; สถาบันประสาทวิทยา, 2556) ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดและการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ทำให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) ดังนั้นในระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late phase) เมื่อผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้านจึงไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจในการจัดการกับปัญหาสุขภาพได้ รวมทั้งหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ได้มีการติดตามในระยะที่ผู้ป่วยพักฟื้นที่บ้าน ทำให้ไม่ทราบถึงปัญหา ความสามารถในการดูแลตนเอง และความต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาารูปแบบการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด โดยการเสริมสร้างความรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และให้ความรู้ผ่านทางสื่อโซเชียลมีเดีย Line หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งมีการให้ผู้ป่วยบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาและการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในระหว่างพักฟื้นที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองและเกิดความรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเองเมื่อสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้บรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเองและการจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสม

##### 5. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นแนวคิดที่เป็นทั้งกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ไขปัญหของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมและจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อชีวิตและสุขภาพของตน (Gibson, 1991; ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) และเกิดความรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเอง (Gibson, 1991) จากการทบทวน

วรรณกรรมพบว่าการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี

### 5.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

Miller (1992) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การใช้แหล่งทรัพยากรภายในตัวบุคคลสำหรับการดำรงชีวิตอยู่ และเป็นความสามารถของบุคคลที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง

Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุมและจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อชีวิตและสุขภาพ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตนเองและระหว่างบุคคลโดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดเป้าหมายและใช้ทรัพยากรที่จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อขจัดปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความสามารถและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเอง โดยการส่งเสริมให้มีการตระหนักถึงความสามารถและมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา พัฒนาตนเอง รวมทั้งตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากบุคลากรทางสุขภาพ

กุนที พุ่มสงวน (2557) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาบุคคลในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์และดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายจิตใจ

จากความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจสรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมหรือจัดการกับความเจ็บป่วยของตนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและกำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพของตน และมีความมุ่งมั่นทุ่มเทในการดูแลสุขภาพตามแนวทางที่กำหนด ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่



พฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสม และต่อเนื่อง ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็วและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินประจำวัน

## 5.2 การสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ คือ (Gibson, 1991)

1. การขาดความสามารถในการควบคุม (Loss of control) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

- การขาดความสามารถในการควบคุมด้านร่างกาย เกิดจากการที่บุคคลมีอาการเจ็บป่วยและมีสมรรถภาพด้านร่างกายลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามความคาดหวังหรือความต้องการของตน ทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจและสูญเสียความเป็นตนเองไป

- การขาดความสามารถในการควบคุมด้านจิตใจ เกิดจากการที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมทั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้บุคคลสูญเสียความเป็นอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพได้ ทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ

- การขาดความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม เป็นความรู้สึกที่บุคคลไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆรอบตัวได้ ทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ

2. การขาดความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล เนื่องจากความรู้เป็นแหล่งพลังอำนาจอย่างหนึ่ง เมื่อมีความรู้บุคคลจะเพิ่มความสามารถในการควบคุมสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพได้ (Miller, 1992)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Hakkinen et al., 2003) และความทุกข์ทางอารมณ์หลังผ่าตัด (Starkweather et al., 2006; ชนิภา ยอฮินยง, 2556) ทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการควบคุม (Loss of control) สถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Gibson, 1991) ส่งผลให้รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (Damsgaard et al., 2017) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (สุวรรณณี ชอบการไร่ และคณะ, 2556) ทำให้ไม่สามารถจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและสุขภาพได้ ดังนั้นจึงควรเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมและจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อชีวิตและสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ทำให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีและรวดเร็ว

### 5.3 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Gibson (1995) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาที่ดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยสรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังนี้

ตามแนวคิดของ Gibson (1995) ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท ความรัก และความผูกพันที่มีต่อเรื่องนั้นๆ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม เป้าหมาย และประสบการณ์ ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีความคับข้องใจจากปัญหาหรืออุปสรรคเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้าสู่กระบวนการต่างๆของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นการค้นหาปัญหาและสาเหตุ โดยการให้คำปรึกษารายบุคคลและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพที่เป็นจริง โดยจะมีการตอบสนอง 3 ด้าน ได้แก่

- การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้ ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนวิธีคิดให้มีความหวังในการกลับคืนสู่สภาวะสุขภาพที่ดี ทำให้มีกำลังใจและพยายามค้นหาสาเหตุที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

- การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเองจะแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่รอบตัว โดยการหาข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น รวมทั้งนำข้อมูลต่างๆมาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและดูแลสุขภาพของตนเอง

- การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral responses) บุคคลจะรับรู้ ตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน มองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง มีการปรับตัว และพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณ (Critical reflection) เป็นการให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับปัญหาและสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อการตัดสินใจจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมองเห็นสถานการณ์ของตนเอง เกิดการตระหนักรู้และมีความเข้าใจปัญหาจะส่งผลให้มีการวิเคราะห์สถานการณ์และมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองให้ได้มาซึ่งทางเลือกต่างๆในการปฏิบัติตนเพื่อแก้ไขปัญหาและมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยการใช้ความคิดด้าน

บวกนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม มีการตั้งเป้าหมายเพื่อให้เกิดการกระทำที่เป็นประโยชน์ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) เมื่อผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง รวมทั้งมีทางเลือกต่างๆในการปฏิบัติตนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพแล้ว ผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมที่สุด เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติและการแก้ไขปัญหา และเมื่อสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดด้วยตนเอง ทำให้รับรู้ถึงศักยภาพในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นการกระตุ้นการให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย โดยในระยะนี้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถและความมีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์และแก้ไขปัญหาสุขภาพของตน ทำให้ยังคงพฤติกรรมการปฏิบัตินั้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าสถานการณ์จะเปลี่ยนแปลงไป

จะเห็นได้ว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุมและจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อชีวิตและสุขภาพของตนเองในทุกด้าน ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็วและครอบคลุมในทุกด้าน

#### 5.4 การรับรู้พลังอำนาจและการประเมินการรับรู้พลังอำนาจ

การรับรู้พลังอำนาจเป็นผลที่ตามมาของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยบุคคลมีการรับรู้ที่ตนเองมีความสามารถในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์เกี่ยวกับตนเองได้ (Gibson, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้เสนอแนวทางการประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ป่วยไว้ ดังนี้

Mason et al. (1991) กล่าวว่า การประเมินพลังอำนาจสามารถทำได้โดยวัดผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการตั้งเป้าหมาย ความรู้สึกในการควบคุมสถานการณ์ และความหวังในอนาคต

Gibson (1995) กล่าวว่า ผลที่ตามมาจากการเสริมสร้างพลังอำนาจบุคคลจะรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์เกี่ยวกับตนเองได้ โดยมีการรับรู้ใน 4 ด้าน คือ ความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การพัฒนาตนเอง และการมีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิต

พนารัตน์ เจนจบ (2542) ได้เสนอการรับรู้พลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1993) โดยประเมิน 4 ด้าน ได้แก่

- ความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง เป็นการที่บุคคลสามารถนำประสบการณ์จากการเรียนรู้ใหม่มาผสมผสานกับความรู้และประสบการณ์เดิม ทำให้มีความชัดเจนในการดูแลตนเอง และเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

- ความพึงพอใจในตนเอง เมื่อบุคคลประสบความสำเร็จตามเป้าหมายจะนำไปสู่ความพึงพอใจความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติต่อไป

- การพัฒนาตนเอง เป็นการที่บุคคลรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น

- การมีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิต เป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความสำเร็จและรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง

ดารณี จามจรี (2546) ได้เสนอรูปแบบผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพและการประเมินผลลัพธ์ ได้แก่

- การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้พลังอำนาจเป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากในการอธิบายลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนถึงความรู้สึกของการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่หลากหลาย ของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อด้านบวก ความสามารถในการควบคุมตนเองหรือควบคุมสถานการณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

- การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นความรู้และทักษะที่เป็นความสามารถของบุคคล สมรรถนะ ความคิด ความสัมพันธ์ และกิจกรรม ซึ่งใช้อธิบายการกระทำของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

- การมีสุขภาวะที่ดี เป็นภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แม้อยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพหรือความเจ็บป่วย โดยยอมรับต่อการเจ็บป่วย เชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพได้ และมีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (ดารณี จามจรี, 2546)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้เครื่องมือกำกับการทดลองเป็นสมมุติฐานที่การปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างพลัง

อำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) ประเมินจากการบรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดตามวิธีที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือก โดยประเมินจากความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมที่ปฏิบัติในขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการประเมินผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจในด้านการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วย และหากประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจะติดตาม กระตุ้น สนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยวางแผนแก้ไขปัญหาและปฏิบัติตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือกให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดต่อไป

### 5.5 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กุนนที พุ่มสงวน, 2557) ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี ดังนี้

5.5.1 บทบาทในการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ด้วยการสร้างบรรยากาศให้เกิดความเข้าใจ ความไว้วางใจ และเห็นอกเห็นใจกัน พยาบาลต้องเข้าไปสัมผัส รับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคิดของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เข้าถึงและเข้าใจสิ่งเหล่านี้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และยินดีที่จะยอมรับข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ ด้านสุขภาพ เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ตลอดจนความรู้สึกที่มีต่อการรักษาและวิธีการรักษาที่ได้รับ อันจะนำไปสู่การแสวงหาทางเลือกและรับผิดชอบในทางเลือกที่ได้ตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

5.5.2 บทบาทในการประเมินการสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยปรับตัวในการเผชิญปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด มีความตระหนักในปัญหาสุขภาพของตนเอง สามารถควบคุมสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพได้โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่รอบตัวให้เกิดประโยชน์สูงสุด พยาบาลต้องเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวพร้อมที่จะเรียนรู้และแก้ปัญหาด้วยเหตุผลเพื่อเอาชนะอุปสรรค (Overcoming organizational barriers) และผ่านพ้นภาวะดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ

5.5.3 บทบาทในการให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพและพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยพยาบาลกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการหาข้อมูลสนับสนุน และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้ป่วยเลือกและตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของตนเอง นอกจากนี้พยาบาลต้องเสริมสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยตระหนักในการดูแลตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เชื่อมมั่นในสมรรถนะแห่งตน สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนและจัดการกับความเจ็บป่วยต่างๆได้ในระยะยาว เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและมีความสุข

5.5.4 บทบาทในแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ตนกำลังเผชิญอยู่ และยอมรับปัญหาตามความเป็นจริง เป็นการประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเอง และความต้องการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

5.5.5 บทบาทในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถจะช่วยรับรองและคุ้มครองผู้ป่วย เป็นการรักษาผลประโยชน์ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีมาตรฐาน

จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนได้อย่างเหมาะสม และมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี โดยการทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้และเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ ทำให้เรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีของตนเอง โดยพยาบาลจะคอยช่วยเหลือและจัดการอย่างใกล้ชิดจนกระทั่งผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นที่จะดูแลตนเองได้และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมด้วยความมุ่งมั่นทุ่มเท ทำให้รับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็ว ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน

## 6. โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดขึ้นอย่างมีแบบแผนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวตระหนักและมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเอง สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) จัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล จำนวน 5 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

**ตารางที่ 1** แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995)

ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995)	การประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
<p><b>ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality)</b></p> <p>เป็นการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา โดยการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพที่เป็นจริง และมีการตอบสนอง 3 ด้าน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การตอบสนองด้านอารมณ์ เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและมีการปรับเปลี่ยนวิธีคิดให้มีความหวังในการกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดี ทำให้มีกำลังใจและพยายามค้นหาสาเหตุที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม</li> <li>2. การตอบสนองด้านสติปัญญาการรับรู้ เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือ</li> </ol>	<p><b>กิจกรรมครั้งที่ 1</b> (วันแรกที่แพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล) ใช้เวลา 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และนำเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ อธิบายประโยชน์ ชี้แจงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และรายละเอียดของโปรแกรม</li> <li>2. ให้ผู้ป่วยเล่าถึงสถานการณ์สุขภาพของตนเองและระบายความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยและสภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด</li> <li>3. ผู้วิจัยสรุปประเด็นการค้นพบสภาพการณ์จริงร่วมกับผู้ป่วย</li> <li>4. ผู้วิจัยให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตนที่เหมาะสม การบริหารร่างกายหลังผ่าตัด</li> </ol>

ตารางที่ 1 (ต่อ) แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995)

ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995)	การประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
<p>ไม่มั่นใจในการดูแลตนเองจะแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่รอบตัว เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ รวมทั้งนำข้อมูลมาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและดูแลสุขภาพของตนเอง</p> <p>3. การตอบสนองด้านพฤติกรรม บุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง มองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก พยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรับรู้ภาวะสุขภาพของตนที่ถูกต้อง มีการปรับตัว และพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>5. ให้ผู้ป่วย Add Line พร้อมทั้งส่งคู่มือผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ในการศึกษาเพิ่มเติมและทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาและประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริงถึงปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่กำลังเผชิญอยู่ ยอมรับความเจ็บป่วย และตอบสนอง3 ด้าน ได้แก่ การตอบสนองด้านอารมณ์ โดยผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และมีความหวังในการกลับคืนสู่สภาวะสุขภาพที่ดี จึงเกิดกำลังใจที่จะดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง การตอบสนองด้านสติปัญญาการรับรู้ โดยผู้ป่วยมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ในการดูแลตนเอง และการตอบสนองด้านพฤติกรรม โดยผู้ป่วยมีการตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ</p>
<p><b>ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ (Critical reflection)</b></p> <p>เป็นการให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับปัญหาและสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อการตัดสินใจจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมองเห็นสถานการณ์ของตนเองเกิดการตระหนักรู้และมีความเข้าใจปัญหาจะส่งผลให้มีการวิเคราะห์สถานการณ์และ</p>	<p><b>ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ</b></p> <p>1. ให้ผู้ป่วยทบทวนการค้นพบสภาพการณ์จริง และบอกประสบการณ์การจัดการปัญหาสุขภาพที่ผ่านมาของตนเอง</p> <p>2. ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดร่วมกับผู้วิจัย</p> <p>3. ให้ผู้ป่วยบอกถึงแนวทางการปฏิบัติตามหลังผ่าตัดและการบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และ</p>



ตารางที่ 1 (ต่อ) แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995)

ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995)	การประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
<p>มีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตน ทำให้ได้มาซึ่งทางเลือกต่างๆในการปฏิบัติตนเพื่อแก้ไขปัญหาและมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยการใช้ความคิดด้านบวกนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม มีการตั้งเป้าหมายเพื่อให้เกิดการกระทำที่เป็นประโยชน์ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาตนเองทำให้ได้มาซึ่งทางเลือกในการแก้ไขปัญหา เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเกิดการรับรู้ถึงพลังอำนาจ</p>	<p>ฝึกทักษะการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยช่วยแนะนำและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและสภาวะสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ได้ รวมทั้งมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ทำให้ได้มาซึ่งทางเลือกในการแก้ไขปัญหาและเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมและจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนและนำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและเกิดการรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมและจัดการกับสถานการณ์สุขภาพของตนได้อย่างเหมาะสม</p>
<p><b>ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge)</b></p> <p>เป็นการให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม และลงมือปฏิบัติตามวิธีที่เลือก</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองได้และมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางที่กำหนด และเมื่อ</p>	<p><b>ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ผู้ป่วยทบทวนเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพที่ตั้งไว้</li> <li>2. ให้ผู้ป่วยบอกความสามารถในการดูแลตนเองและแนวทางที่คิดว่าจะปฏิบัติเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้</li> <li>3. ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและตรงกับสภาพปัญหา</li> <li>4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่อง</li> </ol>

ตารางที่ 1 (ต่อ) แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995)

ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995)	การประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
<p>ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้จะเกิดการรับรู้ถึงศักยภาพในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</p>	<p><b>กิจกรรมครั้งที่ 2</b> (1วัน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 30-45 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (ต่อเนื่องจากกิจกรรมครั้งที่ 1)</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เยี่ยมเตือนใจให้ปฏิบัติตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่อง</li> <li>2. ให้ผู้ป่วยทบทวนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดและการบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ โดยเลือกภาพกิจกรรมและท่าทางที่เหมาะสมตามโจทย์ที่ให้ สาธิตย้อนกลับในการปฏิบัติที่ถูกต้อง ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนและสนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วย</li> <li>3. ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด</li> <li>4. ให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติเหมาะสม</li> </ol> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและวิธีการดูแลตนเองได้ และเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกและกำหนดได้จะทำให้รับรู้ถึงความสามารถและศักยภาพในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นำไปสู่ความมุ่งมั่นทุ่มเทในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ) แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995)

ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995)	การประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
<p><b>ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)</b></p> <p>เป็นการกระตุ้น การให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์และแก้ไขปัญหাসุขภาพรวมทั้งเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทำให้อย่างคงพฤติกรรมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป</p>	<p><b>กิจกรรมครั้งที่ 3</b> (วันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 45-60 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ผู้ป่วยบอกถึงประสบการณ์จัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ผ่านมาถึงปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ และสิ่งที่ยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรค พร้อมทั้งเสนอแนวทางแก้ไข โดยผู้วิจัยช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับ</li> <li>2. ผู้วิจัยคอยให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติเหมาะสมและกล่าวเสริมแรงเพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยถึงความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด</li> <li>3. ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน</li> </ol> <p><b>กิจกรรมครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5</b> (ระหว่างพักฟื้นที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 20-30 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายการปฏิบัติในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องในระหว่างพักฟื้นที่บ้าน โดยใช้ประสบการณ์การจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ผ่านมา</li> <li>2. กระตุ้นเตือนเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองผ่าน Line สัปดาห์ละ</li> </ol>

ตารางที่ 1 (ต่อ) แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995)

ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995)	การประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
	<p>2 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนและสนับสนุนข้อมูลให้เพียงพอและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง</p> <p>3. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในศักยภาพของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ และการแก้ไขปัญหา ทำให้รับรู้ถึงพลังอำนาจและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงยังคงพฤติกรรมการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี ครอบคลุมในทุกด้าน</p>

กิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีการกระตุ้น ติดตาม และประเมินการเสริมสร้างพลังอำนาจในระยะเวลาที่ผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านผ่านทางสื่อโซเชียลมีเดียที่มีชื่อว่า “Application Line” เนื่องจากเป็นรูปแบบของโปรแกรมการสนทนาบนอุปกรณ์สื่อสารที่นิยมอย่างแพร่หลายในบุคคลทุกเพศทุกวัย ซึ่งจุดเด่นของการสื่อสารด้วย Line คือ เป็นรูปแบบการสื่อสารสองทางที่ผู้ส่งสารสามารถสื่อสารไปยังผู้รับสารได้ตลอดเวลา โดยไม่จำกัดช่วงเวลาและระยะเวลาในการสื่อสาร ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว และเป็นช่องทางสื่อสารไปยังกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ต่างๆ โดยผู้ส่งสารยังสามารถเลือกรูปแบบของสารให้เหมาะสมกับรูปแบบของการสื่อสารในลักษณะต่างๆ เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังใช้ติดต่อสื่อสารกับผู้ที่อยู่ในระยะทางไกลได้โดยประหยัดค่าใช้จ่ายกว่าการสนทนาทางโทรศัพท์ และสามารถส่งรูปแบบสารได้หลากหลายทั้งข้อความ รูปภาพ คลิปวิดีโอ ข้อความเสียง การส่งลิงค์เพื่อเชื่อมต่อเว็บไซต์ภายนอกได้ (ศุภศิลาภี กุลจิตต์เจี๊วงค์ 2556)

## 7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

Hakkinen et al. (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ 2 เดือนหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอายุแตกต่างกันทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัด และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าร่วมกับมีภาวะซีมเศร้าทำให้มีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

Trief et al. (2006) ศึกษาปัจจัยด้านอารมณ์ต่อระดับความปวดและความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวตั้งแต่ในระยะสัปดาห์แรกจนถึง 2 ปีหลังผ่าตัด พบว่า ความวิตกกังวลสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และสภาวะทางอารมณ์สามารถทำนายระดับความปวด และความสามารถในหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยได้จนกระทั่ง 2 ปี หลังผ่าตัด

Johansson et al. (2010) ศึกษาปัจจัยด้านความคิดและพฤติกรรมที่มีผลต่อความเจ็บปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ 1 ปีหลังผ่าตัด พบว่า อาการปวดหลังและขา ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ความกลัว และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในการกลับไปทำงานและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวประมาณร้อยละ 20-30 ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่

Chaichana et al. (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้า ความพิการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือนหลังผ่าตัด พบว่า ภาวะซีมเศร้าและอาการปวด มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพความพิการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และยังสามารถทำนายความก้าวหน้าทางคลินิกในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Archer et al. (2014) ศึกษาปัจจัยด้านการกลัวการเคลื่อนไหวในระยะแรกหลังผ่าตัดที่มีต่อความปวด ความพิการ และสุขภาพด้านร่างกายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว พบว่า การกลัวการเคลื่อนไหวในช่วง 6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด และภาวะซีมเศร้าในระยะ

ก่อนและหลังผ่าตัดสามารถทำนายความรุนแรงของระดับความปวด ความพิการ และสุขภาพด้านร่างกายหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Lozano-Alvarez et al. (2014) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ความพิการ และระดับความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว พบว่า อายุ เพศ ภาวะสุขภาพ และตำแหน่งอาการปวดก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ภาวะสุขภาพและอายุ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Gu et al. (2016) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่ออาการปวดหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว พบว่า ชนิดของโรค ระยะเวลาของอาการปวดก่อนผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาที่ทำผ่าตัด และจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดมากกว่า 120 นาที รวมทั้งมีจำนวนระดับปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัดมากขึ้น พบว่าผู้ป่วยมีความปวดหลังผ่าตัดมากขึ้น ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 1-2 ระดับ มีคะแนนความปวด (VAS) อยู่ในระดับ  $4.91 \pm 2.19$  และเมื่อมีจำนวนระดับของปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด 3 ระดับขึ้นไป ผู้ป่วยมีคะแนนความปวด (VAS) อยู่ในระดับ  $5.15 \pm 2.63$  โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนและผู้ป่วยที่มีอาการปวดก่อนผ่าตัดมากกว่า 2 ปี

Guan et al. (2017) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออาการปวดหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ 2 ปี หลังผ่าตัด พบว่า ระยะเวลาของอาการปวดก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีอาการปวดก่อนผ่าตัดมากกว่า 3 ปี จะมีอาการปวดในระยะหลังผ่าตัดที่รุนแรงและยาวนานกว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดก่อนผ่าตัดน้อยกว่า 3 ปี

ชนิภา ยอฮินยง (2556) ศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นตัวด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ 1 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด พบว่า ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความพึงพอใจในการพยาบาลสามารถทำนายการฟื้นตัวด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยที่ได้ถึงร้อยละ 47.9 ( $p < .05$ )

สุวรรณณี ขอบการไร่ และคณะ (2556) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ 3 เดือนแรกหลัง

ผ่าตัด พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .43, p < .05$ ) และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .22, p < .05$ ) ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ปกติจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีหลายปัจจัยด้วยกัน ทั้งปัจจัยในด้านร่างกายและปัจจัยในด้านจิตใจของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาและจัดการทำปัจจัยปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $r = .43, p < .05$ ) และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .22, p < .05$ ) (สุวรรณณี ขอบการไร่ และคณะ, 2556) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมและจัดการกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิตของภาวะสุขภาพของตนเองได้ และนำไปสู่ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี

## 7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

Heider et al. (2007) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ในระยะ 2 เดือนหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่หลังผ่าตัดยังคงมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและมีคุณภาพชีวิตแย่กว่าเมื่อเทียบกับคนทั่วไป และปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแยกลง

Jansson et al. (2009) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ 1 ปีหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 4 มีคุณภาพชีวิตแยกลงหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดขาและหลังไปจนกระทั่ง 3 เดือนหลังผ่าตัด และมีความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังผ่าตัดของผู้ป่วย

Chen et al. (2015) ศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างพักฟื้นในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด มีการฟื้นฟูสภาพที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีระดับความปวดลดลง มีความสามารถในการทำกิจกรรมที่มากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดที่ดีขึ้น

ศรัณยา มีชูทรัพย์ (2539) ศึกษาผลของโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อต่อความรู้สึกปวดและความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกสันหลังระดับ

เอว พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อมีความสามารถในการยกขาขณะเหยียดเข่าตรงในข้างที่ปวดและขาข้างปกติมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เรไร พงศ์สถาพร (2550) ศึกษาผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ในระยะ 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการโค้ชมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อินทิรา รูปสว่าง และคณะ (2552) ศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว พบว่า ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีคะแนนรวมภาวะสุขภาพดีกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ยังมีภาวะจำกัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากอาการปวดหลังส่วนล่างและผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังคงมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในระยะหลังผ่าตัด

สุวคล โกสีย์ไกรนิรมล และคณะ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหวลำไส้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กนกอร พิเดช (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวยังคงมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเมื่อเทียบกับคนทั่วไป นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตในระยะหลังผ่าตัด โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่หลากหลาย ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพในด้านร่างกาย บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดและการตัดสินใจ เมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านจึงไม่



สามารถตัดสินใจจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองได้ เนื่องจากในด้านจิตใจผู้ป่วยยังไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือควบคุมกับปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บป่วยของตนเองได้ ทำให้ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดต้องใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้น และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน

### 7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พนารัตน์ เจนจบ (2542) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่า ภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 เดือน ผู้ป่วยมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดวงกมล วัตราคูล (2550) ศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ด้านจิตสังคม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น วิตกกังวลลดลง มีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา ด้านโครงสร้างการบริการสุขภาพ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา มีทักษะในการสื่อสาร เจรจาต่อรอง และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในด้านบวกระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และด้านสุขภาพ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจสามารถกลับไปทำงานได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตและความผาสุกเพิ่มขึ้น

เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมวิธีเนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีอาการปวดน้อยกว่า ระยะทางการเดินหลังผ่าตัดมากกว่า อดอาหารเหี้ยมดการงอข้อเข่ามากกว่า และระยะวันนอนหลังผ่าตัดน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จันทรา คงเจริญ (2554) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และมีการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ยงยุทธ์ สุขพิทักษ์ (2557) ศึกษาเทคนิคการเสริมพลังในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ย HbA1C ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการใช้เทคนิคเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้ เกิดการรับรู้ มีความตระหนักในตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติของตนเอง ส่งผลให้เกิดการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

อัญญาณี สาสวน และธนิดา ผาติเสนะ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความรู้มากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ รวมทั้งมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (อาการปวด การเหยียดการงอข้อเข่า ระยะทางการเดิน ระยะเวลานอนพัก) ต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กมนทรศน์ ยันต์เจริญ และคณะ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกล้ามเนื้อขา มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Tzu-Ting Huang et al. (2017) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจรับรู้ศักยภาพของตนเองและมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การดำเนินชีวิตประจำวัน การเคลื่อนไหว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

Garzon-Rey et al. (2017) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับความเครียดของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 41.9 มีระดับความเครียดลดลงในระยะหลังผ่าตัด และเกิดความรู้สึกมีพลังมากขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์สุขภาพของตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีพลังและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่รวดเร็วและครอบคลุมทุกด้าน ในการศึกษาี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนเอง สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสมและต่อเนื่องในระยะที่ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็วและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน

## 8. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (Gibson, 1995)

**กิจกรรมครั้งที่ 1** (วันแรกที่แพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล) ใช้เวลา 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยและความต้องการต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมหลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและยอมรับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ตามสภาพจริง

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ให้ผู้ป่วยบอกประสบการณ์การจัดการปัญหาสุขภาพที่ผ่านมาและตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจปัญหา และมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสม ตรงตามสภาพปัญหา และกระตุ้นให้ปฏิบัติตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงศักยภาพในการดูแลตนเอง และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

**กิจกรรมครั้งที่ 2** (1 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 30-45 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (ต่อเนื่องจากกิจกรรมในครั้งที่ 1) เยี่ยมเตือนใจเพื่อทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง

**กิจกรรมครั้งที่ 3** (วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 45-60 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ผ่านมา ให้กำลังใจและทบทวนกิจกรรมต่างๆ เพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างความมั่นใจก่อนกลับบ้าน

**กิจกรรมครั้งที่ 4 และกิจกรรมครั้งที่ 5** (ระหว่างพักฟื้นที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 20-30 นาที ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ติดตาม กระตุ้น และให้ความรู้ผ่านทาง Line สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจในศักยภาพและยังคงพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

- ด้านอาการทางกาย
- ด้านร่างกาย
- ด้านจิตใจ
- ด้านสังคม
- ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน

(Allvin et al., 2009)

รูปที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลครั้งเดียว (The-Posttest-only with nonequivalent groups) เพื่อศึกษาผลโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดยมีแบบแผนการทดลอง ดังนี้

	กลุ่มควบคุม	_____O <sub>1</sub>
	กลุ่มทดลอง	_____X_____O <sub>2</sub>
X	หมายถึง	โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ
O <sub>1</sub>	หมายถึง	การประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
O <sub>2</sub>	หมายถึง	การประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว อายุ 30-59 ปี ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 46 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน ตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

1. กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1.1 อายุระหว่าง 30 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

1.2 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (L<sub>1</sub>-S<sub>1</sub>) ได้แก่ โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับรากประสาท (Herniated nucleus pulposus) โรคข้อต่อกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (Lumbar Spondylosis) โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Spinal

canal stenosis) และโรคข้อต่อกระดูกสันหลังเคลื่อน (Lumbar Spondylolisthesis) และเข้ารับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (L<sub>1</sub>-S<sub>1</sub>) เป็นครั้งแรก

1.3 ทำการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

1.4 ผู้ป่วยมีอาการคงที่ และไม่มีข้อห้ามจากเตียงและการฝึกเดิน

1.5 ผู้ป่วยมีความสามารถในสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ปกติ

1.6 ผู้ป่วยมีอุปกรณ์สื่อสารที่สามารถใช้ Application Line ได้ และมีความสามารถในการใช้ Application Line รวมทั้งยินดีที่จะให้ผู้วิจัยติดต่อสื่อสารทาง Line และทางโทรศัพท์

1.7 ผู้ป่วยยินดีและลงนามเข้าร่วมการวิจัย

## 2. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria) ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ไม่สามารถเดินได้ มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แผลผ่าตัดติดเชื้อ หรือได้รับการผ่าตัดซ้ำ (Reoperation) ในระยะ 1 เดือนหลังผ่าตัด

2.2 ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรม

ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง 1 คน ถูกคัดออกจากการวิจัย เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมาผ่าตัดที่สถาบันประสาทวิทยา และหลังจากผ่าตัดแล้วผู้ป่วยกลับไปรักษาและตรวจติดตามผลที่โรงพยาบาลต้นสังกัด จึงไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรม

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าโค้งปกติ (Normality) ซึ่งมีผลต่ออำนาจทดสอบ ทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อค่าความแปรปรวน ทำให้ค่าความแปรปรวนลดลง ดังนั้นค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด (Burns & Grove, 2009) ในการศึกษานี้ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) .80 อำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = .05$  กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) อ้างอิงจากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ (กนกอร พิเศษ, 2559) จากกรคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน อย่างไรก็ตามเนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีการจัดกิจกรรมหลายครั้งและใช้ระยะเวลานานซึ่งอาจทำให้เกิดการสูญหายระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม (Drop

out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Polit & Hungler, 1999) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจึงมีจำนวน 46 คน โดยแบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 23 คน โดยแบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 23 คน กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกันมากที่สุดโดยวิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มี ความคล้ายคลึงกัน (Matched pair) โดยตัวแปรที่กำหนดคือ อายุ ระดับความปวดหลังผ่าตัด และจำนวนระดับของปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด (Gu et al., 2016; Lozano-Alvarez et al., 2014; กนกอร พิเศษ, 2559; ฉันทนันท์ เหล่าฤทธิ์, 2559)

### ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และนำไปเสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือ
2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยประสานงานกับรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการในหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 46 คน จากหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา ดังนี้

3.1 คัดเลือกรายชื่อจากเวชระเบียนผ่าตัด โดยเป็นผู้ป่วยอายุระหว่าง 30 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (L<sub>1</sub>-S<sub>1</sub>) ได้แก่ โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับรากประสาท (Herniated nucleus pulposus) โรคข้อต่อกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (Lumbar Spondylosis) โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Spinal canal stenosis) และโรคข้อต่อกระดูกสันหลังเคลื่อน (Lumbar Spondylolisthesis) และเข้ารับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (L<sub>1</sub>-S<sub>1</sub>) เป็นครั้งแรก

3.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตและขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (Matched pair) เพื่อควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุดและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัย โดยตัวแปรที่กำหนดคือ

4.1 อายุ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่มีอายุน้อยจะมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก (ชนิภา ยอเย็นยง, 2556) โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากมีความเสี่ยงที่จะมีโรคร่วมมากกว่าซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่าย (Schoenfeld et al., 2011) และผู้ป่วยที่มีอายุมากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่มากขึ้นทำให้กล้ามเนื้อหลังมีความแข็งแรงน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงหลังผ่าตัดและมีโอกาสเกิดความเสี่ยงของข้อกระดูกสันหลังระดับใกล้เคียงได้ ทำให้เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำได้มากกว่า (Jeric & Sliepcevic, 1991) นอกจากนี้อายุที่มากขึ้นมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองจากความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ (Wang et al., 2004) ซึ่งส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจึงกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (Lozano-Alvarez et al., 2014; กนกอร พิเดช, 2559)

4.2 ระดับความปวดหลังผ่าตัด โดยระดับความปวดที่ต่างกันจะทำให้มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดแตกต่างกัน อาการปวดปวดหลัง ปวดขา และปวดร้าวลงขามีความสัมพันธ์กับข้อจำกัดด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย (ชนิภา ยอเย็นยง, 2556) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ไม่อยากที่จะเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมที่ส่งเสริมให้รู้สึกปวดมากขึ้น และทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยทำได้ยากลำบาก (Hicks et al., 2008) โดยความปวดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นสภาพด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .507, p < .05$ ) และทำนายการฟื้นสภาพด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้ร้อยละ 25.7 ( $R^2 = .257, p < .0001$ ) (ชนิภา ยอเย็นยง, 2556) ผู้วิจัยจึงกำหนดให้ระดับความปวดหลัง ปวดขา และปวดร้าวลงขาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับเดียวกัน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-3 คะแนน คือ ไม่ปวดหรือปวดเล็กน้อย, 4-7 คะแนน คือ ปวดปานกลาง, และ 8-10 คะแนน คือ ปวดมากถึงมากที่สุด (กนกอร พิเดช, 2559)

4.3 จำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด บ่งบอกถึงความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงมากขึ้นและเกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อและข้อต่อต่างๆ ส่งผลต่อความ



ไม่มั่นคงของกระดูกสันหลังขณะเคลื่อนไหวหรือมีแรงกดมากกระทำ (ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557) และนอกจากนี้จำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัดบ่งบอกถึงความรุนแรงของเนื้อเยื่อที่ได้รับความเสียหายจากการผ่าตัด โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวหลายระดับย่อมมีความเสียหายของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและปล้องกระดูกสันหลังมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในระดับเดียว (กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, 2554) และจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัดมีผลต่อระดับอาการปวดหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 1-2 ระดับ พบว่าคะแนนความปวด (VAS) อยู่ในระดับ  $4.91 \pm 2.19$  และเมื่อมีจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด 3 ระดับขึ้นไป พบว่าผู้ป่วยมีความปวดมากขึ้น มีคะแนนความปวด (VAS) อยู่ในระดับ  $5.15 \pm 2.63$  (Gu et al., 2016) ซึ่งอาการปวดดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพด้านอาการทางกาย และด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด (ชนิภาย ยอฮีนยง, 2556) ผู้วิจัยจึงกำหนดให้จำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัดมีจำนวนเท่ากัน (Gu et al., 2016; ฉันทนันท์ เหล่าฤทธิ์, 2559)

5. เพื่อป้องกันการปนเปื้อนและการรบกวนจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจนครบ 23 คนให้เสร็จสิ้นก่อนจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง 23 คน หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองไม่สามารถจับคู่กับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมได้ ผู้วิจัยจะหากกลุ่มตัวอย่างใหม่ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและสามารถจับคู่กับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมได้

ตารางที่ 2 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (Match pair) พิจารณาองค์ประกอบ อายุ ระดับความปวดหลังผ่าตัด และจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด

คู่ที่	อายุ (ปี)		ระดับความปวด		จำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด(ระดับ)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	57	59	2	2	2	2
2	59	59	2	2	2	2
3	55	51	1	1	2	2
4	58	54	2	2	2	2
5	59	59	2	2	1	1
6	55	58	2	2	3	3
7	52	51	2	2	3	3
8	54	54	2	2	2	2
9	59	55	2	2	3	3
10	49	46	2	2	2	2
11	58	55	2	2	3	3
12	47	47	1	1	1	1
13	59	59	2	2	2	2
14	57	58	2	2	2	2
15	56	52	2	2	1	1
16	59	59	2	2	1	1
17	53	57	2	2	2	2
18	53	49	1	1	1	1
19	47	49	2	2	2	2
20	53	54	2	2	3	3
21	57	53	2	2	2	2
22	55	53	1	1	1	1
23	54	58	2	2	1	1

หมายเหตุ: ระดับความปวด

1 หมายถึง ไม่ปวดหรือปวดเล็กน้อย (0-3 คะแนน)

2 หมายถึง ปวดปานกลาง (4-7 คะแนน)

3 หมายถึง ปวดมากถึงมากที่สุด (8-10 คะแนน)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

#### ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

**1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำตอบ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อมูล และส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย การวินิจฉัยโรค ประวัติการได้รับการรักษาเพื่อลดอาการปวด ระดับความปวดก่อนและหลังผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด จำนวนระดับของกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด และระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล โดยรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านศัลยกรรมประสาท 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการพยาบาล 1 ท่าน และนักกายภาพบำบัด 1 ท่าน โดยภายหลังได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ปรับแก้แบบสอบถามส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ดังนี้

1. เพิ่มวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด

2. เพิ่มระยะเวลาของอาการปวดก่อนผ่าตัด เนื่องจากเป็นข้อมูลที่บ่งบอกถึงระยะเวลาของการเกิดพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลัง ซึ่งส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบประสาทไขสันหลัง

**1.2 แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว** ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมิน Postoperative Recovery Profile (PRP) ที่พัฒนาโดย Allvin et al. (2009) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (Allvin et al., 2007) และลักษณะของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยจากการศึกษาประสบการณ์ของกระบวนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (Allvin et al., 2008) แบบประเมินประกอบด้วย 19 ข้อคำถาม 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านอาการทางกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 4 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 3 ข้อ และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 2 ข้อ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือและดัดแปลงเครื่องมือจากผู้พัฒนาเครื่องมือ ภายหลังได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจากสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแปลภาษาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษอีกท่านหนึ่งแปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ หลังจากนั้นผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา โดยข้อคำถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงคือ ด้านอาการทางกาย จำนวน 1 ข้อ ดังนี้

ข้อที่ 1 ฉบับเดิม “ท่านมีอาการปวด” ดัดแปลงเป็น “ท่านมีอาการปวดหลัง ปวดเอว และ/หรือปวดหลังร้าวลงขา” ซึ่งเป็นอาการปวดที่เฉพาะเจาะจงและมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

ภายหลังการดัดแปลงเครื่องมือยังคงข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านอาการทางกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 4 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 3 ข้อ และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 2 ข้อ

แบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยให้ความหมายแบบสอบถาม ดังนี้

- ไม่เคยเลย หมายถึง อาการหรือความรู้สึกนั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับท่านเลยใน 1 สัปดาห์
- บางครั้ง หมายถึง อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับท่าน 1-3 ครั้ง/สัปดาห์
- บ่อย ๆ หมายถึง อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับท่าน 4-6 ครั้ง/สัปดาห์
- เป็นประจำ หมายถึง อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับท่านทุกวัน

### เกณฑ์การให้คะแนน คือ

อาการนั้นเกิดขึ้นเป็นประจำ	ให้คะแนน	1	คะแนน
อาการนั้นเกิดขึ้นบ่อยๆ	ให้คะแนน	2	คะแนน
อาการนั้นเกิดขึ้นบางครั้ง	ให้คะแนน	3	คะแนน
อาการนั้นไม่เคยเลย	ให้คะแนน	4	คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านศัลยกรรมประสาท 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการพยาบาล 1 ท่าน และนักกายภาพบำบัด 1 ท่าน ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) จากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนนระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ .95 โดยเกณฑ์การยอมรับ Content validity index เท่ากับหรือมากกว่า .80 จึงถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี (Polit & Hungler, 1999)

**การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่สถาบันประสาทวิทยา และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .83 โดยเกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้คือ ตั้งแต่ .70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยรรภากร, 2555)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

## 2.1 โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

### 2.1.1 ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยทำการ

ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และสรุปเนื้อหาสำคัญของการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.1.2 กำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างหลักของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ได้แก่ หลักการ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ ระยะเวลา และการประเมินผล

### 2.1.3 ออกแบบแผนการดำเนินกิจกรรมและกำหนดรายละเอียดของกิจกรรมใน

โปรแกรม ผู้วิจัยออกแบบแผนการดำเนินกิจกรรมและกำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยพัฒนาเป็นคู่มือโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งมีสาระสำคัญตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนตามแนวคิดของ Gibson (1995) ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

#### 2.1.3.1 แผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการ

การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่านักวิจัยมีการกำหนดระยะเวลาในการเสริมสร้างพลังอำนาจแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา การศึกษาที่ผ่านมาในบริบทการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่าระยะเวลาในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีอยู่ระหว่าง 2-8 สัปดาห์ โดยต้องมีการเข้าพบผู้ป่วยเพื่อทำกิจกรรม 3-7 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30-90 นาที (กมนทรศน์ ยันต์เจริญ นริรัตน์ จิตรมนตรี และ เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, 2559; เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์, 2553; อัญญาณี สาสวน และธนิดา ผาติเสนะ, 2558)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสภาพปัญหาและสภาพผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นสำคัญ จึงได้วางแผนการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมให้มีความเหมาะสม

กับผู้ป่วยและสอดคล้องกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย (Late phase) โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลจำนวน 5 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

2.1.3.2 รายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ผู้วิจัยกำหนดรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมครั้งที่ 1** (วันแรกที่แพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล) ใช้เวลา 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย อธิบายประโยชน์ ซึ่งแจ้งกระบวนการและรายละเอียดของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. ให้ผู้ป่วยเล่าถึงสถานการณ์สุขภาพของตนเอง ระบายความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย รวมทั้งความต้องการต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

3. สรุปประเด็นการค้นพบสภาพการณ์จริงร่วมกันและบันทึกลงในสมุดบันทึกการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

5. ให้ผู้ป่วย Add Line “Spine Empowerment” พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวให้ผู้ป่วยใช้ในการศึกษาเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

1. ทบทวนการค้นพบสภาพการณ์จริงและให้ผู้ป่วยบอกประสบการณ์การจัดการปัญหาสุขภาพที่ผ่านมาของตนเอง

2. ตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดร่วมกันและบันทึกลงในสมุดบันทึกการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

3. ให้ผู้ป่วยบอกถึงแนวทางการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองและการบริหารร่างกาย เพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และให้ผู้ป่วยทดลองฝึกทักษะการปฏิบัติจริง โดยผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง

### ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ

1. ทบทวนเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ตั้งไว้

2. ให้ผู้ป่วยบอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว รวมทั้งแนวทางที่คิดว่าจะปฏิบัติเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่เหมาะสมและตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามวิธีการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่อง

**กิจกรรมครั้งที่ 2** (1 วัน ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 30-45 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (ต่อเนื่องจากกิจกรรมครั้งที่ 1)

1. เข้าพบผู้ป่วยเพื่อเยี่ยมเตือนใจให้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยทบทวนเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

2. ทบทวนวิธีการดูแลตนเองหลังผ่าตัด การปฏิบัติตนที่เหมาะสม และการบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว มีการสาธิตย้อนกลับในการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำและสนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย

3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม

4. ให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติเหมาะสม

**กิจกรรมครั้งที่ 3** (วันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 45-60 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ



1. ให้ผู้ป่วยบอกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และสิ่งที่ยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรค พร้อมทั้งเสนอแนวทางแก้ไข โดยผู้วิจัยช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

2. ผู้วิจัยให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้เหมาะสม และกล่าวเสริมแรงเพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยถึงความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

3. ทบทวนกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

**กิจกรรมครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5** (ระหว่างพักฟื้นที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 20-30 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

1. ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างต่อเนื่องในระหว่างพักฟื้นที่บ้าน

2. กระตุ้นเตือนเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยตั้งไว้ร่วมกับผู้วิจัย และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองผ่านทางสื่อโซเชียลมีเดีย Line สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนและสนับสนุนข้อมูลในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างเพียงพอ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

3. ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 20-30 นาที เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยในขณะพักฟื้นที่บ้าน

**2.1.4 จัดทำสื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรมในโปรแกรม** ในการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมี่สื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรม ดังนี้

2.1.4.1 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบการสอนและให้ผู้ป่วยใช้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติม โดยเนื้อหาในคู่มือประกอบด้วย โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม สาเหตุของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม อาการของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม การผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ระดับเอว ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ การสวมเสื้อพยุงหลัง การปฏิบัติตนที่เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ท่าทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ข้อควรระวังและกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยงหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และทำบริหารร่างกายหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

2.1.4.2 สื่อภาพนิ่งประกอบคำบรรยายเรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เป็นสื่อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพื่อใช้ในการให้ความรู้ผู้ป่วย โดยเนื้อหาในสื่อภาพนิ่งประกอบคำบรรยายประกอบด้วย โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม สาเหตุของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม อาการของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ การสวมเสื้อพยุงหลัง การปฏิบัติตนที่เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ท่าทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ข้อควรระวังและกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยงหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และทำบริหารร่างกายหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

2.1.4.3 สื่อข้อความและภาพนิ่งเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ใช้ในการให้ความรู้และกระตุ้นเตือนผู้ป่วยผ่านทางสื่อโซเชียลมีเดีย Line เป็นสื่อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดยนำเนื้อหาในคู่มือมาจัดทำเป็นภาพนิ่งและข้อความสั้นๆที่กระชับ มีสีสันสวยงาม เพื่อใช้ในการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยทาง Line ถึงกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี

2.1.4.4 แผ่นพับชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการใช้งานสื่อโซเชียลมีเดีย Line เพื่อติดตามการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการให้ข้อมูลและแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการเข้าร่วม Line “Spine Empowerment” โดยเนื้อหาในแผ่นพับชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการใช้งานสื่อโซเชียลมีเดีย Line ประกอบด้วย การแนะนำ Line “Spine Empowerment” ขั้นตอนการใช้งาน รวมทั้ง QR Code และ ID Line สำหรับให้ผู้ป่วยใช้ในการเข้าร่วม Line “Spine Empowerment”

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยได้นำคู่มือโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว สื่อภาพนิ่งประกอบคำบรรยายเรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว สื่อข้อความและภาพนิ่งที่ใช้ในการให้ความรู้และกระตุ้นเตือนผู้ป่วยผ่านทางสื่อโซเชียลมีเดีย Line และแผ่นพับชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการใช้งานสื่อโซเชียลมีเดีย Line เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้แก่ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา ความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของระยะเวลา และความเหมาะสมของรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านศัลยกรรมประสาท 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการพยาบาล 1 ท่าน และนักกายภาพบำบัด 1 ท่าน โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. คู่มือโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ควรมีการระบุระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละขั้นตอน โดยอาจทำเป็นตารางเพื่อให้เข้าใจง่ายและเห็นภาพได้ชัดเจนมากขึ้น และควรเพิ่มเติมแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวลงในภาคผนวกท้ายเล่ม
2. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ควรปรับปรุงภาพด้านในเล่มให้มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้มีความน่าสนใจและสามารถสื่อความหมายของสิ่งที่ต้องการแนะนำผู้ป่วยได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น
3. สื่อภาพนิ่งประกอบคำบรรยายเรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ควรปรับลดเสียงดนตรีให้เบาลง เพื่อให้สามารถฟังเสียงบรรยายได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น
4. สื่อข้อความและภาพนิ่งที่ใช้ในการให้ความรู้และกระตุ้นเตือนผู้ป่วยผ่านทางสื่อโซเชียลมีเดีย Line ควรปรับขนาดตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้น เพื่อให้อ่านง่าย
5. แผ่นพับชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการใช้งานสื่อโซเชียลมีเดีย Line มีความเหมาะสม ไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้ปรับปรุงแก้ไขใดๆ

ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้

### ผลการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจในภาษาและเนื้อหาในโปรแกรมเป็นอย่างดี ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมเหมาะสมกับระยะเวลาที่กำหนดไว้ในโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ

#### 3.1 สมุดบันทึกการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ในการบันทึกกิจกรรมการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจของตนเองตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละสัปดาห์ โดยเนื้อหาในสมุดบันทึกการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวประกอบด้วย ประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ รายละเอียดกิจกรรมขั้นตอนโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ตารางกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ การบันทึกเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจของตนเองตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่

- 1.) การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นการบันทึกการเจ็บป่วยและความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย ปัญหาและสถานการณ์การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ผู้ป่วยคิดว่ามีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และความรู้สึกต่อปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่จากกิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง รวมทั้งความต้องการและความคาดหวังต่อการเจ็บป่วย
- 2.) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการบันทึกปัญหาและสถานการณ์การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจากกิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง และตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

3.) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ เป็นการบันทึกวิธีการที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด รวมทั้งความรู้สึกต่อกิจกรรมที่ปฏิบัติ ได้แก่ พึงพอใจ เฉยๆ และไม่พึงพอใจ

4.) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นการบันทึกผลของการตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติตามวิธีการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ว่าสามารถบรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาหรือไม่ โดยการบรรลุเป้าหมายประเมินจากความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมที่ปฏิบัติในขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และหากไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้ป่วยจะต้องค้นหาสาเหตุของปัญหาและปัญหาอุปสรรคที่พบ เพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหาให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ต่อไป โดยผู้วิจัยจะติดตามประเมินทุกสัปดาห์ รวมทั้งกระตุ้น ให้คำแนะนำ สนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และให้กำลังใจเพื่อเสริมแรงให้ผู้ป่วยวางแผนแก้ไขปัญหา และปฏิบัติตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือก

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำสมุดบันทึกการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้แก่ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา ความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของระยะเวลา และความเหมาะสมของรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านศัลยกรรมประสาท 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการพยาบาล 1 ท่าน และนักกายภาพบำบัด 1 ท่าน โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. ควรเพิ่มเติมตารางกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจลงในสมุดบันทึกการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือกำกับการทดลองตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้

### ผลการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจในภาษาและเนื้อหาของสมุดบันทึกการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นอย่างดี สามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับการปฏิบัติกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัยช่วยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง โดยดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562 ดังนี้

**1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง** ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561 มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 การเตรียมความพร้อมผู้วิจัยโดยการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

1.1.2 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) ทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจก่อนการนำไปปฏิบัติจริง

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่สถาบันประสาทวิทยาและเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดโดยใช้แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ซึ่งจะประเมินในสัปดาห์ที่ 4 หลังเสร็จสิ้นการวิจัย

1.3 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย คู่มือโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว สื่อภาพนิ่งประกอบคำบรรยายเรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว สื่อข้อความและภาพนิ่งที่ใช้ในการให้ความรู้และกระตุ้นเตือนผู้ป่วยผ่านทางสื่อโซเชียลมีเดีย Line และแผ่นพับชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการใช้งานสื่อโซเชียลมีเดีย Line

1.4 ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันประสาทวิทยา โดยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2561

1.5 ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

1.6 ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์เจ้าของไข้เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย และประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

**2. ขั้นตอนการทดลอง** ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562 มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้กลุ่มตัวอย่าง 23 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง

23 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 23 คน จึงดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองอีก 23 คน

2.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดยมีกิจกรรมดังนี้

**กลุ่มควบคุม** เป็นกลุ่มที่จะได้รับการพยาบาลตามปกติ มีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังของสถาบันประสาทวิทยา โดยครอบคลุมในเรื่องการส่งเสริมให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ การดูแลด้านร่างกาย เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การจัดการความปวด การสวมอุปกรณ์พยุงหลัง การออกกำลังกายและการบริหารกล้ามเนื้อ การดูแลด้านจิตสังคม เช่น การจัดการกับความวิตกกังวลและการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
3. หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างกลับไปใช้ชีวิตตามปกติและดูแลตนเองที่บ้านตามคำแนะนำที่ได้รับจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย
4. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลการนัดหมายตรวจหลังผ่าตัดจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงวัน เวลา ที่แพทย์นัดตรวจหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และโทรนัดหมายกลุ่มตัวอย่างก่อนวันนัดตรวจ 1 วัน

**กลุ่มทดลอง** เป็นกลุ่มที่จะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล จำนวน 5 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้



**กิจกรรมครั้งที่ 1** (วันแรกที่แพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล) ใช้เวลา 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และนำเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยอธิบายประโยชน์ ชี้แจงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และรายละเอียดของโปรแกรม

2. ให้ผู้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงสถานการณ์สุขภาพของตนเอง ระบายความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย และสภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความต้องการต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

3. ผู้วิจัยสรุปประเด็นการค้นพบสภาพการณ์จริงร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และบันทึกลงในสมุดบันทึกการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

4. ผู้วิจัยให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุและอาการของโรคกระดูกสันหลังระดับเอว เสื่อม การรักษาโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมโดยวิธีผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด การปฏิบัติตนที่เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ท่าทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ข้อควรระวังและกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยงหลังผ่าตัด และทำบริหารร่างกายหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

5. ให้กลุ่มตัวอย่าง Add Line “Spine Empowerment” ผ่าน ID Line หรือ QR code พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษาเพิ่มเติมและทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ

1. ให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนการค้นพบสภาพการณ์จริง และบอกประสบการณ์การจัดการปัญหาสุขภาพที่ผ่านมาของตนเอง

2. ให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดร่วมกับผู้วิจัย และบันทึกลงในสมุดบันทึกการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

3. ให้กลุ่มตัวอย่างบอกถึงแนวทางบอกถึงแนวทางการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองและการบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และให้ผู้ป่วยทดลองฝึกทักษะการปฏิบัติจริง โดยผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง

### ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ

1. ให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ตั้งไว้
2. ให้กลุ่มตัวอย่างบอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว รวมทั้งแนวทางที่คิดว่าจะปฏิบัติเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และบันทึกลงในสมุดบันทึกการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

3. ผู้วิจัยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่เหมาะสมและตรงกับสภาพปัญหา

4. ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามวิธีการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่อง

**กิจกรรมครั้งที่ 2** (1 วัน ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 30-45 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (ต่อเนื่องจากกิจกรรมครั้งที่ 1)

### ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเพื่อเยี่ยมเตือนใจให้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่อง และให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

2. ให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนวิธีการดูแลตนเองหลังผ่าตัด การปฏิบัติตนที่เหมาะสม และการบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว มีการสาธิตย้อนกลับในการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำและสนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

3. ผู้วิจัยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม

4. ผู้วิจัยให้กำลังใจในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้เหมาะสม

**กิจกรรมครั้งที่ 3** (วันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 45-60 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วย ให้บอกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และสิ่งที่ยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรค พร้อมทั้งเสนอแนวทางแก้ไข โดยผู้วิจัยช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

2. ผู้วิจัยคอยให้กำลังใจในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเหมาะสมและกล่าวเสริมแรงเพื่อสร้างความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างถึงความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

3. ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนกลุ่มตัวอย่างจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

**กิจกรรมครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5** (ระหว่างพักฟื้นที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 20-30 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

1. ให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างต่อเนื่องในระหว่างพักฟื้นที่บ้าน โดยใช้ประสบการณ์ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ผ่านมา

2. ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่กลุ่มตัวอย่างตั้งไว้ร่วมกับผู้วิจัย และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองผ่านทางสื่อโซเชียลมีเดีย Line สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนและสนับสนุนข้อมูลในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างเพียงพอ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 20-30 นาที โดยจะเป็นการสอบถามอาการทั่วไป ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจในขณะที่อยู่ที่บ้านจากข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างบันทึกในสมุดบันทึกการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือกและไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจะกระตุ้นและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจเพื่อเสริมแรงในการวางแผนแก้ไขปัญหามาตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือก เพื่อให้สามารถดูแล

ตนเองและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมและบรรลุเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ตั้งไว้ และติดตามประเมินทุกสัปดาห์

5. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลการนัดหมายตรวจหลังผ่าตัดจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงวัน เวลา ที่แพทย์นัดตรวจหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และโทรนัดหมายกลุ่มตัวอย่างก่อนวันนัดตรวจ 1 วัน

### 3. ชั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 4 วันที่แพทย์นัดตรวจเป็นครั้งแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว มีรายละเอียดดังนี้

#### กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกในวันที่แพทย์นัดตรวจหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยใช้แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

2. ภายหลังจากผู้ช่วยวิจัยประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อกล่าวขอบคุณ มอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และหากกลุ่มตัวอย่างสนใจโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยยินดีให้คำแนะนำเกี่ยวกับโปรแกรม

#### กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกในวันที่แพทย์นัดตรวจหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

2. ภายหลังจากผู้ช่วยวิจัยประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อกล่าวขอบคุณ และยุติโปรแกรม

#### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยก่อนดำเนินการวิจัยได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา เลขที่โครงการวิจัย 61050 โดยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2561 หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ

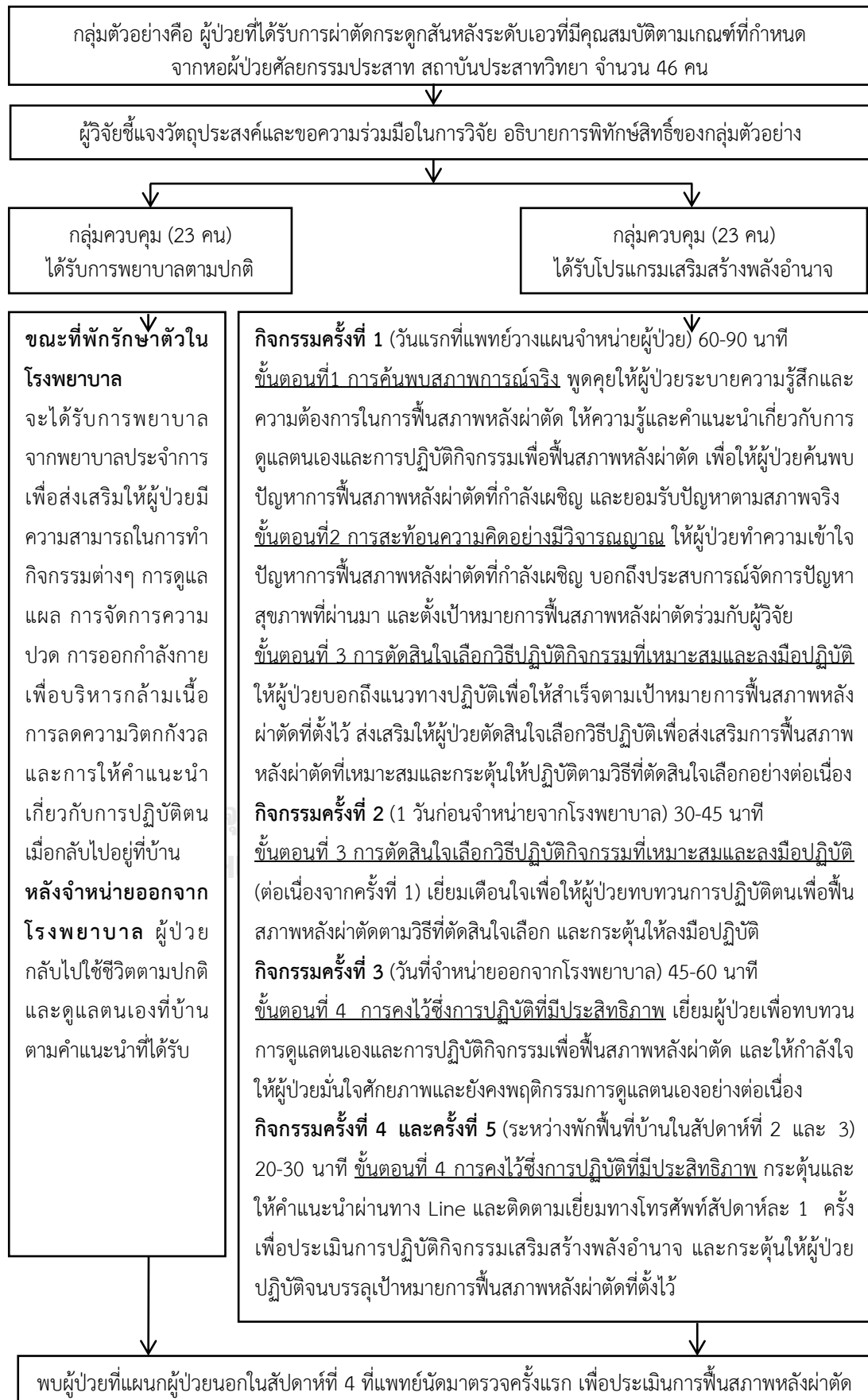
พิจารณารายธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย โดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือคุณภาพการบริการที่จะได้รับ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะมีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ในการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independence t-test

### รูปที่ 3 สรุปรูปขั้นตอนดำเนินการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว อายุ 30-59 ปี ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 46 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		รวม (n=46)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	5	21.70	12	52.20	17	37.00
หญิง	18	78.30	11	47.80	29	63.00
<b>อายุ</b>						
40-49	3	13.00	4	17.40	7	15.20
50-59	20	87.00	19	82.60	39	84.80
ค่าเฉลี่ย	$\bar{x} = 55$ SD = 3.68		$\bar{x} = 54.30$ SD = 4.09		$\bar{x} = 54.65$ SD = 3.86	
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	-	-	2	8.70	2	4.30
คู่	22	95.70	15	65.30	37	80.50
หย่า	1	4.30	3	13.00	4	8.70
หม้าย	-	-	2	8.70	2	4.30
แยกกันอยู่	-	-	1	4.30	1	2.20
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	10	43.60	11	48.00	21	45.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	8.70	3	13.00	5	10.90
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	5	21.70	4	17.40	9	19.60
อนุปริญญา	1	4.30	1	4.30	2	4.30
ปริญญาตรี	3	13.00	3	13.00	6	13.00
สูงกว่าปริญญาตรี	2	8.70	1	4.30	3	6.50
<b>อาชีพ</b>						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	17.40	1	4.30	5	10.90
รับจ้าง	3	13.00	4	17.40	7	15.20



**ตารางที่ 3 (ต่อ)** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		รวม (n=46)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกร	4	17.40	7	30.50	11	24.00
รับราชการ	6	26.20	4	17.40	10	21.70
รัฐวิสาหกิจ	1	4.30	2	8.70	3	6.50
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	13.00	4	17.40	7	15.20
ลูกจ้างประจำ กทม.	2	8.70	1	4.30	3	6.50
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>						
ต่ำกว่า 5,000 บาท	1	4.30	1	4.30	2	4.30
5,000-10,000 บาท	6	26.20	6	26.20	12	26.20
10,001-15,000 บาท	5	21.70	3	13.00	8	17.40
15,001-20,000 บาท	3	13.00	7	30.40	10	21.70
20,001-25,000 บาท	-	-	4	17.40	4	8.70
25,000 บาท ขึ้นไป	8	34.80	2	8.70	10	21.70

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 84.80 อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 55 (SD = 3.68) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 54.30 (SD = 4.09) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80.50 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.70 กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.00 และมีรายได้ 5,000-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.20

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจำแนกตามข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการผ่าตัดใหญ่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาของอาการปวดก่อนผ่าตัด ประวัติการได้รับการรักษาเพื่อลดอาการปวด จำนวนระดับที่ได้รับการผ่าตัด ระดับความปวดหลังผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด และระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		รวม (n=46)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ดัชนีมวลกาย (กก./ตรม.)</b>						
18.5 – 22.99	6	26.10	6	26.10	12	26.10
23 – 24.99	5	21.70	8	34.80	13	28.30
25 – 29.99	8	34.80	7	30.40	15	32.60
มากกว่าหรือเท่ากับ 30	4	17.40	2	8.70	6	13.00
<b>ประวัติโรคประจำตัว</b>						
ไม่มีโรคประจำตัว	8	34.80	10	43.50	18	39.10
มีโรคประจำตัว	15	65.20	13	56.50	28	60.90
ความดันโลหิตสูง	10	21.70	8	17.40	18	39.10
เบาหวาน	1	2.20	-	-	1	2.20
ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน	3	6.50	4	8.70	7	15.20
ไขมันในเลือดสูง	1	2.20	-	-	1	2.20
โรคหัวใจ	-	-	1	2.20	1	2.20
<b>ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</b>						
ไม่เคย	8	34.80	7	30.40	15	32.60
เคย	15	65.20	16	69.60	31	67.40
<b>ประวัติการผ่าตัดใหญ่</b>						
ไม่เคย	13	56.50	11	47.80	24	52.20
เคย	10	43.50	12	52.20	22	47.80

**ตารางที่ 4 (ต่อ)** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจำแนกตามข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการผ่าตัดใหญ่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาของอาการปวดก่อนผ่าตัด ประวัติการรักษาเพื่อลดอาการปวด จำนวนระดับที่ได้รับการผ่าตัด ระดับความปวดหลังผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด และระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		รวม (n=46)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การวินิจฉัยโรค</b>						
โรคข้อต่อกระดูกสันหลังเคลื่อน	11	47.80	7	30.40	18	39.10
โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ	7	30.40	7	30.40	14	30.40
โรคหมอนรองกระดูก สันหลังเคลื่อน	4	17.40	6	26.10	10	21.70
กตทัพบรากประสาท						
โรคข้อต่อกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม	1	4.40	3	13.10	4	8.80
<b>ระยะเวลาของอาการปวดก่อนผ่าตัด</b>						
น้อยกว่า 1 ปี	6	26.10	4	17.40	10	21.70
1 – 2 ปี	11	47.80	15	65.20	26	56.60
มากกว่า 2 ปีขึ้นไป	6	26.10	4	17.40	10	21.70
<b>ประวัติการรักษาเพื่อลดอาการปวด</b>						
ไม่เคยได้รับการรักษา	-	-	5	21.80	5	10.90
รับประทานยาแก้ปวด	10	43.50	9	39.10	19	41.30
กายภาพบำบัดร่วมกับรับประทานยาแก้ปวด	13	56.50	9	39.10	22	47.80
<b>จำนวนระดับที่ได้รับการผ่าตัด</b>						
1 ระดับ	7	30.40	7	30.40	14	30.40
2 ระดับ	12	52.20	12	52.20	24	52.20
3 ระดับ	4	17.40	4	17.40	8	17.40

**ตารางที่ 4 (ต่อ)** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจำแนกตามข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการผ่าตัดใหญ่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาของอาการปวดก่อนผ่าตัด ประวัติการรักษาเพื่อลดอาการปวด จำนวนระดับที่ได้รับการผ่าตัด ระดับความปวดหลังผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด และระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		รวม (n=46)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับความปวดหลังผ่าตัด</b>						
ไม่ปวดหรือปวดเล็กน้อย	4	17.40	4	17.40	8	17.40
ปวดปานกลาง	19	82.60	19	82.60	38	82.60
<b>ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด</b>						
2 hr. - 3 hr. 59 min	6	26.10	7	30.40	13	28.30
4 hr. - 5 hr. 59 min	13	56.50	14	60.90	27	58.70
6 hr. ขึ้นไป	4	17.40	2	8.70	6	13.00
<b>ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล</b>						
3 - 6 วัน	4	17.40	10	43.50	14	30.40
7 - 10 วัน	7	30.40	5	21.70	12	26.10
11 - 14 วัน	4	17.40	3	13.10	7	15.20
15 - 18 วัน	8	34.80	5	21.70	13	28.30
ค่าเฉลี่ย		$\bar{x} = 10.91$		$\bar{x} = 9.13$		$\bar{x} = 10.02$
		SD = 4.18		SD = 4.32		SD = 4.30

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย 25 - 29.99 กก./ตรม. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.60 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60.90 และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 39.10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 67.40 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการผ่าตัดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 52.20 ได้รับการวินิจฉัยโรคข้อต่อกระดูกสันหลังเคลื่อน (Lumbar Spondylolisthesis) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.10 รองลงมาคือ โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ

(Spinal canal stenosis) คิดเป็นร้อยละ 30.40 โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับรากประสาท (Herniated nucleus pulposus) คิดเป็นร้อยละ 21.70 และโรคข้อต่อกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (Lumbar Spondylosis) คิดเป็นร้อยละ 8.80 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาของอาการปวดก่อนผ่าตัด 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.60 มีประวัติการรักษาเพื่อลดอาการปวดโดยการกายภาพบำบัดร่วมกับรับประทานยาแก้ปวดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.80 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.90 ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยวิธีการใดๆมาก่อน กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว 1-3 ระดับ โดยมีจำนวนระดับที่ได้รับการผ่าตัด 2 ระดับ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีระดับความปวดหลังผ่าตัดในระดับปวดปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.60 และไม่ปวดหรือปวดเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 17.40 ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดระหว่าง 4 ชั่วโมง ถึง 5 ชั่วโมง 59 นาที คิดเป็นร้อยละ 58.70 และกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 - 6 วันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.40 โดยระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 10.91 (SD = 4.18) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 9.13 (SD = 4.32)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ( $n_1=n_2=23$ )

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว	n	x	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	23	73.608	2.083	44	5.505	.006
กลุ่มควบคุม	23	68.217	4.209			

จากตารางที่ 5 พบว่า หลังการทดลอง เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ โดยใช้ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 5.505, p < .05$ )

สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ( $n_1=n_2=23$ )

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดกระดูกสันหลัง ระดับเอว	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
รวมทั้ง 5 ด้าน	73.608	2.083	68.217	4.209	44	5.505	.006
ด้านอาการทางกาย	19.304	0.764	17.913	1.411	33.895	4.156	.031
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	19.130	0.967	18.478	1.503	37.560	1.749	.009
ด้านจิตใจ	15.826	0.387	14.043	1.744	24.166	4.784	.000
ด้านสังคม	11.826	0.387	11.087	0.900	29.885	3.617	.001
ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน	7.521	0.593	6.695	1.184	32.379	2.991	.003

จากตารางที่ 6 เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยรายด้านของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ โดยใช้ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านอาการทางกาย ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลครั้งเดียว (The-Posttest-only with nonequivalent groups) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 23 คน รวมทั้งสิ้น 46 คน

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว อายุ 30-59 ปี ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 46 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน

**กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้**

1. อายุระหว่าง 35 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (L<sub>1</sub>-S<sub>1</sub>) ได้แก่ โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับรากประสาท (Herniated nucleus pulposus) โรคข้อต่อกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม (Lumbar Spondylosis) โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Spinal canal stenosis) และโรคข้อต่อกระดูกสันหลังเคลื่อน (Lumbar Spondylolisthesis) และเข้ารับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (L<sub>1</sub>-S<sub>1</sub>) เป็นครั้งแรก

3. ทำการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
4. ผู้ป่วยมีอาการคงที่ และไม่มีข้อห้ามลุกจากเตียงและการฝึกเดิน
5. ผู้ป่วยมีความสามารถในสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ปกติ
6. ผู้ป่วยมีอุปกรณ์สื่อสารที่สามารถใช้งาน Application Line ได้ และมีความสามารถในการใช้ Application Line รวมทั้งยินดีที่จะให้ผู้วิจัยติดต่อสื่อสารทาง Line และทางโทรศัพท์
7. ผู้ป่วยยินดีและลงนามเข้าร่วมการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ไม่สามารถเดินได้ มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แผลผ่าตัดติดเชื้อ หรือได้รับการผ่าตัดซ้ำ (Reoperation) ในระยะ 1 เดือนหลังผ่าตัด
2. ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรม

#### วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 46 คน จากหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท และหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม สถาบันประสาทวิทยา ดังนี้

1. คัดเลือกรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนผ่าตัด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria)
2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตและขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (Matched pair) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุด และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำงานวิจัย โดยตัวแปรที่กำหนดคือ อายุ ระดับความปวดหลังผ่าตัด และจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ทำผ่าตัด
4. เพื่อป้องกันการปนเปื้อนและการรบกวนจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจนครบ 23 คนให้เสร็จสิ้นก่อนจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง 23 คน



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

### ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

### ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว สื่อที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรม ได้แก่

2.1 คู่มือโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

2.2 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

2.3 สื่อภาพนิ่งประกอบคำบรรยายเรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

2.4 สื่อข้อความและภาพนิ่งเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ใช้ในการให้ความรู้และกระตุ้นเตือนผู้ป่วยผ่านทางสื่อโซเชียลมีเดีย Line

2.5 แผ่นพับชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการใช้งานสื่อโซเชียลมีเดีย Line

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ

3.1 สมุดบันทึกการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

## การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันประสาทยุทธศาสตร์ เลขที่โครงการ 61050 ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2561 การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง ดังนี้

**1. ขั้นเตรียมการทดลอง** ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันประสาทยุทธศาสตร์ ภายหลังได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการ

ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย หลังจากนั้นจึงประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

**2. ขั้นตอนการทดลอง** ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 23 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 23 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 23 คน จึงดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองอีก 23 คน ดังนี้

**กลุ่มควบคุม** เป็นกลุ่มที่จะได้รับการพยาบาลตามปกติ มีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
2. ในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังของสถาบันประสาทวิทยาโดยครอบคลุมในเรื่องการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ การดูแลด้านร่างกาย เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การจัดการความปวด การสวมอุปกรณ์พยุงหลัง การออกกำลังกายและการบริหารกล้ามเนื้อ และการดูแลด้านจิตสังคม เช่น การจัดการกับความวิตกกังวลของผู้ป่วย และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
3. หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ สัปดาห์ที่ 1-3
4. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลการนัดหมายตรวจหลังผ่าตัดจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยและโทรนัดหมายผู้ป่วยก่อนวันนัดตรวจ 1 วัน

**กลุ่มทดลอง** เป็นกลุ่มที่จะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

2. ดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลจำนวน 5 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมครั้งที่ 1** (วันแรกที่แพทย์วางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล) ใช้เวลา 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพและนำเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงสถานการณ์สุขภาพ ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ผู้วิจัยสรุปประเด็นการค้นพบสภาพการณ์จริงร่วมกับผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม และการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว รวมทั้งให้ผู้ป่วย Add Line “Spine Empowerment” และมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวให้ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบอกประสบการณ์การจัดการปัญหาสุขภาพที่ผ่านมา และตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดร่วมกับผู้วิจัย รวมทั้งให้ผู้ป่วยบอกถึงแนวทางการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดและการบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และทดลองฝึกทักษะการปฏิบัติ โดยมีผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทบทวนเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และบอกถึงแนวทางที่คิดว่าจะปฏิบัติเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติเหมาะสมตรงตามสภาพปัญหา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่อง

**กิจกรรมครั้งที่ 2** (1 วัน ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 30-45 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (ต่อเนื่องจากกิจกรรมครั้งที่ 1) โดยผู้วิจัยเยี่ยมเตือนใจผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยทบทวนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดและการบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ โดยผู้วิจัยคอยแลกเปลี่ยนและสนับสนุนข้อมูลในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม และให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง

**กิจกรรมครั้งที่ 3** (วันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 45-60 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบอกถึงประสบการณ์

จัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ผ่านมาถึงปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ และสิ่งที่ยังคงเป็นปัญหาหรืออุปสรรคอยู่ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยเสนอแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยกล่าวเสริมแรงเพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยถึงความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 และ 2 เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

**กิจกรรมครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5** (ระหว่างพักฟื้นที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 20-30 นาที ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตนในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องในระหว่างพักฟื้นที่บ้าน ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย Line สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลการนัดหมายตรวจหลังผ่าตัดจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยและโทรศัพท์หมายผู้ป่วยก่อนวันนัดตรวจ 1 วัน

**3. ชั้นประเมินผลการทดลอง** ผู้วิจัยประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 4 วันที่แพทย์นัดตรวจเป็นครั้งแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ภายหลังผู้ช่วยวิจัยประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อกล่าวขอบคุณ และยุติโปรแกรม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ในการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independence t-test

#### สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐาน ดังนี้

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ เนื่องจากในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยจะได้รับความรู้และการฝึกทักษะต่างๆในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด โดยได้รับประสบการณ์ทั้งหมดด้วยตนเองจากการค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง การตั้งเป้าหมาย และการวางแผนแก้ไขปัญหาให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติและแก้ไขปัญหา และรับรู้ถึงศักยภาพในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ จึงนำไปสู่การเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็งในการกระทำสิ่งต่างๆ และเป็นอำนาจภายในตนที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง ทำให้สามารถจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีและรวดเร็ว (อมรรัตน์ แสงใสแก้ว และพัชนี สมกำลิ่ง, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณี ชอบการไร่ และคณะ (2556) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .43, p < .05$ ) และสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .22, p < .05$ ) (สุวรรณี ชอบการไร่ และคณะ, 2556) โดยผู้ป่วยจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน จึงมีการปรับตัวและพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ผลการวิจัยดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของกมนทรรัตน์ ยันต์เจริญ และคณะ (2559) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมากกว่า

ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กมลวรรณ ยันต์เจริญ และคณะ, 2559) และสอดคล้องกับการศึกษาของดวงกมล วัตราดุล (2550) ซึ่งศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการวิจัยพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจสามารถกลับไปทำงานได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตและความผาสุกเพิ่มขึ้น (ดวงกมล วัตราดุล, 2550) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Huang et al. (2017) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้ศักยภาพของตนเองและมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน การเคลื่อนไหว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ (Huang et al., 2017)

ในกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมโดยใช้สื่อภาพนิ่งประกอบคำบรรยายร่วมกับการฝึกทักษะในการปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจ มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น และจดจำได้นาน จึงสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง และเมื่อผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความชำนาญและรู้สึกว่าการจัดการดังกล่าวสามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก สอดคล้องกับการศึกษาของอัญญาณี สาสน และธนิดา ผาติเสนะ (2558) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้มากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ รวมทั้งมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อัญญาณี สาสน และธนิดา ผาติเสนะ, 2558) และสอดคล้องกับการศึกษาของยงยุทธ สุขพิทักษ์ (2557) ซึ่งศึกษาเทคนิคการเสริมพลังในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการใช้เทคนิคเสริมสร้างพลังอำนาจ

ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้ เกิดการรับรู้ มีความตระหนักในตนเองและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติของตนเอง ส่งผลให้เกิดการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้สามารถควบคุมอาการของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (ยงยุทธ์ สุขพิทักษ์, 2557)

นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยสนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์และกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่องในระหว่างพักฟื้นที่บ้านผ่านทางสื่อโซเชียลมีเดีย Line และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ รวมทั้งมีการให้ผู้ป่วยบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาและการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเพื่อรับรู้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเมื่อสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้บรรลุตามเป้าหมาย เป็นการเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น โดยจากการกำกับทดลองพบว่าในสัปดาห์ที่ 3 ของการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายจากการลงมือปฏิบัติตามวิธีการแก้ไขปัญหาและการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้มากกว่าในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 (ดังตารางที่ 11 ในภาคผนวก) เนื่องจากในระหว่างพักฟื้นที่บ้านหากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือกและไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจะกระตุ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ตั้งไว้ และติดตามประเมินทุกสัปดาห์ ดังนั้นผู้ป่วยจึงสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างสม่ำเสมอและยังคงพฤติกรรมปฏิบัตินั้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่รวดเร็วและครอบคลุมในทุกด้าน ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 5.505$ ,  $p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของนงเยาว์ ภูริวัฒนกุล และคณะ (2550) ซึ่งศึกษาผลการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกฟิเมอร์หักระยะพักฟื้น ผลการวิจัยพบว่า การให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่งผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (นงเยาว์ ภูริวัฒนกุล และคณะ, 2550)

ทั้งนี้กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะเป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ การดูแลด้านร่างกาย เช่น การดูแลแผลผ่าตัด

การจัดการความปวด การสวมอุปกรณ์พยุงหลัง การออกกำลังกายและการบริหารกล้ามเนื้อ และการดูแลด้านจิตสังคม เช่น การจัดการกับความวิตกกังวลของผู้ป่วย และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่ได้ฝึกทักษะในการปฏิบัติจนเกิดความรู้ความชำนาญ รวมทั้งไม่มีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกวิตกกังวลและขาดความมั่นใจเมื่อต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน นำไปสู่ความพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใช้เวลานานขึ้นและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านอาการทางกาย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านอาการทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถค้นพบปัญหาด้านอาการทางกายที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดตามสภาพการณ์จริงและมีการยอมรับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้เกิดการตั้งเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหา โดยแสวงหาข้อมูลความรู้และใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาในการแก้ปัญหาและปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสม ทำให้สามารถควบคุมและจัดการกับปัญหาด้านอาการทางกายต่างๆที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ (2553) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมวิธีเนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีอาการปวดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อลดอาการปวดได้ด้วยตนเอง จึงสามารถควบคุมอาการปวดได้ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์, 2553)

ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายการทำหน้าที่



ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยได้รับความรู้และการฝึกทักษะต่างๆในการดูแลตนเอง และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลังเกิดแรงกดมากเกินไปอันจะก่อให้เกิดอันตรายและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบริหารร่างกายเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหลังและกระดูกสันหลังกลับมามีความแข็งแรงและมีการฟื้นฟูจากพยาธิสภาพของโรคและการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจึงสามารถเคลื่อนไหวร่างกายและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ (2553) และการศึกษาของอัญญาณี สาสวณ และธนิดา ผาติเสนะ (2558) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในด้านการเหยียดการงอข้อเข่า และระยะทางการเดินมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกล้ามเนื้อขาและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการกลับสู่ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่รวดเร็ว (เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์, 2553; อัญญาณี สาสวณ และธนิดา ผาติเสนะ, 2558)

ด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับต่อการเจ็บป่วยและมีความคิดด้านบวกนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดหรือตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนโดยได้รับความรู้และการฝึกทักษะต่างๆในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดร่วมกับการสนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากผู้วิจัย ทำให้ลดความวิตกกังวลและสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมจนกระทั่งการทำหน้าที่ของร่างกายเริ่มกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยจึงรู้สึกถึงความสำเร็จและพึงพอใจในความสามารถของตน ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองให้ถูกต้องโดยไม่เกิดความเครียดหรือคิดว่าเป็นสิ่งที่ยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีประสบการณ์ที่ดีในการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Garzon-

Rey et al. (2017) ซึ่งศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับความเครียดของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 41.9 มีระดับความเครียดลดลงในระยะหลังผ่าตัด และเกิดความรู้สึกมีพลังมากขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆหลังผ่าตัด (Garzon-Rey et al., 2017)

ด้านสังคม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยมีการยอมรับและปรับตัวต่อความเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมีเป้าหมายคือความต้องการที่จะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดจากการเจ็บป่วยสู่สภาวะปกติอย่างรวดเร็วและกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนโดยผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ผู้ป่วยจึงสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลให้การทำงานของระบบต่างๆและการทำหน้าที่ด้านร่างกายกลับสู่สภาวะปกติอย่างรวดเร็ว รวมทั้งในด้านจิตใจ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทำให้สามารถเผชิญกับการปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่านจากสภาวะเจ็บป่วยไปสู่สภาวะปกติได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่บทบาทหน้าที่และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นได้อย่างรวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดวงกมล วัตราดุล พบว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีทักษะในการเจรจาต่อรองและมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในด้านบวกระหว่างผู้รับบริการและทีมสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจสามารถกลับไปทำงานได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (ดวงกมล วัตราดุล, 2550)

ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายด้านการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมตามภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึง

สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมและไม่รู้สึกว่าการผ่าตัดทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Huang et al. (2017) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน การเคลื่อนไหว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม (Huang et al., 2017) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุวคล โกสีย์ไกรนิรมล และคณะ (2553) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติ รวมทั้งได้รับแรงจูงใจให้มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (สุวคล โกสีย์ไกรนิรมล และคณะ, 2553)

สรุปได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายที่ดีขึ้น เนื่องจากเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้รับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างต่อเนื่องทั้งในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน นอกจากนี้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจยังเป็นกิจกรรมที่ง่าย ไม่ยุ่งยากต่อการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังกายและพลังใจมากขึ้น ผู้ป่วยจึงสามารถแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน โดยด้านอาการทางกาย ผู้ป่วยสามารถเลือกรูปแบบปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อบรรเทาอาการปวด จัดการปัญหาการนอนหลับและความเหนื่อยล้าหลังผ่าตัด ทำให้สามารถควบคุมอาการดังกล่าวได้ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของระบบต่างๆในร่างกายกลับสู่สภาวะปกติอย่างรวดเร็ว ด้านร่างกาย ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหลังและกระดูกสันหลังมีความแข็งแรง ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกาย และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านจิตใจ ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด สามารถเผชิญปัญหาและหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง ทำให้มีประสบการณ์ที่ดีในการผ่าตัด ด้านสังคม เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมและจัดการกับปัญหาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านอาการทางกาย ด้านร่างกาย และด้านจิตใจได้ ผู้ป่วยจะสามารถ

กลับไปทำงานและปฏิบัติตามบทบาทของตนได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น ไม่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ส่งผลให้มีการกลับสู่บทบาทหน้าที่ทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ตามปกติ และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ด้วยตนเองและกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

จะเห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่อาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยโดยทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ สร้างเสริมพลังใจให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้และเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ควบคุมตนเองได้ มีแรงจูงใจ เรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาและปฏิบัติสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งพยาบาลจะคอยช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นที่จะดูแลตนเองได้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมหรือจัดการกับความเจ็บป่วยของตนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและกำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการมีสุขภาวะที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แม้อยู่ในภาวะเปราะบางทางสุขภาพหรือความเจ็บป่วย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการจัดอบรมพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในเรื่องโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพ และแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

1.2 สามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังทุกรายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

## 2. ด้านการบริหารการพยาบาล

2.1 สามารถนำผลการวิจัยไปใช้กำหนดแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดยการนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพทั้งในระยะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและระยะที่กลับไปพักฟื้นที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2.2 ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างต่อเนื่องในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวแต่ละช่วงเวลา และติดตามความยั่งยืนของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยในระยะยาว เนื่องจากในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวบางรายยังคงมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกายเนื่องมาจากพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรคในระยะก่อนผ่าตัดซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมากกว่า 1 เดือน

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดสมอง เนื่องจากภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคงมีความบกพร่องของการกลับสู่ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือมีความพิการหลงเหลืออยู่ จึงต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

3. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่มีอาการรุนแรงมาก ดังนั้นการศึกษาในระยะนี้อาจส่งผลดีต่อผู้ป่วยในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งอาจจะช่วยลดความรุนแรงของโรค และลดอัตราการเข้ารับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดได้

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กนกอร พิเดช. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กมนทรรัตน์ ยันต์เจริญ นริรัตน์ จิตรมนตรี และเสาวลักษณ์ จิระธรรมคุณ. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพ หลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(1), 167-178.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานสถิติการให้บริการทางการแพทย์ กรมการแพทย์ 2556. นนทบุรี: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรมการแพทย์.
- ก่องกู่ เชียงทอง. (2550). *Spondylolisthesis*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- กานดา กาญจนโพธิ์ ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม สุภาพ อารีเอื้อ และธนศ วัฒนวงษ์. (2555). ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาเข้าไขสันหลัง. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 17(1), 36-50.
- กิตติ จิระรัตน์โพธิ์ชัย. (2554). *โรคกระดูกสันหลังเสื่อม หลักฐานเชิงประจักษ์ เล่ม 1*. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กุนนที พุ่มสงวน. (2557). การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ : บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 86-90.
- จันทรา คงเจริญ. (2554). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคอัมพาตครึ่งซีก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(1), 38-46.
- จุฬาลักษณ์ วงศ์อ่อน และอารีย์ พันธุ์มณี. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อกต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการออกกำลังกายของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบเชื่อมกระดูกสันหลัง. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 21(1), 23-38.

- ชนิภา ยอئينยง. (2556). ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วย  
ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ  
พยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาฤทธิ วรวิชัยพงศ์. (2556). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อ  
ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงกมล วัตราดุล. (2550). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด: ผลลัพธ์ทางการ  
พยาบาล. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 18(1), 21-29.
- ดารณี จามจรี. (2546). รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง.  
กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.
- ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์. (2545). การศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของ  
ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทของสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์  
กระทรวงสาธารณสุข.
- ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ. (2557). ปวดหลัง ปวดคอ และโรคข้อต่อกระดูกสันหลังเสื่อม เอกสาร  
ประกอบการสอนกระบวนวิชาไอโธปีดิกส์. เชียงใหม่: ภาควิชาออร์โธปีดิกส์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนินิตย์ สังคมกำแหง. (2548). การรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังทับเส้นประสาทโดยการผ่าตัด  
เปรียบเทียบการใส่และไมใส่เครื่องมือตามกระดูกสันหลัง. ขอนแก่นเวชสาร, 32, 37-42.
- ธันยรัตน์ เหล่าฤทธิ. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน  
ต่อความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระ ตั้งวิริยะไพบุลย์. (2557). Spinal Instrumentation : Recent, Advance, & Controversy. ใน  
สิริรุจน์ สุกุลณะมรรคา พิระ นาคลอ และบุญโชค เคียงกิติวรรณ, RCNST Annual Meetings  
2014 and The NAT Update 2014 Neurosurgical Concepts and Practices.  
กรุงเทพฯ: Pentagon Advertising Ltd. Part.
- นงเยาว์ ภูริวัฒนกุล, วิลาวรรณ ทิพย์มงคล, และกาญจนา วงษ์เลี้ยง. (2550). ผลการให้ความรู้ผ่านทาง

โทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกพีเมอร์หักระยะพักฟื้น.

*สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(1), 19-27.

นลินี พสุคันธภัก และวาริณี ดั่งเงิน. (2553). ผลของการจัดทำขึ้นและลงจากเตียงกับความเจ็บปวด สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนหลังและเอวหลังผ่าตัดวันที่สอง *วารสารกองการพยาบาล*, 37(2), 77-96.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปวงกมล กฤษณบุตร. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล*.

ผกามาศ อ่อนขาว และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 22(1-3), 204-217.

พนารัตน์ เจนจบ. (2542). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มิชชัย ศรีใส. (2554). *ประสาทกายวิภาคศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยงยุทธ สุขพิทักษ์. (2557). เทคนิคการเสริมพลังในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(4), 649-658.

เรไร พงศ์สถาพร. (2550). *ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์. (2553). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมวิธีเนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

วรารณณ์ คุ่มทอง. (2553). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิภาพร ลีเลิศมงคลกุล สุพร ดนัยคุษฎีกุล และวัลย์ลดา ฉันทน์เรื่องวณิชย์ (2556). ความสัมพันธ์ระหว่าง



- ด้ชนีมวลกาย ความเจ็บปวด และการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใน  
ระยะฟื้นฟูในตัวในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(2), 27-37.
- ศรัณยา มีชูทรัพย์. (2539). ผลการใช้โปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อต่อความรู้สึกปวดและความสามารถ  
ในการ เคลื่อนไหวข้อในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหมอนรองกระดูกสันหลัง. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภศิลา กุศลจิตต์เจือวงศ์ (2556). ไลน์รูปแบบการสื่อสารบนความสร้างสรรค์ของสมาร์ตโฟน: ข้อดีและ  
ข้อจำกัดของแอปพลิเคชัน. *วารสารนักบริหาร*, 33(4), 42-54.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2556). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาล.  
กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- สาวิตรี สมมงคล วสันต์ เจริญสินทรัพย์ มยุรี ลีทองอิน และวิลาวรรณ พันธุ์ฤกษ์ (2556). การพยาบาล  
เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*,  
34(3), 12-19.
- สุวคล โกสีย์ไกรนิรมล วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวนิชย์ อรพรรณ โตสิงห์ และชลเวช ชวศิริ. (2553). ผลของ  
โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การปฏิบัติกิจวัตร  
ประจำวัน และการเคลื่อนไหวของลำไส้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว.  
*วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(2), 58-66.
- สุวรรณี ชอบการไร่ วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวนิชย์ อรพรรณ โตสิงห์ และธเนศ วรรณอภิสิทธิ์. (2556).  
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูก  
สันหลังระดับเอว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(3), 68-79.
- หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี. (2554). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหญิงที่มีความรู้สึกล้ม  
คุณค่าในตนเองต่ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต  
เวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ห้องผ่าตัดสถาบันประสาทวิทยา. (2559-2561). สถิติห้องผ่าตัดสถาบันประสาทวิทยา.
- อมรรัตน์ แสงใสแก้ว และพัชนี สมกำลัง. (2561). การประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมใน  
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม(ฉบับพิเศษการประชุม  
พยาบาลครั้งที่ 25)*, 203-208.

อัญญาณี สาสนวน และธนิดา ผาติเสนะ. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่ 2, วิทยาลัยนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา.

อินทิรา รูปสว่าง สุภาพ อารีเอื้อ และพรรณวดี พุระวัฒน์. (2552). การศึกษาติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 15(3), 344-360.

### ภาษาอังกฤษ

Agabegi, S. S., & McClung, H. L. (2013). Open lumbar laminectomy: Indications, surgical techniques, and outcomes. *Seminars in Spine Surgery*, 25(4), 246-250.

Allvin, R., Berg, K., Idvall, E., & Nilsson, U. (2007). Postoperative recovery: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 552-558.

Allvin, R., Ehnfors, M., Rawal, N., & Idvall, E. (2008). Experiences of the Postoperative Recovery Process: An Interview Study. *The Open Nursing Journal*, 2, 1-7.

Allvin, R., Ehnfors, M., Rawal, N., Svensson, E., & Idvall, E. (2009). Development of a questionnaire to measure patient-reported postoperative recovery: content validity and intra-patient reliability. *J Eval Clin Pract*, 15(3), 411-419.

Antti, M., Par, S., Markku, H., Sainio, P., Kinnunen, H., Kankare, Hurri, H. (2007). Surgical or Nonoperative Treatment for Lumbar Spinal Stenosis : A Randomized Controlled Trial. *Spine Journal*, 32(1), 1-8.

Archer, K. R. (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.

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.

- Bair, M. J., Wu, J., Damush, T. M., Sutherland, J. M., & Kroenke, K. (2008). Association of Depression and Anxiety Alone and in Combination with Chronic Musculoskeletal Pain in Primary Care Patients. *Psychosomatic medicine*, 70(8), 890-897.
- Baker, C. A. (1989). Recovery: a phenomenon extending beyond discharge. *Sch Inq Nurs Pract*, 3(3), 181-194.
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence*. . St. Louis: Saunders Elsevier.
- Chaichana, K. L., Mukherjee, D., Adogwa, O., Cheng, J. S., & McGirt, M. J. (2011). Correlation of preoperative depression and somatic perception scales with postoperative disability and quality of life after lumbar discectomy. *J Neurosurg Spine*, 14(2), 261-267.
- Chen, C. Y., Chang, C. W., Lee, S. T., Chen, Y. C., Tang, S. F., Cheng, C. H., & Lin, Y. H. (2015). Is rehabilitation intervention during hospitalization enough for functional improvements in patients undergoing lumbar decompression surgery : A prospective randomized controlled study. *Clin Neurol Neurosurg*, 129 Suppl 1, S41-46.
- Christino, M. A., Fleming, B. C., Machan, J. T., & Shalvoy, R. M. (2016). Psychological Factors Associated With Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Recovery. *Orthop J Sports Med*, 4(3), 1-9.
- Coopersmith, S. (1984). *SEI: Self-Esteem Inventories*. California: Consulting Psychologist Press, Inc.
- Damsgaard, J. B., Jorgensen, L. B., Norlyk, A., & Birkelund, R. (2017). Spinal fusion surgery: From relief to insecurity. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 24, 31-39.
- Danbury, D. (2012). *How to care for yourself after lumbar spinal fusion* Department of

neurosurgery University of Michigan

- Datta, G., Gnanalingham, K. K., Peterson, D., Mendoza, N., O'Neill, K., Van Dellen, Hughes, S. P. F. (2004). Back pain and disability after lumbar laminectomy: is there a relationship to muscle retraction. *Neurosurgery*, *54*(6), 1413-1420.
- Den boer, J. J., Oostendorp, R. A. B., Beems, T., Munneke, M., & Evers, A. W. M. (2006). Continued disability and pain after lumbar disc surgery: The role of cognitive-behavioral factors. *Pain*, *123*(1), 45-52.
- Devine, J., Norvell, D. C., Ecker, E., Fournery, D. R., Vaccaro, A., Wang, J., & Andersson, G. (2011). Evaluating the correlation and responsiveness of patient-reported pain with function and quality-of-life outcomes after spine surgery. *Spine (Phila Pa 1976)*, *36*(21 Suppl), S69-74.
- Deyo, R. A. (2007). Epidemiology of Spinal Surgery: Rates and Trends. Available: <http://depts.washington.edu/ccor/studies/SpineSurgEpi.shtml>, 19 October 2017.
- Deyo, R. A. (2015). Fusion surgery for lumbar degenerative disc disease: still more questions than answers. *The Spine Journal*, *15*(2), 272-274.
- Deyo, R. A., Mirza, S. K., Martin, B. I., Kreuter, W., Goodman, D. C., & Jarvik, J. G. (2010). Trends, major medical complications, and charges associated with surgery for lumbar spinal stenosis in older adults. *JAMA*, *303*(13), 1259-1265.
- Dobran, M., Nasi, D., Gladi, M., Marinelli, M., Mancini, F., Iacoangeli, M., & Scerrati, M. (2018). Clinical and psychological outcome after surgery for lumbar spinal stenosis: A prospective observational study with analysis of prognostic factors. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, *52*(1), 70-74.
- Garzon-Rey, J. M., Arza-Valdes, A., Nuevo-Gayoso, M., & Aguilo, J. (2017). Effectiveness of patient empowerment over stress related to knee arthroplasty surgery. *Enfermeria Clinica*.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*,

16(3), 354-361.

- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Adv Nurs*, 21(6), 1201-1210.
- Greenwood, J., McGregor, A., Jones, F., & Hurley, M. (2015). Evaluating rehabilitation following lumbar fusion surgery (REFS): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16(1), 251.
- Gruskay, J. A., Fu, M., Bohl, D. D., Webb, M. L., & Grauer, J. N. (2015). Factors affecting length of stay after elective posterior lumbar spine surgery: a multivariate analysis. *The Spine Journal*, 15(6), 1188-1195.
- Gu, J., Guan, F., Zhu, L., Guan, G., Chi, Z., Wang, H., & Yu, Z. (2016). Risk Factors of Postoperative Low Back Pain for Lumbar Spine Disease. *World Neurosurg*, 94, 248-254.
- Guan, F., Bao, R., Zhu, L., Guan, G., Chi, Z., Gu, J., & Yu, Z. (2017). Risk Factors of Postoperative Low Back Pain for Low-Grade Degenerative Spondylolisthesis: An At Least 2-Year Follow-Up Retrospective Study. *World Neurosurg*, 107, 789-794.
- Guigui, P., & Ferrero, E. (2017). Surgical treatment of degenerative spondylolisthesis. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 103(1), S11-S20.
- Hakkinen, A., Ylinen, J., Kautiainen, H., Airaksinen, O., Herno, A., Tarvainen, U., & Kiviranta, I. (2003). Pain, trunk muscle strength, spine mobility and disability following lumbar disc surgery. *Journal of Rehabilitation Medicine (Taylor & Francis Ltd)*, 35(5), 236.
- Harvey, C. V. (2005). Spinal surgery patient care. *Orthopaedic Nursing*, 24(6), 426-442.
- Heider, D., Kitze, K., Zieger, M., Riedel-Heller, S. G., & Angermeyer, M. C. (2007). Health-related quality of life in patients after lumbar disc surgery: a longitudinal observational study. *Qual Life Res*, 16(9), 1453-1460.
- Hicks, G. E., Gaines, J. M., Shardell, M., & Simonsick, E. M. (2008). Associations of back

- and leg pain with health status and functional capacity of older adults: findings from the retirement community back pain study. *Arthritis Rheum*, 59(9), 1306-1313.
- Huang, T.-T., Sung, C.-C., Wang, W.-S., & Wang, B.-H. (2017). The effects of the empowerment education program in older adults with total hip replacement surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1848-1861.
- Jansson, K., Nemeth, G., Granath, F., Jonsson, B., & Blomqvist, P. (2005). Health-related quality of life in patients before and after surgery for a herniated lumbar disc. *Journal of Bone & Joint Surgery, British Volume*, 87-B(7), 959-964.
- Jansson, K., Nemeth, G., Granath, F., Jonsson, B., & Blomqvist, P. (2009). Health-related quality of life (EQ-5D) before and one year after surgery for lumbar spinal stenosis. *Journal of Bone & Joint Surgery, British Volume*, 91-B(2), 210-216.
- Jenkins, C. D., Stanton, B. A., & Jono, R. T. (1994). Quantifying and predicting recovery after heart surgery. *Psychosom Med*, 56(3), 203-212.
- Jeric, Z., & Sliepcevic, B. (1991). Comparison of the results of early and delayed rehabilitation in patients with surgery for disco-radicular problems in the lumbar spine. *Reumatizam*, 38(5-6), 3-7.
- 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.
- Johnson, J. E., Rice, V. H., Fuller, S. S., & Endress, M. P. (1978). Sensory information, instruction in a coping strategy, and recovery from surgery. *Res Nurs Health*, 1(1), 4-17.
- Kalakoti, P., Missios, S., Maiti, T., Konar, S., Bir, S., Bollam, P., & Nanda, A. (2016). Inpatient Outcomes and Postoperative Complications After Primary Versus

- Revision Lumbar Spinal Fusion Surgeries for Degenerative Lumbar Disc Disease: A National (Nationwide) Inpatient Sample Analysis, 2002–2011. *World Neurosurgery*, 85, 114-124.
- Kleinbeck, S. V. (2000). Self-reported at-home postoperative recovery. *Res Nurs Health*, 23(6), 461-472.
- Kurz, L. (2015). Understanding Rehabilitation and Care Following Posterior Lumbar Fusion. Available: <http://www.understandspinesurgery.com/Articles/Read/Understanding-Rehabilitation-and-Care-Following-Posterior-Lumbar-Fusion>, 19 October 2017.
- Lall, M. P. (2017). Nursing care of the patient undergoing lumbar spinal fusion. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(5), 44-53.
- Lee, G. K., Chronister, J., & Bishop, M. (2008). The Effects of Psychosocial Factors on Quality of Life Among Individuals With Chronic Pain. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 51(3), 177-189.
- Lee, L., Tran, T., Mayo, N. E., Carli, F., & Feldman, L. S. (2014). What does it really mean to recover from an operation. *Surgery*, 155(2), 211-216.
- Lopez, V., Sek Ying, C., Poon, C. Y., & Wai, Y. (2007). Physical, psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery: a prospective repeated measures questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 44(8), 1304-1315.
- Lozano-Alvarez, C., Perez-Prieto, D., Salo-Bru, G., Molina, A., Llado, A., Caceres, E., & Ramirez, M. (2014). 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. *Revista Espanola de Cirugia Ortopedica y Traumatologia (English Edition)*, 58(2), 78-84.
- Mancuso, C. A., Duculan, R., Cammisa, F. P., Sama, A. A., Hughes, A. P., Lebl, D. R., & Girardi, F. P. (2016). Fulfillment of patients' expectations of lumbar and cervical

- spine surgery. *The Spine Journal*, 16(10), 1167-1174.
- Marin, R., Cyhan, T., & Miklos, W. (2006). Sleep Disturbance in Patients With Chronic Low Back Pain. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85(5), 430-435.
- Martin, B. I., Deyo, R. A., Mirza, S. K., & et al. (2008). Expenditures and health status among adults with back and neck problems. *JAMA*, 299(6), 656-664.
- Martin, B. I., Mirza, S. K., Spina, N., Spiker, W. R., Lawrence, B., & Brodke, D. S. (2019). Trends in Lumbar Fusion Procedure Rates and Associated Hospital Costs for Degenerative Spinal Diseases in the United States, 2004 to 2015. *Spine (Phila Pa 1976)*, 44(5), 369-376.
- Mason, D., Backer, B., & Georges, C. (1991). Toward a feminist model for the political empowerment of nurses. *Image J Nurs Sch*, 23(2), 72-77.
- Menefee, L. A., Cohen, M. J., Anderson, W. R., Doghramji, K., Frank, E. D., & Lee, H. (2000). Sleep disturbance and nonmalignant chronic pain: a comprehensive review of the literature. *Pain Med*, 1(2), 156-172.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness: overcoming powerlessness*: F.A. Davis Company.
- Myles, P. S., Hunt, J. O., Nightingale, C. E., Fletcher, H., Beh, T., Tanil, D., Ponsford, J. L. (1999). Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. *Anesth Analg*, 88(1), 83-90.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing : concepts of practice*.
- Parker, S. L., Mendenhall, S. K., Godil, S. S., Sivasubramanian, P., Cahill, K., Ziewacz, J., & McGirt, M. J. (2015). Incidence of Low Back Pain After Lumbar Discectomy for Herniated Disc and Its Effect on Patient-reported Outcomes. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 473(6), 1988-1999.
- Peolsson, A., Vavruch, L., & Oberg, B. (2006). Can the results 6 months after anterior



cervical decompression and fusion identify patients who will have remaining deficit at long-term. *Disability and Rehabilitation*, 28(2), 117-124.

Polit, D., & Hungler, B. (1999). *Nursing Research: Principle and Method* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Company.

Ronnberg, K., Lind, B., Zoega, B., Halldin, K., Gellerstedt, M., & Brisby, H. (2007). Patients' Satisfaction With Provided Care/Information and Expectations on Clinical Outcome After Lumbar Disc Herniation Surgery. *Spine*, 32(2), 256-261.

Royse, C. F., Newman, S., Chung, F., Stygall, J., McKay, R. E., Boldt, J., Wilkinson, D. J. (2010). Development and feasibility of a scale to assess postoperative recovery: the post-operative quality recovery scale. *Anesthesiology*, 113(4), 892-905.

Saban, K. L., & Penckofer, S. M. (2007). Patient expectations of quality of life following lumbar spinal surgery. *J Neurosci Nurs*, 39(3), 180-189.

Saban, K. L., Penckofer, S. M., Androwich, I., & Bryant, F. B. (2007). Health-related quality of life of patients following selected types of lumbar spinal surgery: A pilot study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 71-71.

Sanden, B., Olerud, C., Larsson, S., & Robinson, Y. (2010). Insertion torque is not a good predictor of pedicle screw loosening after spinal instrumentation: a prospective study in 8 patients. *Patient Safety in Surgery*, 4, 14-14.

Schoenfeld, A. J., Ochoa, L. M., Bader, J. O., & Belmont, P. J., Jr. (2011). Risk factors for immediate postoperative complications and mortality following spine surgery: a study of 3475 patients from the National Surgical Quality Improvement Program. *J Bone Joint Surg Am*, 93(17), 1577-1582.

Scott Deberard, M., Masters, K. S., Colledge, A. L., Schleusener, R. L., Schlegel, & D., J. (2001). Outcomes of Posterolateral Lumbar Fusion in Utah Patients Receiving Workers' Compensation: A Retrospective Cohort Study. *Spine*, 26(7), 738-746.

Stark, P. A., Myles, P. S., & Burke, J. A. (2013). Development and psychometric

- evaluation of a postoperative quality of recovery score: the QoR-15. *Anesthesiology*, 118(6), 1332-1340.
- Starkweather, A. R., Witek-Janusek, L., Nockels, R. P., Peterson, J., & Mathews, H. L. (2006). Immune Function, Pain, and Psychological Stress in Patients Undergoing Spinal Surgery. *Spine*, 31(18), E641-E647.
- Still, M. E. H., Venturini, S., Vycheth, I., Nang, S., Vuthy, D., & Park, K. B. (2018). Predictive Factors of Spine Surgery Complications at a Major Government Hospital in Cambodia. *World Neurosurgery*.
- Talamini, M. A., Stanfield, C. L., Chang, D. C., & Wu, A. W. (2004). The Surgical Recovery Index. *Surg Endosc*, 18(4), 596-600.
- Trief, P. M., Ploutz-Snyder, R., & Fredrickson, B. E. (2006). Emotional Health Predicts Pain and Function After Fusion: A Prospective Multicenter Study. *Spine*, 31(7), 823-830.
- Vancouver General Hospital. (2006). Back Surgery Microdiscectomy & Lumbar Laminectomy. A Patient & Family Education Booklet. Available: <http://vch.eduhealth.ca/PDFs/FB/FB.723.B126.pdf>, 14 April 2018
- Wahlman, M., Hakkinen, 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. *Eur Spine J*, 23(1), 129-134.
- Wang, H. H., Shieh, C., & Wang, R. H. (2004). Self-care and well-being model for elderly women: a comparison of rural and urban areas. *Kaohsiung J Med Sci*, 20(2), 63-69.
- Wolfer, J. A. (1973). Definition and assessment of surgical patients' welfare and recovery: Selected review of the literature. *Nursing Research*, 22(5), 394-401.
- Zargar-Shoshtari, K., & Hill, A. G. (2009). Postoperative fatigue: a review. *World J Surg*,

33(4), 738-745.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



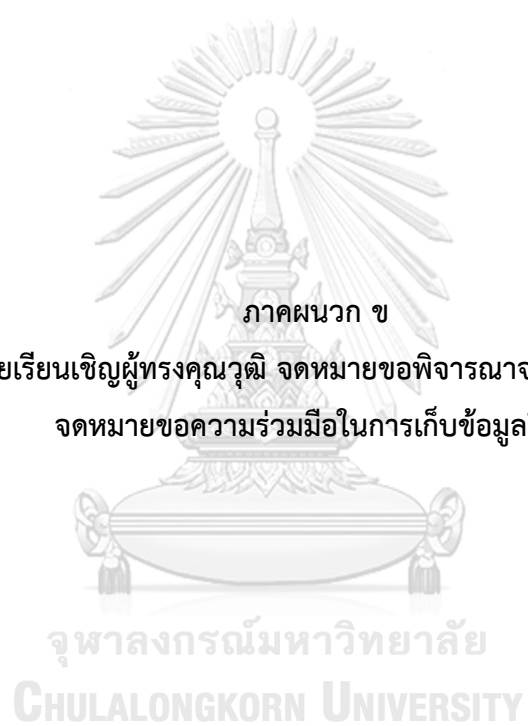
ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์พงษ์วัฒน์ พลพงษ์  
อาจารย์แพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา
2. นางสาวอัญชลี ยศกรณ์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร สถาบันประสาทวิทยา
3. นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญนิภา แดงด้อมยุทธ์  
อาจารย์การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. นายสรารุช จันทรแสง  
นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลราชวิถี



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY



ที่ ศธ 0512.11/1164

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

28 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทยุทธศาสตร์

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

เนื่องด้วย นางสาวรัตติยา เตยศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณีภักดิ์ นันทไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์ พงษ์วัฒน์ พลพงษ์ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานประสาทศัลยศาสตร์
2. นางสาวอัญชลี ยศกรณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงระดับบุคลิกบัตร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารกรณ์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ พงษ์วัฒน์ พลพงษ์ และนางสาวอัญชลี ยศกรณ์  
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณีภักดิ์ นันทไทยวิกุล โทร. 0-2218-1149  
ชื่อนิสิต นางสาวรัตติยา เตยศรี โทร. 08-3611-0077



ที่ ศธ 0512.11/ 1162



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

28 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นางสาวรัตติยา เตยศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล  
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล โทร. 0-2218-1149  
ชื่อนิสิต นางสาวรัตติยา เตยศรี โทร. 08-3611-0077



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ 1169

วันที่ 28 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอรเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค่อมยุทธ์

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

เนื่องด้วย นางสาวรัตติยา เดยศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัญญ์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอรเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัญญ์ นันไทยทวีกุล โทร. 0-2218-1149  
ชื่อนิสิต นางสาวรัตติยา เดยศรี โทร. 08-3611-0077



ที่ ศร 0512.11/ 1161

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

28 มิถุนายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

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

เนื่องด้วย นางสาวรัตติยา เตยศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณีภู่ นันทไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายสรารุช จันทรแสง นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารณ์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นายสรารุช จันทรแสง
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณีภู่ นันทไทยทวีกุล โทร. 0-2218-1149
ชื่อนิสิต	นางสาวรัตติยา เตยศรี โทร. 08-3611-0077



ที่ ศธ 0512.11/ 133๒

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอโครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ชุด
  2. เอกสารแนะนำข้อมูลอาสาสมัครหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 1 ชุด
  3. ใบยินยอมของอาสาสมัครหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 1 ชุด
  4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ชุด
  5. ประวัติผู้วิจัย จำนวน 1 ชุด
  6. เอกสารที่แสดงว่าผู้วิจัยผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน เพื่อการดำเนินการวิจัยในสาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวรัตติยา เตยศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณภุช นันทไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวรัตติยา เตยศรี เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณภุช นันทไทยวิกุล โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต นางสาวรัตติยา เตยศรี โทร. 08-3611-0077



ที่ ศธ 0512.11/ 1544

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ สิงหาคม 2561

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทยุทธศาสตร์

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

เนื่องด้วย นางสาวรัตติยา เตยศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทิวกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตเผยแพร่ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว อายุ 30-59 ปี ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 6 จำนวน 46 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว คู่มือโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว แผนการสอน เรื่อง การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว วิดีทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย เรื่อง การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว แผ่นพับชี้แจงรายละเอียดการใช้ Application Line สมุดบันทึกการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว และแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตเผยแพร่ให้ นางสาวรัตติยา เตยศรี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล  
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทิวกุล โทร. 0-2218-1149  
ชื่อนิสิต นางสาวรัตติยา เตยศรี โทร. 08-3611-0077



Rattiya Toeysri <rattiya.to2532@gmail.com> อ. 13 ก.พ. 2018 23:56

Dear. Dr. Renee Allvin

My name is Ms. Rattiya Toeysri, a graduate student for the Degree of Master of Nursing Science Program in Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, locate in Bangkok, Thailand. Now, I am working on the thesis with the topic of “The effect of empowerment program on late phase recovery among post lumbar spine surgery patient” I am very interested in your article “Development of a questionnaire to measure patient-reported postoperative recovery: content validity and intra-patient reliability” I think it should be tested in Thai culture.

As your article is related to my studies, I would like to request for your permission to use your instrument (Postoperative Recovery Profile) in my thesis. If it is possible, could you please send your instrument (Postoperative Recovery Profile).

I will also the translation of your instrument from English into Thai language and appropriately modify into Thai culture context.

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

Respectfully your,

Rattiya Toeysri

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand

Email : rattiya.to2532@gmail.com

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Re: I would like to request for your permission to use your instrument (Postoperative Recovery Profile) 15 Feb 2018 19.23

rene.allvin@regionorebrolan.se

Dear Ms. Rattiya Toeysri

Thank you for your mail. The topic of your thesis seems very interesting and important. You have my permission to use the PRP questionnaire in your studies.

Attached you will find an English version of the questionnaire. There are two different versions with different start points:

- The existence of the symptoms right now
- The experiences during the last 24 hours

You can choose the one that suits you best

Attached you also find a user manual and an another PRP-article

Best regards

/Renee

Renee Allvin, CRNA, PhD

Clinical Skills Center

Orebro University Hospital

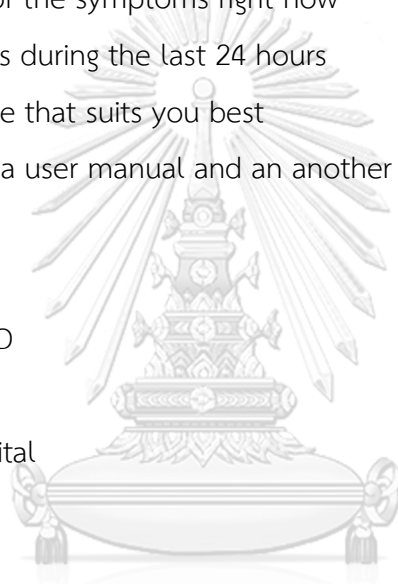
SE- 701 85 Orebro

Sweden

Phn: +46 19 602 01 44

E-mail: rene.allvin@regionorebrolan.se

<http://www.regionorebrolan.se/sv/uso/Utbildning/Kliniskt-traningscenter/>



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY



FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	011
วันที่	24/10/61
เวลา	14.45 น.
ผู้รับ	.....

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
 เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวรัตติยา เตยศรี รหัสประจำตัว 5977176836  
 นิสิตสาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 312 ถนน ราชวิถี  
 ตำบล/แขวง พญาไท อำเภอ/เขต ราชเทวี จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10400  
 โทรศัพท์ 083-6110077 Email rattiya.to2532@gmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
 ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูก  
 สันหลังระดับเอว

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของ  
 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นายชาตฤทธิ วรวิชัยพงศ์
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2556

ลงนาม ..... รัตติยา เตยศรี ..... ผู้ยื่นคำร้อง  
 (นางสาวรัตติยา เตยศรี)  
 .....18 / ..... พ.ศ. .... / 2561.....

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>เห็นสมควร 100% ให้ไปทำวิจัย</p> <p>ลงนาม ..... รัตติยา เตยศรี .....          (ผศ. รัตติยา เตยศรี ปริญญาโท วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา)          .....18 / ..... พ.ศ. .... / 61.....</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>..... อนุมัติ</p> <p>ลงนาม ..... รัตติยา เตยศรี .....          (รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)          .....22 / ..... พ.ศ. .... / 61.....</p>
--	---

อนุญาต  
 สังกัด มิ่งขวัญ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คุณหญิง อรุณรัตน์)  
 รองคณบดี  
 วิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์  
 ..... / ..... / .....

20  
 22 พ.ค. 61  
 23 พ.ค. 61





เอกสารเลขที่ ...003.../2562

**คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา  
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**

**โครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

**หมายเลขโครงการ** 61050

**ผู้วิจัยหลัก** น.ส.รัตติยา เตยศรี

**สถานที่ดำเนินการวิจัย** สถาบันประสาทวิทยา


**เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ** 1. แบบเสนอโครงการวิจัย Version date: 18/9/61  
2. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร Version date: 18/9/61  
3. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย Version date: 18/9/61  
4. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล Version date: 18/9/61  
5. แบบเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของผู้วิจัย version date: 01.11.2558  
6. หลักฐานผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี ฉบับวันที่ 6 สิงหาคม 2561

**วันที่พิจารณาอนุมัติ** 3 ตุลาคม 2561

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการวิจัย ฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว มีมติ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

  
 \_\_\_\_\_  
 (นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

ประธานคณะกรรมการ

  
 \_\_\_\_\_  
 (นางสาวพิมพ์ชนก พุฒขาว)

กรรมการและเลขานุการ

รับรองตั้งแต่วันที่

3 ตุลาคม 2561

ถึงวันที่

2 ตุลาคม 2562



ที่ สธ ๐๓๑๐ (๑๓๗๐๐)/๑๗๙๕

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันประสาทวิทยา ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา  
สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ ๓๑๒ ถนนราชวิถี  
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๘ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

เรียน น.ส.รัตติยา เตยศรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารเลขที่ ๐๐๓/๒๕๖๑

ตามที่ท่านซึ่งเป็น หัวหน้าโครงการวิจัยตามรายละเอียดข้างท้าย ได้เสนอโครงการวิจัยดังกล่าวต่อคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

เลขที่โครงการ	๖๑๐๕๐
ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
รายการเอกสารที่พิจารณา	๑. แบบเสนอโครงการวิจัย Version date: 18/9/61 ๒. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร Version date: 18/9/61 ๓. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย Version date: 18/9/61 ๔. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล Version date: 18/9/61 ๕. แบบเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของผู้วิจัย version date: 01.11.2558 ๖. หลักฐานผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี ฉบับวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๑

ในการนี้ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยประจำสถาบัน (Institutional Review Board : IRB) ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ได้พิจารณา และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ โดยผู้วิจัยจะต้องมีหน้าที่และความรับผิดชอบภายหลังได้รับการอนุมัติ คือ ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๗ “ข้อมูลสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง” โดยเคร่งครัดและจะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยเมื่อมีการร้องขอและ/หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ ทุกครั้ง ได้แก่

๑. ควรพิจารณาดำเนินการให้นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยทุกคน ผ่านการอบรมทางด้านจริยธรรมการวิจัยในคน
๒. เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วย
๓. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมเหตุผลที่ต้องเปลี่ยนแปลง
๔. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของคนที่เกี่ยวข้องที่เปลี่ยนแปลงพร้อมเหตุผลให้คณะกรรมการฯ ทราบด้วย

๒/๕. เมื่อมี...

๕. เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์ ที่ relate, possible/likely, probably related, fatal กับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบอย่างไร รวมทั้งขอทราบ มาตรการในการดูแลป้องกันอาสาสมัครในประเทศไทยด้วย
๖. จัดส่งรายงานการศึกษาวิจัย จำนวน ๒ ชุด ให้แก่สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน
๗. หากการวิจัยเกินเวลากว่า ๑ ปี จะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย พร้อมดำเนินการขอต่ออายุการรับรอง ก่อนหมดอายุอย่างน้อย ๓๐ วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)  
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ  
ประธานคณะกรรมการวิจัย  
และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา  
ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา  
โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๙๙๙๙ ต่อ ๒๔๐๒  
โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๕๓๕๓

## เอกสารแนะนำอาสาสมัคร

**โครงการวิจัยเรื่อง** ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่  
ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

### เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำโครงการวิจัยนี้

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ 1 เดือนแรกหลังผ่าตัดต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมตามภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ต้องกลับไปพักฟื้นและดูแลตนเองที่บ้าน ทำให้ขาดความมั่นใจและรู้สึกวิตกกังวลในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆหลังผ่าตัดด้วยตนเอง นำไปสู่ความพร่องในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใช้ระยะเวลานานขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำได้

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับเป็นซ้ำของอาการปวดหลังได้อีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เหมาะสมและต่อเนื่องในระยะที่ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็ว ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งถือว่าผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถตั้งศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการดูแลตนเองได้

### วิธีการศึกษา มีดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัคร เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้จากการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนต่างๆ และการพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร โดยอธิบายสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามความต้องการ เมื่ออาสาสมัครยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอม

2. ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการวิจัย โดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

2.1 อาสาสมัครกลุ่มที่ 1 จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยครอบคลุมในเรื่องการดูแลและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน โดยหลังจากออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1-3 อาสาสมัครกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติ และในสัปดาห์ที่ 4 ที่แพทย์นัดตรวจหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะนัดพบอาสาสมัครที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อสอบถามข้อมูลและให้ทำแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที และ

มอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว หากอาสาสมัครสนใจโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยยินดีให้คำแนะนำเกี่ยวกับโปรแกรม

2.2 อาสาสมัครกลุ่มที่ 2 จะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในสัปดาห์ที่ 1-3 หลังผ่าตัด โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลจำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

**กิจกรรมครั้งที่ 1** (วันแรกที่แพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน) ใช้เวลา 60-90 นาที

- ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครที่หอผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพกับอาสาสมัคร และนำเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

- ให้อาสาสมัครบอกถึงความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยและความต้องการต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของตนเอง และสรุปประเด็นการค้นพบสภาพการณ์จริงร่วมกับผู้วิจัยและบันทึกลงในสมุดบันทึก

- ผู้วิจัยให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมหลังผ่าตัด โดยให้อาสาสมัคร Add Line ผ่าน id หรือ QR Code และผู้วิจัยส่งคู่มือผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวให้ทาง Line เพื่อให้ใช้ศึกษาเพิ่มเติมและทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้

- ให้อาสาสมัครบอกประสบการณ์การจัดการปัญหาสุขภาพที่ผ่านมา มีการตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดร่วมกับผู้วิจัย และบันทึกลงในสมุดบันทึก

- ให้อาสาสมัครทบทวนเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ตั้งไว้ และบอกแนวทางที่คิดว่าจะปฏิบัติเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย ส่งเสริมให้อาสาสมัครตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและตรงกับสภาพปัญหา และกระตุ้นให้ลงมือปฏิบัติตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่อง

**กิจกรรมครั้งที่ 2** (ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน) ใช้เวลา 30-45 นาที

- ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครที่หอผู้ป่วยเพื่อเยี่ยมเตือนใจให้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามวิธีที่ตัดสินใจเลือก อย่างต่อเนื่อง และให้อาสาสมัครสาธิตย้อนกลับในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดและการบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดตามที่ได้รับความรู้และคำแนะนำจากกิจกรรมในครั้งที่ 1 และให้คำปรึกษาเพิ่มเติม

**กิจกรรมครั้งที่ 3** (วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 45-60 นาที

- ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครที่หอผู้ป่วย ให้บอกถึงประสบการณ์จัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ผ่านมาถึงปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ และสิ่งที่ยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรค พร้อมทั้งเสนอแนวทางแก้ไข

- ให้อาสาสมัครทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

**กิจกรรมครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5** (ระหว่างพักฟื้นที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังออกจากโรงพยาบาล) ใช้เวลา 20-30 นาที

- ในระหว่างพักฟื้นที่บ้าน ผู้วิจัยจะให้อาสาสมัครตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยจะส่งข้อความ รูปภาพ หรือวิดีโอเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดผ่าน Line ทุกๆ 3 วัน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและให้ความรู้เพิ่มเติม
- ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมอาสาสมัครทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที เพื่อพูดคุย ให้คำปรึกษา และประเมินกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- ในสัปดาห์ที่ 4 ที่แพทย์นัดตรวจหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะนัดพบอาสาสมัครที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยาเพื่อสอบถามข้อมูลและให้ทำแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ให้กลุ่มตัวอย่างบอกความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรม กล่าวขอบคุณ และยุติโปรแกรม

### **ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้**

ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้น แต่หากเกิดความไม่สะดวกใจ อาสาสมัครสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา หรือหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย เช่น อาการปวด ให้ท่านหยุดการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวและรีบแจ้งผู้วิจัยทันที เพื่อดำเนินการให้คำแนะนำช่วยเหลือและประสานงานกับแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ท่านได้รับการตรวจรักษาต่อไป และอาสาสมัครสามารถออกจากกรเชื่อมต่อ Application Line ได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

### **การรักษาความลับเกี่ยวกับอาสาสมัคร**

ข้อมูลเกี่ยวกับอาสาสมัครจะถูกถอดออกเป็นรหัส และข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวอาสาสมัครได้จะไม่ปรากฏในรายงานการวิจัย การนำเสนอข้อมูลจะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้นโดยจะไม่เกิดความเสียหายต่ออาสาสมัครและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

### **ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ**

1. ประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ช่วยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม มีพลังกายพลังใจในการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็ว และลดระยะเวลาการพักฟื้น และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ
2. ประโยชน์ต่อส่วนรวม คือ ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้



ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาการพักฟื้น และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากผ่าตัด กรณีที่ท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อพยาบาลผู้วิจัย ตามรายละเอียดดังนี้

1. นางสาวรัตติยา เตยศรี กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ 312 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. 10400 โทร. 0-2306-9899 ต่อ 2348, เบอร์โทรศัพท์มือถือ 083-6110077

2. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันประสาทวิทยา ศูนย์วิจัย สถาบันประสาทวิทยา ชั้น 4 อาคารวิจัยประสาทวิทยา (ตึก MRI) สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ 312 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 086-366-4307 0-2306-9899 ต่อ 2402, 0-2354-5357 โทรสาร 0-2354-5357 E-mail : irbpni@gmail.com



### ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับ

การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของข้าพเจ้านี้กระทำโดยสมัครใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และไม่เกิดผลกระทบต่อการรักษาที่จะได้รับตามปกติ

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบของการวิเคราะห์ในภาพรวม โดยไม่เปิดเผยรายชื่อ

กรณีที่ข้าพเจ้ามีข้อสงสัยหรือข้อซักถามเพิ่มเติม ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ที่

นางสาวรัตติยา เตยศรี พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด สถาบันประสาทวิทยา ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. 10400 โทร 0-2306-9899 ต่อ 2348, โทรศัพท์มือถือ 083-611-0077

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันประสาทวิทยา ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา ชั้น 4 อาคารวิจัยประสาทวิทยา (ตึก MRI) สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ 312 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 086-366-4307 0-2306-9899 ต่อ 2402, 0-2354-5357 โทรสาร 0-2354-5357 E-mail : irbpni@gmail.com

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม	.....	ผู้ยินยอม
ลงนาม	.....	พยาน
ลงนาม	.....	พยาน

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว และข้าพเจ้าจึงได้ประทับลายนิ้วมือในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม	.....	ผู้ยินยอม
ลงนาม	.....	พยาน
ลงนาม	.....	พยาน



## ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามเลขที่

วันที่บันทึกข้อมูล.....

### แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ป่วย)

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมายถูก ( ✓ ) ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าคำตอบที่ท่านเลือก หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย .....  $\text{kg/m}^2$
4. สถานภาพสมรส  
 โสด  คู่  หม้าย  
 หย่า  แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา  
 ไม่ได้ศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น  
 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า  อนุปริญญา  
 ปริญญาตรี  อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ  
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ  รับจ้าง  เกษตรกร  
 รับราชการ  รัฐวิสาหกิจ  ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  
 อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ครอบครัว (เฉลี่ยต่อเดือน)  
 ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน  5,000-10,000 บาท/เดือน  
 10,001-15,000 บาท/เดือน  15,001-20,000 บาท/เดือน  
 20,001-25,000 บาท/เดือน  25,000 บาท/เดือนขึ้นไป
8. ประวัติโรคประจำตัว  
 ไม่มี  มี ระบุ.....
9. ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล  
 ไม่เคย  เคย ระบุ.....
10. ประวัติการผ่าตัด  
 ไม่เคย  เคย ระบุ.....



แบบสอบถามเลขที่ 

วันที่บันทึกข้อมูล.....

**แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว**

**คำชี้แจง** แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ไม่เคยเลย	หมายถึง	อาการหรือความรู้สึกนั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับท่านเลยใน 1 สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับท่าน 1-3 ครั้ง/สัปดาห์
บ่อย ๆ	หมายถึง	อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับท่าน 4-6 ครั้ง/สัปดาห์
เป็นประจำ	หมายถึง	อาการหรือความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นกับท่านทุกวัน

ลำดับ	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น	ไม่เคยเลย	บางครั้ง	บ่อย ๆ	เป็นประจำ
<b>ด้านอาการทางกาย</b>					
1.	ท่านมีอาการปวดหลัง ปวดเอว และ/หรือปวดหลังร้าวลงขา				
2.	ท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน				
3.	.....				
4.	.....				
5.	.....				
<b>ด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย</b>					
6.	ท่านมีอาการท้องผูก				
7.	ท่านไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้				
8.	.....				
9.	.....				
10.	.....				
<b>ด้านจิตใจ</b>					
11.	ท่านรู้สึกวิตกกังวล				
12.	ท่านรู้สึกหดหู่				
13.	.....				
14.	.....				

ลำดับ	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น	ไม่เคย เลย	บางครั้ง	บ่อย ๆ	เป็น ประจำ
<b>ด้านสังคม</b>					
15.	ท่านไม่ชอบคบปะหรือทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นๆ				
16.	.....				
17.	.....				
<b>ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน</b>					
18.	ท่านมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆเหมือนที่เคยทำ ประจำวัน				
19.	.....				



## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

### ตารางที่ 7 แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ครั้งที่	วัน / เวลา	แผนการดำเนินกิจกรรม	กิจกรรม
1	วันแรกที่แพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน (plan D/C) (ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล) ใช้เวลา 60-90 นาที	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง</li> <li>- กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ</li> <li>- กิจกรรมที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ</li> </ul>	<p><b>กิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและนำเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยอธิบายประโยชน์ ชี้แจงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและรายละเอียดของโปรแกรม</li> <li>2. ให้ผู้ป่วยเล่าถึงสถานการณ์สุขภาพของตนเอง และระบายความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยและสภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด</li> <li>3. สรุประเบิดการค้นพบสภาพการณ์จริงร่วมกับผู้ป่วย</li> <li>4. ผู้วิจัยให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตนที่เหมาะสมหลังผ่าตัด และการบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ</li> <li>5. ให้ผู้ป่วย Add Line พร้อมทั้งส่งคู่มือผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ในการศึกษาเพิ่มเติมและทบทวน</li> </ol> <p><b>กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ผู้ป่วยทบทวนการค้นพบสภาพการณ์จริง และบอกประสบการณ์การจัดการปัญหาสุขภาพที่ผ่านมาของตนเอง</li> <li>2. ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดร่วมกับผู้วิจัย</li> <li>3. ให้ผู้ป่วยบอกถึงแนวทางการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดและการบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ</li> </ol>



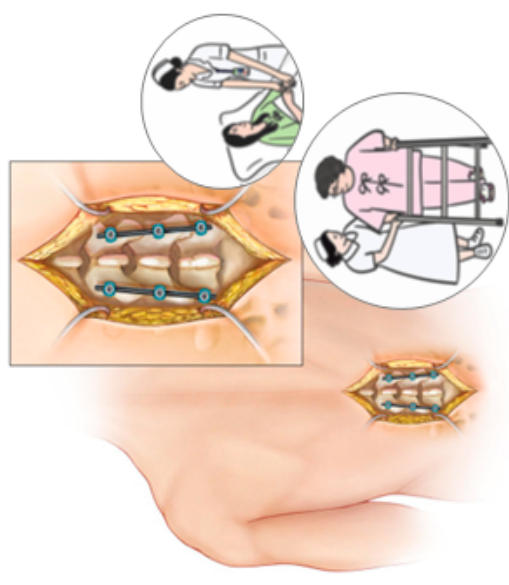
ครั้งที่	วัน / เวลา	แผนการดำเนินกิจกรรม	กิจกรรม
1 (ต่อ)			<p>หลังผ่าตัด และฝึกทักษะการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยช่วยแนะนำและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง</p> <p><b>กิจกรรมที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ผู้ป่วยทบทวนเป้าหมายในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ตั้งไว้</li> <li>2. ให้ผู้ป่วยบอกความสามารถในการดูแลตนเองและแนวทางที่คิดว่าจะปฏิบัติเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้</li> <li>3. ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและตรงกับสภาพปัญหา</li> <li>4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่อง</li> </ol>
2	1 วัน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 30-45 นาที	- กิจกรรมที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (ต่อเนื่องจากครั้งที่ 1)	<p><b>กิจกรรมที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พบผู้ป่วยเพื่อเยี่ยมเตือนใจให้ปฏิบัติตามวิธีที่ตัดสินใจเลือกอย่างต่อเนื่อง</li> <li>2. ทบทวนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดและการบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ โดยเลือกภาพกิจกรรมและท่าทางที่เหมาะสมตามโจทย์ที่ให้ รวมทั้งสาธิตย้อนกลับในการปฏิบัติที่ถูกต้อง ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนและสนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง</li> <li>3. ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม</li> <li>4. ให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติเหมาะสม</li> </ol>

ครั้งที่	วัน / เวลา	แผนการดำเนินกิจกรรม	กิจกรรม
3	วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 45-60 นาที	- กิจกรรมที่ 4 การ คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ที่มีประสิทธิภาพ	<b>กิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ</b> 1. ให้ผู้ป่วยบอกถึงประสบการณ์จัดการตนเองในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ผ่านมาถึงปัญหาที่สามารถแก้ไขได้และสิ่งที่ยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรค พร้อมทั้งเสนอแนวทางแก้ไข 2. ให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติเหมาะสม และกล่าวเสริมแรงเพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยถึงความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด 3. ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 และ 2 ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน
4	ระหว่างพักฟื้นที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 2-3	- กิจกรรมที่ 4 การ คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ที่มีประสิทธิภาพ	<b>กิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ</b> 1. ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายการปฏิบัติในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องในระหว่างพักฟื้นที่บ้าน โดยใช้ประสบการณ์การจัดการตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ผ่านมา
5	หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 20-30 นาที		2. กระตุ้นเตือนเป้าหมายการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองผ่าน Line สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนและสนับสนุนข้อมูลให้เพียงพอและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 3. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

คู่มือโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย  
ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

สารบัญ	หน้า
หลักการและเหตุผล	4
ตารางบูรณาการการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว	7
สิ่งสำคัญที่ต้องระวังในโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว	12
การดำเนินงานกิจกรรมไปโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว	15
บรรณานุกรม	31

คู่มือ  
โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย  
ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว



จัดทำโดย  
นางสาว รัตติยา เตยศรี  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ผศ. รศ.ศ.หญิง ดร.ปชาณัฐ นันทไทยวิกุล

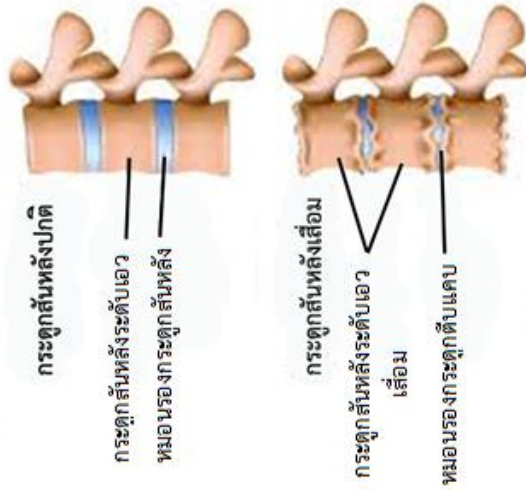
## คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว



เรื่อง	หน้า
โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม	1
สาเหตุของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม	3
อาการของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม	4
การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว	5
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ	7
การสวมเสื้อพยุงหลัง	8
การปฏิบัติตนที่เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	11
ท่าทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	15
ข้อควรระวังและกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง	20
หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว	
ทำบริหารร่างกายหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว	21
บรรณานุกรม	24

โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมที่ผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาโดยการผ่าตัดที่พบบ่อย ได้แก่

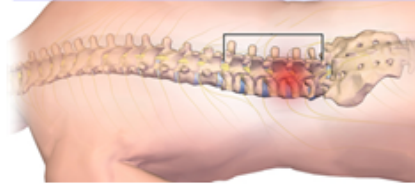
- โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับรากประสาท
- โรคข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม
- โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ
- โรคข้อต่อกระดูกสันหลังเคลื่อน



ที่มาของภาพ : <http://www.sportclass.in.th>

### โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

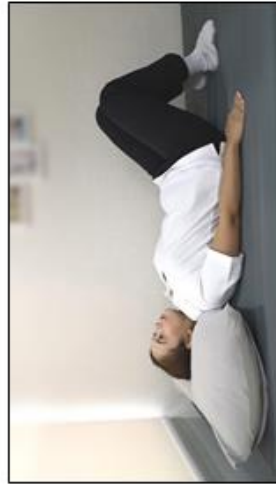
กระดูกสันหลังระดับเอวเป็นส่วนที่ทำหน้าที่หนักที่สุด เมื่อเทียบกับกระดูกสันหลังระดับอื่นๆ เนื่องจากต้องรองรับ น้ำหนักส่วนบนของร่างกาย และเป็นส่วนที่มีการเคลื่อนไหว ค่อนข้างมาก จึงเกิดการเสื่อมและเกิดการเคลื่อนของหมอนรองกระดูกได้บ่อย



โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม เกิดจากการเสื่อมสภาพตามธรรมชาติ ของกระดูกสันหลังเนื่องจากการมีอายุ มากขึ้น โดยกระดูกสันหลังที่ผ่านการใช้งานมาเป็นเวลานานทำให้ปล้องกระดูกสันหลัง ข้อต่อ หมอนรองกระดูก เต้นเอ้า และกล้ามเนื้อบริเวณหลัง มีการเสื่อมสภาพ

### ทำบริหารร่างกายหลังผ่าตัด กระดูกสันหลังระดับเอว

ทำที่ 1 นอนหงาย ชันเข่าสองข้าง และวางแขนไว้ข้างลำตัว  
จังหวะที่ 1 เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องเพื่อกดหลังให้  
แนบกับพื้น นับ 1-5 ซ้ำๆ  
จังหวะที่ 2 คลายกล้ามเนื้อ ปลดปล่อยตามสบาย  
ทำซ้ำประมาณ 5-10 ครั้ง และค่อยๆเพิ่มจำนวนขึ้น



### ท่าทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ทำขึ้น : ยืนอกผายไหล่สั่น หลังตรง ถ้ายืนนานๆควรมีเก้าอี้  
สำหรับพักเท้าหนึ่งข้าง เพื่อป้องกันการแอ่นหลังบริเวณเอว



## สื่อภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย เรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

### การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

### โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม

เกิดจากการเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลังระดับเอว เนื่องจากอาการมือเขม็งขึ้น	การใช้งานกระดูกสันหลังเป็นเวลานาน ทำให้กระดูกสันหลัง ข้อต่อ หมอนรองกระดูก เส้นเอ็น และกล้ามเนื้อหลังมีการเสื่อมสภาพ	ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยปวดหลัง ปวดคอ หรือปวดอวัยวะอื่นๆ

### โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยวิธีการผ่าตัดที่พบได้บ่อย ได้แก่

- 1 โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน กดทับรากประสาท
- 2 โรคข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม
- 3 โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ
- 4 โรคข้อต่อกระดูกสันหลังเคลื่อน

### การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการปวด ชา หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมและกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

แพทย์จะทำการผ่าตัดผ่านชั้นกล้ามเนื้อและเข้าถึงกระดูกสันหลังเพื่อให้สามารถเข้าถึงรากประสาทที่ถูกกดทับ แล้วจึงทำการเอากระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนที่กดทับ รวมทั้งเนื้อเยื่อที่ผิดปกติออก

File name: http://www.siam.com/stockphoto/factory-05114121-4885882.html

หลังจากนั้นจะได้เฝ้าติดตามกระดูกสันหลังเพื่อเสริมความมั่นคงแข็งแรง และในผู้ป่วยบางรายแพทย์อาจทำการเชื่อมกระดูกสันหลังแต่ละข้อให้ติดเป็นชิ้นเดียวกันโดยการปลูกกระดูกหรือใช้กระดูกเทียมเพื่อให้อึดต่อที่ให้ความมั่นคงเชื่อมติดกัน

ซึ่งคือกระดูกสันหลัง โดยการปลูกกระดูกกระดูกสันหลัง

โพรงตามกระดูกสันหลัง

### ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะฟื้นฟูสภาพ

- 1 แผลผ่าตัดติดเชื้อ
- 2 อาการปวด ชา หรือปวดร้าวตามรากประสาท
- 3 โพรงตามกระดูกสันหลังที่มีโพรงหรือเคลื่อนหลุดจากการเคลื่อนในกระดูกสันหลังทั้งหมดเกินไป หรือการเคลื่อนโพรงผิดปกติ
- 4 กระดูกที่เชื่อมไว้ไม่ติดกันจากการเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสมและการไม่ใส่เข็มหมุดจนถึงถึงกระดูกสันหลังของผู้รับที่
- 5 กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อติดแข็ง จากการที่ผู้ป่วยไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

### การปฏิบัติตนที่เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

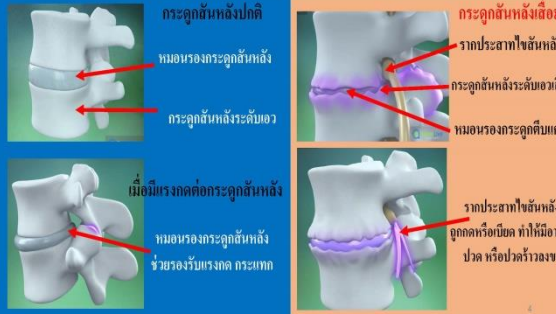

- แผลผ่าตัดหลังตัดไหม 3 วันให้ถูกน้ำได้ ใช้ผ้าสะอาดเช็ดที่แห้ง ห้ามใช้แป้งหรือแอลกอฮอล์ทาบริเวณแผล และห้ามอาบน้ำ 7-14 วัน
- รับประทานอาหารให้ครบถ้วน เพื่อส่งเสริมสุขภาพของแผล และช่วยในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย
- ควรสวมอุปกรณ์ช่วยพยุงหลังตลอดเวลาที่ลุกขึ้นเดิน และนั่งอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง คำนวณระยะเวลาของแพทย์
- ควรบริหารร่างกายสม่ำเสมอ เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ แต่ไม่ควรยกของหนักขึ้น ทับบริเวณหลังหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง การเดินเป็นต้น

### ท่าทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ท่านยืน : ยืนอกพาดไหล่หลัง หลังตรง ฝ่าตีนขนานๆ ควรมีไม้เท้าสำหรับพิงเท้าหนึ่งข้าง เพื่อป้องกันทรอยหลังบริเวณเอว

ท่านั่ง : นั่งหลังตรงพิงพนักเก้าอี้ เก้าอี้สูงพอดี ไม่ควรนั่งนานติดต่อกันเกิน 45 นาที ในช่วง 3 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด

สื่อข้อความและภาพนิ่งเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว  
ที่ใช้ในการให้ความรู้และกระตุ้นเตือนผู้ป่วยผ่านทางสื่อโซเชียลมีเดีย Line

<p><b>กระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม</b></p>  <p>กระดูกสันหลังปกติ หมอนรองกระดูกสันหลัง</p> <p>กระดูกสันหลังระดับเอว</p> <p>เมื่อมีแรงกดต่อกระดูกสันหลัง หมอนรองกระดูกสันหลัง ช่วยรองรับแรงกด กระแทก</p> <p>กระดูกสันหลังเสื่อม รากประสาทไขสันหลัง กระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม หมอนรองกระดูกตีบแคบ</p> <p>รากประสาทไขสันหลัง ถูกกดหรือเบียด ทำให้มีอาการ ปวด หรือปวดร้าวลงขา</p>	<p><b>สาเหตุของโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม</b></p> <p>การใช้งานกระดูกสันหลัง อย่างหนักเป็นประจำ</p> <p>การเสื่อมสภาพของ กระดูกสันหลังตามธรรมชาติ</p> <p>ภาวะอ้วน</p> <p>ในช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป มักมีการงอกของกระดูก เพิ่มขึ้นและเสื่อมตามวัย</p> <p>สาเหตุอื่น เช่น อุบัติเหตุ การติดเชื้อ เนื้องอกหรือโรคนะเร็ง เป็นต้น</p> 
--	---

<p><b>ข้อควรระวังและกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว</b></p> <p>ไม่เอื้อมหยิบของบนที่สูง อย่างน้อย 4 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด</p> <p>ไม่ควรนั่งนานเกิน 45 นาที ภายใน 3 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด</p> <p>ไม่ขับรถ หรือซ้อนท้าย มอเตอร์ไซด์ หรือนั่งรถ ทางไกล อย่างน้อย 6-8 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด</p> <p>ควรใช้ส้วมชักโครก หรือ เก้าอี้เจาะรู ในการขับถ่าย</p> 	<p><b>ข้อควรระวังและกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว</b></p> <p>ไม่ควรบิดหรือเอี้ยวตัวแรงๆ โดยเฉพาะในช่วง 6-8 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด</p> <p>ไม่ขึ้นบันไดเกิน 2 ครั้งต่อวัน ใน 3 สัปดาห์หลังการผ่าตัด</p> <p>ไม่ยก หรือลากของหนักเกิน 4 กิโลกรัม ใน 4 สัปดาห์ หลังการผ่าตัด</p> <p>ไม่ออกกำลังกายที่มีแรง กระแทก เช่น การวิ่ง</p> 
--	--

<p><b>ทำบริหารร่างกายหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว</b></p> <p><b>ท่าที่ 1</b> นอนหงาย ชันขาสองข้าง และวางแขนไว้ข้างลำตัว</p> <p>- จังหวะที่ 1 เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องเพื่อกดหลัง ให้แนบกับพื้น นับ 1-5 ซ้ำๆ</p> <p>- จังหวะที่ 2 คลายกล้ามเนื้อ ปล่อยพักตามสบาย ทำซ้ำประมาณ 5-10 ครั้ง และค่อยๆเพิ่มจำนวนขึ้น</p> 	<p><b>ทำบริหารร่างกายหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว</b></p> <p><b>ท่าที่ 4</b></p> <p>นอนหงาย เหยียดขาทั้ง 2 ข้าง ขยับข้อเท้าทั้ง 2 ข้างขึ้น-ลง กดส้นเท้ากับพื้นและเหยียดปลายเท้าขึ้น-ลง จนรู้สึกถึงบริเวณน่อง แล้วค่อยๆผ่อนคลาย .... ทำซ้ำ 10 ครั้ง ....</p> 
---	---





ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

สมุดบันทึกการปฏิบัติตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด  
กระดูกสันหลังระดับเอว

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ  
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด  
กระดูกสันหลังระดับเอว

ประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่า  
ในตนเอง สามารถตั้งสติกับสภาพที่มีอยู่ภายในตนเองมาใช้ในการแก้ไขปัญหา  
และกำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีพลังงานและพลัง  
ใจในการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไป  
ที่นุ้สุขภาพที่บ้านได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลัง  
ผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาการพักฟื้น และสามารถกลับไป  
ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

สมุดบันทึกการปฏิบัติตน  
ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ  
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

จัดทำโดย  
นางสาวรัตติยา เกษศิริ  
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ประจำภา  
ศศ. ๕๓.๓.หญิง ศรประจักษ์ ไร่ นันทเวชวิศุ

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1  
การค้นพบสภาพการณ์จริง

กรณีประกอบของงาน คือ .....

.....

.....

.....

.....

.....

ความรู้สึกของงานต่อกรณีประกอบในกรณีนี้ คือ .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สัปดาห์ที่ 1

ผู้เขียน กรุณาเลือกหรือระบุปัญหา/สถานการณ์เกี่ยวกับสภาพสังคมที่ตนกำลังเผชิญอยู่ และทำเครื่องหมายเอก (✓) ในช่องความรู้สึกต่อปัญหา/สถานการณ์ที่ได้เลือกกับความรู้สึกของงานมากที่สุด

ปัญหาที่เลือกมาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสังคมระดับจังหวัดหรือระดับประเทศ หากยังไม่ชัดเจนสามารถทำงานได้ถึงนี้

ปัญหา/สถานการณ์	ความรู้สึกต่อปัญหา/สถานการณ์				หมายเหตุ
	รู้สึก ตลอดเวลา	รู้สึก มากกว่า ส่วนน้อย	รู้สึก บ้าง	ไม่ สนใจ	
<input type="checkbox"/> ควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ดี					
<input type="checkbox"/> ควบคุมสิ่งแวดล้อม บ้างแล้ว หรือบ้างครั้งงงๆ					
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถควบคุม					
<input type="checkbox"/> เกลื่อนไม่ทรงกลมได้ลำบาก					
<input type="checkbox"/> มีความเครียด / วิตกกังวลเกี่ยวกับ.....					
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....					

ความดีใจ / ความคาดหวังของงานต่อกรณีประกอบ คือ .....

.....

.....

.....





### การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

ตารางที่ 8 การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.833	.836	19

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเท่ากับ .833 แสดงว่า แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีค่าความเที่ยงในระดับดี

ตารางที่ 9 การทดสอบการแจกแจง (Normality) ของคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
N		23	23
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	73.608	68.217
	Std. Deviation	2.803	4.209
	Absolute	.183	.142
Most Extreme Differences	Positive	.126	.098
	Negative	-.183	-.142
Kolmogorov-Smirnov Z		.876	.682
Asymp. Sig. (2-tailed)		.427	.740

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

จากตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์การกระจายคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov Z = .876 (กลุ่มทดลอง) และ .682 (กลุ่มควบคุม)  $p = .427$  (กลุ่มทดลอง) และ .740 (กลุ่มควบคุม) ซึ่ง  $p > .05$  แสดงว่ายอมรับ  $H_0$  นั่นคือ คะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงปกติ

**ตารางที่ 10** คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุดรายข้อของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม				
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max	
<b>ด้านอาการทางกาย</b>									
1. ท่านมีอาการปวดหลัง ปวดเอว และ/หรือปวดร้าวลงขา	3.47	0.51	3	4	3.13	0.62	2	4	
2. ท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน	4.00	0.00	4	4	3.95	0.20	3	4	
3. ท่านมีอาการเหนื่อยล้า	3.86	0.34	3	4	3.52	0.51	3	4	
4. ท่านมีอาการเบื่ออาหาร	4.00	0.00	4	4	3.78	0.42	3	4	
5. ท่านมีอาการนอนไม่หลับ	3.95	0.20	3	4	3.52	0.51	3	4	
<b>ด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย</b>									
6. ท่านมีอาการท้องผูก	3.86	0.34	3	4	3.73	0.54	2	4	
7. ท่านไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้	4.00	0.00	4	4	4.00	0.00	4	4	
8. ท่านมีกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	3.82	0.38	3	4	3.65	0.48	3	4	
9. ท่านมีความต้องการทางเพศลดลง และ/หรือไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ	3.43	0.72	2	4	3.30	0.70	2	4	
10. ท่านต้องการให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการลุกนั่ง ยืน หรือเดิน	4.00	0.00	4	4	3.78	0.42	3	4	
<b>ด้านจิตใจ</b>									
11. ท่านรู้สึกวิตกกังวล	3.91	0.28	3	4	3.21	0.73	2	4	
12. ท่านรู้สึกหดหู่	4.00	0.00	4	4	3.56	0.58	2	4	
13. ท่านรู้สึกเหมือนอยู่ตัวคนเดียว	4.00	0.00	4	4	3.86	0.34	3	4	
14. ท่านรู้สึกไม่อยากจะทำอะไร	3.91	0.28	3	4	3.39	0.65	2	4	
<b>ด้านสังคม</b>									
15. ท่านไม่ชอบพบปะหรือทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นๆ	3.95	0.20	3	4	3.43	0.50	3	4	



ตารางที่ 10 (ต่อ) คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุดรายข้อของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม				
	$\bar{x}$	SD	Min	Max	$\bar{x}$	SD	Min	Max	
16. ท่านต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเสมอ	4.00	0.00	4	4	3.86	0.34	3	4	
17. ท่านรู้สึกสนใจสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัวลดลง	3.86	0.34	3	4	3.78	0.42	3	4	
<b>ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน</b>									
18. ท่านมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆเหมือนที่เคยทำประจำวัน	3.56	0.50	3	4	3.08	0.79	1	4	
19. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองลดลง	3.95	0.20	3	4	3.60	0.49	3	4	

จากตารางที่ 10 พบว่า เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายรายข้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายสูงกว่ากลุ่มควบคุม

**ตารางที่ 11** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มทดลองที่บรรลุปเป้าหมายจากการลงมือปฏิบัติตามวิธีการแก้ไขปัญหาและการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในระหว่างดำเนินกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละสัปดาห์ (n=23)

วิธีการแก้ไขปัญหา/การส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย	สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 2		สัปดาห์ที่ 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การฝึกเดินและทำกายภาพบำบัดตามแผนการรักษา	11	47.80	21	91.30	23	100.00
การบริหารร่างกายหลังผ่าตัด	18	78.30	21	91.30	21	91.30
การปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	20	87.00	23	100.00	23	100.00
การปฏิบัติตามข้อห้ามและข้อจำกัดในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	17	73.90	19	82.60	21	91.30
การปรับเปลี่ยนท่าทางที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน	14	60.90	20	87.00	21	91.30

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตามวิธีการแก้ไขปัญหาและการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้ายในระหว่างดำเนินกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยสัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยสามารถฝึกเดินและทำกายภาพบำบัดตามแผนการรักษาได้บรรลุปเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 47.80 บริหารร่างกายหลังผ่าตัดได้บรรลุปเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 78.30 ปฏิบัติตนตามคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้บรรลุปเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 87 ปฏิบัติตนตามข้อห้ามและข้อจำกัดในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้บรรลุปเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 73.90 และมีการปรับเปลี่ยนท่าทางที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันได้บรรลุปเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 60.90

ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยสามารถฝึกเดินและทำกายภาพบำบัดตามแผนการรักษาได้บรรลุปเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 91.30 บริหารร่างกายหลังผ่าตัดได้บรรลุปเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 91.30 ปฏิบัติตนตามคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้บรรลุปเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 100 ปฏิบัติตนตามข้อห้ามและข้อจำกัดในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้บรรลุปเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 82.60 และมีการปรับเปลี่ยนท่าทางที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันได้บรรลุปเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 87

ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยสามารถฝึกเดินและทำกายภาพบำบัดตามแผนการรักษาได้บรรลุปเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 100 บริหารร่างกายหลังผ่าตัดได้บรรลุปเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 91.30

ปฏิบัติตนตามคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้บรรลุเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 100  
ปฏิบัติตนตามข้อห้ามและข้อจำกัดในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้บรรลุเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 91.30 และมีการปรับเปลี่ยนท่าทางที่เหมาะสมในชีวิตประจำวันได้บรรลุเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 91.30



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวรัตติยา เตยศรี
วัน เดือน ปี เกิด	14 เมษายน 2532
สถานที่เกิด	จังหวัดปราจีนบุรี
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี ราชบุรี ปีการศึกษา 2555 ภายหลังสำเร็จการศึกษาปฏิบัติงานที่ แผนกห้องผ่าตัด สถาบันประสาทวิทยา พ.ศ. 2555-ปัจจุบัน
ที่อยู่ปัจจุบัน	47 หมู่ 2 ตำบลบางเดชะ อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY