

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ

**Effects of the Self-efficacy Enhancement Program on Rehabilitation for Lumbar Stenosis  
in The Elderly Patients with Lumbar Laminectomy**

ตติยา จำปาวงษ์ (Tatiya Chumparwong)\* ดร.มยุรี ลีทองอิน (Dr.Mayuree Leethong-in)\*\*  
วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์ (Wilawan Phanphruk)\*\*\* ดร.สุรชัย แซ่จิ่ง (Dr.Surachai Sae-Jung)\*\*\*\*

**บทคัดย่อ**

วิจัยกึ่งทดลองแบบสุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ กลุ่มตัวอย่างแบ่ง เป็นกลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 25 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัด ห่อผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม 4 ครั้งก่อนและหลังผ่าตัด หลังจากนั้นประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดวันที่ 3 และวันที่ 7 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดวันที่ 3 และวันที่ 7 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $t = 9.66, df = 48$  และ  $t = 14.23, df = 48$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  ตามลำดับ

**ABSTRACT**

This quasi-randomized controlled trial aimed to examine the effects of self-efficacy enhancement program on rehabilitation after lumbar laminectomy in elderly patients with lumbar stenosis. The patients admitted at the orthopedic wards in Srinagarind Hospital for the surgery were randomly assigned into the experimental group or the control group, 25 patients for each group. The experimental group had participated in four sessions of the self-efficacy enhancement program before and after surgery. Rehabilitation was then evaluated on the third day and seventh day after surgery. The result was that the experimental group had higher average scores of rehabilitation on the third day and seventh day after surgery, than the control group ( $t = 9.66, df = 48$  and  $t = 14.23, df = 48$ ) at  $p < .05$  significant level.

**คำสำคัญ:** การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การผ่าตัดลามิเนกโตมี โรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ

**Keywords:** Self-efficacy, Laminectomy, Lumbar stenosis

\* นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## บทนำ

โรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ (Lumbar spinal stenosis) เป็นโรคที่โพรงกระดูกสันหลังแคบตัวลง ส่งผลให้เส้นประสาทที่อยู่ด้านในโพรงประสาทถูกกดเบียด (กิตติ, 2556) มีสาเหตุจากความเสื่อมของหมอนรองกระดูก เส้นเอ็น และข้อต่อ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการสูงอายุ จึงทำให้พบโรคนี้ได้บ่อยโดยเฉพาะคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 68.8 (Kaptan et al., 2007) วิธีการรักษาโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบที่ได้ผลและนิยมใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุด คือ การผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี (Laminectomy) (Chou et al., 2009; Deyo et al., 2010; Anderson et al., 2013) และเนื่องจากประชากรสูงอายุมิแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทำให้อุบัติการณ์ของผู้สูงอายุได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ สถิติจากปี พ.ศ. 2554-2556 อัตราผู้สูงอายุเข้ารับรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 3.09 (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557) ด้วยวัยสูงอายุทำให้ระยะเวลาในการนอนรักษาหลังผ่าตัดนานกว่าวัยอื่นๆ (Gruskay et al., 2013) ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีมีอัตราการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 14.95 วัน ค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าวิธีการผ่าตัดอื่นๆ โดยเฉลี่ย 106,874.25 บาทต่อราย ทำให้เป็นภาระทั้งตนเอง ครอบครัวและสังคมตามมา อย่างไรก็ตามภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีสามารถลดหรือป้องกันได้ด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด

การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดเป็นกระบวนการปรับตัวหรือการฟื้นฟูสภาพร่างกายของบุคคลจากการมีข้อจำกัดการทำหน้าที่ของร่างกายด้วยผลลัพธ์ของการผ่าตัด เพื่อให้ร่างกายสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองหรือมีความสามารถในการทำหน้าที่ใกล้เคียงหรือเข้าสู่ภาวะปกติมากที่สุด (Mauk, 2012) ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุได้รับการผ่าตัด การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเพิ่มการเน้นในเรื่องการชะลอภาวะถดถอยของกระดูกและกล้ามเนื้อตามอายุ เพิ่มความทนทานของระบบทางเดินหายใจ การฟื้นฟูระบบโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อหลังผ่าตัดที่แตกต่างจากวัยอื่น (ประเสริฐ, 2556) ร่วมกับการใช้สื่อที่ส่งเสริมการปฏิบัติตัว (McGregor et al., 2007)

จากการศึกษานำร่องติดตามกรณีศึกษาผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี ช่วงเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2557 พบว่า จากประเมินระดับความวิตกกังวลและการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด พบว่า 3 รายมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง เนื่องจากไม่คุ้นเคยกับสถานที่ สิ่งแวดล้อม ดังผู้ป่วยสูงอายุรายหนึ่งกล่าวว่า “นอนไม่ค่อยหลับ แปลกที่ ‘ไม่รู้ว่าจะให้ทำอะไรบ้าง’ ‘หลังผ่าตัดไม่แน่ใจว่าตัวเองจะเดินไปเข้าห้องน้ำได้เหมือนเดิมไหม’ จากการสังเกตพฤติกรรมผู้สูงอายุหลังผ่าตัดร่วมกับการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุไม่กล้าขยับตัวหรือเปลี่ยนท่า ผู้สูงอายุกล่าวว่า “ไม่กล้าขยับ กลัวทำไม่ถูก ทั้งสายน้ำเกลือ ทั้งสายเลือดเต็มไปหมด” สะท้อนให้เห็นถึงความกังวล ความกลัว และความไม่มั่นใจตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด พบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด จากคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนผ่าตัด 75.51 หลังผ่าตัดลดลงเหลือ 64.29 และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดตามมา จากปรากฏการณ์ศึกษานำร่อง ถึงแม้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะได้รับการให้คำแนะนำตั้งแต่ 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด หรือการให้คำแนะนำก่อนผ่าตัด แต่ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังทั่วไป สะท้อนให้เห็นว่า สำหรับสื่อที่ใช้และวิธีการให้ความรู้ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี ยังไม่เฉพาะเจาะจงการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี และการคำนึงถึงความสูงอายุ อาจเป็นผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลคลุมเครือ ไม่ชัดเจน จนเกิดความไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งสอดคล้องกับแบนดรา (1997) กล่าวว่า “ถ้าหากการรับรู้สมรรถนะของตนเองลดลง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่จะกระทำการกิจกรรมนั้นลดลงไปด้วย การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความสามารถของตนเองต่อการ

กระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง โดยเฉพาะ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองขึ้นกับแหล่งสนับสนุนสำคัญ 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ในอดีตที่เคยทำประสบความสำเร็จ ประสบการณ์จากการกระทำของบุคคลอื่น การชักจูงด้วยคำพูด และสภาพร่างกายและอารมณ์ (Bandura, 1997) จะช่วยผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังบริเวณเอวให้มีความมั่นใจในสมรรถนะของตนเอง ลดความรู้สึกไม่แน่นอน ส่งเสริมทัศนคติที่ถูกต้อง กระตุ้นการมีส่วนร่วมหลังผ่าตัด ส่งเสริมการจัดการตนเอง (McGregor et al., 2007)

การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังทั้งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (เรไร, 2551; พรพิมล, 2552; วิจิตรา, สุวรรณ, สาลีณี, 2552; สุวคล, 2553) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังบริเวณคอ (พรพิมล, 2552; วิจิตรา และคณะ, 2552) บริเวณระดับเอว (สุวคล, 2553) และระดับเอวถึงบริเวณกระดูกก้นกบ (เรไร, 2551) อีกทั้งเน้นการให้โปรแกรมความรู้ด้วยสื่อที่เป็นคู่มือและวีดิทัศน์ เพื่อเตรียมความพร้อมด้วยการสร้างเสริมพลังอำนาจ (วิจิตรา และคณะ, 2552) การใช้วิธีการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวถึงกระดูกก้นกบ (เรไร, 2551) ทั้งนี้บางงานวิจัยมีการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของเบนดูรา มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม (พรพิมล, 2552) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหวของลำไส้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว (สุวคล, 2553) ขณะทำงานวิจัยในต่างประเทศ ค.ศ. 2004-2014 พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังในวัยผู้ใหญ่ (Nielsen et al., 2010; Oosterhusi et al., 2014) เป็นโปรแกรมการเตรียมความพร้อมด้วยการออกกำลังกายและการให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดกระดูกสันหลัง (Selkowitz et al., 2006; Nielsen et al., 2010; McGregor et al., 2013) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว (Selkowitz et al., 2006; McGregor et al., 2013) โดยมีการให้ข้อมูลในรูปแบบของคู่มือก่อนการผ่าตัดกระดูกสันหลัง (Selkowitz et al., 2006; McGregor et al., 2007) ซึ่งการจัดทำคู่มือการให้คำแนะนำ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและความพึงพอใจหลังจากการผ่าตัดกระดูกสันหลัง (Gepstein et al., 2006; McGregor et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่มีความชัดเจนในการให้คำแนะนำหรือให้ความรู้ก่อนการผ่าตัด รวมถึงยังไม่มีโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มารับผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี ด้วยการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นกรอบแนวคิดในการส่งเสริมพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีผ่าน โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งนี้จะได้โปรแกรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด ที่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี ในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด เพื่อลดค่าใช้จ่ายและวันนอนรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยสูงอายุ และยังเป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี หลังผ่าตัดวันที่ 3 ในผู้ป่วยสูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี หลังผ่าตัดวันที่ 7 ในผู้ป่วยสูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ

### ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้สูงอายุ ทำให้มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี
2. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถภาพของตนเอง เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังในระดับอื่นได้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง แบบคูรา (1997) เชื่อว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกได้นั้น เกิดจากความเชื่อมั่นในการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ซึ่งความเชื่อมั่นได้มาจากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองมาออกแบบเป็น โปรแกรมที่นำไปใช้สำหรับผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี ดังนี้

1. **ประสบการณ์ในอดีตที่เคยทำประสบความสำเร็จ** นำเสนอด้วยแบบเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic model) โดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ ที่มีการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้สูงอายุได้ฝึกทำก่อนมาผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผ่านตัวแบบบุคคลจริง (Live model) โดยพยาบาลในวันที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาเพื่อเตรียมผ่าตัด ทำให้ผู้สูงอายุเกิดทักษะและความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดได้

2. **ประสบการณ์จากการกระทำของบุคคลอื่น** นำเสนอโดยสื่อวีดิทัศน์คนต้นแบบที่เคยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี โดยให้ผู้สูงอายุสังเกตตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง และเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อเห็นตัวแบบประสบความสำเร็จ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองก็สามารถปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดได้

3. **การชักจูงด้วยคำพูด** พุดให้กำลังใจเมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพประสบความสำเร็จ และให้คำแนะนำผ่านคู่มือเตรียมความพร้อมผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับผู้สูงอายุ โดยพุดสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สำเร็จตามขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี เมื่อครบวันที่ 3 และวันที่ 7 ทำให้ผู้สูงอายุเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดได้

4. **สภาพร่างกายและอารมณ์** เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดถึงความรู้สึก และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกรับรู้สมรรถนะตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดได้สำเร็จ และมีการติดต่อทางโทรศัพท์ในช่วงก่อนผ่าตัด 2 สัปดาห์ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย ลดความกลัวและความวิตกกังวล

ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคช่องกระดูกสันหลังส่วนเอวติบที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ผ่านแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 แหล่ง อาจทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดได้เพิ่มขึ้น

### วิธีการวิจัย

1. **ประชากรที่ศึกษา** คือ ผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวติบแคบที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีครั้งแรก ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2558 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

2.1 กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี

2.2 กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จ (Polit, Hungler, 1999) โดยประมาณค่าอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม จากงานวิจัยของเรไร (2551) เรื่อง ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Polit, Hungler (1999) แล้วนำมา การแปลผลเมื่อเปิดตารางสำเร็จของ Polit, Hungler (1999) การประมาณค่าอิทธิพล จากค่าเฉลี่ย มากกว่า .08 ที่  $\alpha = .05$  ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละจำนวน 25 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย

### 3. เกณฑ์คัดเข้าในการศึกษา

3.1 อายุตั้งแต่ 60-79 ปี วินิจฉัยเป็นโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี แบบคลายการกดเบียดของรากประสาท และ/หรือการผ่าตัดแบบใส่โลหะตามกระดูก

3.2 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และได้ยินเสียงปกติ

3.3 สามารถมองเห็นภาพได้ชัดเจนด้วยสายตาตนเองหรือการสวมแว่น

3.4 ไม่มีความบกพร่องของสติปัญญาและการรู้คิด

3.5 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

3.6 ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นข้อห้ามในการผ่าตัด และ/หรือการดมยาสลบ

### 4. เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา

4.1 มีภาวะฉุกเฉิน ที่ต้องย้ายไปรับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต

4.2 ย้ายเข้าหอผู้ป่วยพิเศษ

4.3 มีภาวะสับสน (Delirium) ภายหลังจากการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี 24 ชั่วโมง

4.4 ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีติดต่อกัน 4 ครั้ง

5. วิธีการแบ่งกลุ่มอาสาสมัคร โดยการสุ่มช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงแรก และช่วงหลัง ทำการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลาก ผลการสุ่มช่วงแรกจะเก็บกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมก่อนจำนวน 25 ราย เนื่องจากป้องกันการปนเปื้อนจากตัวแปรแทรกซ้อน หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย มีกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดทั้งหมด 56 ราย ถอนตัวจำนวน 1 ราย เนื่องจากหลังจากได้รับเครื่องมือวิจัยแล้วปฏิบัติตามการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนมาผ่าตัด 2 สัปดาห์ แล้วมีอาการปวดหลังดีขึ้น ย้ายเข้าห้องพิเศษจำนวน 3 ราย และมีภาวะสับสนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง จำนวน 2 ราย

การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนการเก็บข้อมูลหลังผ่าตัด 7 วัน จะนำผลข้อมูลหลังผ่าตัดในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยเป็นข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดวันที่ 7 โดยใช้เทคนิคการใช้ข้อมูลสุดท้ายเป็นผลลัพธ์ของการทดลอง (Last observation carried forward) (อรุณ, 2557) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากไม่สามารถกำหนดวันจำหน่ายผู้ป่วยได้

## 6. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสุ่ม ชนิดสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (Two groups posttest only design) โดยมีแผนภูมิการวิจัย ดังนี้

|                 | T1             | T2             | T3             | T4                            | T5             |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------------------|----------------|
| กลุ่มทดลอง (E)  | X <sub>1</sub> | X <sub>2</sub> | X <sub>3</sub> | O <sub>1</sub> X <sub>4</sub> | O <sub>2</sub> |
| กลุ่มควบคุม (C) |                |                |                | O <sub>3</sub>                | O <sub>4</sub> |

T1: ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ก่อนเข้ารับการรักษา T2: ระยะเวลา ก่อนผ่าตัด 24 ชั่วโมง ขณะเข้ารับการรักษา

T3: ระยะเวลาหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

T4: ระยะเวลาหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง

X1-X4: ให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด ครั้งที่ 1-4

O<sub>1</sub>: ประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพ หลังผ่าตัดวันที่ 3 กลุ่มทดลอง

O<sub>2</sub>: ประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดวันที่ 7 หรือวันจำหน่ายกลับบ้าน กลุ่มทดลอง

O<sub>3</sub>: ประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดวันที่ 3 กลุ่มควบคุม

O<sub>4</sub>: ประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดวันที่ 7 หรือวันจำหน่ายกลับบ้าน กลุ่มควบคุม

## 7. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

7.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ ประกอบด้วย

7.1.1 คู่มือส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีในผู้สูงอายุ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ ประเภทของการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด 2 สัปดาห์ การเตรียมร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนเข้าห้องผ่าตัด การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดและการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน นำไปหาค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.80

7.1.2 วัสดุทัศนส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี ประกอบด้วย บุคคลต้นแบบ การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 2 สัปดาห์เกี่ยวกับการบริหารกาย หายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารกล้ามเนื้อขา การปฏิบัติก่อนผ่าตัด 24 ชั่วโมงโดยการเตรียมร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหลัง และการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน นำไปหาค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.90

7.2 แบบประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวที่แบบลามิเนกโตมี หลังผ่าตัดวันที่ 3 และวันที่ 7 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดวันที่ 3 มีจำนวน 12 ข้อ และแบบประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดวันที่ 7 มีจำนวน 13 ข้อ นำแบบประเมินทั้ง 2 ชุดไปผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา 0.90 และ 0.91 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (Test-retest method) เท่ากับ 0.97 และ 0.71 ตามลำดับ ความเที่ยงระหว่างผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน (Inter-rater reliability) ได้ 0.96 และ 0.93 ตามลำดับ

## 8. การดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE581183 รับรองเมื่อวันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ.2558 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามลำดับดังนี้

## 8.1 ขั้นเตรียมการ

8.1.1 ทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตดำเนินการวิจัย

8.1.2 ขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้างานบริการการพยาบาล หัวหน้าห้องตรวจผู้ป่วยกระดูกและข้อ หัวหน้าแผนกการพยาบาลศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ หัวหน้าหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และหัวหน้าภาควิชาออร์โธปิดิกส์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

## 8.2 ขั้นตอนดำเนินการ

8.2.1 ดำเนินการวิจัย โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง แจกวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวหรือผู้ดูแลได้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยทดสอบการได้ยินด้วยการมองเห็น และทดสอบความบกพร่องของสติปัญญาและการรู้คิดด้วย ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

### 8.2.1.1 กลุ่มควบคุม

เมื่อก่อนกลุ่มควบคุมเข้ารับการรักษานัดก่อนผ่าตัด 24 ชั่วโมง จะได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนผ่าตัด โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย จากนั้นผู้ช่วยวิจัยประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี หลังผ่าตัดวันที่ 3 และวันที่ 7 หรือวันจำหน่ายกลับบ้าน

### 8.2.1.2 กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี ดังต่อไปนี้

(1) ผู้วิจัยมอบคู่มือ และวีดิทัศน์ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี หลังจากที่แพทย์นัดผู้สูงอายุมารับผ่าตัด ผู้วิจัยทำการให้ข้อมูลที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ โดยใช้เวลา 30 นาที แนะนำคู่มือและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี หากกลุ่มทดลองมีข้อสงสัย สามารถโทรศัพท์ติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ในระยะก่อนผ่าตัด 2 สัปดาห์ หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ผู้วิจัยจะทำการติดต่อกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์

(2) เมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำและทบทวนการปฏิบัติก่อนผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการให้คำแนะนำหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

(3) หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัยทำการแบบประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี จากนั้นผู้วิจัยให้คำแนะนำและทบทวนการปฏิบัติระยะที่ลูกออกจากเตียง และก่อนกลับบ้าน

(4) หลังผ่าตัดวันที่ 7 หรือวันจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ช่วยวิจัยประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี

## 9. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS statistics version 19.0

9.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล สมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลหรือผู้ดูแล การวินิจฉัยโรค ประเภทการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน การได้รับยาลดปวด ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยวิเคราะห์ความถี่ และร้อยละ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดวันที่ 3 และวันที่ 7 ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

9.2 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ อายุ และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยวิเคราะห์สถิติ Independent t-test และ สถิติ Chi-Square

9.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามีเนกโตมี ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ หลังผ่าตัดวันที่ 3 และวันที่ 7 ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยวิเคราะห์ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษากลุ่มตัวอย่างการวิจัยจำนวนทั้งหมด 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย พบว่า กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 66.64 ปี (SD = 5.11) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56) จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72) ทุกรายมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 100) ได้รับการผ่าตัดแบบคลายการกดเบียดของรากประสาท (ร้อยละ 60) หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 84) ได้รับยาลดปวดแบบเครื่องควบคุมความปวดด้วยตนเอง (ร้อยละ 76) และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.96 วัน (SD = 1.24)

กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 65.26 ปี (SD = 5.19) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสและอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 68) จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80) ทุกรายมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 100) ได้รับการผ่าตัดแบบคลายการกดเบียดของรากประสาท (ร้อยละ 56) หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 92) ได้รับยาลดปวดแบบเครื่องควบคุมความปวดด้วยตนเอง (ร้อยละ 64) มีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.92 วัน (SD = 0.91)

จากการเก็บข้อมูลทั่วไปในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 25) และกลุ่มควบคุม (n = 25)

| ข้อมูล  | กลุ่มทดลอง<br>(n = 25) |              | กลุ่มควบคุม<br>(n = 25) |              | ค่าสถิติ           |
|---|------------------------|--------------|-------------------------|--------------|--------------------|
|   | จำนวน                  | ร้อยละ       | จำนวน                   | ร้อยละ       |                    |
| <sup>1</sup> อายุ                                     |                        |              |                         |              | 0.78 <sup>ns</sup> |
|   | 65.26<br>(Mean)        | 5.19<br>(SD) | 66.64<br>(Mean)         | 5.11<br>(SD) |                    |
| <sup>2</sup> เพศ                                      |                        |              |                         |              | 1.00 <sup>ns</sup> |
| ชาย   | 11                     | 44           | 11                      | 44           |                    |
| หญิง  | 14                     | 56           | 14                      | 56           |                    |
| <sup>2</sup> ระดับการศึกษา                            |                        |              |                         |              | 0.03 <sup>ns</sup> |
| ประถมศึกษา  | 20                     | 80           | 18                      | 72           |                    |
| มัธยมศึกษา  | 1                      | 4            | 3                       | 12           |                    |
| ปริญญาตรีขึ้นไป                                       | 4                      | 16           | 4                       | 16           |                    |
| <sup>2</sup> สมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลหรือผู้ดูแล |                        |              |                         |              | 1.00 <sup>ns</sup> |
| มี (บุตร)   | 25                     | 100          | 25                      | 100          |                    |
| <b>แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล</b>                     |                        |              |                         |              |                    |
| <sup>2</sup> ประเภทการผ่าตัด                          |                        |              |                         |              | 0.29 <sup>ns</sup> |
| Laminectomy   | 14                     | 56           | 15                      | 60           |                    |
| Laminectomy with instrumentation                      | 11                     | 44           | 10                      | 40           |                    |
| <sup>2</sup> ภาวะแทรกซ้อน                             |                        |              |                         |              | 3.11 <sup>ns</sup> |
| มี  | 2                      | 8            | 4                       | 16           |                    |
| ไม่มี   | 23                     | 92           | 21                      | 84           |                    |
| <sup>2</sup> การได้รับยาลดปวด                         |                        |              |                         |              | 3.28 <sup>ns</sup> |
| เครื่องควบคุมความปวดด้วยตนเอง                         | 16                     | 64           | 19                      | 76           |                    |
| มอร์ฟีน   | 9                      | 36           | 6                       | 24           |                    |
| <sup>1</sup> ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา               |                        |              |                         |              | 2.49 <sup>ns</sup> |
|   | 4.92<br>(Mean)         | 0.91<br>(SD) | 6.96<br>(Mean)          | 1.24<br>(SD) |                    |

<sup>1</sup> Independent t-test, <sup>2</sup> Chi-Square, ns = not significant

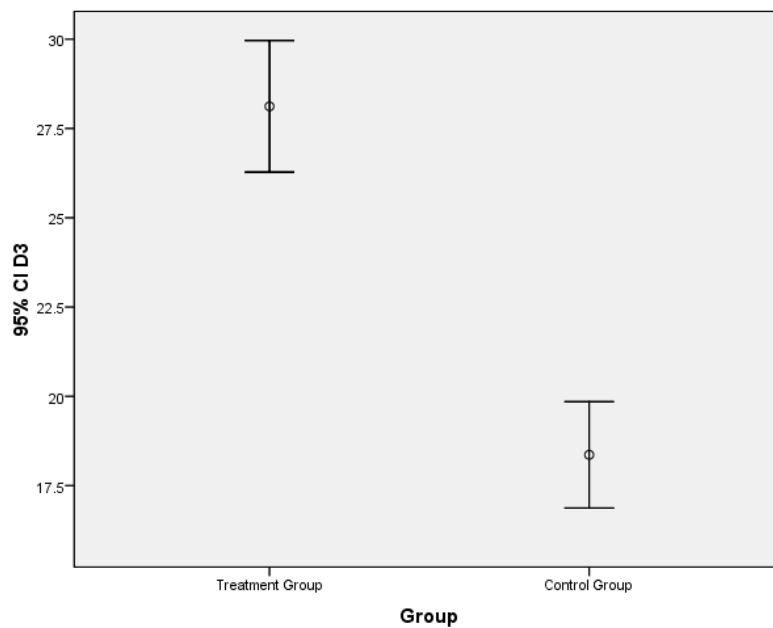
## 2. การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ

หลังผ่าตัดวันที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ พบว่า กลุ่มทดลอง มีการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการจัดทำลำตัวอยู่ในแนวตรง การบริหารกล้ามเนื้อขา การพลิกตัวแบบท่อนซุง ในระดับสูง ขณะที่กลุ่มควบคุม การจัดทำลำตัวอยู่ในแนวตรง การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตัวแบบท่อนซุง อยู่ในระดับปานกลาง

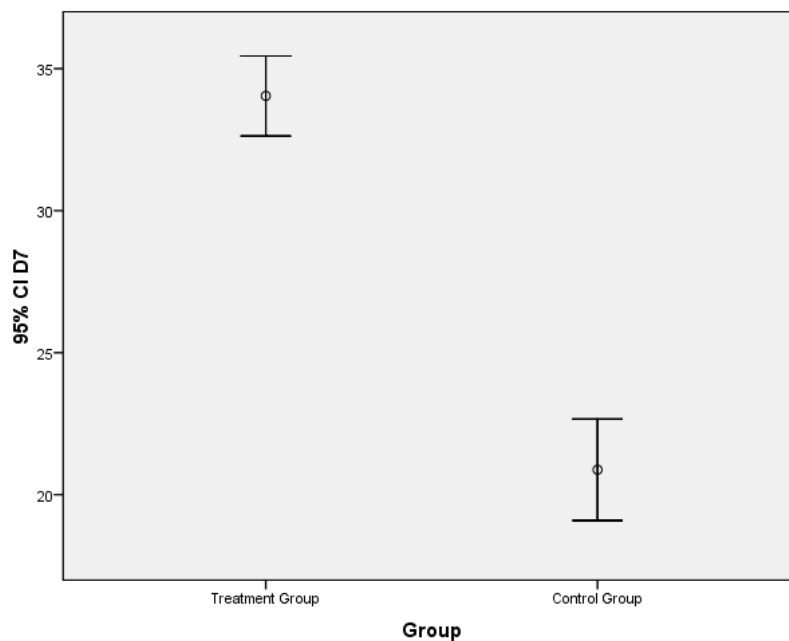
หลังผ่าตัดวันที่ 7 พบว่า กลุ่มทดลอง มีการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ยกเว้น การบริหารการหายใจอยู่ในระดับปานกลาง ตรงข้ามกับกลุ่มควบคุม พบว่า ด้านการพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง การลุกออกจากเตียง และการเดินด้วยเครื่องช่วยเดิน อยู่ในระดับปานกลาง แสดงรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี หลังผ่าตัดวันที่ 3 และวันที่ 7 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกรายด้าน

| ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด | กลุ่มทดลอง     |         | กลุ่มควบคุม    |         |
|---------------------------------|----------------|---------|----------------|---------|
|                                 | ค่าเฉลี่ย (SD) | แปลผล   | ค่าเฉลี่ย (SD) | แปลผล   |
| <b>หลังผ่าตัดวันที่ 3</b>       |                |         |                |         |
| 1. การจัดทำลำตัวอยู่ในแนวตรง    | 2.4(0.70)      | สูง     | 2.08(0.75)     | ปานกลาง |
| 2. การบริหารการหายใจ            | 2.16(0.80)     | ปานกลาง | 1.16(0.49)     | ต่ำ     |
| 3. การไออย่างมีประสิทธิภาพ      | 2.16(0.75)     | ปานกลาง | 1.92(0.81)     | ปานกลาง |
| 4. การบริหารกล้ามเนื้อขา        | 2.55(0.58)     | สูง     | 1.11(0.42)     | ต่ำ     |
| 5. การพลิกตัวแบบท่อนซุง         | 2.44(0.70)     | สูง     | 2.16(0.77)     | ปานกลาง |
| <b>หลังผ่าตัดวันที่ 7</b>       |                |         |                |         |
| 1. การจัดทำลำตัวอยู่ในแนวตรง    | 2.82(0.39)     | สูง     | 1.98(0.65)     | ปานกลาง |
| 2. การบริหารการหายใจ            | 2.33(0.70)     | ปานกลาง | 1.17(0.53)     | ต่ำ     |
| 3. การไออย่างมีประสิทธิภาพ      | 2.44(0.71)     | สูง     | 1.66(0.52)     | ต่ำ     |
| 4. การบริหารกล้ามเนื้อขา        | 2.79(0.41)     | สูง     | 1.03(0.16)     | ต่ำ     |
| 5. การพลิกตัวแบบท่อนซุง         | 2.48(0.51)     | สูง     | 2.08(0.49)     | ปานกลาง |
| 6. การลุกออกจากเตียง            | 2.66(0.69)     | สูง     | 1.98(0.87)     | ปานกลาง |
| 7. การเดินด้วยเครื่องช่วยเดิน   | 2.80(0.41)     | สูง     | 2.12(0.53)     | ปานกลาง |



ภาพที่ 1 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังผ่าตัดวันที่ 3  
หมายเหตุ: D3 หมายถึง หลังผ่าตัดวันที่ 3



ภาพที่ 2 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังผ่าตัดวันที่ 7  
หมายเหตุ: D7 หมายถึง หลังผ่าตัดวันที่ 7

จากภาพที่ 1 และภาพที่ 2 แสดงหลังผ่าตัดวันที่ 3 และวันที่ 7 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบลามิเนกโตมี มากกว่ากลุ่มควบคุม

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบหลังผ่าตัดวันที่ 3 และวันที่ 7 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี หลังผ่าตัดวันที่ 3 มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  ( $t = 9.66$ ,  $df = 48$ ) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวที่แบบลามิเนกโตมีหลังผ่าตัดวันที่ 7 มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  ( $t = 14.23$ ,  $df = 48$ ) แสดงรายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวที่แบบลามิเนกโตมีในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ หลังผ่าตัดวันที่ 3 และวันที่ 7 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

| คะแนนการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด | กลุ่มทดลอง (n=25) |       |      | กลุ่มควบคุม (n=25) |       |      | p-value |
|----------------------------------|-------------------|-------|------|--------------------|-------|------|---------|
|                                  | Min-Max           | Mean  | SD   | Min-Max            | Mean  | SD   |         |
| หลังผ่าตัดวันที่ 3               | 19-34             | 28.20 | 4.37 | 12-31              | 18.12 | 2.85 | 0.000*  |
| หลังผ่าตัดวันที่ 7               | 26-39             | 34.04 | 3.41 | 16-27              | 20.84 | 3.14 | 0.000*  |

\*  $p < .05$

### อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาผลโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี วันที่ 3 มากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  ( $t = 9.66$ ,  $df = 48$ )

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ ผ่านกรอบแนวคิดของเบนจามิน (1997) ซึ่งเป็น โปรแกรมที่นำไปใช้สำหรับผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี จากประสบการณ์จากการกระทำของบุคคลอื่น นำเสนอโดยสื่อวีดิทัศน์คนต้นแบบที่เคยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี เพื่อให้ผู้สูงอายุสังเกตตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ เมื่อมีตัวแบบที่มีลักษณะ

คล้ายกับตนเอง ผู้สูงอายุก็จะมีความรู้ดีกว่าตนเองก็มีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ และเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมมารฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด โดยมีกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้สูงอายุได้ฝึกทำก่อนมาผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี เพื่อให้เกิดทักษะและความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้ และมีการติดต่อทางโทรศัพท์ในช่วงก่อนผ่าตัด 2 สัปดาห์ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุคลายความกลัวและวิตกกังวล ข้อมูลจากผู้สูงอายุกล่าวว่า “ดีที่ได้มีอะไรไปดูก่อนผ่าตัด จะได้ทำตัวถูก” “ทำท่าออกกำลังกายก่อนมาทุกวัน” และญาติผู้สูงอายุกล่าวว่า “ที่แรกค่อนข้างกังวล ไม่รู้ว่าจะดูแลกันยังไงหลังผ่า พอได้ดูแลที่ไป ก็อุ่นใจ ไม่กังวล คิดว่าน่าจะดูแลได้” สอดคล้องกับ งานวิจัยของ McGregor et al. (2007) และ Nielsen et al. (2010) ที่พบว่า การใช้สื่อ การให้ข้อมูล และ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีและการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ส่งผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดดีขึ้น

2. ผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี วันที่ 7 มากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  ( $t = 14.23$ ,  $df = 48$ )

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในช่วงหลังผ่าตัด 3 วัน พบว่า จากกรอบแนวคิดของเบนคูรา (1997) ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดวันที่ 3 ทำให้เกิดทักษะและความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดได้สำเร็จเหมือนประสบการณ์ของตนเองที่ผ่านมา ร่วมกับการให้คำแนะนำและทบทวนการปฏิบัติ ระยะที่ลูกออกจากเตียง และการชักจูงด้วยคำพูด ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีกำลังใจ เชื่อมั่นในตนเองและสามารถที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดได้ โดยผู้สูงอายุทุกรายมีญาติเป็นผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล เป็นการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม (วนิดา และคณะ, 2553) โดยการช่วยดูแลทำกิจกรรมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ให้กำลังใจผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญความเครียดและการเจ็บป่วยได้ อาจส่งผลทำให้คะแนนการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจากผ่าตัดวันที่ 7 เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับ งานวิจัยของ McGregor et al. (2013) พบว่า เมื่อติดตามผลผู้สูงอายุที่ได้รับ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด โรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ มีความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นและสามารถทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดได้ และช่วยเพิ่มความสามารถของร่างกายให้กลับมาเร็วขึ้น

### สรุปผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีในผู้สูงอายุโรค โพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดวันที่ 3 มากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  ( $t = 9.66$ ,  $df = 48$ )

2. ผู้สูงอายุที่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีในผู้สูงอายุโรค โพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดวันที่ 7 มากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  ( $t = 14.23$ ,  $df = 48$ )

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบทุกท่าน ขอขอบคุณโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และเจ้าหน้าที่ทุกท่านให้การดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณทุนวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น และขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านและญาติที่เข้าร่วมการวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

- กิตติ จิระรัตน์ โปธิ์ชัย, กระดูกสันหลัง Spine, ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
- งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2557.
- พรพิมล บุญมา. การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต การส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
- ประเสริฐ อัสตันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอช; 2556.
- เรไร พงศ์สถาพร. ผลของการโภชนาการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
- วนิดา ครุฑฤทธิชัย, จริยาวัตร คมพักษณ์, ภัทรา เล็กวิจิตรธาดา, อัจฉรา จินายน และ กันยา สุวรรณศิริพันธ์. การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2553.
- วิจิตรา เชาว์พานนท์, สุวรรณภา วิชาคสงเคราะห์ และ สาลินี ไทยธวัช. ผลของการสร้างพลังอำนาจในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังต่อความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2552.
- สุวกล โกสีย์ไกรนิรมน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนเอง ต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหวของลำไส้ ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
- สุวรรณณี ขอบการไธ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
- อัมภิชา นาไวย์. ความต้องการและการได้รับความต้องการของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. การวิเคราะห์ผลการทดลองเมื่อตัวแปรผลเก็บไม่ได้ครบ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557; 23(4): 578-579.
- Anderson T, Bungler C, Sogaad, R. Long-term health care utilization and costs after spinal fusion in elderly patients. Eur Spine J 2013; 22(5): 977-984.
- Bandura A. Self-efficacy the exercise of control. New York: W. H. Freeman and company; 1997.
- Chou R, Baisden J, Carragee JE, Resnick KD, Shaffer OW, Loeser DJ. Surgery for low back pain a review of the evidence for an American pain society clinical practice guideline. SPINE 2009; 34(10): 1094-1109.

- Deyo AR, Mirza KS, Martin IB, Kreuter W, Goodman CD, Jarvik GJ. Trends, major medical complications, and charges associated with surgery for lumbar spinal stenosis in older adults. *JAMA* 2010; 303(13): 1259-1265.
- Gepstein R, Arinzon Z, Adunsky A, Folman Y. Decompression surgery for lumbar spinal stenosis in the elderly: Preoperative expectation and postoperative satisfaction. *Spinal Cord* 2006; 44(7): 427-431.
- Gruskay AJ, Fu CM, Bohl DD, Webb LM, Grauer NJ. Factors affecting length of stay following elective posterior lumbar spine surgery: A multivariate analysis. *The Spine Journal* 2013; 15(6): 1-8.
- Kaptan H, Kasimcan O, Cakiroglu K, Ilhan NM, Lilic C. Lumbar spinal stenosis in elderly patient. *New York Academy of Sciences* 2007; 190(1100): 173-178.
- Mauk LK. *Rehabilitation nursing a contemporary approach to practice*. Massachusetts: Malloy; 2012.
- Maxey L, Magnusson J. *Rehabilitation for the postsurgical orthopedic patient*. 3<sup>rd</sup> ed. Missouri: Elsevier; 2013.
- McGregor AH, Burton AK, Sell P, Waddell G. The development of an evidence-based patient booklet for patient undergoing lumbar discectomy and un-instrumented decompression. *Eur Spine J* 2007; 16(3): 339-346.
- McGregor AH, Probyn K, Cro S, Dore C, Burton A, Balague F, et al. Rehabilitation following surgery for lumbar spinal stenosis (Review). *The Cochrane Collaboration* 2013; 20(12): 1-54.
- Nielsen PR, Jorgensen LD, Daha B, Pedersen T, Tonnesen H. Prehabilitation and early rehabilitation after spine surgery: Randomized clinical trial. *Clinical Rehabilitation* 2010; 24(2): 137-148.
- Oosterhusi T, Costa L, Maher C, de Van H, van Tulder M, Ostelo R. Rehabilitation after lumbar disc surgery (Review). *The Cochrane Collaboration* 2014; 14(3): 1-101.
- Selkowitz DM, Kulig K, Poppert EM, Flanagan SP, Matthews ND, Beneck GJ, et al. The immediate and long-term effects of exercise and patient education on physical, functional, and quality-of-life outcome measures after single-level lumbar microdiscectomy: a randomized controlled trial protocol. *BioMed Central* 2006; 70(7): 1-15.