

Predictors of Quality of Life among Post-Lumbar Surgery Patients*

Laddawan Himkhun¹, Suporn Danaidutsadeekul, RN, DNS¹,

Napaporn Wanitkun, RN, PhD¹, Cholawet Chawasiri, MD²

Abstract

Purpose: To study the influence of functional status, health literacy, self-management, patient engagement, perceived person-centered care on the quality of life of post-lumbar surgery patients.

Design: A correlational predictive study.

Methods: The sample consisted of 110 patients who had post-lumbar surgery and came for follow up at one tertiary referral hospital in Bangkok. Data were collected using questionnaires including a demographic data form, quality of life-8D, patient health engagement scale, patient activation measure 13, health literacy, consultation care measure, clinical symptoms of Japanese Orthopedic Association score. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regressions.

Main findings: The findings showed that overall quality of life was good ($\bar{X} = .75$). Functional status, health literacy, self-management, patient engagement, and perceived person-centered care could predict the quality of life of post-lumbar surgery patients by 42.8% ($R^2 = .428$, $F = 15.578$, $p < .05$).

Conclusion and recommendations: The researcher recommended that nurses should develop the program to promote functional status, health literacy, self-management, patient engagement, and perceived person-centered care in order to promote good quality of life of post-lumbar surgery patients.

Keywords: quality of life, post-lumbar surgery, health literacy, patient engagement, perceived person-centered care

J Nurs Sci. 2017;35(3):82-93

Corresponding Author: Associate Professor Suporn Danaidutsadeekul, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว*

ลักดาวัลย์ หิมาคุณ¹ สุพร ดนัยคุชฎิกุล, พย.น.¹ นภาพร วาณิชยกุล, PhD¹ ชลเวช ชวศิริ, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

รูปแบบการวิจัย: การหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว จำนวน 110 คน ที่มาตรวจติดตามหลังผ่าตัด ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย แบบสอบถามการจัดการตนเอง แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสมการถดถอยพหุ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = .75$) ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ร้อยละ 42.8 ($R^2 = .428$, $F = 15.578$, $p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: โรงพยาบาลควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ การจัดการตนเอง ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

J Nurs Sci. 2017;35(3):82-93

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์สุพร ดนัยคุชฎิกุล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th

* วิทยาลัยนวัตกรรมการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

โรคกระดูกสันหลังเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิงในกลุ่มคนวัยทำงานและผู้สูงอายุ จากการศึกษาศึกษาของ Alharbi ย้อนหลัง 3 ปี พบผู้ป่วยถึงร้อยละ 28.1 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคกระดูกสันหลังระดับเอวมากที่สุดร้อยละ 53.1 รองลงมา คือ ระดับคอร้อยละ 27.1¹ สาเหตุของการเกิดโรคมาจากการเสื่อมของร่างกายและท่าทางการทำงานที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังเรื้อรัง ขาอ่อนแรง ชาขา ชากรัน อาการต่างๆ ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การรักษาโรคกระดูกสันหลังระดับเอวมั้ทั้งการรักษาแบบอนุรักษ์และการรักษาโดยการผ่าตัด ในสหรัฐอเมริกา มีรายงานการผ่าตัดโรคทางกระดูกสันหลังระดับเอวเพิ่มขึ้น 15 เท่าจากปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2550 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59 ในประชากรผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ² การผ่าตัดเป็นการรักษาที่ให้ผลลัพธ์ที่ดี ทำให้อาการปวดหลัง ปวดขา ลดลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น แต่ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยอาจจะประสบปัญหาต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น การบาดเจ็บต่อเส้นเลือดหรือเส้นประสาท การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การเลื่อนหลุดของเหล็กตามหรือสกรู การกลับเป็นซ้ำทำให้การฟื้นฟูสภาพช้าลง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น³ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ล้วนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพหลังการผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian⁴ กล่าวว่า การที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านโครงสร้างและปัจจัยด้านกระบวนการ นอกจากการดูแลจากทีมสุขภาพแล้ว ผู้ป่วยเป็นปัจจัยด้านโครงสร้างหลักที่สำคัญในการดูแลสุขภาพ

ของตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยมีลักษณะปัจจัยพื้นฐานและสมรรถนะในการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ สมรรถนะในด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน ในระยะ 3-6 เดือนแรกหลังการผ่าตัดเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย หากผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายที่ดี สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เต็มที่จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา⁵ แม้ว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตนจากทีมสุขภาพแล้ว แต่การนำข้อแนะนำไปปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญ ความแตกต่างทางสุขภาพเป็นอีกสมรรถนะหนึ่งที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Berkman และคณะ⁶ พบว่าความแตกต่างทางสุขภาพในระดับต่ำจะมีผลต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพ กล่าวคือ ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้น แต่การมีความแตกต่างทางสุขภาพในระดับสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁷ การจัดการตนเองเป็นอีกสมรรถนะของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หากมีการจัดการตนเองที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁸

นอกจากปัจจัยด้านโครงสร้างแล้ว กระบวนการดูแลเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ในปัจจุบันมีการนำรูปแบบการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ McCormack และ McCance⁹ ซึ่งเป็นการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสุขภาพ โดยความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภัยจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังได้ ภาวะหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ความรับผิดชอบจะเพิ่มขีดความสามารถจากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง ทำให้สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตได้¹⁰ ในการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี การศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของการรับรู้ต่อการเสริมสร้างศักยภาพของ Jerofke,

Weiss และ Yakusheva⁹ พบว่าการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจะทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี เพิ่มขีดความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ 3-6 เดือน เป็นระยะที่มารวดติดตามการรักษาครั้งที่ 2-3 ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการปรับตัว พื้นฟูสภาพ สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตที่เป็นปกติสุข ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ได้แก่ ปัจจัยภาวะการทำหน้าที่ การจัดการตนเอง ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

สมมติฐานการวิจัย

ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวครั้งแรกอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการตรวจติดตามหลังผ่าตัด 3-6 เดือน ที่หน่วยตรวจและติดตามการรักษาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่ม

แบบง่ายโดยโปรแกรมกำหนดสุ่ม เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง 1) ได้รับการผ่าตัดตามการนัดหมาย 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เข้าใจภาษาไทยสามารถพูดโต้ตอบแสดงความคิดเห็นได้ด้วยตนเอง 3) ผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ผ่านการทดสอบความรู้ความเข้าใจ (GP-COG) มีคะแนนการทดสอบ 9 คะแนน หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบค่าขนาดอิทธิพลของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จึงกำหนดขนาดอิทธิพลเป็นขนาดกลาง (medium effect size) ($R^2 = .13$) จำนวนตัวแปรในการทำนาย 5 ตัว นำเข้าโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power analysis 3.1 ได้กลุ่มตัวอย่าง 105 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 116 คน ผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลผิดปกติ (outliner) จำนวน 6 คน ต้องตัดออกจากการวิเคราะห์ เหลือกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยทั้งสิ้น 110 คน

เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2559 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2559

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ โดยใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ (GP-COG) คัดกรองผู้ที่มีความบกพร่องทางการรับรู้ออกจากงานวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ประกอบด้วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักปัจจุบัน ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน สิทธิการรักษา รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความพึงพอใจรายได้กับรายจ่าย ผู้ที่อาศัยกับผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ประวัติการสูบบุหรี่ การดูแลตนเองหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด

ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด จำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด (level) วันที่ผ่าตัด ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ระยะเวลาการมาตรวจติดตามหลังการผ่าตัด

2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้แบบสอบถาม Assessment of Quality of Life (AQoL-8D) พัฒนาโดย Richardson และคณะ¹⁰ ได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยดำเนินการตามเทคนิคการแปลแบบแปลย้อนกลับ (back-translation) ประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ .99 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .96 ประกอบด้วยคำถาม 35 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติหลัก 2 ด้าน คือ มิติหลักด้านร่างกาย ประกอบด้วยมิตีย่อย คือ ด้านอิสระในการดำเนินชีวิต ด้านประสาทสัมผัส ด้านความเจ็บปวด และมิติหลักด้านจิตสังคม ประกอบด้วยมิตีย่อย คือ ด้านสุขภาพจิต ด้านความสุข ด้านความมีคุณค่าในตนเอง ด้านการเผชิญปัญหา ด้านสัมพันธภาพ คำตอบเป็นแบบมาตราเรียงอันดับ (ordinal scale) โดยให้คะแนนตามข้อคำตอบ แปลผลคะแนนโดยนำค่าคะแนนทั้งหมดจาก 35 ข้อ เข้าสู่โปรแกรมการคำนวณ AQoL-8D UTILITY ALGORITHM (weighted) โดยแต่ละข้อจะมีการถ่วงน้ำหนักคะแนนที่แตกต่างกัน คะแนนในแต่ละมิติเป็น 0-1 คะแนน คะแนนรวมของคุณภาพชีวิตเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

3) แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ใช้แบบวัด Patient Health Engagement Scale (PHE-scale) พัฒนาโดย Graffigna และคณะ¹¹ ได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทย โดยผู้วิจัยดำเนินการตามเทคนิคการแปลแบบแปลย้อนกลับ ประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) มีค่าเท่ากับ 1 มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (ordinal alpha via empirical copula) เท่ากับ .85 คำถาม 5 ข้อ มีค่าคำตอบเป็นมาตรวัดเรียงลำดับ 7 ลำดับตามข้อคำตอบ คะแนนสูงหมายถึงมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับสูง

4) แบบสอบถามการจัดการตนเอง ใช้แบบประเมินการแสดงออกในการจัดการสุขภาพตนเอง Patient

Activation Measure (PAM 13) พัฒนาโดย Hibbard และคณะ¹² ฉบับภาษาไทยแปลโดย สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ¹³ นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหัวใจ และ ธิมาภรณ์ ชื้อตรงและคณะ¹⁴ นำมาใช้ในผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .78 และ .90 ตามลำดับ ประเมินเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ ใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 4 ระดับ คะแนนรวมมีค่า 0-100 คะแนน แบ่งการจัดการตนเองออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 (คะแนน ≤ 47) ระดับที่ 2 (คะแนน 47.1-51.1) ระดับที่ 3 (คะแนน 55.2-72.4) ระดับที่ 4 (คะแนน ≥ 72.5)

5) แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ ใช้แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพที่พัฒนาโดย นภาพร วาณิชกุล และคณะ¹⁵ ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ วัดปัจจัย 7 ด้าน คือ ด้านการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐาน ด้านความสามารถในการรับบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ ด้านครอบครัว สุขภาพ ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ ด้านความพึงพอใจของตนเองต่อสุขภาพ คำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 11 ระดับ คะแนนรวมมีค่า 10 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงหมายถึงมีความแตกฉานทางสุขภาพระดับสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ในช่วง .76 ถึง .90

6) แบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ใช้แบบประเมิน Consultation Care Measure (CCM) พัฒนาโดย Little และคณะ¹⁶ ฉบับภาษาไทยแปลโดย สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ¹³ นำมาใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และ ธิมาภรณ์ ชื้อตรง และคณะ¹⁴ นำมาใช้ในผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ คือ ด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 7 ระดับ คะแนนรวมมีค่า 7 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีการรับรู้ต่อการดูแลแบบบุคคล

เป็นศูนย์กลางในระดับสูง มีสัมประสิทธิ์แอลฟา Cronbach ของแบบสอบถาม .97 และ .87 ตามลำดับ

7) แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ใช้แบบประเมิน Clinical Symptoms of Japanese Orthopedic Association score (JOA score) พัฒนาโดย Japanese Orthopedic Association ในปี พ.ศ. 2539¹⁷ ในประเทศไทยได้มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว¹⁸ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา Cronbach ของแบบสอบถาม .87 ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ประเมิน 4 มิติ คือ ด้านอาการแสดง ด้านอาการทางคลินิก ด้านการถูกจำกัดกิจกรรม ด้านการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะในการประเมิน ถ้าคะแนนสูงถือว่ามีความสามารถในการทำหน้าที่ที่ดี โดยมีคะแนนต่ำสุด คือ -6 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 29 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ดีกว่า

ในการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือทุกชุดได้รับอนุญาตให้ใช้จากเจ้าของและผู้พัฒนาเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา Cronbach (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังต่อไปนี้ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตมีค่า = .90 แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยมีค่า = .75 แบบสอบถามการจัดการตนเองมีค่า = .83 แบบประเมินความแตกต่างทางสุขภาพมีค่า = .92 แบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีค่า = .96 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่มีค่า = .77

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข Si251/2016 รหัสโครงการ 197/2559(EC2) ผู้วิจัยดำเนินการหาอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยตามขั้นตอนมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิถอนตัวออกจากการเข้า

ร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ กับการรักษาตามมาตรฐานที่ได้รับจากโรงพยาบาล การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมที่ไม่มีการเชื่อมโยงถึงข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้า 1 วันก่อนเก็บข้อมูล วันเก็บข้อมูลพยาบาลประจำหน่วยตรวจเป็นคนถามความสมัครใจของผู้ป่วยที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย เมื่อผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงแนะนำตัวต่อผู้ป่วย ชี้แจงและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลโดยการตรวจร่างกาย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการอ่านหรือการมองเห็น ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของ ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกต่างทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคล เป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุด้วยการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการในขั้นตอนเดียว (enter multiple regression)

ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ โดยพบว่าตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีค่า Skewness น้อยกว่า 2 และค่า Kurtosis น้อยกว่า 7 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระพบความสัมพันธ์มีค่าน้อยกว่า .65 จึงไม่มีปัญหา multicollinearity ตัวแปรภาวะการทำหน้าที่ ความแตกต่างทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีค่า Tolerance เท่ากับ .79, .59, .49, .85, .73 ตามลำดับ มีค่า VIF เท่ากับ 1.26, 1.68, 2.03, 1.16, 1.35 ตามลำดับ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ

1.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70.9 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 58.8 ปี (SD = 13.00) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 60.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 42.7 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 54.5 ใช้สิทธิ์ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจในการรักษาร้อยละ 57.3 ยามเจ็บป่วยมีบุตรเป็นผู้ดูแลร้อยละ 55.4

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.8 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวแคบ (spinal stenosis) รองลงมา คือ โรคกระดูกสันหลังเสื่อม (spondylolisthesis) ร้อยละ 18.5 ระดับที่เกิดพยาธิสภาพมากที่สุด คือ กระดูกสันหลังปล้องที่ 4-5 ร้อยละ 75.5 ได้รับการผ่าตัดชนิด Decompressive Laminectomy ร้อยละ 53.6 รองลงมา คือ ผ่าตัดชนิด Posterior Lumbar Interbody Fusion (PLIF) ร้อยละ 38.2 เป็นการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 1 ระดับร้อยละ 60 มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.11 วัน (SD = 3.56) ระยะเวลามาตรวจติดตามหลังผ่าตัด 3 เดือนร้อยละ 51.8 ($\bar{X}$ = 3.80, SD = 1.19)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็น

ศูนย์กลาง และคุณภาพชีวิต

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในช่วงปานกลางถึงมาก (14-29 คะแนน) มีคะแนนเฉลี่ย 21.30 คะแนน (SD = 3.52)

ความแตกฉานทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 8.02, SD = 1.93) โดยด้านครอบครัวสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 9.10, SD = 1.18) และด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$ = 6.99, SD = 1.90)

การจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 63.38, SD = 10.50) โดยเป็นการจัดการตนเองในระดับที่ 3 ร้อยละ 57.3

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 15.55 คะแนน (SD = 2.42) โดยเป็นความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับที่ 3 ร้อยละ 64.5

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางอยู่ในระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ย 5.93 คะแนน (SD = .94) โดยด้านการติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 6.07 คะแนน (SD = .88) และด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 5.4 คะแนน (SD = .92)

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมีคะแนนเฉลี่ย .75 คะแนน (SD = .13) โดยมีมิติหลักด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ย .62 คะแนน (SD = .15) ในมิติน้อยด้านการรับรู้มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด .87 คะแนน (SD = .08) มิติหลักด้านจิตสังคมมีคะแนนเฉลี่ย .44 คะแนน (SD = .130) มิติน้อยด้านความสุขมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด .84 คะแนน (SD = .06) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรที่ศึกษา (n = 110)

ตัวแปร	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ภาวะการทำหน้าที่	14-29	21.30	3.52
- ความแตกฉานทางสุขภาพ	0-10	8.02	1.93
- การจัดการตนเอง	43.66-90.69	63.38	10.50
- ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย	10-20	15.55	2.42
- การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	1-7	5.93	.94
- คุณภาพชีวิต	0.40-0.97	0.75	.13

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า ปัจจัยทั้ง 5 ตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยปัจจัย ภาวะการทำหน้าที่และการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ($r = .526$, $r = .510$, $p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ($r = .402$, $r = .321$, $r = .320$, $p < .05$ ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 110$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ภาวะการทำหน้าที่	1.00					
2. ความแตกฉานทางสุขภาพ	.169	1.00				
3. การจัดการตนเอง	.443*	.565*	1.00			
4. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย	.201*	.124	.360*	1.00		
5. การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	.199*	.478*	.415*	.129	1.00	
6. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	.526*	.402*	.510*	.321*	.320*	1.00

* $p < .05$

ส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายของภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุแบบขั้นตอนเดียว พบว่าภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ร้อยละ 42.8 ($R^2 = .428$, $F = 15.578$, $p < .05$) โดยพบว่า ปัจจัยภาวะการทำหน้าที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด ($\beta = .385$, $p < .05$) รองลงมา คือ ความแตกฉานทางสุขภาพ ($\beta = .209$, $p < .05$) และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ($\beta = .161$, $p < .05$) ส่วนการจัดการตนเอง การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุของตัวแปรที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ($n = 110$)

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value	95%CI
ค่าคงที่	-.110	.121		-.912	.364	
1. ภาวะการทำหน้าที่	.014	.003	.385	4.612	.000*	.008 - .021
2. ความแตกฉานทางสุขภาพ	.028	.013	.209	2.179	.032*	.003 - .054
3. การจัดการตนเอง	.002	.001	.136	1.281	.203	-.001 - .004
4. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย	.009	.004	.161	2.007	.047*	.000 - .017
5. การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	.014	.019	.066	.766	.446	-.023 - .051

$R = .654$, $R^2 = .428$, Adjust $R^2 = .401$, $F = 15.578$, * $p < .05$

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 70.9 มีอายุเฉลี่ย 58.80 ปี (SD = 13) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่ออายุมากขึ้น ฮอร์โมนกระดูกสันหลังจะถูกล้างคราบไขมันน้อยลง ทำให้ช่องของฮอร์โมนกระดูกสันหลังแคบลงส่งผลให้มีอาการปวดหลังตามมา โดยเฉพาะในเพศหญิงเมื่ออายุมากขึ้นระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจะลดลง โดยเฉพาะในคนที่หมดประจำเดือนทำให้มวลกระดูกลดลง จึงพบภาวะกระดูกบางในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย¹⁹ โดยพบพยาธิสภาพในกระดูกสันหลังปล้องที่ 4-5 มากที่สุด (ร้อยละ 75.5) กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = .75, SD = .13) เมื่อพิจารณาในรายมิติพบว่ามิติหลักด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ย 0.62 คะแนน (SD = .15) สูงกว่ามิติหลักด้านจิตสังคม ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย .44 คะแนน (SD = .13) เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดในระยะ 3-6 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างสมบูรณ์ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ขึ้น³ ในขณะที่ด้านจิตสังคมพบว่า ยังคงมีความวิตกกังวล กลัวการเคลื่อนไหวหรือยังไม่กล้าทำกิจกรรมอย่างเต็มที่ กลัวเกิดอาการปวดหลังเพิ่มขึ้นหรือกลัวการบาดเจ็บซ้ำ²⁰ ทำให้คะแนนด้านจิตสังคมต่ำกว่าด้านร่างกาย

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของภาวะการทํานานที่ความแตกต่างทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ร้อยละ 42.8 (R^2 = .428, F = 15.578, p < .05) โดยพบว่า

ภาวะการทํานานที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (r = .526, p < .05) เป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย (β coefficient) เท่ากับ .385 (p < .05) เนื่องมาจากการผ่าตัดทำให้อาการปวดหลัง ปวดขา ชาขา ลดลง การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ สนับสนุนการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ในระยะการติดตามหลังผ่าตัด 3, 6, 12 เดือน ผู้ป่วยจะมีระดับความปวดลดลง ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของหลังลดลง การทํานานที่ของร่างกายดีขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการผ่าตัด^{18,21}

ความแตกต่างทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (r = .402, p < .05) เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายรองลงมา มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ .209 (p < .05) สอดคล้องกับการศึกษาของ Halverson และคณะ²² ที่พบว่าผู้ที่มีความแตกต่างทางสุขภาพสูงจะเข้าใจคำแนะนำจากทีมสุขภาพทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย การทำกิจกรรม อารมณ์ สังคม สูงกว่ากลุ่มที่มีความแตกต่างทางสุขภาพต่ำ ความแตกต่างทางสุขภาพจะส่งผลต่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโดยการนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับไปวิเคราะห์ ประยุกต์ใช้ให้เกิดสุขภาพที่ดี⁷

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (r = .321, p < .05) เป็นอีกตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ .161 (p < .05) การเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในทุกขั้นตอนการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น เกิดการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี²³ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นหายจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังได้เพิ่มขีดความสามารถจากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยตระหนักถึงศักยภาพของตนเองนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตได้²⁴

การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (r = .510, p < .05) แต่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ (p > .05) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับ 3 (ร้อยละ 57.3) คือ มีเป้าหมายหลักและเริ่มมีพฤติกรรมแสดงออก แต่ยังขาดความมั่นใจและทักษะในการเริ่มพฤติกรรมใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Skolasky และคณะ²⁵ ในการศึกษาการจัดการตนเองและความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัดหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบว่าคะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับกลาง (คะแนน PAM เฉลี่ย 58.49 คะแนน) การจัดการตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนจากผู้ดูแล ทักษะการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล การศึกษาในผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาต่ำ คือ ระดับประถมศึกษา ทำให้ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพ

การจดจำและนำข้อมูลไปใช้ลดลง ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ผู้ป่วยลืมปฏิบัติตามคำแนะนำและหลังผ่าตัดไประยะหนึ่งเมื่ออาการปวดทุเลาลง ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้ดีขึ้นในระดับที่พอใจจะละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำ ปฏิบัติตนไม่สม่ำเสมอ ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีบุตรเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 55.4) ทำให้การจัดการสุขภาพไม่ได้เกิดจากตัวผู้ป่วยอย่างแท้จริง

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ($r = .320, p < .05$) ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ ($p > .05$) แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัดในการดูแล ภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางที่พบว่า การที่ผู้ป่วยรับรู้การดูแลอย่างมีคุณภาพจะทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สามารถอธิบายได้จากบริบทของการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศ แม้ระบบการดูแลของโรงพยาบาลมีนโยบายการประกันคุณภาพของการบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ แต่จากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาในทางปฏิบัติกลับพบว่ายังไม่สามารถทำได้ตามนโยบายทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาวะการขาดแคลนบุคลากร ภาระงานที่มาก ภาวะการเจ็บป่วยมีความซับซ้อน การดูแลเป็นการดูแลที่บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้วางแผนเพื่อการรักษาตามอาการ ลดการเกิดโรคเพียงอย่างเดียว แต่ยังขาดการเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุ รวมไปถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการบูรณาการสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย การดูแลจึงเป็นเพียงการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบกับการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ใช้เวลาค่อนข้างสั้น การพูดคุยเน้นไปที่การสอบถามอาการ ประเมินอาการหลังการรักษาเท่านั้น ขาดการพูดคุยถึงผลกระทบของโรคกับการใช้ชีวิตประจำวัน ครอบครัว ชีวิตส่วนตัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยมีน้อย ผู้ป่วยมีความกลัวหรือเกรงใจที่จะถามคำถามกับแพทย์ ซึ่งการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อทักษะการดูแล

ตนเองทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลควรมีการประเมินภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ทราบถึงข้อจำกัด ปัญหา ชีตความสามารถของผู้ป่วย พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยเน้นการดูแลให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีหลังผ่าตัด เพิ่มความแตกฉานทางสุขภาพในด้านการประเมินความน่าเชื่อถือและการเข้าถึงข้อมูล เพื่อสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองในทุกระยะของการรักษา มุ่งเน้นสนับสนุนให้การดูแลด้านจิตสังคม โดยการเน้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลกับทีมสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมร่วมกับการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการผ่าตัด

1.2 ควรมีการนำแนวคิดการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลตามบริบทของผู้ป่วย เน้นความเป็นบุคคลและครอบครัว ผ่านกระบวนการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพโดยเคารพในความ เป็นบุคคลเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการ เกิดการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกมิติต่อไป

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล โดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมากขึ้น เช่น โปรแกรมการดูแลที่พัฒนาขึ้นจากความต้องการการดูแลของผู้ป่วย เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจ พัฒนาการสร้างสัมพันธภาพ การติดต่อสื่อสาร แนะนำแนวทางการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยนำไปใช้ในกระบวนการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

2.2 ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการพยาบาล เพื่อเพิ่มภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในอนาคต เป็นการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาลให้ก้าวหน้า และเพื่อ

ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวต่อไป

2.3 ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มเดิมในช่วงเวลาการติดตามหลังการผ่าตัดที่มากขึ้น เช่น 1, 2 หรือ 5 ปี เพื่อติดตามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะยาว ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงปัญหาภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ ข้อมูลที่ได้จะทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะยาวต่อไป

References

1. Alshami AM. Prevalence of spinal disorders and their relationships with age and gender. *Saudi Med J.* 2015;36(6):725-30.
2. Deyo RA. Treatment of lumbar spinal stenosis: a balancing act. *Spine J.* 2010;10(7):625-7.
3. Yoshihara H, Yoneoka D. Incidental dural tear in lumbar spinal decompression and discectomy: analysis of a nationwide database. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2013;133(11):1501-8.
4. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA.* 1988;260(12):1743-8.
5. Pekkanen L, Neva MH, Kautiainen H, Dekker J, Piitulainen K, Wahlman M, et al. Disability and health-related quality of life in patients undergoing spinal fusion: a comparison with a general population sample. *BMC Musculoskelet Disord.* 2013;14:211.
6. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97-107.
7. Shneerson C, Taskila T, Greenfield S, Gale N. A survey investigating the associations between self-management practices and quality of life in cancer survivors. *Support Care Cancer.* 2015;23(9):2655-62.
8. McCormack B, McCance T. *Person-centred nursing: theory and practice.* Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
9. Jerofke T, Weiss M, Yakusheva O. Patient perceptions of patient-empowering nurse behaviours, patient activation and functional health status in postsurgical patients with life-threatening long-term illnesses. *J Adv Nurs.* 2014;70(6):1310-22.
10. Richardson J, Sinha K, Lezzi A, Khan MA. Modelling the utility of health states with the assessment of quality of Life (AQoL) 8D instrument: overview and utility scoring algorithm [Internet]. Melbourne, Australia: Centre for Health Economics, Monash University; 2011 [cited 2014 Oct 10]. Available from: <http://www.aqol.com.au/papers/researchpaper63.pdf>.
11. Graffigna G, Barelo S, Bonanomi A, Lozza E. Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) scale. *Front Psychol.* 2015;6:274.
12. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res.* 2004;39 (4 Pt 1):1005-26.
13. Choocherd S, Wanitkun N, Danaidutsadeekul S, Yottasurodom C. Relationships among health literacy, severity of disease, patient engagement, perception of person-centered care and

- quality of life in patients after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Nursing Science*. 2016;34(1):94-106. (in Thai).
14. Suetrong T, Danaidutsadeekul S, Wanitkun N, Hanprasertpong T. Comparisons of body mass index, chronic stress, health literacy, patient engagement and perception of person-centered care between recurrent and non-recurrent urolithiasis patients. *Journal of Nursing Science*. 2016;34(1):80-91. (in Thai).
15. Wanitkul N, Pattaramongkolrit S, Vichathai C, Petchrung B, Kloyaium S, Batterham R, et al. Health literacy in Thai people [Internet]. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014 [cited 2014 Sep 14]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3987>. (in Thai).
16. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 2001;323(7318):908-11.
17. Osawa T, Ogura T, Hayashida T, Mori M, Hase H. Evaluation of lumbosacral nerve root lesions using evoked potentials recorded by a surface electrode technique. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2003;28(5):496-501.
18. Butsankot P, Thosingha O, Chanruangvanich W, Chawasiri C. The influence of co-morbidity, body mass index, and depression on post-operative recovery among patients undergoing lumbar surgery. *Journal of Nursing Science*. 2016;34(1):129-41.
19. Gammage KL, Gasparotto J, Mack DE, Klentrou P. Gender differences in osteoporosis health beliefs and knowledge and their relation to vigorous physical activity in university students. *J Am Coll Health*. 2012;60(1):58-64.
20. Archer KR, Seebach CL, Mathis SL, Riley LH 3rd, Wegener ST. Early postoperative fear of movement predicts pain, disability, and physical health six months after spinal surgery for degenerative conditions. *Spine J*. 2014;14(5):759-67.
21. Whitmore RG, Curran JN, Ali ZS, Mummaneni PV, Shaffrey CI, Heary RF, et al. Predictive value of 3-month lumbar discectomy outcomes in the NeuroPoint-SD Registry. *J Neurosurg Spine*. 2015;23(4):459-66.
22. Halverson JL, Martinez-Donate AP, Palta M, Leal T, Lubner S, Walsh MC, et al. Health literacy and health-related quality of life among a population-based sample of cancer patients. *J Health Commun*. 2015;20(11):1320-9.
23. Menichetti J, Graffigna G. "PHE in Action": development and modeling of an intervention to improve patient engagement among older adults. *Front Psychol*. 2016;7:1405.
24. Barello S, Graffigna G. Engaging patients to recover life projectuality: an Italian cross-disease framework. *Qual Life Res*. 2015;24(5):1087-96.
25. Skolasky RL, Mackenzie EJ, Wegener ST, Riley LH 3rd. Patient activation and adherence to physical therapy in persons undergoing spine surgery. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(21):E784-91.