

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ลัดดาวัลย์ หิมคุณ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2560

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

.....
สัดดาวัลย์ หิมคุณ

นางสาวสัดดาวัลย์ หิมคุณ

ผู้วิจัย

.....
กีฬาร ธิษณกุล

รองศาสตราจารย์สุพร. คณัศุภกุล,

พย.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
Diana Dinda

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นภาพร วาณิชกุล,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
C

รองศาสตราจารย์ชลเวช ชวศิริ,

พ.บ., ว.ว. (ออร์โธปิดิกส์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
a

รองศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ,

พย.ค.

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,
Ph.D. (Air Quality Assessment)
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

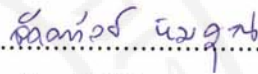
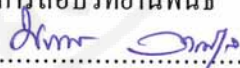
เรื่อง

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนกพร จิตปัญญา,	นางสาวลัดดาวัลย์ หิมคุณ
Ph.D. (Nursing)	ผู้วิจัย
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
รองศาสตราจารย์ชลเวช ชวศิริ,	ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรพรรณ ไตสิงห์,
พ.บ., ว.ว. (ออร์โธปิดิกส์)	พย.ค.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
รองศาสตราจารย์ชลเวช ชวศิริ,	
พ.บ., ว.ว. (ออร์โธปิดิกส์)	รองศาสตราจารย์สุพร คนัยคุชฎีกุล,
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์	พย.ค.
รองศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,	กรรมการสอบวิทยานิพนธ์
Ph.D. (Air Quality Assessment)	
รักษาการแทนคณบดี	ผู้ช่วยศาสตราจารย์นภาพร วาณิชชกุล,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล	Ph.D. (Gerontological Nursing)
	กรรมการสอบวิทยานิพนธ์
	
	รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,
	Ph.D. (Nursing)
	คณบดี
	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก บุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุพร ดนัยคุชฎีกุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลักที่คอยชี้แนะแนวทาง ช่วยเหลือ ห่วงใย ให้กำลังใจในการศึกษา พร้อมทั้งข้อคิดในการต่อสู้อุปสรรคต่างๆ จนทำให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จได้ อีกทั้งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นภาพร วาณิชกุล และรองศาสตราจารย์ นพ. ชลเวช ชวศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ พร้อมทั้งแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์การศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โดสิงห์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ แก้ไขข้อบกพร่องและปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ ชัดเจนยิ่งขึ้น ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัยนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณะอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้คำแนะนำตลอดระยะเวลาการศึกษาในสถาบันแห่งนี้ และขอขอบพระคุณ คณะบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ แนะนำ อำนวยความสะดวกในทุกๆด้านระหว่างการศึกษา เก็บข้อมูล อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 3 ตะวันตก-ใต้ ที่ให้โอกาสผู้วิจัย สนับสนุนและอนุญาติทุนการศึกษาจากกองทุนพระราชทานพัฒนาศิริราชในการศึกษาครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณบุพการี พี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ ทุกท่านที่คอยดูแลสนับสนุน ผลักดัน เป็นกำลังใจที่ดีเสมอมาในทุกช่วงเวลา คุณค่าและประโยชน์อันใดที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์นี้ขอมอบแด่ บุพการี คณะอาจารย์ และผู้ป่วยทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

Copyright by Mahidol University

ลัดดาวัลย์ หิมคุณ

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

PREDICTORS OF QUALITY OF LIFE AMONG POST LUMBAR SURGERY PATIENTS

ลัดดาวัลย์ หิมคุณ 5736831 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุพร ดนัยคุชฎีกุล, พย.ด., นภาพร วาณิชยกุล, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING), ชลเวช ชวศิริ, พ.บ., ว.ว. (ออร์โธปิดิกส์)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเพื่อศึกษาอำนาจการร่วมทำนายของภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคล เป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามอื่นๆอีก 6 ฉบับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว จำนวน 110 ราย ที่มาตรวจติดตามหลังผ่าตัด 3-6 เดือน ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ วิเคราะห์อำนาจการทำนาย โดยใช้สมการถดถอยพหุ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 70.9 มีอายุเฉลี่ย 58.8 ปี (SD = 13) คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 0.75$, SD = 0.13), ความแตกฉานทางสุขภาพและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 8.02$, 5.93, SD = 1.93, 0.94 ตามลำดับ), การจัดการตนเองและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในระดับ 3 (ร้อยละ 57.3, 64.5 ; $\bar{x} = 63.3$, 15.55, SD = 10.50, 2.42 ตามลำดับ), ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 21.37$, SD = 3.52) ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ร้อยละ 42.8 ($R^2 = 0.428$, $F = 15.578$, $p < 0.05$) โดยภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.385, 0.209, 0.161$, $p < 0.05$ ตามลำดับ)

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการประเมินและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะด้านภาวะการทำหน้าที่, ความแตกฉานทางสุขภาพ ด้วยการให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตนร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคม และนำกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลโดยเน้นความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และผู้ดูแลในทุกระยะของการรักษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต / หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว / ความแตกฉานทางสุขภาพ / ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย / การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

PREDICTORS OF QUALITY OF LIFE AMONG POST LUMBAR SURGERY PATIENTS

LADDAWAN HIMKHUN 5736831 NSAN/M

M.N.S (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPORN DANAIDUTSADEEKUL, D.N.S.,
NAPAPORN WANITKUN, Ph.D. (GERONTOLOGICAL NURSING),
CHOLAVECH CHAVASIRI, M.D.

ABSTRACT

This was a descriptive study aimed at exploring the predictive power of functional status, health literacy, self-management, patient engagement and perceived person-centred care on the quality of life of post-lumbar surgery patients. Data was collected using the Demographic, Sickness and Treatment Received Data and 6 Questionnaires. The sample group consisted of 110 subjects receiving check-up for 3-6 months after surgery at a tertiary referral hospital. Predictive power was analyzed using multiple regression equation.

The findings showed that, female subjects were 70.9% with a mean age of 58.8 years (SD = 13), Overall quality of life was good ($\bar{x}$ = 0.75, SD = 0.13), while health literacy and perceived person-centred care at a high level ($\bar{x}$ = 8.02, 5.93, SD = 0.94, 1.93 respectively), self-management and patient engagement at Level 3 (57.3% and 64.5%; $\bar{x}$ = 63.3, 15.55, SD = 10.50, 2.42 respectively), and the functional status was good ($\bar{x}$ = 21.37, SD = 3.52). Functional status, health literacy, self-management, patient engagement, and perceived person-centred care could predict the quality of life of the patients by 42.8% (R^2 = 0.428, F = 15.578, p < 0.05). It was also found that the functional status, health literacy and patient engagement could predict the quality of life of the patients with statistical significance (β = 0.385, 0.209, 0.161, p < 0.05, respectively).

The researcher recommends that an evaluation of programs be developed to promote the functional status, health literacy by provision of knowledge and recommendations for behavior change along with psycho-social support care in addition the application of the person-centred concept in the nursing processes with emphasis on patient and caregiver engagement in every stage of treatment should be done in order to promote good quality of life of the post-lumbar surgery patients.

KEY WORDS: QUALITY OF LIFE / POST-LUMBAR SURGERY /
HEALTH LITERACY / ENGAGEMENT / PERCEIVED PERSON-
CENTRED CARE

264 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	8
กรอบแนวคิดการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	11
นิยามตัวแปร	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	14
2.1 โรคกระดูกสันหลังระดับเอว	15
2.2 การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว	17
2.3 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว	24
2.4 กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) และกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centred Nursing (PCN) framework) ข อ ง McCormack และ McCance (2010)	35
2.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว	41
2.6 สรุปการทบทวนวรรณกรรม	66

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 อภิปรายผล	112
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	135
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	141
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	163
รายการอ้างอิง	187
ภาคผนวก	221
ประวัติผู้วิจัย	264

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	ความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	94
4.2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ	100
4.3	จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการทำ หน้าที่ จำแนกตามมิติ	103
4.4	ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกฉานทาง สุขภาพ จำแนกตามรายด้าน	106
4.5	จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ระดับการจัดการตนเองของผู้ป่วย	107
4.6	จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความ รับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย	107
4.7	ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การ ดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วย จำแนกตามรายด้าน	108
4.8	ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนน คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว จำแนกตามมิติ	109
4.9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างภาวะการทำหน้าที่ ความ แตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของ ผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางกับคุณภาพชีวิตของ กลุ่มตัวอย่าง	110
4.10	ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุของตัวแปรที่ศึกษากับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว	111

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ	หน้า
1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) ร่วมกับกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง	10
2.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) ร่วมกับกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง	40

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกระดูกสันหลังเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นภัยเงียบที่สำคัญและพบได้บ่อยโดยพบผู้ป่วยเป็นโรคกระดูกสันหลังระดับเอวถึงร้อยละ 53.1 (Alshami, 2015) ทั้งเพศชายและหญิงในกลุ่มคนวัยทำงานและผู้สูงอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 40 ถึง 80 ปี ขึ้นไป (Gautschi et al., 2016; Hoy et al., 2012; Yoshihara & Yoneoka, 2015) ซึ่งสาเหตุการเกิดโรคกระดูกสันหลังระดับเอวมาจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุที่มากขึ้นและจากลักษณะท่าทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่ประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทำให้แนวโน้มในการเป็นโรคทางกระดูกสันหลังที่เกิดจากความเสื่อมมีเพิ่มขึ้นและพบว่าร้อยละ 90 มักจะมีการปวดหลังจากลักษณะท่าทางการทำงานร่วมด้วย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังและกล้ามเนื้อ การศึกษาที่ผ่านมาในประชากรโลกร้อยละ 80 จะเคยประสบกับอาการนี้ (Ghaffari, Alipour, Jensen, Farshad, & Vingard, 2006) อาการปวดจึงเป็นอาการเรื้อรัง บางรายที่อาการรุนแรงจะมีอาการปวดหลังร้าวลงขา ขาอ่อนแรง หรือขาเท้า ชา ก้น อาการต่างๆกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญกระทบกับการทำกิจวัตรประจำวัน การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Bible, Biswas, Miller, Whang, & Grauer, 2010; Chou, 2010)

ในปัจจุบันการรักษาโรคกระดูกสันหลังระดับเอวมีหลายวิธีทั้งการรักษาแบบอนุรักษ์ เช่น การนอนพัก การทำกายภาพบำบัด การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการรักษาโดยการผ่าตัด (Harvey, 2005; Overdevest et al., 2011) ซึ่งการผ่าตัดถือว่าเป็นหัตถการที่สำคัญและให้ผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาเพื่อลดอาการปวดหลัง อาการปวดขา เพิ่มประสิทธิภาพการทำกิจกรรมของผู้ป่วยทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Aalto et al., 2006; Kovacs, Urrutia, & Alarcon, 2011) ในสหรัฐอเมริกา มีรายงานการผ่าตัดโรคทางกระดูกสันหลังระดับเอวเพิ่มขึ้น 15 เท่าจากปี ค.ศ.2002 ถึง ค.ศ. 2007 และคาดว่าในปี ค.ศ.2025 จะมีผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดเพิ่มขึ้นประมาณ 64,000,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 59 ในประชากรผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (Deyo et al., 2010) สถิติประเทศไทย ปี พ.ศ.2555 พบการผ่าตัดกระดูกสันหลังประมาณ 1,646 ราย มากอันดับ 3 รองจากการผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ในโรงพยาบาลศิริราชมีผู้ป่วย

ผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในปี พ.ศ.2556, 2557 และ 2558 (เดือน ม.ค. ถึง เดือน มิ.ย.) จำนวน 428, 530, 288 คน ตามลำดับ (งานเวชสถิติโรงพยาบาลศิริราช, 2558) จากการศึกษาผลของการผ่าตัดพบว่าให้ผลลัพธ์ที่ดี หลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ผู้ป่วยร้อยละ 70 สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นและกลับไปทำงานได้ (Hiett, Chan, Clarke, Challinor, & Hourigan, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของอินทिरูปสว่าง, สุภาพ อริเอื้อ, และ พรรณวดี พุฒธนะ (2552) ที่ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในการติดตาม 6 สัปดาห์หลังการผ่าตัดพบว่า คะแนนรวมของภาวะสุขภาพดีกว่าก่อนผ่าตัด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับกลางถึงมาก และการศึกษาคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 3, 6, 12 เดือน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีระดับความปวดลดลง ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของหลังลดลง ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีกว่าเมื่อเทียบกับก่อนการผ่าตัด (Heider, Kitze, Zieger, Riedel-Heller, & Angermeyer, 2007; Pekkanen, 2013; Saban & Penckofer, 2007; Whitmore et al., 2015)

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการรักษาโดยการผ่าตัดจะให้ผลลัพธ์ที่ดี แต่ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยอาจจะยังประสบปัญหาต่างๆอยู่ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดขึ้นทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เช่น เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดดำ การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท ภาวะท้องอืดหลังการผ่าตัด (Bateman et al., 2015) หรือเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Hayashi et al., 2015; Werner, Shen, & Shimer, 2011) ภาวะแทรกซ้อนส่งผลกระทบต่อการทำงานของกล้ามเนื้อและระบบประสาทที่อยู่ภายใต้บริเวณที่เกิดการบาดเจ็บ (Cramer, Maher, Pettigrew, & Kuntz, 2009) ทำให้การฟื้นฟูสภาพช้าลง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Harvey, 2005; Strömquist, Jönsson, & Strömquist, 2012; Yoshihara & Yoneoka, 2013) หรือในบางรายอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Ma, Passias, Gaber-Baylis, Girardi, & Memtsoudis, 2010) ในระยะฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด 6 สัปดาห์ ถึง 3-6 เดือน ผู้ป่วยจะยังมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง โดยพบว่า อาการปวดหลังจะยังหลงเหลืออยู่ บางรายมีอาการหลังแข็งและผู้ป่วยร้อยละ 25 มีภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง อาการเหล่านี้จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพและลดอาการปวด (Coulter & Ellins, 2006; DeBerard, LaCaille, Spielmans, Colledge, & Parlin, 2009; Gu et al., 2009; Kanaan et al., 2015; Oosterhuis et al., 2014; Pekkanen, 2013; Pekkanen et al., 2013) นอกจากนี้การเกิดภาวะจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล บางรายมีภาวะซึมเศร้า มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย (Bair, Wu, Damush, Sutherland, & Kroenke, 2008; Chaichana, Mukherjee, Adogwa, Cheng, & McGirt,

2011; Miller et al., 2015; van de Water, Eadie, & Hurley, 2011) และหากหลังผ่าตัดผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดหนองกระดูกทับเส้นอีกหรือเกิดการหลวมของสกรูที่ยึดกระดูกทำให้ต้องผ่าตัดซ้ำ (Chan & Peng, 2011; Pumberger et al., 2012; Weiner & Nordin, 2010; Wolf, Feinglass, Thompson, & Baker, 2010) ในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึง 6,353.02-21,076.74 เหรียญสหรัฐ (Whitmore et al., 2012) ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่กล่าวมานั้นล้วนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านต้องดูแลตนเองในหลายๆ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการความปวดจะทำให้อาการปวดหลังและขาหลังผ่าตัดลดลง ฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้นและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Abbott, Tyni-Lenné, & Hedlund, 2010; Nielsen, Jørgensen, Dahl, Pedersen, & Tønnesen, 2010; van Hooff et al., 2010) การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพหลังการผ่าตัด

คุณภาพชีวิตเปรียบเสมือนมาตรฐานในการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพ การจะทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดีนั้น จากการศึกษาโดยการนำกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) อันประกอบไปด้วยความสัมพันธ์ของ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ มาใช้ในการพยาบาลทำให้สามารถอธิบายได้ว่ามีปัจจัยใดที่เพิ่มคุณภาพการพยาบาลอันทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย (Kobayashi, Takemura, & Kanda, 2011) ในขณะเดียวกันกระบวนการพยาบาลโดยบุคคลเป็นศูนย์กลางของ McCormack และ McCance (2010) ซึ่งเป็นกระบวนการการดูแลที่ให้ความสำคัญกับบุคคล เฉพาะเจาะจงเข้ากับบริบทของผู้ป่วยก็จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของการดูแลเช่นกัน (Rathert, Wyrwich, & Boren, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ Starfield (2011) ที่พบว่า การดูแลสุขภาพของบุคคลนั้นจะอยู่บนพื้นฐานของความรู้ การรับรู้ปัญหาสุขภาพตามช่วงเวลาที่เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล

ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเมื่อพิจารณาปัจจัยโครงสร้างส่วนบุคคลพบว่ามีปัจจัยที่หลากหลายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุ (Imagama et al., 2011; Suri, Rainville, Kalichman, & Katz, 2010) การมีภาวะโรคร่วม (Battié, Jones, Schopflocher, & Hu, 2012; Whitmore et al., 2012) และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายสูง (Meredith, Huang, Nguyen, & Lyman, 2010; Taylor, Forhan, Vigod, McIntyre, & Morrison, 2013; Yadla et al., 2010) ด้านพฤติกรรมในกลุ่มที่มีประวัติการสูบบุหรี่ (Stienen, Smoll, Hildebrandt, Schaller, & Gautschi, 2014; Strömqvist, Strömqvist, Jönsson, & Karlsson, 2015) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน

หลังการผ่าตัดสูง ส่งผลให้การทำกิจวัตรประจำวันลดลง การฟื้นตัวช้า และสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดที่ลดลง (Cobo Soriano et al., 2010; Mendenhall et al., 2014; Perez-Cruet et al., 2014) ในด้านสมรรถนะต่างๆ เมื่อมองในบริบทของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว มีปัจจัยด้านโครงสร้างที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยด้านภาวะการทำหน้าที่ จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะมีภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายในระดับต่ำ แต่หลังผ่าตัด 3 เดือนพบว่าผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น สามารถทำกิจกรรมได้มากขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้นแต่ก็น้อยกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป (Pekkanen et al., 2013) ในการศึกษาระยะยาว 1 ถึง 7 ปี พบว่าอาการปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดและความบกพร่องในการทำหน้าที่ของหลังจะลดลง ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น (Heider, Kitze, Zieger, Riedel-Heller, & Angermeyer, 2007; Helenius, Remes, Lamberg, Schlenzka, & Poussa, 2008; Jansson, Németh, Granath, Jönsson, & Blomqvist, 2009; Silverplats et al., 2011) แต่บางการศึกษากลับพบว่าในระยะหลังการผ่าตัด 3 เดือนผู้ป่วยจะยังมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวันซึ่งส่งผลต่อชีวิตครอบครัวและการทำงานของผู้ป่วย (Abbott, Tyni-Lenné, & Hedlund, 2011) จะเห็นได้ว่าการฟื้นตัวของผู้ป่วยจะเป็นไปอย่างช้าๆ เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยจะต้องได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตน การทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของการรักษา เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

อย่างไรก็ตามแม้หลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตน จากบุคลากรทางการแพทย์ แต่การที่ผู้ป่วยจะนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้นั้นเป็นสิ่งสำคัญ จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องมีสมรรถนะของบุคคลในด้านต่างๆ ความแตกฉานทางสุขภาพเป็นสมรรถนะหนึ่งที่มีความสำคัญ โดยแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับทักษะการเรียนรู้ การเข้าถึงเข้าใจข้อมูล สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง (World Health Organization, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, และ Crotty (2011) ที่ศึกษาผลการมีความแตกฉานทางสุขภาพต่ำในกลุ่มประชากรทั่วไปกับผลลัพธ์ทางสุขภาพพบว่า การมีความแตกฉานทางสุขภาพต่ำจะมีผลต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพ เช่น ระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น การมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินบ่อยขึ้น ขาดการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม การได้รับวัคซีนและมีผลต่อการใช้จ่ายที่ไม่ถูกต้อง ในกลุ่มผู้สูงอายุจะทำให้เพิ่มอัตราการตายที่สูงขึ้น การมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพระดับต่ำจะส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน ขณะที่การศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีระดับความรู้สูงจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับที่ดี ผู้ป่วยที่มีความแตกฉานทางสุขภาพระดับสูงจะเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษากับทีมสุขภาพ สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ได้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Lubetkin, Lu, & Gold, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ มะเร็งต่อมลูกหมาก พบว่าการมีความแตกฉานทางสุขภาพระดับสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Briggs & Jordan, 2010; Song et al., 2012; Welbie & Wittink, 2011; Wolf et al., 2010) แต่การศึกษาคความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังกลับพบว่าการมีความแตกฉานทางสุขภาพไม่เพิ่มสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วย ($p > 0.05$) (Camerini & Schulz, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าปัจจัยความแตกฉานทางด้านสุขภาพยังไม่สามารถสรุปทิศทางได้และการศึกษาปัจจัยนี้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวยังพบค่อนข้างน้อย

การจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้การดูแลประสบผลสำเร็จ จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน พบว่าหากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างปกติสุข (Bishop, Foster, Thomas, & Hay, 2008; Hibbard, Mahoney, Stock, & Tusler, 2007; Shneerson, Taskila, Greenfield, & Gale, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ได้รับ โปรแกรมการเผชิญปัญหาที่มีการจัดการตนเองจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมดีขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น 0.8 เท่าและคะแนนคุณภาพชีวิตทางกายภาพเพิ่มขึ้น 1.3 เท่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นร้อยละ 59 ($p < 0.001$) (van Hooff et al., 2010) และพบว่าการเพิ่มขึ้นของการแสดงออกในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการมีความรู้ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Lubetkin et al., 2010) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวก็เช่นกันหากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีย่อมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดีตามมา แต่การศึกษาปัจจัยนี้ยังพบค่อนข้างน้อย

การจะทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดี มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล มีความยั่งยืนนั้น นอกจากปัจจัยด้านโครงสร้างแล้ว กระบวนการดูแลเป็นสิ่งสำคัญ ในปัจจุบันกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่ประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การคำนึงถึงตัวบุคคล การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การเคารพและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วย (McCormack & McCance, 2010) เป็นแนวทางการดูแลรูปแบบหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดคุณภาพของการดูแลได้ เมื่อผู้ป่วยเองมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พบว่าหากผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อกิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ($p < 0.001$) (Mason, Mathias, & Skevington, 2008) และจากการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหน่วยปฐมภูมิพบว่าหากผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองแล้วจะทำให้มีภาวะซึมเศร้าลดลง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Magnezi, Glasser,

Shalev, Sheiber, & Reuveni, 2014) ในการศึกษาการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในกระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดมุมมองที่ดี, การมีความหวัง, การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Skolasky, Mackenzie, Riley, & Wegener, 2009) แสดงว่าหากผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองแล้วก็จะทำให้การดูแลสุขภาพที่ดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นแล้วสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำมาซึ่งความร่วมมือในการดูแลจัดการสุขภาพส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา ในกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางผู้ให้บริการจะต้องเข้าใจบริบท ความแตกต่างของแต่ละบุคคล ในขณะที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเองก็ต้องรับรู้ถึงการได้รับการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางร่วมด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเคารพในความเป็นบุคคล รับรู้การรักษาที่ไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะโรคเท่านั้นแต่เป็นการรักษาแบบองค์รวม (Alharbi, Carlström, Ekman, & Olsson, 2014; Alharbi, Carlström, Ekman, Jarneborn, & Olsson, 2014) การศึกษาของ Alharbi, Carlström, Ekman, Jarneborn, และ Olsson (2014) ศึกษาประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ จำนวน 16 คนพบว่าผู้ป่วยรับฟังและรับรู้ถึงการได้รับการดูแลที่เน้นความเป็นบุคคล พวกเขารู้สึกว่าเป็นที่ที่สุขภาพมองพวกเขาเป็นบุคคลและการดูแลไม่ได้มุ่งเน้นแต่เพียงโรคของพวกเขาเท่านั้นแต่เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่มีทั้งร่างกาย จิตใจ สภาพแวดล้อมร่วมด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jerofke, Weiss, และ Yakusheva (2014) ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัด มะเร็งและหัวใจ เพื่อหาความสัมพันธ์ของการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแล พฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายใต้กรอบแนวคิดการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง พบว่าการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี เพิ่มขีดความสามารถในการพยาบาล สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา แต่การศึกษาด้านการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางยังพบน้อย การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีบริบทการดูแลที่แตกต่างกัน การดูแลส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ยังขาดการประเมินหลังให้การดูแลและพบว่าการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยยังมีความเข้าใจที่แตกต่างกัน (Poochikian-Sarkissian, Sidani, Ferguson-Pare, & Doran, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นว่ากระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความแตกต่างจากการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่เน้นเฉพาะการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้นแต่กระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางจะรวมถึงผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคคลในครอบครัว การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ฉะนั้น

กระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางจึงมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว พยาบาลมีบทบาทอิสระในการส่งเสริมฟื้นฟู พัฒนาความสามารถของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ของการดูแลคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอาการ อาการแสดง การรักษา และเป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งบริบทการดูแลแตกต่างจากประเทศไทย แต่การศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้ป่วยกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพยังพบค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะการศึกษาในมุมมองของผู้ป่วยต่อคุณภาพชีวิต บางปัจจัยพบว่าผลการศึกษาไม่ไปในทิศทางเดียวกัน และการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาคูณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดในระยะยาว คือ 1 ปีขึ้นไปแต่การศึกษาในระยะ 3 ถึง 6 เดือนหลังผ่าตัดซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพ (Ostelo, Costa, Maher, de Vet, & van Tulder, 2008) ยังพบค่อนข้างน้อย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงอำนาจการร่วมทำนายของภาวะการทำหน้าที่ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ในระยะที่มาตรวจติดตามหลังการผ่าตัด 3 ถึง 6 เดือน เพื่อประเมินผู้ป่วย ติดตามคุณภาพชีวิต นำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลรักษา พัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวให้มีประสิทธิภาพและเพื่อป้องกันถึงคุณภาพของการดูแลรักษาของทีมสุขภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นอย่างไร
2. ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคูณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
2. เพื่อศึกษาอำนาจการร่วมทำนายของภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

สมมติฐานการวิจัย

ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด โดยการศึกษาใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) ผสมผสานกับกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centred Nursing (PCN) framework) ของ McCormack และ McCance (2010) เพื่ออธิบายความซับซ้อนของธรรมชาติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) ได้มองความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง (Structure) เป็นองค์ประกอบของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ; กระบวนการ (process) เป็นองค์ประกอบของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ; ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับบุคคลหรือกลุ่มคนซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงภาวะด้านสุขภาพ พฤติกรรม ความรู้ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อม การพิจารณาทิศทางความสัมพันธ์ของกรอบแนวคิดจึงขึ้นอยู่กับเป้าหมายที่ต้องการศึกษาเป็นสำคัญ ขณะเดียวกันกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centred Nursing (PCN) Framework) ของ McCormack และ McCance (2010) ประกอบด้วย 4 โครงสร้าง คือ ข้อกำหนดเบื้องต้น ซึ่งมุ่งเน้นคุณลักษณะของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย; สภาพแวดล้อมการดูแล เน้นบริบทที่ส่งผลต่อการดูแล; กระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมุ่งเน้นการดูแลในแต่ละช่วงของกิจกรรม มีองค์ประกอบ 5 ปัจจัย คือ การทำงานตามความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การเข้าใจผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม; ผลลัพธ์ของการดูแล ประเมินจากการสร้างสภาพแวดล้อมในการรักษา ความรู้สึกเป็นปกติสุข ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแล

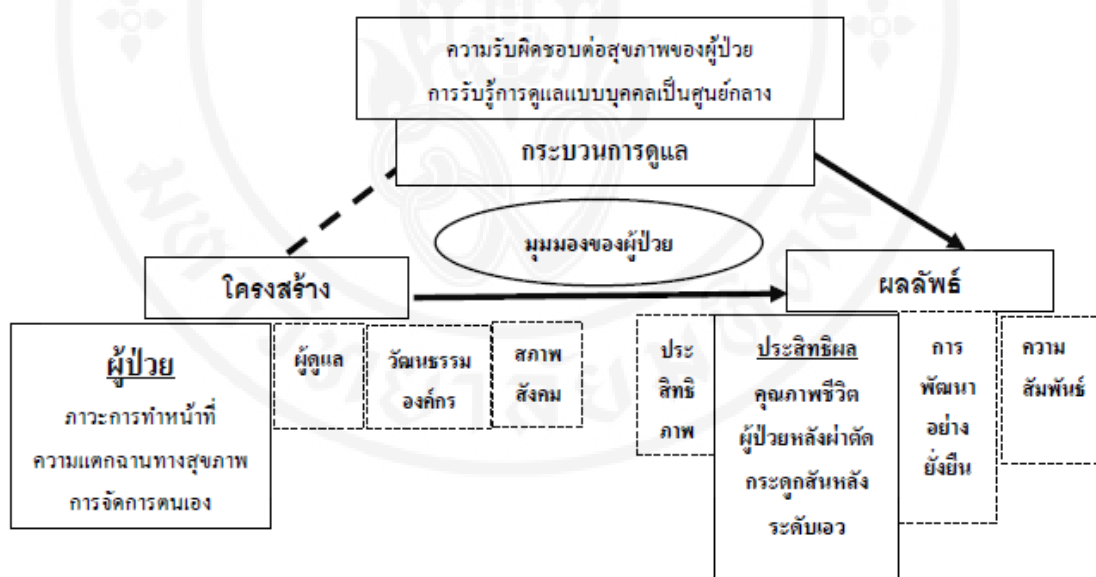
เมื่อนำกรอบแนวคิดทั้งสองมาอธิบายถึงความสัมพันธ์ในการที่จะทำให้เกิดคุณภาพการดูแลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวนั้น โครงสร้างในระบบการดูแลจึงประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้าของการบริการสุขภาพ ที่จะมีบุคลากรผู้ดูแล มีทรัพยากร หน่วยงาน

องค์กรที่มีวัฒนธรรม มีการกำหนดนโยบาย มีสภาพสังคมและผู้ป่วยซึ่งเป็นส่วนประกอบของโครงสร้างที่สำคัญที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ จากบริบทของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว แม้การผ่าตัดจะทำให้พยาธิสภาพของผู้ป่วยลดลงหรือหมดไป แต่ในบางรายพบว่าภาวะการทำหน้าที่ ความสามารถในการทำกิจกรรมจะยังไม่สามารถฟื้นคืนได้เต็มที่ ยังคงมีอาการปวด และความบกพร่องในการทำหน้าที่หลงเหลืออยู่ (Gore, Sadosky, Stacey, Tai, & Leslie, 2012; Heider, Kitze, Zieger, Riedel-Heller, & Angermeyer, 2007; Oosterhuis et al., 2014; Ostelo, Vlaeyen, van den Brandt, & de Vet, 2005) ดังนั้นการกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพของผู้ป่วยนั้น เมื่อมองตามกรอบแนวคิดของ Donabedian model (1988) พบว่าในโครงสร้างด้านสมรรถนะของผู้ป่วยด้านภาวะการทำหน้าที่เป็นสิ่งสำคัญ หากผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีจะสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติหลังการผ่าตัด ความบกพร่องของร่างกายลดลง ทั้งนี้การจะประสบผลสำเร็จทางสุขภาพนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ สามารถนำความรู้ที่บุคลากรทางสุขภาพแนะนำไปใช้ในการดูแลตนเอง ทำให้การฟื้นฟูสภาพเร็วขึ้น (Skolasky, Mackenzie, Wegener, & Riley, 2011) ร่วมกับผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม หากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Bishop, Frain, & Tschopp, 2008; Hibbard et al., 2007; van Hooff et al., 2010)

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลนั้นไม่ได้มีเพียงแค่โครงสร้างที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีเท่านั้น แต่จะต้องอาศัยกระบวนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ กระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centred Nursing (PCN) framework) ของ McCormack และ McCance (2010) เป็นกระบวนการดูแลที่สนับสนุนการจัดการตนเองซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีจิตวิทยามนุษยนิยมของ Roger (1980) และ Heron (1992) ที่กล่าวว่า การดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางไม่ใช่การดูแลตามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือการให้ข้อมูลสุขภาพเพียงอย่างเดียวเท่านั้น โดยกระบวนการดูแลในการศึกษานี้เป็นการศึกษาในมุมมองของผู้ป่วยที่มองว่า หากผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองแล้ว มีการวางแผนพัฒนากิจกรรมการดูแล ประเมินการตอบสนองและความเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยภายใต้การเคารพความเป็นตัวตน สิทธิและอำนาจในการตัดสินใจ การสร้างสัมพันธภาพและเข้าใจในตัวตนของบุคคล จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกลดลงภัยในการรักษา ทำให้เกิดความพยายามในการพัฒนาตนเองตามที บุคลากรทางสุขภาพให้คำแนะนำ เกิดมุมมองที่ดีในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Mason et al., 2008) โดยบุคลากรผู้ดูแลต้องยอมรับยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลและที่สำคัญหากผู้ป่วยรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางแล้วนั้นก็จะทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ดีของการดูแล (Jerofke et al., 2014) ในปัจจุบันพบว่า การดูแลผู้ป่วยที่เป็น

โรคเรื้อรังที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มุ่งเน้นการดูแลโดยใช้มุมมองของผู้ดูแลทำให้ขาดความสนใจในความต้องการความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ส่งผลให้ผลลัพธ์ของการดูแลไม่บรรลุวัตถุประสงค์เพราะผู้ป่วยไม่รู้ถึงถึงความสำคัญของการดูแล ขาดการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ ดังนั้นหากการดูแลเป็นการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางแล้วจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้การดูแลนำไปสู่ผลลัพธ์ เกิดเป็นประสิทธิผลคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Donabedian, 1988; McCormack & McCance, 2010)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) ร่วมกับกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ McCormack และ McCance (2010) มาใช้ในการอธิบายความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ดังแสดงตามรูปภาพที่ 1.1



รูปภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) ร่วมกับกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centred Nursing (PCN) framework) ของ McCormack และ McCance (2010)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (L1-S1) ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการตรวจติดตามการรักษาหลังการผ่าตัด 3 ถึง 6 เดือน ณ หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ (ห้องเฝือกยามินทร์ 104) โรงพยาบาลศิริราช จังหวัด กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ.2559 ถึง เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2559

นิยามตัวแปร

ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและรักษาสุขภาพ ภาวะความเป็นอยู่ที่ปกติ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การนั่ง ยืน เดิน การนอน การเข้าสังคม การเดินทาง การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ การทำงานของระบบปัสสาวะ ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Japanese Orthopedic Association (JOA score) พัฒนาโดย Japanese Orthopedic Association ในปี ค.ศ. 1996 เพื่อใช้ประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (Japanese Orthopedic Association, 1996 cited in Osawa, Ogura, Hayashida, Mori, & Hase, 2003) ประเมิน 4 มิติ คือ ด้านอาการแสดง, อาการทางคลินิก, การจำกัดกิจกรรม, การทำงานของระบบปัสสาวะ ข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ โดยค่าคะแนนสูงหมายถึงมีภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายที่ดีกว่า

ความแตกฉานทางสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง การมีทักษะความสามารถทางด้านสติปัญญาและทักษะทางสังคมในการประยุกต์ วิเคราะห์ ทำความเข้าใจและนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้จากการอ่าน การเขียน การฟัง ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้อยู่เสมอสมารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ประเมินโดยแบบสอบถามความแตกฉานทางสุขภาพ ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย จเร วิชาไทย และคณะ (2557) โดยประเมินปัจจัยพื้นฐาน 7 ด้านคือ การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐาน, ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ, ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ, ครอบครัวยุทธศาสตร์, ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ, การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพและความ

รับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ ข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 11 ระดับ ค่าคะแนนที่สูงขึ้นหมายถึง มีความแตกฉานทางสุขภาพในการค้นหา การอ่าน เขียน การทำความเข้าใจและนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มากกว่า

การจัดการตนเอง (Self- management) หมายถึง การเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต การแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ ความตั้งใจในการจัดการและการดูแลภาวะสุขภาพของตนเองโดยผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการปรับพฤติกรรมให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพ รวมถึงการเข้าไปมีส่วนร่วมกับกระบวนการดูแลรักษา จัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองตามความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว การจัดการตนเองประเมินโดยใช้แบบประเมิน Patient Activation Measure (PAM 13) พัฒนาโดย Hibbard, Stockard, Mahoney, และ Tusler (2004) ฉบับภาษาไทยแปลโดย สิรินันท์ ชูเชิด (สิรินันท์ ชูเชิด, นภาพร วาณิชกุล, สุพร ดนัยคุชฎีกุล และชัยวุฒิ ยศสาสุโรดม, 2559) และ ธิมาภรณ์ ชื่อดรง (ธิมาภรณ์ ชื่อดรง, สุพร ดนัยคุชฎีกุล, นภาพร วาณิชกุล และตรี หาญประเสริฐพงษ์, 2559) ประเมินเกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ข้อคำถาม 13 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 4 ระดับ ค่าคะแนนที่สูงหมายถึง มีการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพตนเองในระดับสูง

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย (Patient Engagement) หมายถึง ความคิดเห็นในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเป็นความสามารถในการเชื่อมโยงทัศนคติ ความรู้ ประสบการณ์หลากหลายมิติที่เกิดจากองค์ความรู้ด้านความคิด อารมณ์ การกระทำ ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่มีต่อการจัดการสุขภาพของตนเองเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพ ความรับผิดชอบของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ประเมินโดยแบบวัด Patient Health Engagement Scale (PHE-scale) พัฒนาโดย Graffigna, Barello, Bonanomi, และ Lozza (2015) เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกเมื่อเกิดความเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกระบวนการ ประสบการณ์จากองค์ความรู้ ด้านความคิด (Think), อารมณ์ความรู้สึก (Feel), การกระทำ (Act) ของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีคำตอบ 7 ระดับ โดยค่าคะแนนที่สูงขึ้นหมายถึง มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยที่สูงกว่า

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Perceived Person-Centred care) หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึก ความคิดเห็น การแสดงออกทางความรู้สึก ความเข้าใจต่อการได้รับการดูแลแบบบุคคลศูนย์กลางที่เน้นการดูแลแบบมีส่วนร่วม การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ภายใต้การเคารพในความเป็นบุคคล สิทธิการตัดสินใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

หลังระดับเอวประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Consultation Care Measure (CCM) ที่พัฒนาโดย Little และคณะ (2001) ฉบับภาษาไทยแปลโดย สิรินันท์ ชูเชิด (สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ, 2559) และ ธิมาภรณ์ ชื่อดัง (ธิมาภรณ์ ชื่อดัง และคณะ, 2559) วัดองค์ประกอบ 5 ด้านคือ ด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ, ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล, ด้านการส่งเสริมสุขภาพ, ด้านการให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย, ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย ข้อคำถาม 21 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 7 ระดับ โดยค่าคะแนนที่สูงขึ้นหมายถึงการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มากกว่า

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง การรับรู้ในด้านสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม ความอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพา ความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมโดยขึ้นอยู่กับเป้าหมาย ความคาดหวัง ความเชื่อส่วนบุคคลในบริบทที่สังคมคาดหวังของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ประเมินจากแบบสอบถาม Assessment of Quality of Life 8D พัฒนาโดย Richardson, James, Sinha, Iezzi, และ Khan (2011) ประเมิน 2 มิติหลัก 8 มิติย่อย ข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ ให้คะแนนรายข้อเป็นแบบเรียงลำดับ 1,2,3,... ตามลำดับคำตอบในข้อคำถาม โดยระดับคะแนนสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
3. เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนางานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลกับผู้ที่สนใจทำงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวต่อไป เป็นการขยายขอบเขตองค์ความรู้ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาอำนาจการร่วมทำนาย (Predictive study design) ของภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัด กระดูกสันหลังระดับเอวในระยะเวลาติดตามหลังผ่าตัด 3 ถึง 6 เดือน ผู้วิจัยได้ทบทวน เอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 โรคกระดูกสันหลังระดับเอว

2.2 การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

2.2.1 อุบัติการณ์การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

2.2.2 วิธีการผ่าตัดรักษากระดูกสันหลังระดับเอว

2.2.3 ผลกระทบ/ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

2.3 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

2.4 กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) และกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centred Nursing (PCN) framework) ของ McCormack และ McCance (2010)

2.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ปัจจัยด้านโครงสร้าง

2.5.1 ภาวะการทำหน้าที่

2.5.2 ความแตกฉานทางสุขภาพ

2.5.3 การจัดการตนเอง

ปัจจัยด้านกระบวนการ

2.5.4 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย

2.5.5 การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

2.6 สรุปการทบทวนวรรณกรรม

2.1 โรคกระดูกสันหลังระดับเอว

โรคกระดูกสันหลังระดับเอว (Lumbar spine Disease) เป็นโรคที่เกิดพยาธิสภาพบริเวณบั้นเอวตั้งแต่บริเวณขอบล่างของกระดูกชายโครงที่ 12 ลงมาถึงก้นกบด้านล่าง (L1-S1) โดยกระดูกสันหลังบริเวณเอวจะทำหน้าที่หลักในการแบกรับน้ำหนักของร่างกาย ทำให้เกิดการเคลื่อนไหว และป้องกันอันตรายต่อระบบประสาทไขสันหลัง ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคกระดูกสันหลัง (Disease) ได้แก่ ภาวะเสื่อม (Degeneration) , การติดเชื้อ (Infection) , เนื้องอก (Tumor) , การผิดรูปร่าง (Deformity) , ความผิดปกติจากพัฒนาการ (Developmental conditions) , การบาดเจ็บ (Injury /Trauma) เป็นต้น (Harvey, 2005; Jacobs, Rubinstein, Koes, van Tulder, & Peul, 2013; Yong-Hing & Kirkaldy-Willis, 1983) สาเหตุเหล่านี้จะทำให้เกิดความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง เกิดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ การผิดรูปของกระดูก ส่งผลให้มีอาการปวดทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ การทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา (Harvey, 2005; วรวิทย์ วรรณสนธิวิภาส, 2557; อำนวย อุณนันทน์, 2542) โรคทางกระดูกสันหลังแบ่งตามชนิดและสาเหตุได้ดังนี้

2.1.1 โรคกระดูกสันหลังเสื่อม (Degenerative disc disease) เป็นความเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลัง ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ การเสียรูปทรงของ nucleus pulposus ทำให้ไม่สามารถเก็บน้ำหล่อเลี้ยงได้ ส่งผลต่อการรับแรงกดของลำตัวทำให้ผิวของกระดูกบางลง เยื่อหุ้มข้อ หลวม หมอนรองกระดูกสันหลังยุบตัว มีการเคลื่อนไหวในทิศทางที่ผิดปกติจะทำให้เอ็นยึดตัวมากกว่าเดิม ไม่สามารถกระจายแรงกดได้ส่งผลให้หมอนรองกระดูกยุบตัวลง ทำให้ช่องกระดูกไขสันหลังแคบลง (Spinal canal narrowing) เกิดการกด Spinal cord และเส้นประสาทไขสันหลัง โรคกระดูกสันหลังเสื่อมโดยมากพบในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ อาการที่สำคัญคือ ผู้ป่วยจะมีอาการปวด อาการชา กล้ามเนื้อบริเวณที่อยู่ต่ำกว่าระดับที่มีพยาธิสภาพ (Harvey, 2005; Koreckij & Fischgrund, 2015; Yoshihara & Yoneoka, 2015; วรวิทย์ วรรณสนธิวิภาส, 2557) โดยปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมได้แก่ อายุ พันธุกรรม การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วนหรือการประกอบอาชีพที่ทำให้หมอนรองกระดูกสันหลังต้องโหลดมากๆ มีการสั่นสะเทือนทั้งร่างกาย การเอี้ยวตัวมากเกินไป (Hadjipavlou, Tzermiadianos, Bogduk, & Zindrick, 2008) การรักษาเป็นการมุ่งรักษาอาการปวดเป็นหลักทั้งการรักษาโดยวิธีการอนุรักษ์ หรือการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ได้แก่ การรักษาด้วยยา การทำกายภาพบำบัด หรือการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง และอีกวิธีคือการรักษาโดยการผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลัง (Fusion) เพื่อจัดการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังระดับที่มีพยาธิสภาพ (Deyo, 2015; Newhouse, Barksdale, & Miller, 2015)

2.1.2 โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Lumbar Spinal stenosis) เป็นภาวะที่ช่องโพรงกระดูกสันหลัง (Spinal canal) ตีบแคบลงและเกิดการกดทับเส้นประสาทที่อยู่ในช่องโพรงกระดูกสันหลัง โดยเฉพาะในท่าที่มีการแอ่นหลังส่วนเอว (lordosis) ทำให้เส้นประสาทขาดเลือดมาเลี้ยง ส่งผลให้เกิดอาการปวด ชา และอ่อนกำลังของกล้ามเนื้อขาตามมา (Chen, Tong, & Laouri, 2010) ในรายที่เกิดการกดทับบริเวณ cauda equine มากผู้ป่วยจะมีการชาคัน หรือตื้อขา ขาอ่อนแรง ยกขาไม่ได้ร่วมด้วย (Tarulli, 2015) การรักษาทั้งการรักษาโดยไม่ผ่าตัดเป็นการบรรเทาอาการปวด เช่น การรับประทานยา การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าไปในช่องเหนือไขสันหลัง การทำกายภาพบำบัด แต่ในรายที่มีอาการทางประสาทเลวลง (Neurogenic claudication) จะรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อคลายการกดเบียดรากประสาทได้แก่ Laminotomy, Laminectomy และ Laminoplasty ทั้งนี้อาจพิจารณาทำผ่าตัดร่วมกับการเชื่อมกระดูกเพื่อให้เกิดความมั่นคงของกระดูกสันหลัง (Delitto et al., 2015; Kovacs, Urrútia, & Alarcón, 2011)

2.1.3 หมอนรองกระดูกสันหลังยื่นย้อย (Lumbar Herniation disc) สาเหตุเกิดจากการฉีกขาดของเยื่อหุ้ม (annulus fibrosus) ที่ล้อมรอบหมอนรองกระดูกอยู่ทำให้ nucleus pulposus ที่อยู่ตรงกลางหมอนรองกระดูกเคลื่อนออกมาข้างๆ Posterior longitudinal ligament เกิดการกดรากประสาทไขสันหลังส่วนเอวมักพบในผู้ใหญ่ที่มีประวัติล้มของหนัก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังส่วนล่าง (Low back pain) และอาการปวดหลังร้าวลงขา (sciatica) ซาซา (Liebelt & Blacklock, 2015) การรักษาหมอนรองกระดูกสันหลังยื่นย้อยเป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวด มีทั้งการรักษาโดยใช้ยา เช่น ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และการรักษาที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ การปรับพฤติกรรม การออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด แต่เมื่อการรักษาโดยวิธีการอนุรักษ์ไม่ได้ผล อาการผู้ป่วยเลวลงแพทย์จะพิจารณารักษาโดยการผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกสันหลังที่ปลิ้นออก เช่นการผ่าตัด Decompression , การทำผ่าตัด Lumbar discectomy หรือการผ่าตัดเปิดแผลเล็ก (Microdiscectomy) (Jacobs et al., 2011) เป็นต้น

2.1.4 กระดูกสันหลังเคลื่อน (Spondylolisthesis) เกิดจากการเคลื่อนของกระดูกสันหลังออกจากตำแหน่งปกติ โดยปล้องบนจะเลื่อนไปข้างหน้าของกระดูกสันหลังปล้องล่าง ทำให้เกิดการกดทับของรากประสาท (Nerve root) ส่งผลให้เกิดอาการชา อาการปวดที่ขา 2 ข้าง อาการจะเป็นมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรม (Harvey, 2005) การรักษาทั้งการรักษาแบบวิธีอนุรักษ์ เช่น การออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด การรับประทานยา เป็นต้น และการรักษาโดยการผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลัง (Transforaminal Lumbar Interbody Fusion) เพื่อกำจัดอาการปวดจากการเคลื่อนตัวของข้อกระดูกสันหลังและทำให้ข้อกระดูกนั้นไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ (Quante, Kesten, Richter, & Halm, 2012)

2.1.5 เนื้องอกกระดูกสันหลัง (Spinal tumor) เกิดจากการมีเนื้องอก เนื้อเยื่อกระดูกผิดปกติหรือมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง (Spinal metastasis) จากตำแหน่งอื่นมายังกระดูกสันหลังที่พบบ่อยคือ มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมธัยรอยด์ มะเร็งปอด เป็นต้น ทำให้เกิดการพยุบ การกร่อนกระดูกทรุดตัว กระดูกสันหลังแตกหักกดทับเส้นประสาท ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลัง หรือมีอาการทางระบบประสาทร่วมด้วย (Morgen, Lund-Andersen, Larsen, Engelholm, & Dahl, 2013) การรักษาอาจได้รับยาเคมีบำบัด ฉายแสงหรือการผ่าตัดเอาเนื้องอกออก

2.1.6 การติดเชื้อ (Infection) เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น จากการอักเสบของข้อกระดูกสันหลัง การติดเชื้อที่มากับกระแสเลือด โดยเชื้อโรคที่พบบ่อยคือ *Staphylococcus aureus* ร้อยละ 20-84 รองลงมาคือ *Enterobacteriaceae* ร้อยละ 7-33 (Mylona, Samarkos, Kakalou, Fanourgiakis, & Skoutelis, 2009) การติดเชื้อวัณโรคซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรียชนิด *Mycobacterium tuberculosis* เกิดการทำลายกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูก ผู้ป่วยมักมีอาการปวดทั้งขณะพักและเพิ่มขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวกระดูกสันหลัง การรักษาจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะหรือโดยการผ่าตัด (Garg & Somvanshi, 2011)

2.1.7 กระดูกสันหลังหักหรือบาดเจ็บ (Fracture/Injury) เป็นการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เอ็น กระดูก ข้อต่อ หมอนรองกระดูกสันหลัง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ การตกจากที่สูงการกระแทก ทำให้กระดูกแตก หักไปกดเบียดเส้นประสาทไขสันหลัง ผู้ป่วยจะสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียการรับรู้ การสั่งงานของอวัยวะที่อยู่ต่ำกว่าพยาธิสภาพ การรักษาจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน เพื่อลดการกดเบียดให้เส้นประสาทกลับมาทำงานได้โดยเร็ว (Knutsdottir et al., 2012; Wilson et al., 2012)

จากพยาธิสภาพต่างๆข้างต้นจะเห็นว่าโรคที่เกิดกับกระดูกสันหลังนั้นมีหลากหลายสาเหตุ สามารถเกิดได้กับคนทุกเพศ ทุกวัย ทั้งชนิดที่เกิดอย่างเฉียบพลันหรือกลุ่มที่มีอาการของโรคเรื้อรัง โดยอาการต่างๆที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วย การดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา

2.2 การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

2.2.1 อุบัติการณ์การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

การผ่าตัดถือเป็นหัตถการที่สำคัญและให้ผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาโรคกระดูกสันหลังระดับเอว (Delitto et al., 2015; Hironobu Sakaura, Tomoya Yamashita, Toshitada Miwa, Kenji

Ohzono, & Tetsuo Ohwada, 2013; Jacobs et al., 2011; Kovacs et al., 2011) การผ่าตัดมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการกดทับและการอักเสบของประสาทไขสันหลังหรือรากประสาท ลดอาการปวดหลัง อาการปวดขา เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของผู้ป่วยทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Aalto et al., 2006; Overdevest et al., 2011) ระดับที่มีการเกิดพยาธิสภาพมากที่สุดอยู่ที่บริเวณกระดูกสันหลังระดับเอวปล้องที่ 4 ถึง 5 (Boskovic, Cigic, Grajic, Todorovic-Tomasevic, & Knezevic, 2010; Drury, Ames, Costi, Beynnon, & Hall, 2009; Lee, Lee, & Maeng, 2010) ในสหรัฐอเมริกามีรายงานการผ่าตัดโรคทางกระดูกสันหลังระดับเอวสูงที่สุดในโลก เพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 2002 ถึง ค.ศ. 2007 คิดเป็น 15 เท่า และคาดว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเพิ่มขึ้นประมาณ 64,000,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 59 ในประชากรผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (Deyo, 2010; Deyo et al., 2010) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่มีอายุประมาณ 45 ถึง 55 ปีขึ้นไป (Rajaei, Bae, Kanim, & Delamarter, 2012; Yoshihara & Yoneoka, 2015) นอกจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตามวัยแล้วในปัจจุบันยังพบว่าพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้องในกลุ่มคนวัยทำงาน ทำให้เกิดอาการปวดหลังเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ ให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน ในประเทศไทยมีผู้ป่วยระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและกล้ามเนื้อยึดเสริมจำนวน 354.91 รายต่อประชากร 1,000 คนเพิ่มมากขึ้นและมากเป็นอันดับ 4 ของสาเหตุการเจ็บป่วยที่มารับบริการสาธารณสุขของประเทศไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) พบรายงานการผ่าตัดกระดูกสันหลังประมาณ 1,646 รายมากเป็นอันดับ 3 รองจากการผ่าตัดเข้าและสะโพก (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) การผ่าตัดเป็นหัตถการที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงโดยจะสูญเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 25,032 เหรียญสหรัฐ (Sadosky, Taylor-Stokes, Lobosco, Pike, & Ross, 2013) ในประเทศไทยเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 25,000 ถึง 35,000 บาทต่อการผ่าตัดกระดูกสันหลังหนึ่งระดับ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

2.2.2 วิธีการผ่าตัดรักษากระดูกสันหลังระดับเอว

ปัจจุบันการรักษาโดยการผ่าตัดเป็นการรักษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังนานมากกว่า 12 สัปดาห์ (Chou, 2010) การรักษาที่มีทั้งวิธีการอนุรักษ์ (Conservative Treatment) ได้แก่ การนอนพัก การลดน้ำหนักส่วนเกิน การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลังให้แข็งแรง การรักษาด้วยยาเพื่อบรรเทาอาการปวดและลดการอักเสบของกล้ามเนื้อและกระดูก การทำกายภาพบำบัดหรือใช้กายอุปกรณ์ (Friedly, Standaert, & Chan, 2010) ในรายที่รักษาด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้นประมาณ 3 เดือนแล้วไม่ได้ผลมีอาการปวดเรื้อรังมากขึ้นหรือกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่อยู่ มีอาการปวดร้าวลงขา (Sciatica) มีอาการอ่อนแรงหรือชาเท้า แพทย์จะพิจารณารักษาโดยวิธีการ

ผ่าตัด (Surgical Treatment) (Weiner & Nordin, 2010) การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นการผ่าตัดตั้งแต่ระดับ L1-S1 ตามระดับที่เกิดพยาธิสภาพหรือตำแหน่งที่พบความเสื่อมของกระดูกสันหลัง วิธีการผ่าตัดมีหลากหลายวิธี เช่น Decompression, Stabilization Procedures, Minimally invasive surgery of the lumbar spine (Bae, Rajaei, & Kanim, 2013; Deyo et al., 2010; Rajaei et al., 2012; วรวิทย์ วรรณวิภาส, 2557; อำนวย อุณนะนันท์, 2542)

วิธีการผ่าตัด ประกอบด้วย

1. การผ่าตัด Decompression procedures เป็นการผ่าตัดเพื่อลดแรงบีบกดที่เส้นประสาทไขสันหลัง (Spinal canal stenosis) แบ่งการผ่าตัดได้หลายประเภท ดังนี้

1.1 Laminotomy เป็นการผ่าตัดเพื่อคลายการกดเบียดรากประสาทโดยการตัดเอาครึ่งล่างของ Lamina ออก แต่การผ่าตัดชนิดนี้ไม่นิยมในปัจจุบันเนื่องจากไม่ได้ตัดเอาส่วนของ Interspinous, supraspinous ligament และ spinous process ออกซึ่งเป็นส่วนที่เส้นประสาทไขสันหลังเกิดการบีบกด (Khoo & Fessler, 2002; Ruggeri, Pichierri, Marotta, Tarantino, & Delfini, 2012)

1.2 Laminectomy เป็นการผ่าตัดเพื่อระบายการกดทับต่อรากประสาทอันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวด โดยการตัด Interspinous, supraspinous ligament และ spinous process ออกรวมทั้ง Laminae ซึ่งบางครั้งอาจมีการตัดเอ็นสีเหลือง (Ligamentum flavum), Facet joint, ปุ่มกระดูกทุกระดับที่ยื่นมากกดทับเส้นประสาท เมื่อเกิดการกดทับนานๆจะทำให้เกิดการอักเสบของแผลและเส้นประสาท การผ่าตัดวิธีนี้ถือเป็นวิธีการมาตรฐานในกลุ่มที่มีการตีบแคบของกระดูกสันหลัง (Spinal stenosis) เพื่อลดแรงกดที่เส้นประสาท (Chen et al., 2010; Deyo, 2010) ซึ่งให้ผลการรักษาดีกว่าการไม่ผ่าตัด (Kovacs et al., 2011)

1.3 Discectomy เป็นการผ่าตัดเอา nucleus pulposus ที่ยื่นช้อยกดทับเส้นประสาทออก โดยมากเป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (Herniated intervertebral disc) การผ่าตัดชนิดนี้มีทั้งแบบเปิดหรือการผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือขนาดเล็กหรือใช้เลเซอร์ช่วยในการผ่าตัดทำให้แผลมีขนาดเล็ก การผ่าตัดจะช่วยลดอาการปวดร้าวลงขาและเพิ่มสมรรถนะร่างกายได้ดีกว่าการไม่ผ่าตัด (Gibson & Waddell, 2007; Weinstein et al., 2008)

2. การผ่าตัด Stabilization Procedures เป็นการผ่าตัดเพื่อรักษาอาการปวดที่มีสาเหตุจากโครงสร้างของกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดความมั่นคง ป้องกันแนวกระดูกสันหลังผิดรูป การผ่าตัดมีหลายวิธี ได้แก่

2.1 Vertebroplasty เป็นการรักษาโดยฉีดสาร Polymethylmethacrylate (PMMA) หรือการฉีด Bone cement ไปยังบริเวณที่มีรอยแตกของกระดูกสันหลังเพื่อรักษาการถูกกด

ของประสาทไขสันหลัง โดยสารที่ฉีดเข้าไปจะยึดและเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกสันหลัง (Harvey, 2005; Jay & Ahn, 2013)

2.2 Kyphoplasty เป็นการรักษาเพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสันหลัง ในผู้ป่วยที่มีกระดูกสันหลังหักหรือผิดรูป โดยการฉีด Polymethylmethacrylate (PMMA) หรือ การฉีด Bone cement เข้าไปแทนที่ โครงสร้างของกระดูกสันหลังให้อยู่ในแนวเดิม

2.3 Spinal Fusion เป็นการผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลังตั้งแต่สองข้อขึ้นไป เพื่อให้ข้อต่อมีการเคลื่อนไหวที่มั่นคงในท่าทางต่างๆ โดยการตัดกระดูกสันหลังด้านนอกส่วน ของกระดูกลามิเนcta (Laminectomy) เพื่อเปิดขยาย Spinal canal ให้กว้างขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการ บาดเจ็บ ติดเชื้อ กระดูกสันหลังเสื่อม กระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท หมอนรองกระดูกเคลื่อน เพื่อลดแรงกดของประสาทไขสันหลังโดยแพทย์จะทำการเชื่อมกระดูกสันหลังให้เกิดความมั่นคงใน การเคลื่อนไหว (Fusion) ด้วยการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อกระดูก (Bone tissue) ร่วมกับการใส่เครื่องมือตาม กระดูกสันหลัง เช่น การใส่โลหะตาม (Titanium), ลวดตาม (Wire), อุปกรณ์ยึดตรึง (Hook, Pedicle screws) ชนิดของการผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลังมีหลายวิธี เช่น Posterior lateral fusion (PLF), Posterior lumbar interbody fusion (PLIF), Anterior lumbar interbody fusion (ALIF), Transforamina lumbar interbody fusion (TLIF) (Steven D Glassman et al., 2009; Harvey, 2005)

3. Minimally invasive surgery of the lumbar spine เป็นการผ่าตัดโดยวิธีเปิดแผล เล็ก อาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ เทคโนโลยีทางด้านปลูกกระดูก และสารทดแทนกระดูกเป็น เทคนิคการผ่าตัดเพื่อลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อซึ่งทำได้หลายวิธี เช่น การผ่าตัด Microendoscopic discectomy โดยการใช้กล้องส่องอวัยวะ ใช้คอมพิวเตอร์นำวิถี เครื่องถ่างเนื้อเยื่อ หรือการใช้หุ่นยนต์ ช่วยผ่าตัด เป็นต้น การผ่าตัดวิธีนี้จะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อน้อยกว่า ลดระยะเวลาการนอน โรงพยาบาล และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากการผ่าตัดและผลการรักษาใกล้เคียงกับการเปิดแผล ผ่าตัดตามปกติ (Kamper et al., 2014; Oh, Scheer, Fakurnejad, Dahdaleh, & Smith, 2015; Smith, Christian, Serrano, & Malone, 2012)

2.2.3 ผลกระทบ/ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

การผ่าตัดรักษาในผู้ป่วยกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นหัตถการที่มีความสำคัญ มีความ ซับซ้อนที่สามารถแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดกับกระดูกสันหลังได้และเป็นวิธีที่นิยมใช้ในการรักษา ซึ่ง ผลลัพธ์ที่คาดหวังหลังการผ่าตัดของทีมสุขภาพและผู้ป่วยนั้นคือ อาการปวดที่ลดลง สามารถกลับไป ดำเนินชีวิตประจำวันได้ ตลอดจนการมีภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความเป็นอยู่ที่ดีมี คุณภาพชีวิต (Costanza et al., 2007; Delitto et al., 2015; Lurie et al., 2015) การดูแลเพื่อให้เกิดการ

ฟื้นฟูสภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ เป็นกระบวนการที่ต้องใช้พลังงาน เป็นผลของการปรับเปลี่ยนสถานะมาสู่ภาวะปกติ สามารถควบคุมร่างกายจิตใจสังคม การทำงานของระบบต่างๆ ให้กลับไปเป็นปกติ มีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันและกลับคืนมาอยู่ในระดับความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) (Walker & Avant, 2005) การฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยทั่วไปจะประเมินจาก 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ (Allvin, Berg, Idvall, & Nilsson, 2007; Steward & Volgyesi, 1978)

- 1) องค์ประกอบด้านสรีระวิทยา (Physiological) เป็นการฟื้นตัวในด้านการควบคุมการตอบสนองของการทำงานของระบบต่างๆ เช่น ระบบการหายใจ การไหลเวียนโลหิต
- 2) องค์ประกอบด้านจิตใจ (Psychological) เป็นการฟื้นตัวของจิตใจในการสามารถกลับไปสู่ภาวะปกติ การมีความหวัง การเปลี่ยนแปลงสภาพจากการเจ็บป่วยไปสู่การมีสุขภาพดี การหายไปของความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า
- 3) องค์ประกอบด้านสังคม (Social) เป็นการฟื้นตัวกลับสู่การเป็นอิสระ สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ มีปฏิสัมพันธ์กันกับผู้อื่น
- 4) องค์ประกอบด้านนิสัย (habitual recovery) เป็นการฟื้นฟูสภาพที่สามารถรักษาเสถียรภาพของกิจกรรมได้อย่างเต็มที่ มีความรับผิดชอบและควบคุมกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน การกิน การกลับไปทำงาน

แม้การผ่าตัดจะให้ผลลัพธ์ที่ดีแต่จากการทบทวนวรรณกรรมก็พบว่าการผ่าตัดมีผลกระทบ/ภาวะแทรกซ้อน เกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการรักษา แต่ก็ยังไม่พบการแบ่งระยะที่ชัดเจน การเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคล การผ่าตัด กระบวนการดูแล ทั้งนี้อาจแบ่งภาวะแทรกซ้อนได้ตามระยะการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดังนี้ (Allvin et al., 2007; Steward & Volgyesi, 1978)

- 1) ระยะแรกหลังการผ่าตัด (Early phases) เป็นระยะภายหลังการผ่าตัดจนกระทั่งถึงหอผู้ป่วย ระยะนี้เป็นช่วงเวลาของผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะที่คุกคามชีวิต กลับมามีสติจากการได้รับยาระงับความรู้สึก มีการตอบสนองของการทำงานของร่างกายในระบบต่างๆ ระยะนี้เป็นระยะเวลาสั้นๆ อาจเพียงไม่กี่ชั่วโมง (Allvin et al., 2007; Steward & Volgyesi, 1978) การดูแลจึงเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ส่งผลต่อการทำงานของร่างกาย (Physiologic and biologic) ซึ่งอาจเกิดได้ทั้งในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในระยะนี้ เช่น การเสียเลือดหลังผ่าตัด (Elgafy, Bransford, McGuire, Dettori, & Fischer, 2010; Hu, 2004) การบาดเจ็บต่อเส้นเลือดดำ (3.2 %) การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท (2 %) ภาวะท้องอืดหลังการผ่าตัด (1.4 %) การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (1 %) (Bateman et al., 2015) การบาดเจ็บอวัยวะภายในเช่น ท่อไต เส้นประสาท ระบบขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ (Lee et al., 2012; Schizas, Foko'o, Matter, Romy, & Munting, 2009) หรือเกิด

Cauda equine syndrome อันเป็นกลุ่มอาการที่มีการกดเบียดรากประสาทตั้งแต่ระดับ L1 ลงไปทั้งหมดทำให้เกิดการสูญเสียการขยับถ่าย การทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ การรับรู้ความรู้สึก และกำลังของกล้ามเนื้อที่เลี้ยงด้วยรากประสาทตั้งแต่ L1 ภาวะนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน (Tarulli, 2015) หรือการเกิดการฉีกขาดของถุงหุ้มไขสันหลัง (Dural tear) เกิดภาวะน้ำไขสันหลังรั่วซึมโดยเฉพาะการผ่าตัดด้วยการใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกสันหลังจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของไขสันหลังและรากประสาททำให้เกิดก้อนเลือดในช่องเหนือถุงหุ้มไขสันหลัง (8.5 %) มากกว่าการผ่าตัดเพื่อลดแรงบีบกดที่เส้นประสาทไขสันหลัง (7.5%) (Strömqvist, Jönsson, & Strömqvist, 2012) ภาวะแทรกซ้อนอาจส่งผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อและระบบประสาทที่อยู่ภายใต้บริเวณที่เกิดการบาดเจ็บทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไข (Cramer, Maher, Pettigrew, & Kuntz, 2009), อาการปวดแผลหลังผ่าตัด (Boskovic et al., 2010; Doi et al., 2011) ทั้งหมดที่กล่าวมานั้นล้วนส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพช้าลง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Harvey, 2005; Strömqvist et al., 2012; Yoshihara & Yoneoka, 2013) หรือในบางรายอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Ma, Passias, Gaber-Baylis, Girardi, & Memtsoudis, 2010)

2) ระยะกลางหลังการผ่าตัด (Intermediate phase) เป็นระยะฟื้นฟูคืนสภาพมาสู่ภาวะที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เกิดขึ้นในขณะรักษาในโรงพยาบาลจนถึงระยะที่ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน อาจต้องใช้ระยะเวลาหลายวัน ผู้ป่วยจะต้องกลับไปดูแลตนเองในหลายๆด้าน เช่น การดูแลแผล การออกกำลังกาย การทำกิจวัตรประจำวัน การทำกายภาพบำบัด การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้ป่วยจะยังประสบปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลในระยะนี้จึงเน้นไปที่การจัดการกับอาการ (Symptom) และความบกพร่องในความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Activities of daily living) ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย (Function status) หลังการผ่าตัด (Lee, Tran, Mayo, Carli, & Feldman, 2013) มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเองโดยพบว่า 6 สัปดาห์ ถึง 3 เดือนหลังการผ่าตัด อาการปวดหลังจะยังหลงเหลืออยู่ต่อเนื่องมาตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและไม่หายขาด บางรายมีอาการหลังแข็งร้อยละ 7.9 เคลื่อนไหวหลังได้น้อยลง ไม่สามารถเอียง ก้มหรือแอ่นหลังได้และมีอาการชากรั่นร่วมด้วย (Glassman et al., 2009) ผู้ป่วยร้อยละ 25 มีความสามารถในการทำงานของร่างกายลดลง มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับรุนแรงอยู่ (อินทรา รูปสว่าง และคณะ, 2552) อาการเหล่านี้จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพและลดอาการปวด (Coulter & Ellins, 2006; DeBerard, LaCaille, Spielmans, Colledge, & Parlin, 2009; Gu et al., 2009; Oosterhuis et al., 2014; Ostelo, Vlaeyen, van den Brandt, & de Vet, 2005; Pekkanen, 2013; Pekkanen et al., 2013) ภาวะจำกัด

ความสามารถในการทำกิจกรรมยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลหรือมีภาวะซึมเศร้า มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย (Bair, Wu, Damush, Sutherland, & Kroenke, 2008; Chaichana, Mukherjee, Adogwa, Cheng, & McGirt, 2011; Miller et al., 2015; van de Water, Eadie, & Hurley, 2011)

3) ระยะยาวหลังการผ่าตัด (long-term) เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน การพักฟื้นอาจใช้เวลานานเป็นสัปดาห์, เดือนหรือเป็นปีจนสุขภาพผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงผลลัพธ์ของการดูแลจึงมุ่งเน้นไปยังภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related quality of life) (Lawrence et al., 2004) เป็นระยะที่ผู้ป่วยผ่านกระบวนการจัดการกับอาการ การปรับตัวมาระยะหนึ่ง ในระยะนี้อาจพบภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดโดยพบอุบัติการณ์ถึงร้อยละ 0.5-18.8 (Chahoud, Kanafani, & Kanj, 2014) และหากผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้องหลังการผ่าตัดอาจทำให้เกิดหนองกระดูกทับเส้นเอ็นหรือหนองกระดูกสันหลังระดับข้างเคียงเสื่อมทำให้ต้องผ่าตัดอีก (Ekman, Möller, Shalabi, Yu, & Hedlund, 2009) หรือเกิดการหลวมของสกรูที่ยึดกระดูกทำให้ต้องผ่าตัดซ้ำ (Chan & Peng, 2011; Pumberger et al., 2012; Weiner & Nordin, 2010; Wolf, Feinglass, Thompson, & Baker, 2010) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึง 6,353.02-21,076.74 เหรียญสหรัฐ (Whitmore et al., 2012) และยังทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดงานขาดรายได้โดยพบว่าใน 2 ปีหลังการผ่าตัดมีผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงานได้ถึงร้อยละ 51.6 (Glassman et al., 2009) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ

การผ่าตัดรักษาแต่ละครั้งก็คาดว่าจะเกิดผลที่ดีเสมอไป หลังผ่าตัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ทั้งนี้ก็ขึ้นกับทักษะและความชำนาญของแพทย์ผู้ผ่าตัด ความรุนแรงของโรค พยาธิสภาพ กระบวนการดูแล ความสมบูรณ์พร้อมของผู้ป่วยตลอดจนเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด (Kalanithi, Patil, & Boakye, 2009) ภาวะแทรกซ้อนส่งผลเสียกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงหรือถึงกับเสียชีวิตได้ (Bohl et al., 2015; Deyo, Hickam, Duckart, & Piedra, 2013; Strömqvist et al., 2012) ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะขับเคลื่อนให้เกิดคุณภาพของการดูแล มีบทบาทอิสระในการส่งเสริม พัฒนาความสามารถของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ของการดูแลคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงจำเป็นต้องอย่างหนึ่งที่พยาบาลต้องเข้าใจในความเป็นบุคคล บริบทของผู้ป่วย เข้าใจในกระบวนการผ่าตัด การรักษา การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดในระยะต่างๆ รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายหลังจำหน่าย รวมทั้งเพิ่ม

ศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการตนเอง ดังนั้นรูปแบบกระบวนการการดูแล สภาพร่างกาย จิตใจ สมรรถนะของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่พยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาและวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความแตกต่างและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแต่ละบุคคลเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ของการดูแลคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังผ่าตัด

2.3 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นแนวคิดสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาในด้าน สุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เป็นจุดมุ่งหมายของการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน ในผู้ที่มีปัญหา สุขภาพเรื้อรังก็ย่อมมุ่งหวังให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าเช่นกัน นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตยังเป็นดัชนีชี้วัดของความสำเร็จของการดูแลสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม (Easterlin, 2003) ซึ่งหากคนในประเทศนั้นๆมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่างๆย่อมทำได้อย่างรวดเร็วและมี ประสิทธิภาพ คุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรม มีหลากหลายมิติ เป็นคำที่มีความหมายซับซ้อน ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ สุขภาพ (health) หมายถึงสุขภาพะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุล ทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม (World Health Organization, 1948) เป็นลักษณะที่ ดีเด่นประจำบุคคลหรือสิ่งของและชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) คำนิยามคุณภาพชีวิตนั้นขึ้นกับบุคคลแตกต่างกันไปตามบริบท แนวคิด ความคาดหวัง วัฒนธรรม การรับรู้ เวลา สถานการณ์ที่ต่างกัน คุณภาพชีวิตจึงไม่มีคำจำกัดความที่ แน่นนอนที่เหมือนกันหมด (Farquhar, 1995)

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลใน ด้านสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม ความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพา ความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและ ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเป้าหมาย ความคาดหวัง ความเชื่อส่วนบุคคลในบริบท ที่สังคมคาดหวัง (World Health Organization, 1995) นอกจากนี้ยังมีผู้ให้นิยามของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากการทำ หน้าที่ต่างๆของร่างกาย ทักษะคิดต่อตนเองและสุขภาพ รวมทั้งความรู้สึกรับรู้การได้รับความ ช่วยเหลือจากสังคม (Padilla & Grant, 1985) เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ภาวะที่ปราศจากการคุกคามต่อชีวิต (Meeberg, 1993)

จากการศึกษาค้นคว้า การประเมินคุณภาพชีวิตจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวความคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ลักษณะ (Ferrans & Powers, 1985; Meeberg, 1993; Zhan, 1992) ดังนี้

1) การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นข้อมูลรูปธรรมที่มองเห็นได้สังเกตได้โดยตรงวัดได้ นับได้ เช่น อาชีพ การศึกษา รายได้ อัตราการเป็นโรค ความสามารถในการทำกิจกรรม ข้อมูลทางคลินิกที่บ่งบอกถึงพยาธิสภาพของโรค เป็นต้น

2) การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นข้อมูลเชิงจิตวิทยาที่บ่งบอกความรู้สึก เจตคติของบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์ของชีวิต การรับรู้ความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ภาวะสุขภาพ ความผาสุก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น เป็นการประเมินโดยผู้ถูกประเมินเป็นผู้ตอบ สะท้อนความรู้สึกนึกคิดในส่วนที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล การมีความพึงพอใจหรือความสุขในชีวิต (Life satisfaction or happiness) (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976)

การประเมินคุณภาพชีวิตนั้นมีเครื่องมือที่หลากหลาย การนำมาใช้ขึ้นอยู่กับบริบทที่ต้องการศึกษาในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังนั้น พบว่าในการประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปจะประเมินจากความสามารถในการทำงานของร่างกายและเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตจากมุมมองความคิด ความพึงพอใจในชีวิต โดยเครื่องมือที่นิยมนำมาใช้ในการประเมินมีเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปและเครื่องมือที่มีเฉพาะ โรคหรือการรักษา ดังนี้

1. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (generic instrument) เป็นการประเมินด้านการทำงาน สภาพร่างกาย จิตใจและสังคม เปรียบเสมือนผลรวมของการประเมินด้านชีววิทยา สรีรวิทยา อาการและสมรรถนะทางกาย การรับรู้สภาวะสุขภาพและความคาดหวังของผู้ป่วย เนื่องจากภาวะสุขภาพถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต มีความสำคัญไม่น้อยกว่าการมีชีวิตรอด (Survival) และอายุขัย (life expectancy) (Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993; Sajid, Tonsi, & Baig, 2008) การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) จึงเป็นการวัดปัญหาทางด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมในมุมมองของผู้ป่วยเอง สุขภาพมิได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการหรือการไม่มีโรคเท่านั้น นิยามของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ การให้ความหมายของผู้วิจัย (Morag Farquhar, 1995) อย่างไรก็ตาม จะไม่แตกต่างกันมาก กล่าวคือครอบคลุมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ (functional capacity) การรับรู้ (perception) เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและอาการของโรครวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากโรค (symptoms and their consequences) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพส่วนใหญ่มีโครงสร้างที่ประกอบขึ้นจากองค์ประกอบของสุขภาพทางกายภาพ (physical health) สุขภาพ

ทางใจ (mental health) สุขภาพทางสังคม (social health) และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health) ทำให้สามารถติดตามสุขภาพของประชากร (population monitoring) เพื่อประเมินผลลัพธ์ (outcome measurement) ทางการรักษาได้ (Coons, Rao, Keininger, & Hays, 2000; Guyatt et al., 1993; Lurie, 2000; Zanolli, Strömquist, Padua, & Romanini, 2000) ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงบ่งบอกถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระดับของความสมบูรณ์ ความพึงพอใจกับชีวิตของแต่ละบุคคล รวมถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วยหรือได้รับการรักษา (Wilson & Cleary, 1995) วัดความเป็นอยู่ที่ดีของสุขภาพกายและสุขภาพจิต เปรียบเทียบสภาวะของโรคที่แตกต่างกัน ประเมินความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีและไม่มีโรคประจำตัวได้ (Guyatt et al., 1993) แบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั่วไป (Health-related quality of life) นั้นมีความหลากหลาย ข้อดีของเครื่องมือนี้คือสามารถประเมินสุขภาพได้หลายมิติด้วยเครื่องมือชนิดเดียวและสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างโรคต่างๆ ประเมินได้กับทุกกลุ่มประชากร ไม่จำกัดอายุ เพศ หรือโรคที่เป็น แต่ก็มีข้อจำกัดคืออาจไม่มีความไว (sensitivity) หรือตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค (Guyatt et al., 1993; Zhan, 1992) แบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั่วไปที่นิยมใช้มีดังนี้

1.1 แบบประเมินคุณภาพชีวิต Short Form health survey (SF-36) ได้รับการพัฒนาโดย Ware และ Sherbourne (1992) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั่วไป (Health-related quality of life) ใช้วัดความเป็นอยู่ที่ดีของสุขภาพกายและสุขภาพจิต สามารถใช้ประเมินความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีและไม่มีโรคประจำตัวได้ โดยแบบสอบถามมักใช้กับกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคข้ออักเสบ, ปวดหลัง, โรคกระดูก, โรคหัวใจ, โรคซึมเศร้า, โรคเบาหวาน, โรคข้อเข่าเสื่อม รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (Boskovic et al., 2010; Pekkanen, 2013; Perez-Cruet et al., 2014) โดยประเมินผลสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต 8 มิติ คือ ความสามารถในการทำงานของร่างกาย (Physical functioning), บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาด้านร่างกาย (Role limitations due to physical problems), ความเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily pain), การรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป (General health perceptions), บทบาททางสังคม (Social functioning), การมีพลังในตนเอง (Vitality), บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ (Role limitations due to emotional problems), สุขภาพจิต (General mental health) และคำถามอิสระ (Reported health transition) แบบสอบถามนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยวัชร เลอमानกุล และ ปราณีย์ มีแต้ม (2548) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือระดับสูง (0.72-0.86) (Laurmarkkul & Meetam, 2005) มีค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มตัวอย่างสูงสุดในมิติ Physical functioning (86.1 ± 13.0) และต่ำที่สุดในมิติ Role-emotional (54.3 ± 40.5) แบบสอบถามมีคุณสมบัติความเที่ยงที่ดีและมีความตรงเกือบสมบูรณ์เป็นไปตามเกณฑ์ ยกเว้นในมิติ Vitality และ Role-emotional ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ การแปลผลจึงควรทำด้วยความ

ระมัดระวังอีกทั้งการใช้แบบสอบถามนี้มีความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมของผู้ตอบแบบสอบถามทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนเมื่อแปลผลและแบบสอบถาม SF-36 มีความเที่ยงในการวัดผลแบบกลุ่ม (group level) แต่ไม่เหมาะสมในการวัดผลระดับบุคคล (individual level)

1.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต EuroQoL-5D (EQ-5D) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย The EuroQol group ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป ผู้ตอบสามารถตอบด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 1 นาที ประกอบด้วย 5 คำถามใน 5 มิติซึ่งเป็นคุณลักษณะของคุณภาพชีวิตของคนทั่วไป ประกอบด้วยความสามารถในการเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self-care) กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (usual activities) เช่น การทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบาย (pain/discomfort) และความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า (anxiety/depression) แบบสอบถามเดิมคำถามจะมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มีปัญหา มีปัญหาลานกลาง มีปัญหาระดับรุนแรง จึงเรียกแบบสอบถามฉบับนี้ว่า EQ-5D-3L แต่เนื่องจากคำตอบที่มีเพียง 3 ระดับ ทำให้มีข้อจำกัดคือไม่สามารถจำแนกความแตกต่างของกลุ่มคนที่ได้คะแนนอรรถประโยชน์สูงได้ การแยกคุณภาพชีวิตที่มีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยไม่สามารถทำได้ นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า แบบสอบถาม EQ-5D-3L มีความไว (Sensitivity) ต่ำกว่าแบบสอบถาม SF-12 และ SF-36 (Brazier, Jones, & Kind, 1993; Johnson & Coons, 1998) กลุ่มนักวิจัยผู้พัฒนาแบบสอบถาม EQ-5D จึงพัฒนาแบบสอบถามฉบับใหม่ในปี 2005 (Herdman et al., 2011; Rabin, Oemar, Oppe, Janssen, & Herdman, 2011) เรียกว่า EQ-5D-5L โดยเพิ่มคำตอบเป็น 5 ระดับตามระดับความรุนแรง แบบสอบถามฉบับนี้มีนักวิจัยนิยมนำมาใช้วัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอยู่ (Jansson, Németh, Granath, Jönsson, & Blomqvist, 2009; Silverplats et al., 2011) ได้รับการแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program; HITAP) ในปี 2555

1.3 WHOQOL-100 (The World Health Organization Quality Of Life Instrument) ประเมินคุณภาพชีวิตจากทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรับรู้การมีภาวะสุขภาพดี (well-being) ใน 6 ด้านหลัก คือ ด้านร่างกาย; จิตใจ; ระดับความเป็นอิสระ; ความสัมพันธ์ทางสังคม; สิ่งแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล จำนวน 100 ข้อ (WHOQoL Group, 1997) แบบสอบถามมีข้อด้อยคือข้อคำถามที่มีมากทำให้เสียเวลาในการตอบ

1.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตทั่วไป วัดทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรับรู้การมีภาวะสุขภาพดี (well-being) ที่พัฒนาจาก WHOQOL-100

ให้มีความกระชับ มีความถูกต้อง สะดวกในการใช้มากขึ้น ข้อคำถามมี 26 ข้อ โดยมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย 2) ด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณเป็นพฤติกรรมการรับรู้ความรู้สึกทางบวกและทางลบต่อตนเอง รับรู้ภาพลักษณ์เป็นต้น 3) ด้านสัมพันธทางสังคมเป็นการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์บทบาทหน้าที่ของตนเองกับบุคคลอื่นหรือในชีวิตประจำวัน 4) ด้านสิ่งแวดล้อมเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต มีอิสระ ปลอดภัย มั่นคง (WHOQoL Group, 1997) แบบสอบถามได้รับการแปลหลายภาษารวมทั้งฉบับภาษาไทย เครื่องมือมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406) ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2540) ในผู้ป่วยกระดูกสันหลังได้นำเครื่องมือนี้มาใช้ในศึกษา เช่น การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง (Heider, Kitze, Zieger, Riedel-Heller, & Angermeyer, 2007) การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการรักษาโดยการฉีดยาพบว่าคุณภาพชีวิตหลังฉีดยา 1 สัปดาห์สูงกว่าก่อนฉีดยา ($p < 0.05$) (กานดา กาญจนโพธิ์, 2552) นอกจากนี้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ยังเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในหลายกลุ่มประชากรในประเทศไทย เช่น ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์, เบาหวาน, โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (Chaveepojnkamjorn, Pichainarong, Schelp, & Mahaweerawat, 2008 ; Dajpratham, Kuptniratsaikul, Kovindha, Kuptniratsaikul, & Dejnuntarat, 2009; Prasithsirikul, 2007) อย่างไรก็ตามแบบสอบถามมีข้อจำกัดในการใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปและข้อคำถามบางข้อยังมีจุดอ่อนในการเข้าใจ โดยเฉพาะข้อคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศเป็นคำถามที่ค่อนข้างมีปัญหาอยู่ เนื่องจากคำถามบางข้อเป็นการยากที่จะใช้เพียงคำถามเดียว แล้วให้ผู้ตอบเข้าใจได้อย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะพบว่าเครื่องมือที่ใช้เป็นการประเมินในด้านร่างกายและจิตใจ สังคมเป็นหลัก ปัจจุบันการรักษามีความก้าวหน้าไปตามเทคโนโลยี ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้นในขณะเดียวกันการใช้ยาเกี่ยวกับการรักษาที่สูงขึ้นเช่นกัน การประเมินเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ความคุ้มค่าทางการแพทย์ รวมทั้งจำนวนปีชีวิตที่มีคุณภาพ จึงเป็นดัชนีชี้วัดอย่างหนึ่งในการประเมินผลการดูแลรักษาที่สำคัญและในการเลือกใช้เครื่องมือควรพิจารณาว่าเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตมีคุณสมบัติในการวัดทุกมุมมองทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคำถามการวิจัย มีผลการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษามาก่อนและใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามสั้น จึงมีการพัฒนาเครื่องมือ Assessment of Quality of Life ขึ้นเพื่อให้การประเมินคุณภาพชีวิตครอบคลุมในทุกมิติลดข้อจำกัดของเครื่องมือที่เคยใช้อยู่เดิม

1.5 แบบประเมินคุณภาพชีวิต Assessment of Quality of Life (AQoL-8D) พัฒนาขึ้น โดย Richardson, James, Sinha, Iezzi, และ Khan (2011) เป็นเครื่องมือประเมิน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) พัฒนาจากแนวคิดพื้นฐานด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ที่วัดอรรถประโยชน์แบบสหมิติ (Multi-Attribute Utility Measurements: MAU) สามารถบ่งบอกความต้องการหรือความชอบต่อสถานะหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพได้หลายมิติ เนื่องจากสุขภาพเป็นเรื่องที่ซับซ้อนการประเมินต้องครอบคลุมถึงความเป็นอิสระของการมีชีวิต ความสัมพันธ์ทางสังคม ความรู้สึกทางกาย ความรู้สึกทางจิตใจที่ดี แบบประเมิน AQoL-8D ประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบหลักคือ มิติหลักด้านร่างกาย (Physical super dimension) ประกอบด้วย มิติอิสระในการดำเนินชีวิต (Independent Living), การรับรู้ (Senses), และความปวด (Pain), และมิติหลักด้านจิตสังคม (Psycho social super dimension) ประกอบด้วย มิติด้านความสุข (Happiness), สุขภาพจิต (Mental health), ความมีคุณค่าในตนเอง (Self -Worth), การเผชิญปัญหา (Coping) และสัมพันธ์ภาพ (Relationships)

เมื่อมองตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจะพบว่า แบบประเมิน AQoL-8D นี้ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อวัดผลติดตามความก้าวหน้าหลังการรักษา ใช้ตรวจสอบเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตส่วนบุคคลและความพึงพอใจในการรักษา ประเมินผลคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีคุณลักษณะที่หลากหลายครอบคลุมมิติด้านจิตสังคมและสุขภาพมากขึ้น อีกทั้งสามารถประเมินเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ความคุ้มค่าทางการแพทย์ รวมทั้งจำนวนปีชีวิตที่มีคุณภาพ (Quality-adjust life year) ของประชากรอันเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญและใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Hawthorne, Richardson, & Osborne, 1999) แบบสอบถามชุดนี้ถูกนำไปทดสอบกับกลุ่มประชากรทั่วไปในสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย พบว่ามีค่าการทดสอบความเที่ยงตรงตามโครงสร้างโดยวิธีการหาความสัมพันธ์แบบเพียร์สันกับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตอื่นๆ ที่มีโครงสร้างเดียวกัน มีขนาดความสัมพันธ์ระดับสูง (0.65-0.84) ส่วนการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงพยากรณ์พบว่า เครื่องมือมีอำนาจในการทำนายสูง ($\beta = 1.70$ ในประเทศสหรัฐอเมริกาและ 1.83 ในประเทศออสเตรเลีย) และในการทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยทดสอบความสัมพันธ์กับแบบประเมิน SF-36 พบว่า แบบประเมิน AQoL- 8D มีค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลางถึงระดับสูงกับมิตีย่อยในมิติหลักด้านร่างกาย และมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับมิตีย่อยในมิติหลักด้านจิตสังคม (Richardson, Iezzi, Khan, & Maxwell, 2014) เครื่องมือสามารถประเมินคุณภาพชีวิตประชากรได้หลายกลุ่ม ดังเช่นการศึกษาผลของการรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก โดยวิธีการใช้หุ่นยนต์และการผ่าตัดแบบเปิด โดยการนำแบบประเมิน AQoL-8D มาประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งใช้ประเมินสุขภาพด้านเศรษฐกิจ (Gardiner et al., 2012) การศึกษาของ Mihalopoulos, Chen, Iezzi, Khan, และ Richardson (2014) ที่ศึกษาวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งในอเมริกา ยุโรป และออสเตรเลีย จำนวน 917 คน พบว่า แบบประเมิน

AQoL-8D มีความเฉพาะในการประเมินคุณภาพชีวิตมากกว่าเครื่องมืออื่นเมื่อเทียบกับ EQ-5D-5L, SF-6D, HUI3, 15D อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ด้านมิติ เนื้อหาระหว่างเครื่องมือประเมินผลคุณภาพชีวิตหลายเครื่องมือ พบว่าแบบสอบถาม AQoL-8D มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการประเมินภาวะสุขภาพแบบต่างๆ คือ EuroQoL 5 Dimension 3-item instrument (EQ-5D-5L), Short Form 6 Dimension (SF-6D), Health Utilities Index Mark 3 (HUI 3), 15 Dimension (15D), Quality of Wellbeing (QWB) (Richardson et al., 2014; Richardson, Khan, Iezzi, & Maxwell, 2015) และการนำเครื่องมือ AQoL-8D ไปศึกษาผลกระทบของภาวะโรคอ้วนต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยการเปรียบเทียบเครื่องมือ AQoL-8D กับ SF-36 พบว่าแบบประเมินทั้งสองมีเนื้อหาที่สัมพันธ์กัน แต่แบบสอบถาม AQoL-8D มีมิติด้านจิตสังคมมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับ SF-36 (Khan, Richardson, & O'Brien, 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ackerman และคณะ (2014) ศึกษาผลของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าและข้อสะโพก โดยใช้เครื่องมือ AQoL กลุ่มตัวอย่างจำนวน 237 คน ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพบว่า เครื่องมือสามารถวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยข้อเข่าและข้อสะโพกได้ มีความครอบคลุมในทุกมิติของสุขภาพ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกแบบประเมินคุณภาพชีวิต AQoL-8D มาใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เนื่องจากแบบสอบถามเข้าใจง่าย มีจำนวน 35 ข้อใช้เวลาในการตอบประมาณ 5 นาที แบบสอบถามที่มีเนื้อหาครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพ เป็นการวัดผลระดับบุคคล สอดคล้องกับการดูแลในปัจจุบันที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง ประกอบกับ AQoL-8D เป็นเครื่องมือใหม่ยังไม่มีมีการนำมาศึกษาในกลุ่มประชากรคนไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษานี้เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและการศึกษาวิจัยต่อไป

2. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะ (specific instrument) เป็นเครื่องมือวัดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการให้การรักษของแต่ละโรค มีความเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วย เช่น เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรค (disease-specific instrument) เช่น Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) วัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการฉายแสง (Cella et al., 1993) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะอายุ (age-specific instrument) เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะนี้จะมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ แต่มีข้อด้อยคือไม่ครอบคลุมในหลายมิติของชีวิตและไม่สามารถนำผลมาเปรียบเทียบระหว่างโรคได้

ในการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังนั้นมีความแตกต่างกันแต่ละช่วงเวลาตามแต่ละปัจจัย และวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย การประเมินมีทั้งการติดตาม

วัดผลระยะสั้น (Short term < 3 เดือน), การวัดผลระยะกลาง (intermediate term = ระหว่าง 3 -12 เดือน), การวัดผลระยะยาว (long term ≥ 12 เดือน) หลังการผ่าตัด (Dianne Liddle, Gracey, & David Baxter, 2007; McGregor et al., 2014; van Tulder, Furlan, Bombardier, Bouter, & Group, 2003)

1. การติดตามวัดผลระยะสั้น (Short term < 3 เดือน) เป็นการติดตามผลการรักษาตั้งแต่หลังผ่าตัดจนถึงผู้ป่วยกลับบ้าน ในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจติดตามหลังการรักษาคั้งแรกจนถึงระยะประมาณ 3 เดือนหลังการผ่าตัด มีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรค Spinal Stenosis, Degenerative Spondylolisthesis, Intervertebral Disc Herniation ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ในระยะติดตาม 6 สัปดาห์, 3, 6, 12, 24, 36, และ 48 เดือน กลุ่มตัวอย่าง 789 ราย พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดดีกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัดในทุกระยะของการติดตาม ($p < 0.001$) (Tosteson et al., 2011) และการศึกษาหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 4 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 60 สามารถขับรถในระยะทางไกลๆได้ และ 12 สัปดาห์หลังการผ่าตัดผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ (Hiett, Chan, Clarke, Challinor, & Hourigan, 2015) ในประเทศไทยพบการศึกษาติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว 6 สัปดาห์โดยใช้แบบประเมิน SF-36 พบว่าในด้านร่างกายมีคะแนนสูงสุดในภาวะสุขภาพด้านความปวด (bodily pain) ($M = 87.1$; $SD = 17.2$) และด้านภาวะสุขภาพโดยรวม (general health) ($M = 77.3$; $SD = 17.8$) มีคะแนนต่ำสุด ในด้านจิตใจพบภาวะสุขภาพด้านข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่เป็นผลมาจากอารมณ์ (role emotional) มีคะแนนสูงสุด ($M = 87.6$; $SD = 18.1$) และด้านพลังกำลัง (vitality) มีคะแนนต่ำสุด ($M = 78.8$; $SD = 19.6$) โดยรวมภาวะสุขภาพของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังหลังผ่าตัดดีกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (อินทิรา รูปสว่าง และคณะ, 2552) แต่มีรายงานการศึกษาคูณภาพชีวิตหลังผ่าตัดขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลพบว่า สมรรถนะร่างกายของผู้ป่วยจะอยู่ในระดับแย่มากที่สุดเนื่องจากผู้ป่วยยังมีการปวดมากและอาการแสดงทางระบบประสาทอยู่ (neurological symptoms) ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะนี้อยู่ในระดับต่ำกว่าก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดในระยะอื่น (Boskovic et al., 2010; Doi et al., 2011) และพบว่าหลังการผ่าตัด 3 เดือนในระยะการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งมีผลต่อครอบครัว การทำงาน การทำกิจวัตรประจำวันอยู่ (Abbott, Tyni-Lenné, & Hedlund, 2011; Boskovic et al., 2010)

2. การศึกษาคูณภาพชีวิตในการวัดผลระยะกลาง (intermediate term อยู่ระหว่าง 3 -12 เดือน) เป็นการศึกษาในระยะหลังการผ่าตัดจนถึงระยะการฟื้นฟูสภาพ สามารถดำเนินชีวิตได้ปกติ มีการศึกษาคูณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลังระดับเอวในการติดตามครั้งแรก 2 เดือน, ตรวจติดตามครั้งที่สอง 6 เดือนหลังการผ่าตัดพบว่าคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายและคุณภาพชีวิตโดยรวมในทุกระยะดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < 0.001$) (Heider, Kitze, Zieger, Riedel-Heller, & Angermeyer, 2007) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pekkanen และคณะ (2013) ศึกษาคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลังระดับเอว กลุ่มตัวอย่าง 173 ราย ติดตามหลังการผ่าตัด 3 เดือนพบว่า ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยมีระดับความปวดหลังสูง 66 คะแนนจากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ($SD = 27$), ปวดขา 67 คะแนน ($SD = 25$) และมีคะแนนความบกพร่องในการทำกิจกรรม 45 คะแนน ($SD = 17$) อยู่ในระดับสูง แต่หลังผ่าตัด 3 เดือนพบว่า ระดับความปวดหลังลดลงเหลือ 42 คะแนน (95% CI: -47 to -37) อาการปวดขาดลดลงเหลือ 45 คะแนน (95% CI: -51 to -40) ($p < 0.001$) คะแนนความบกพร่องในการทำกิจกรรมลดลงเหลือ 26 คะแนน ($SD = 17$) และหลังผ่าตัดคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการศึกษาคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดภาวะรากประสาทไขสันหลังส่วนเอวถูกกดในการติดตาม 3, 6, 12 เดือนพบว่า อาการปวดหลังและขาดลง ความสามารถในการเดินเพิ่มขึ้นเดินได้ไกลขึ้นจากเดิมเฉลี่ยประมาณ 1.5 กิโลเมตร คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Aalto et al., 2006; Boskovic et al., 2010)

จากการศึกษาของ Whitmore และคณะ (2015) ศึกษาการทำนายผลของการผ่าตัด Lumbar discectomy 3 เดือนหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 1 ระดับ ในการติดตาม 1, 3, 6, 12 เดือนหลังการผ่าตัดพบว่า ภาวะการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นตั้งแต่ 1 เดือนหลังการผ่าตัด ($p < 0.0001$) และในระยะเวลาติดตาม 3-6 เดือน มีระดับคะแนนภาวะการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น (mean $\pm$ SD เท่ากับ 2.0 ± 16.0) และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (mean $\pm$ SD เท่ากับ 1.5 ± 10.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่เมื่อเทียบกับในระยะติดตาม 6-12 เดือนพบว่าระดับคุณภาพชีวิตไม่ต่างจากระยะ 3-6 เดือน ($p = 0.55$) เช่นเดียวกับภาวะการทำหน้าที่ก็ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.80$) นอกจากนี้ยังพบว่าในการติดตามระยะ 3 เดือนหลังการผ่าตัดเป็นระยะที่สามารถทำนายปีสุขภาวะที่มีคุณภาพ (Quality-adjusted life year -QALY) โดยเพิ่มขึ้นมากที่สุดคิดเป็น 0.246 ปี แต่เมื่อเทียบกับระยะ 6 และ 12 เดือนหลังการผ่าตัดพบว่าไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ระยะ 1 เดือนไม่สามารถทำนาย QALY ได้ การศึกษาแสดงให้เห็นว่าในระยะ 3-6 เดือนหลังการผ่าตัดเป็นระยะที่มีความเหมาะสมที่จะใช้ประเมินคุณภาพชีวิตและสมรรถนะร่างกายหลังการผ่าตัด อีกทั้งระยะนี้ยังลดค่าใช้จ่ายในการศึกษาวิจัยได้ประมาณ 1 เท่า เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ระยะ 1 ปี (7,000 กับ 18,000 เหรียญสหรัฐ) เช่นเดียวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ติดตามก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 3 เดือนโดยใช้แบบสอบถาม SF-12 ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดดีกว่าก่อนผ่าตัด ($p < 0.01$) และพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในด้านสุขภาพกาย จิตใจดีขึ้นและภาวะอารมณ์ ระดับความ

ปวดลดลงเมื่อเทียบกับก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ในด้านการสนับสนุนทางสังคมพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p = 0.895$) (Saban, Penckofer, Androwich, & Bryant, 2007)

3. การศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตในระยะยาว (long term) ส่วนมากเป็นการศึกษาหลังการผ่าตัด ≥ 12 เดือนขึ้นไปเป็นการติดตามภาวะสุขภาพ ผลการดูแลรักษา ตลอดจนเป็นการติดตามประเมินศักยภาพของผู้ป่วยด้วย จากการศึกษาของ Devin, Mendenhall, Bible, Shau, และ McGirt (2014) ศึกษาคุณภาพชีวิตก่อนการผ่าตัด 3, 12 เดือนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Laminectomy และ Fusion หลายระดับ โดยใช้ EQ-5D ในการวัดคุณภาพชีวิต พบว่า ระดับความปวดหลังและขาดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ระดับความวิตกกังวลลดลง ($p < 0.001$) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 3, 12 เดือนหลังการผ่าตัดเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการผ่าตัด ($p < 0.001$) ในการศึกษาระยะยาวของ Jansson และคณะ (2009) ที่ศึกษาการติดตามผลคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการผ่าตัด 1 ปี ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขภาวะกระดูกสันหลังคดพบว่าก่อนการผ่าตัดมีระดับความปวดอยู่ในระดับสูงหลังการผ่าตัดระดับความปวดลดลง (60 คะแนน เป็น 30 คะแนน) ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยเดินได้ไม่ถึง 500 เมตร (27%) หลังผ่าตัดสามารถเดินได้มากกว่า 500 เมตร (65%) จะเห็นว่าแม้หลังการผ่าตัดระยะเวลานานแล้วผู้ป่วยจะยังคงมีอาการปวดหลงเหลืออยู่ และบางรายมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวอยู่แต่โดยรวมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นจาก 0.36 เป็น 0.64 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การศึกษาผลของการเชื่อมกระดูกสันหลังในกลุ่มที่มีพยาธิสภาพของหมอนรองกระดูกสันหลัง โดยประเมินจากแบบประเมิน SF-36 วัดผล 2 ปี หลังการผ่าตัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นในทุกพยาธิสภาพ (Glassman et al., 2009) และการศึกษาผลลัพธ์หลังการผ่าตัดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมข้อชนิด ALIF และ PLF ในระยะหลังการผ่าตัด 2 ปี พบว่าหลังการผ่าตัดอาการปวดหลังของผู้ป่วยลดลง ($p = 0.012$) และผลลัพธ์ด้านสมรรถนะด้านร่างกายหลังผ่าตัดดีขึ้นกว่าก่อนผ่าตัด ($p = 0.004$) (Jiya, Smit, Van Royen, & Mullender, 2011) การติดตามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกระดูกสันหลังยื่นย้อยทับเส้นประสาทหลังการผ่าตัดระยะ 2, 7 ปี โดยกลุ่มตัวอย่าง 117 คน ผู้ป่วยร้อยละ 85 คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นใน 2 ปีหลังการผ่าตัดร้อยละ 91 มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นใน 7 ปีหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่าอาการปวดขา ($r = -0.40, p < 0.001$) และอาการปวดหลัง ($r = -0.34, p < 0.001$) ก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อคลายการกดเบียดรากประสาทไขสันหลัง ในการติดตามระยะยาว 8-10 ปี พบว่าได้ผลดีถึงร้อยละ 80 และดีกว่าการรักษาโดยวิธีการไม่ผ่าตัดและฉีดยาซึ่งได้ผลดีเพียงร้อยละ 30 ทั้งนี้ในการศึกษาไม่ขึ้นกับอายุและการมีโรคร่วมของผู้ป่วย (Watters Iii et al., 2008)) แต่ก็พบว่าในระยะติดตาม 7 ปี ผู้ป่วย

ร้อยละ 8.9 ยังคงมีความปวดมากและร้อยละ 58.97 มีรายงานความปวดระดับกลางถึงมากอยู่ (Silverplats et al., 2011) แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะดีขึ้นตามระยะเวลาแต่เมื่อสามารถฟื้นฟูสภาพได้ คุณภาพชีวิตมักไม่แตกต่างกัน แต่ก็พบว่าผู้ป่วยบางรายจะยังมีการปวดหลงเหลืออยู่เป็นอาการเรื้อรังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะยาวตามมา

โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แม้จะโดยวิธีการอนุรักษ์หรือการผ่าตัด เนื่องจากเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและความเสื่อมสภาพตามอายุ ตั้งแต่วัยรุ่น วัยทำงานและผู้สูงอายุ (Modic & Ross, 2007) การรักษาเพื่อให้กลับไปอยู่ในสภาพเดิมอาจเป็นไปได้ยาก ในขณะที่ผู้ป่วยเหล่านี้ยังต้องดำรงชีวิตประจำวันให้อยู่ในภาวะที่เป็นปกติสุข หลังการผ่าตัดระยะแรกจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีการปรับตัว เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอาจหมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงาน ทำกิจกรรม ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติหรือใกล้เคียง อาการปวดทุเลาลงหรือหมดไป มีสุขภาพจิตที่ดี มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้ (Kanaan et al., 2015; Mannion, Denzler, Dvorak, & Grob, 2010; Mannion et al., 2009) แต่ในขณะเดียวกันคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยบางคนอาจพบว่าหลังการผ่าตัดต้องพึ่งพาผู้อื่น มีข้อจำกัด อุปสรรคในการดำรงชีวิตประจำวัน มีความทุกข์ทรมานจากอาการปวด คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดจึงมีความหลากหลายเชื่อว่าหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเสมอไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะ 3-6 เดือนหลังการผ่าตัดเป็นช่วงที่ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านซึ่งเป็นระยะที่มีการปรับตัว ฟื้นฟูสภาพ การศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดจะช่วยหาทิศทางที่พึงประสงค์และให้การวางแผนการดูแล คำแนะนำการปฏิบัติตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข การประเมินคุณภาพชีวิตมีหลากหลายมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย ผู้วิจัยเลือกใช้ AQOL-8D ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมรวมทั้งการประเมินเศรษฐศาสตร์สุขภาพได้ เครื่องมือมีความเชื่อมั่น (0.65-0.84) และมีอำนาจในการทำนายในระดับสูง ($\beta = 1.70, 1.83$) ในการศึกษาในต่างประเทศ (Richardson et al., 2014) แต่การศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบการใช้เครื่องมือนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำเครื่องมือนี้มาศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนเป็นประโยชน์ในการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในอนาคต

2.4 กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) และกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centred Nursing (PCN) framework) ของ McCormack และ McCance (2010)

การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีความซับซ้อนการดูแลหลังผ่าตัดเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจึงไม่ได้มีเพียงการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างเดียวเท่านั้นแต่ยังมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้นำกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) ร่วมกับกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centred Nursing (PCN) framework) ของ McCormack และ McCance (2010) มาอธิบายความซับซ้อนของธรรมชาติการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวโดยผ่านมุมมองของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลนั้นคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1998) ประกอบไปด้วยความสัมพันธ์ของโครงสร้าง ระบบการดูแล และผลลัพธ์ จากการศึกษาโดยการนำกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) มาใช้ในการพยาบาลทำให้สามารถอธิบายได้ว่าปัจจัยใดที่เพิ่มคุณภาพการพยาบาลและความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบของระบบทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย (Kobayashi, Takemura, & Kanda, 2011; Kunkel, Rosenqvist, & Westerling, 2007) กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) ไม่ได้เป็นการประเมินเพื่อบอกถึงคุณภาพว่าดีหรือมีประสิทธิภาพหรือไม่ แต่เป็นการช่วยอธิบายให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกันและสามารถนำมาใช้ผสมผสานกับกรอบแนวคิดอื่นเพื่อช่วยอธิบายถึงข้อมูลหรือสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงที่ต้องการศึกษาได้ (Donabedian, 2003) โดยมีความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) โครงสร้าง (Structure) หมายถึง องค์ประกอบต่างๆที่ประกอบเป็นระบบสุขภาพ มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพ สนับสนุนการทำงานของบุคลากร สนับสนุนผลลัพธ์และสนับสนุนให้เกิดคุณภาพในการดูแล มีองค์ประกอบโครงสร้างดังนี้

1. ทรัพยากรด้านบุคคล (Human resources) เป็นคุณสมบัติ คุณลักษณะ สมรรถนะด้านต่างๆของบุคคลในการดูแลสุขภาพ เช่น การศึกษา สมรรถภาพ ระดับความสามารถ หรือประสบการณ์ในการดูแล

2. ทรัพยากรสิ่งแวดล้อม (Material resources) เป็น วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วย

3. ลักษณะขององค์กร (Organizational characteristics) เป็นระบบงานต่างๆ เช่น ระบบการควบคุม กำกับคุณภาพงาน ระบบการนิเทศงาน ตลอดจนมาตรฐานการปฏิบัติงาน

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่โครงสร้างด้านบุคคลนั้นคือ ผู้ป่วย อันประกอบไปด้วยสมรรถนะด้านภาวะการทำงานที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ทั้งนี้ผู้ป่วยถือเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญมีบทบาทอย่างมากใน โครงสร้างการดูแล ที่จะเปลี่ยนแปลงปรับปรุงสุขภาพของตนเองเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ

2) กระบวนการ (process) หมายถึง กิจกรรมที่ก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การวินิจฉัย กระบวนการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ป้องกันโรค ตลอดจนการให้ความรู้คำแนะนำจากทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงกิจกรรมการดำเนินการของผู้ป่วยในการแสวงหาการดูแล กิจกรรมในการทำให้การวินิจฉัยโรคและการรักษาดำเนินต่อไป โดยรูปแบบของการบริการที่ให้แกผู้ป่วยนั้นประกอบด้วย 2 ส่วนประกอบหลักที่สำคัญ คือ

- ด้านเทคนิค (technical) รูปแบบการบริการ ศาสตร์ทางการแพทย์หรือนวัตกรรมการดูแลสุขภาพมีความสมดุลกันระหว่างผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะได้รับและต้องพิจารณาถึงระยะเวลา การวินิจฉัยโรคจริงที่ผู้ป่วยได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้นในทุกช่วงระยะเวลาที่ให้การดูแล

- ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal) หมายถึง รูปแบบทั้งหมดและกฎเกณฑ์ที่เป็นมาตรฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย โดยเฉพาะทางด้านจริยธรรมการดูแลและความต้องการของผู้ป่วย เช่น ความต้องการรับทราบข้อมูล การได้รับคำตอบในแต่ละคำถามที่ผู้ป่วยสงสัย รวมทั้งการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านการสร้างสัมพันธภาพนั้นเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากเป็นเทคนิคในการแสดงออกของบุคคล

การจะทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลนั้นกระบวนการ ระบบการจัดการมีความสำคัญ แต่ก็มีแนวโน้มที่หลากหลายขึ้นกับบริบทของหน่วยงาน (Donabedian, 1988) ดังนั้นกระบวนการจึงเป็นรูปแบบใดก็ได้ที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการดูแล การดูแลผู้ป่วยจึงไม่ใช่การดูแลตามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือการให้ข้อมูลสุขภาพเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ต้องมีการวางแผนพัฒนา กิจกรรมการดูแล ประเมินการตอบสนองและความเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยภายใต้การเคารพความเป็นตัวตน สิทธิและอำนาจในการตัดสินใจ การสร้างสัมพันธภาพและเข้าใจในบุคคล จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัยในการรักษา เกิดความพยายามในการพัฒนาตนเองตามที่ผู้ดูแลให้คำแนะนำ เกิดมุมมองที่ดีในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Mason, Mathias, & Skevington, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มุ่งเน้นการดูแลความเป็น

บุคคลและการติดต่อสื่อสารของทุกส่วนที่มีความสัมพันธ์ในการดูแลผู้ป่วย (McCormack & McCance, 2010) ผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดนี้มาใช้ในการอธิบายกระบวนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

กระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centred Nursing (PCN) framework) ของ McCormack และ McCance (2010) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีจิตวิทยา มนุษย์นิยมของ Roger (1980) และ Heron (1992) ซึ่งการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางไม่ใช่การดูแลตามความต้องการหรือการให้ข้อมูลสุขภาพเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่เป็นการทำความเข้าใจกับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม ความคาดหวังและประเด็นปัญหาของชีวิต การพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นระบบการดูแลที่สนับสนุนการจัดการตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการออกแบบการจัดการ ดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการดูแลที่ให้ความเคารพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย สร้างค่านิยมความเชื่อมั่นตามแนวทางการตัดสินใจเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้นกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางจึงเป็นมากกว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัย แต่เป็นการดูแลแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ ความเสี่ยงที่ถูกต้องครบถ้วนเพื่อให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เกิดแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดย McCormack และ McCance (2010) ได้ให้ความหมายของคำนิยามในกรอบแนวคิดไว้ เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน คือ

บุคคล (Person) เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับทั้งหมดที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยซึ่งครอบคลุมผู้รับบริการ ครอบครัว ผู้ดูแล พยาบาลและสมาชิกอื่นๆ รวมถึงทีมสาขาวิชาชีพ

ผู้ป่วย (Patient) เป็นคำที่ใช้เพื่อความสะดวกในการอ่านแต่ก็หมายถึง ผู้ป่วย ผู้รับบริการ ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย

กระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centred Nursing (PCN) framework) ประกอบด้วย 4 โครงสร้างหลัก ดังนี้ (McCormack & McCance, 2010; McCormack & McCance, 2006)

ข้อกำหนดเบื้องต้น (Prerequisites) เป็นโครงสร้างซึ่งมุ่งเน้นคุณลักษณะของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต้องประกอบไปด้วย การเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ (Professionally competent) มีทักษะในการตัดสินใจ การจัดลำดับความสำคัญของการดูแล มีความสามารถในการผสมผสานลักษณะทางกายภาพกับเทคนิคการดูแล; การพัฒนาด้านมนุษยสัมพันธ์ (Developed Interpersonal Skills) มีการสื่อสารระหว่างบุคคลทั้งภาษาพูด ภาษากาย เป็นผู้ฟังที่ดีและสามารถถ่ายทอดเรื่องราวสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ; มีความมุ่งมั่นกับงาน (Being Committed to the Job) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะสะท้อนความรู้สึกรับรู้ความต้องการที่จะให้การดูแลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยของพยาบาลทำให้เกิดการรับรู้

การดูแลโดยเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง; มีความชัดเจนในด้านความเชื่อ ค่านิยมที่ถูกต้องในการให้การดูแล (Clarity of Beliefs and Values); การรู้จักตนเอง (Knowing Self) พยาบาลต้องมีความเข้าใจความเป็นบุคคลของตนเองก่อนจึงจะมีความเข้าใจและให้การดูแลผู้อื่นได้

สภาพแวดล้อมการดูแล (Care environment) เป็น โครงสร้างที่มุ่งเน้นบริบทที่ส่งผลต่อการดูแลโดยเป็นการผสมผสานทักษะการดูแลที่เหมาะสมของพยาบาล (Appropriate Skill mix) เป็นการผสมผสานทักษะทางการดูแลของทีมสุขภาพในระดับต่างๆ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ; ระบบการตัดสินใจในการดูแลร่วมกัน (Share Decision-Making Systems) ทั้งในทีมสุขภาพเองหรือระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม มีความร่วมมือตลอดจนการตัดสินใจร่วมกันในการดูแลสุขภาพ; สัมพันธภาพระหว่างทีมผู้ดูแล (Effective staff relationship) สนับสนุนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานส่งผลให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมผู้ดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ; ระบบขององค์กรที่มีการสนับสนุนร่วมกัน (Supportive Organizational Systems); การกระจายอำนาจ (Power sharing) ใช้พลังงานในการสร้างสรรค์นวัตกรรม การจัดการความเสี่ยง (Potential for Innovation and Risk taking) และสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อการดูแล (The Physical Environment) เกิดสภาพแวดล้อมที่ดี สะอาดเป็นระเบียบ บรรยากาศที่เป็นธรรมชาติจะส่งเสริมให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กระบวนการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centred processes) เป็นกระบวนการการดูแลที่เน้นความเป็นบุคคล ประกอบด้วย การดูแลแต่ละช่วงของกิจกรรมร่วมกับ ค่านิยมและความเชื่อของผู้ป่วย (Working with Patient's Beliefs and Values) นั่นคือการที่พยาบาลรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง รับรู้ถึงความสำคัญของการดูแล เห็นคุณค่าความเป็นบุคคลจะทำให้เข้าใจในการกระทำและเข้าใจในผู้ป่วยมากขึ้น; การให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Shared Decision Making) ในข้อมูลการดูแลรักษาที่ได้รับ เปิดโอกาสในการตัดสินใจในการรักษา และการวางแผนการปฏิบัติการดูแล; ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย (Engagement) เป็นความร่วมมือต่อสุขภาพของพยาบาลและผู้ป่วยในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งระดับความรับผิดชอบสูงสุดเมื่อผู้ป่วยและพยาบาลมีการเชื่อมต่อความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพร่วมกัน; ความเห็นอกเห็นใจเข้าใจผู้ป่วย (Having sympathetic presence) ขึ้นกับการรับรู้ของพยาบาลและความเชื่อ ค่านิยมของผู้ป่วย; การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Providing Holistic Care) เป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ

ผลลัพธ์ของการดูแล (Person-centred Outcomes) เป็นผลของการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ความพึงพอใจในการดูแล (Satisfaction with care)

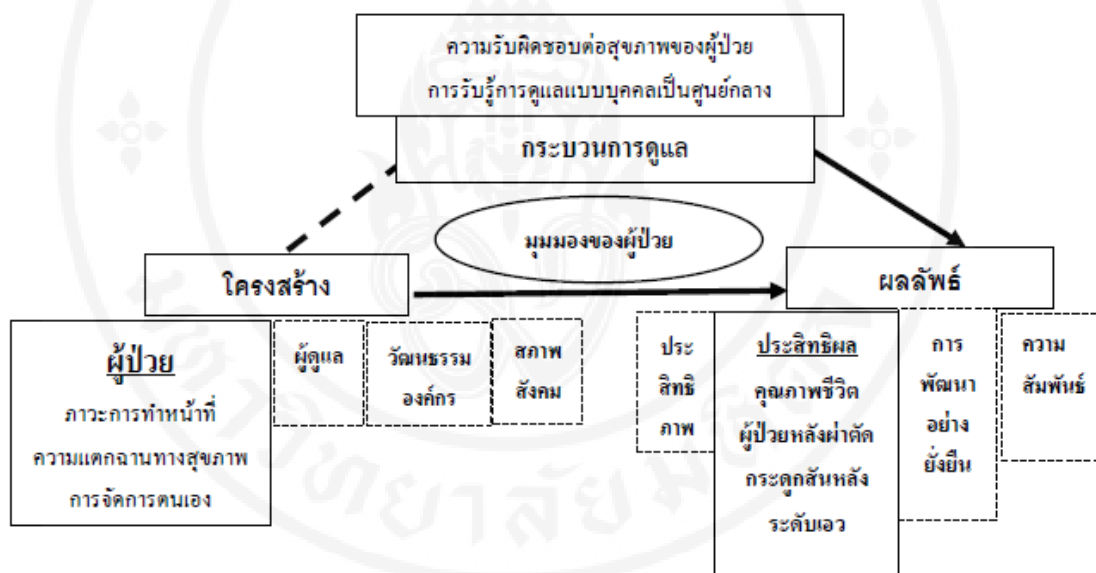
ความรู้สึกมีส่วนร่วมในการดูแล (Feeling involved in care) การสร้างวัฒนธรรมในการดูแล (Creating a therapeutic culture) ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Feeling of well-being)

3. ผลลัพธ์ (Outcome) ของ Donabedian (1988) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับบุคคลหรือกลุ่มประชากรหลังการได้รับการดูแลอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ พฤติกรรม ระดับความรู้ ความเชื่อต่างๆและความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยและญาติซึ่งผลลัพธ์ที่ดีต้องตอบวัตถุประสงค์ของการดูแลและสื่อถึงคุณภาพได้ คุณภาพชีวิตถือเป็นประสิทธิผลที่เกิดขึ้นจากการดูแล เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการจัดการระบบในด้านต่างๆที่เกิดขึ้น

จากกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1998) จะเห็นว่าทั้ง 3 องค์ประกอบคือ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กันประกอบเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่ข้อสรุปว่าคุณภาพนั้นดีหรือไม่ ซึ่งผลลัพธ์จะเป็นไปได้เมื่อมีความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการและโครงสร้าง การมีโครงสร้างที่ดีจะเพิ่มโอกาสของการเกิดกระบวนการดูแลที่ดี และกระบวนการการดูแลที่ดีก็จะเพิ่มโอกาสของการเกิดผลลัพธ์ที่ดีเช่นกัน ทั้ง 3 องค์ประกอบจึงมีความสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นในการสร้างความสัมพันธ์ดังกล่าวการพิจารณาทิศทางความสัมพันธ์ของกรอบแนวคิดจึงขึ้นกับเป้าหมายที่ต้องการศึกษาเป็นสำคัญ

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับตัวบุคคลซึ่งเป็นระบบเปิด มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Roy, 1984) การประเมินคุณภาพการดูแลจึงเลือกประเมินประสิทธิผลนั่นคือ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) และกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ McCormack และ McCance (2010) ในการอธิบายความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อมองตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) ในมุมมองของผู้ป่วยด้านโครงสร้างของการดูแลผู้วิจัยเลือกศึกษาโครงสร้างของผู้ป่วยซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะบุคคลที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ อันประกอบไปด้วยภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูล คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ มีความเข้าใจที่แตกฉานทางสุขภาพสามารถที่จะนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลตนเอง จะทำให้เกิดการจัดการตนเอง มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องหลังการผ่าตัดส่งผลให้หลังการผ่าตัดมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านโครงสร้างข้างต้นมาอธิบายความสัมพันธ์นี้ ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีความเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยจึงเลือกกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ McCormack และ McCance (2010) เพราะเป็นการดูแลที่เน้นความเป็นบุคคล เคารพความเป็นตัวตน สิทธิและอำนาจ

ในการตัดสินใจ การสร้างสัมพันธภาพและเข้าใจในตัวตนของผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในมุมมองของผู้ป่วยโดยเป็นการศึกษาเกี่ยวกับเทคนิคและรูปแบบของการให้บริการ ผู้วิจัยเลือกศึกษาถึงปัจจัยการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยการรับรู้การดูแลจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในกระบวนการดูแลและประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยประเมินจากความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเพราะเมื่อผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมมีรับผิดชอบต่อในการดูแลสุขภาพของตนเองในฐานะของเจ้าของสุขภาพก็จะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการดูแลนั่นคือ คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะการติดตามหลังผ่าตัด 3-6 เดือน โดยสรุปเป็นแนวคิดของกรอบวิจัย ดังแสดงในรูปภาพที่ 2.1



รูปภาพที่ 2.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) ร่วมกับกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centred Nursing (PCN) framework) ของ McCormack และ McCance (2010)

2.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพในระยะยาว การจะทำให้เกิดการดูแลที่ดีนั้นประกอบไปด้วยความสัมพันธ์ของ โครงสร้าง ระบบการดูแล และผลลัพธ์ (Donabedian, 1988) ดังนั้นเมื่อพิจารณาในมุมมองของผู้ป่วยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดังนี้

ปัจจัยโครงสร้าง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลซึ่งเป็นระบบเปิดมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีปัจจัยต่างๆที่เข้ามามีผลต่อโครงสร้างแบ่งเป็น

ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานของบุคคลที่มีความแตกต่างกันและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม ภาวะโรคร่วม จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวส่วนใหญ่มีอายุ 18 ถึง 89 ปี ขึ้นไป (Mancuso, Stal, Duculan, & Girardi, 2014; Yoshihara & Yoneoka, 2015) ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังลดลงทำให้การทำงาน ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่เต็มความสามารถ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงตามมา (Imagama et al., 2011; Suri, Rainville, Kalichman, & Katz, 2010) ปัจจัยด้านเพศ การศึกษาพบว่าอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง มักเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ($p < 0.001$) (Ono et al., 2012) โดยเฉพาะในกลุ่มที่หมดประจำเดือนทำให้เกิดภาวะกระดูกเสื่อมมากกว่า (DePalma, Ketchum, & Saullo, 2011; Gammage, Gasparotto, Mack, & Klentrou, 2012) แต่หลังการผ่าตัด คุณภาพชีวิตผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและชายจะดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศหญิงและชายพบว่าความสามารถในการทำกิจกรรม คุณภาพชีวิตโดยรวมผู้ป่วยเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (Häkkinen, Kautiainen, Järvenpää, Arkela-Kautiainen, & Ylinen, 2007; Strömquist, Ahmad, Hildingsson, Jönsson, & Strömquist, 2008) ในด้านอาการปวดขาและระดับความบกพร่องในการทำหน้าที่หลังผ่าตัดไม่แตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชายแต่ก็พบว่าหลังผ่าตัดเพศหญิงมีรายงานการรับประทานยาแก้ปวดในอัตราที่สูงขึ้นมากกว่าเพศชาย (Strömquist et al., 2008) การมีภาวะโรคร่วม พบว่าในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังก่อนผ่าตัด เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หอบหืด หรือมีการอักเสบของข้อ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป ความสามารถในการทำกิจกรรมหลังการผ่าตัดลดลง การฟื้นฟูสภาพช้าลง เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา (Battié, Jones, Schopflocher, & Hu, 2012; Whitmore et al., 2012) ด้านดัชนีมวลกายในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง มีหลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายสูง คือ $> 30 \text{ kg/m}^2$ มักจะมีคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายปกติทั้งระยะก่อนผ่าตัดและหลังการผ่าตัด เนื่องจากกระดูกสันหลังและกล้ามเนื้อต้องรับน้ำหนักที่มากทำให้เกิดการกดทับหรือการเสื่อมของกระดูกสันหลังเร็วขึ้น (Meredith, Huang, Nguyen, & Lyman, 2010; Taylor, Forhan, Vigod,

McIntyre, & Morrison, 2013; Yadla et al., 2010) ในด้านการศึกษา ฐานะทางสังคม พบว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ฐานะและสภาพสังคมไม่ดี จะพบอาการปวดหลังเรื้อรังและอาการรุนแรงมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงและสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมดีกว่า (Rubin, 2007) ด้านภาวะจิตสังคมพบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดได้โดยผู้ที่มีการภาวะซึมเศร้าสูงจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยทั่วไป ($\beta = -0.8915, p < 0.001$) (Miller et al., 2015)

ปัจจัยโครงสร้างส่วนบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาชีพใช้แรงงานหนักใช้เครื่องจักรที่มีการสั่นสะเทือนอย่างมากเป็นเวลานานๆ ทำการทำงานที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เสี่ยงต่ออาการปวดหลังซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Lis, Black, Korn, & Nordin, 2007) ด้านพฤติกรรมพบว่ากลุ่มที่มีประวัติการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดสูง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยลดลง การฟื้นตัวหลังการผ่าตัดล่าช้าและสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดที่ลดลง (Mendenhall et al., 2014; Soriano et al., 2010; Stienen, Smoll, Hildebrandt, Schaller, & Gautschi, 2014; Strömquist, Strömquist, Jönsson, & Karlsson, 2015) และปัจจัยด้านสมรรถนะของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ สมรรถนะร่างกาย ความแตกฉานทางสุขภาพและการจัดการตนเอง

2.5.1 ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status)

เป็นความสามารถของแต่ละบุคคลในการดำเนินกิจกรรมประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและรักษาสุขภาพให้มีภาวะความเป็นอยู่ที่ดี (Leidy & Nancy kline, 1994; Wilson & Cleary, 1995) ภาวะการทำหน้าที่ที่มีหลายมิติทั้งการทำงานทางกายภาพ (physical functioning), การทำงานทางสังคม (social functioning), การทำงานทางอารมณ์ (emotional functioning), การทำงานด้านบทบาท (role functioning) (Wilson & Cleary, 1995) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำกิจกรรม เช่น การเปลี่ยนท่าทาง การยืน การนั่ง การเดิน การทำความสะอาดร่างกาย การเข้าสังคม การเดินทาง การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ การทำงานของระบบปัสสาวะเป็นต้น เป็นภาวะที่ร่างกายสามารถฟื้นฟูสภาพมาสู่ภาวะปกติได้ (Fritz & Irrgang, 2001) ในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังผู้ป่วยมักจะมีสภาวะไร้สมรรถภาพหรือการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ฉะนั้นการผ่าตัดจึงเป็นการรักษาวิธีหนึ่งที่จะพัฒนาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยได้ (Berit Bentsen, Wahl, Hanestad, & Inger Strand, 2009)

ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ที่มีการศึกษาที่แพร่หลาย เช่น การศึกษาของ Pekkanen และคณะ (2013) ได้ศึกษาภาวะการทำหน้าที่กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลัง (Spinal fusion) จำนวน 256 รายเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไปโดยใช้แบบประเมิน Oswestry

Disability Index (ODI) กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Degenerative spondylolisthesis, Spondylolysis, Spinal stenosis, Disc herniation หรือ Degeneration, Degenerative scoliosis ในระยะก่อนการผ่าตัด ระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด 3, 12 เดือน การศึกษาพบว่าก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยแต่ในการติดตามหลังผ่าตัด 3, 12 เดือน พบว่าภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่เมื่อเปรียบเทียบระดับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่ผ่าตัดกับประชากรทั่วไปพบว่ามีคะแนนน้อยกว่าและในด้านผลรวมคุณภาพชีวิตพบว่า หลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีผลรวมคุณภาพชีวิตดีขึ้น อันเนื่องมาจากภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อาการปวดลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Saban และคณะ (2007) ในผู้ป่วย 57 ราย กลุ่มตัวอย่างมีภาวะกระดูกสันหลังคดแบบร้อยละ 17, หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนร้อยละ 70 ได้รับการผ่าตัดที่หลากหลาย คือ lumbar fusion ร้อยละ 22.8, lumbar microdiscectomy ร้อยละ 59.7, lumbar laminectomy ร้อยละ 17.5 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลาย ในการติดตาม 3 เดือนหลังการผ่าตัดพบว่า ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นกว่าก่อนการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากการศึกษาแสดงให้เห็นการผ่าตัดทำให้สมรรถภาพผู้ป่วยดีขึ้นในทุกวิธีการ ในประเทศไทยมีการนำเครื่องมือ Oswestry Disability Index (ODI) มาใช้ในการศึกษาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยพบว่าหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (สุภาวดี อ่อนมี, 2556; อินทิรา รูปสว่าง และคณะ, 2552)

การศึกษาของ Boskovic และคณะ (2010) ศึกษาคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดรักษาภาวะรากประสาทไขสันหลังถูกกดทับ (Lumbar radiculopathy) โดยเป็นการผ่าตัดแผลเล็ก (Lumbar micro discectomy) ในการติดตามการรักษาในระยะหลังการผ่าตัดทันทีขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะหลังการผ่าตัด 3 เดือน 6 เดือน และ 4 ปี โดยใช้แบบประเมิน The low back pain specific questionnaire (NASS LBP – the North American Spine Society Low Back Pain Outcome Instrument) ในการประเมินความปวดและสมรรถนะร่างกายของผู้ป่วย, SF-36 ประเมินคุณภาพชีวิต การศึกษาพบว่าในระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะมีระดับคะแนนความเจ็บปวดอยู่ในระดับสูง ภาวะการทำหน้าที่ในระดับต่ำทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะนี้ต่ำกว่าระยะหลังผ่าตัด 3, 6 เดือนและ 4 ปี และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะดีขึ้นในระยะ 3 เดือนถึง 6 เดือน ($p < 0.001$) แต่เมื่อวัดผลในระยะ 4 ปีกลับพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันกับระยะติดตาม 6 เดือนในขณะที่การศึกษาคูณภาพชีวิตระยะยาวตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ถึง 7 ปี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวพบว่าหลังผ่าตัดอาการปวดและความบกพร่องในการทำหน้าที่ของหลังของผู้ป่วยจะลดลง ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น (Helenius, Remes, Lamberg, Schlenzka, & Poussa, 2008; Jansson, Németh, Granath, Jönsson, &

Blomqvist, 2009; Silverplats et al., 2011) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ulrich และคณะ (2015) ที่ศึกษาผลและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลดการบีบอัดของกระดูกสันหลังในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีกระดูกสันหลังเสื่อม ในการติดตามหลังการผ่าตัด 6,12 เดือน โดยใช้แบบประเมิน EQ-5D-3L วัดคุณภาพชีวิตและใช้ RMDQ วัดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของหลัง ผลการศึกษาพบว่าหลังการผ่าตัด 6, 12 เดือน คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัด ($p < 0.001$) ในขณะที่ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของหลังลดลงในการติดตาม 6, 12 เดือน ($p < 0.001$) เช่นกันแต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิต 6 และ 12 เดือนพบว่าระดับคะแนนอยู่ในระดับต่างกันไม่มากนัก นั่นหมายความว่าภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจะค่อยๆเพิ่มขึ้นตามการฟื้นฟูสภาพ เป็นไปตามระยะเวลาทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นด้วย แต่เมื่อผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้เต็มที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะมีค่าคะแนนไม่แตกต่างกัน

การศึกษาภาวะการทำหน้าที่ในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกสันหลังตีบแคบจากการเสื่อมสภาพที่ได้รับการผ่าตัด Laminectomy, laminectomy with discectomy, laminectomy, discectomy with instrumental stabilization, laminectomy, discectomy with posterior interbody fusion ในการติดตามระยะหลังผ่าตัด 3 เดือน, 6 เดือนและ 1 ปี โดยใช้แบบประเมิน Japanese Orthopedic Association (JOA score) ในการประเมินภาวะการทำหน้าที่ กลุ่มตัวอย่าง 32 คน พบว่าหลังการผ่าตัดระยะ 3 เดือน ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายระดับดีเยี่ยม, ระดับดีและระดับพอใช้ เท่ากับร้อยละ 18.75, 62.5, 18.75 ตามลำดับ ในระยะการติดตาม 6 เดือนพบว่าระดับภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับดีเยี่ยมร้อยละ 38.46, ร้อยละ 61.54 และการติดตาม 1 ปีหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ระดับดีเยี่ยมร้อยละ 64, ระดับดีร้อยละ 36 นั่นคือ หลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนผ่าตัด แต่เมื่อติดตามหลังการผ่าตัดมากกว่า 1 ปีพบว่า ระดับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไม่แตกต่างจากระยะการติดตาม 1 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าหลังผ่าตัด 3, 6 เดือน ระดับการรับรู้การสูญเสียทางระบบประสาทลดลงร้อยละ 95 และการสูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยลดลงร้อยละ 40 จากก่อนผ่าตัด จะเห็นว่าแบบประเมิน JOA score นอกจากจะประเมินสมรรถนะร่างกายแล้ว ยังสามารถประเมินระดับการรับรู้การสูญเสียทางระบบประสาทและการสูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อ การทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยซึ่งเป็นอาการทางคลินิกที่สำคัญในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอว (Nath, Middha, Gupta, & Nath, 2012) โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินปัสสาวะหลังการผ่าตัดโดยพบว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะปัสสาวะลำบาก การทำงานของระบบปัสสาวะผิดปกติพบได้ถึงร้อยละ 9.18 (Lee, Konodi, Cizik, Bransford, Bellabarba, & Chapman, 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Azimi, Mohammadi, และ Montazeri (2012) ศึกษาภาวะการทำหน้าที่และความปวดในผู้ป่วยหมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอวปลิ้นโดย

ใช้เครื่องมือ JOA score ประเมินผล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 คน ในระยะก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัด 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นและระดับความปวดลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการผ่าตัด ($p < 0.0001$) ในการประเมินภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระดูกสันหลังมีเครื่องมือประเมินที่หลากหลาย เป็นเครื่องมือประเมินสุขภาพที่มีเนื้อหาตรงประเด็นและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้ดี เครื่องมือประเมินที่นิยมใช้มีดังนี้

แบบประเมิน Oswestry Disability Index (ODI) พัฒนาโดย Fairbank และ Pynsent (2000) เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการปวดหลังและการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 ข้อใช้เวลาตอบประมาณ 5 นาที ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความเชื่อมั่น โดย Sae-jung Surachai (2002) โดยประเมินความสอดคล้องภายในพบว่าค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.81-0.94 แบ่งภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายออกเป็น 5 ระดับ คือ 1) มีความไร้สมรรถภาพเล็กน้อย (minimal disability) 2) มีความไร้สมรรถภาพปานกลาง (moderate disability) 3) มีความไร้สมรรถภาพรุนแรง (severe disability) 4) พิการ (cripple) 5) ผู้ป่วยที่นอนบนเตียงตลอดเวลา (bed bound)

แบบประเมิน Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง คำถามเกี่ยวกับอาการปวดและการทำงานของร่างกาย 24 ข้อ (Roland Martin & Richard, 1983) ใช้เวลาประมาณ 5 นาที ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความเชื่อมั่น โดยประเมินความสอดคล้องภายในพบว่าค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.71-0.93 (Jirattanaphochai, Jung, Sumananont, & Saengnipanthkul, 2005)

แบบประเมิน Japanese Orthopedic Association (JOA) score พัฒนาโดย Japanese Orthopedic Association ในปี ค.ศ. 1996 เพื่อใช้ประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (Orthopedic Association, 1996 cited in Osawa, Ogura, Hayashida, Mori, & Hase, 2003) ซึ่งเป็นแบบประเมินพยาธิสภาพของกระดูกไขสันหลัง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ อาการแสดง อาการทางคลินิก ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการทำงานของระบบปัสสาวะ เครื่องมือนี้มีความน่าเชื่อถือและมีความตรงอยู่ในระดับสูง (Cronbach's alpha coefficients = 0.81) (Azimi, Mohammadi, & Montazeri, 2012) จากการศึกษาของ Fujiwara และคณะ (2003) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบเครื่องมือวัดสมรรถนะร่างกายในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 20 รายโดยมีแบบประเมิน JOA score, ODI, RMDQ ผลการศึกษาพบว่า ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่า Cronbach's alpha ของ ODI เท่ากับ 0.83 และค่าความเที่ยงของ RMDQ เท่ากับ 0.86 เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของเครื่องมือพบว่าแบบประเมิน JOA score, ODI, RMDQ มีความสัมพันธ์กัน

ด้านเนื้อหาในระดับสูง ($r = 0.785$; $p < 0.01$) แต่แบบประเมิน JOA score เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยเป็นคนรายงานและประเมินลักษณะทางกายของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Cong, Gong, Zhang, Sun, Liu, Li, Jia, (2010) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวโดยใช้ JOA score ประเมินภาวะการทำงานที่พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะการทำงานที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะด้านการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยมีการทำงานดีขึ้นมากกว่าก่อนผ่าตัด ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีการประเมินที่ครอบคลุมในทุกมิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะยังมีปัญหาด้านการฟื้นตัวอยู่ในบางรายอาจใช้เวลายาวนานที่ภาวะการทำงานที่ของร่างกายจะกลับสู่ภาวะปกติโดยไม่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ซึ่งการฟื้นตัวช้าก็ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบประเมิน JOA score ในการวัดภาวะการทำงานที่ร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เนื่องจากแบบประเมินมีความครอบคลุมสามารถวัดการทำงานของร่างกายและอาการปวดของผู้ป่วย รวมทั้งวัดอาการทางคลินิกได้เป็นอย่างดี ข้อคำถามสั้น ใช้ระยะเวลาสั้นและพยาบาลมีบทบาทอย่างอิสระในการประเมินผู้ป่วย

2.5.2 ความแตกฉานทางสุขภาพ

เป็นองค์ประกอบสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ความแตกฉานทางสุขภาพเป็นความสามารถในการอ่านเข้าใจ และปฏิบัติตามข้อมูล ทำให้เกิดการตัดสินใจ ทักษะในการดูแลสุขภาพ (Institute of Medicine of the National Academies, 2004) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลมีทักษะต่างๆทางการรับรู้และทักษะทางสังคมเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้นสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพได้ (World Health Organization, 2009) เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่จำเป็นสำหรับประชาชนและชุมชนในการเข้าถึง เข้าใจประเมิน ใช้ข้อมูลและการบริการที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Rowlands, Shaw, Jaswal, Smith, & Harpham, 2015) ความแตกฉานทางสุขภาพ จึงไม่ใช่เพียงการอ่านแผ่นพับ การอ่านฉลากยา ใบนัดแต่เป็นการพัฒนาความรู้ข้อมูลสุขภาพมาเพื่อเพิ่มศักยภาพของบุคคล (Nutbeam, 2000) โดยแบ่งระดับของความแตกฉานทางสุขภาพได้ 3 ระดับ ดังนี้ (Nutbeam, 2000)

ระดับที่ 1 ความแตกฉานทางสุขภาพระดับพื้นฐาน/การทำงานที่ (Basic/Functional Literacy) เป็นทักษะพื้นฐานในด้านการอ่าน การเขียน ที่นำไปใช้ในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน เป็นการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับข้อเท็จจริงเพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการ

เลือกรับบริการ เป็นความแตกต่างทางสุขภาพแบบเก่าโดยผลของกิจกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อบุคคล โดยมีรูปแบบการให้ข้อมูล เช่น การให้เอกสาร แผ่นพับเกี่ยวกับสุขภาพ การให้สุขศึกษาที่เน้นพฤติกรรมซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว

ระดับที่ 2 ความแตกต่างทางสุขภาพที่มีปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) เป็นความก้าวหน้าทางทักษะของบุคคล ทักษะการรู้คิด (Cognitive skill) ทักษะในการอ่านออกเขียนได้ (Literacy skill) ในการนำข้อมูลที่ได้รับมาพัฒนาความสามารถส่วนบุคคลในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพัฒนาทักษะทางสังคม

ระดับที่ 3 ความแตกต่างทางสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ (Critical health literacy) เป็นทักษะทางสติปัญญาและสังคมที่พัฒนาสูงขึ้น สามารถวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ให้การสนับสนุนสังคม สิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดประโยชน์ทั้งตัวบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, และ Crotty (2011) ศึกษาผลการมีความแตกต่างทางสุขภาพในระดับต่ำในกลุ่มประชากรทั่วไปกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าการมีความแตกต่างทางสุขภาพระดับต่ำจะมีผลต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพ เช่น การมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินบ่อยขึ้น การขาดการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและการได้รับวัคซีนและมีผลต่อการใช้จ่ายไม่ถูกต้องตามฉลากแนะนำ การมีความรู้ความเข้าใจในสุขภาพระดับที่ต่ำโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ กลุ่มผู้สูงอายุจะมีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ทางสุขภาพลดลงและการเข้าถึงการบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น โรคหัวใจ มะเร็งต่อมลูกหมาก พบว่าการมีความแตกต่างทางสุขภาพระดับต่ำ ผู้ป่วยจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นน้อยส่งผลต่อประสิทธิภาพและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองลดลง แต่ถ้าผู้ป่วยมีความแตกต่างทางสุขภาพระดับสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Briggs et al., 2010; Song et al., 2012; Welbie & Wittink, 2011; Wolf et al., 2010)

จากการศึกษาของ Wang, Kane, Xu, และ Meng (2015) ได้ทำการศึกษาความแตกต่างทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคเรื้อรังชาวจีน จำนวน 913 ราย อายุระหว่าง 23–57 ปี โดยใช้แบบสอบถาม Revised Chinese Adult Health Literacy Questionnaire (R-CAHLQ) ประเมินความแตกต่างทางสุขภาพโดยประเมินในด้านความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทักษะการนำเสนอข้อมูลสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ พบว่าระดับความแตกต่างทางสุขภาพสามารถทำนายผลกระทบของโรคเรื้อรังต่อคุณภาพชีวิตได้ โดยในกลุ่มที่มีความแตกต่างทางสุขภาพระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคเรื้อรังสูงกว่าผู้ที่มีความแตกต่างทาง

สุขภาพระดับสูง 1.3 เท่าและมีความชุกในการเกิดโรคเรื้อรังมากถึง 2.14-4.07 เท่า ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่มีคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพระดับสูงจะมีคะแนนความเจ็บปวด/ไม่สุขสบายลดลง 3.27 เท่าของกลุ่มที่มีความแตกฉานทางสุขภาพระดับต่ำ ($\beta = -3.27, p = 0.012$) ในกลุ่มที่มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพต่ำจะมีความชุกของการเกิดความปวดและความไม่สุขสบายสูง ($PR = 1.23; 95\% CI = 1.01, 1.50$) เช่นเดียวกับการศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 1,841 คนโดยใช้เครื่องมือ short form of the Test of Functional Health Literacy in Adults and the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine เป็นคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านคำแนะนำ การใช้ยา ความเข้าใจในคำแนะนำจากทีมสุขภาพของผู้ป่วยจำนวน 4 ข้อ พบว่าระดับความแตกฉานทางสุขภาพมีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต ($p < 0.0001$) โดยผู้ป่วยที่มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพสูงจะมีคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย การทำกิจกรรม อารมณ์ สังคม สูงกว่ากลุ่มที่มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) (Halverson et al., 2015) แต่ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะการดูแลตนเองกับความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง จำนวน 273 คนกลับพบว่าความแตกฉานทางสุขภาพไม่เพิ่มสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วย ($r = 0.09, p > 0.05$) ทั้งนี้ขึ้นกับความต้องการและความสามารถในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยด้วย (Camerini & Schulz, 2015) ในประเทศไทยการศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพยังพบค่อนข้างน้อย มีการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวางในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 367 คนโดยใช้แบบสอบถามการอ่าน (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM) พบว่าระดับความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในระดับเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 87.2 นั่นคือ ผู้ป่วยมีทักษะในการอ่านออกเขียนได้ เข้าใจคำศัพท์ คำแนะนำจากแพทย์ และพบว่าปัจจัยด้านอายุและการศึกษามีความสัมพันธ์กับความแตกฉานด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (บังอรศรี จินดาวงศ์, 2556) แต่การศึกษานี้เป็นการศึกษาทักษะด้านการอ่านเท่านั้นซึ่งไม่ครอบคลุมถึงการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพและการศึกษาของ อาณัติ วรรณศรี, จเร วิชาไทย, อนุชิต หิรัญกิตติ, บรรจง สร้อยคำ, และ แบบเทอร์แฮม (2558) เป็นการศึกษาโครงการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง 200 คนโดยใช้แบบสอบถามความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy questionnaire) ที่พัฒนาโดยจเร วิชาไทย และคณะ (2557) พบว่ามีความแตกฉานทางสุขภาพระดับดีด้านการใช้ยา (8.87 คะแนน) การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐาน (8.66 คะแนน) ด้านความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ (8.61 คะแนน) ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ (8.59 คะแนน) และด้านความสามารถในการเดินทางหรืออุปสรรค (8.57 คะแนน) ในด้านที่มีความรู้ความเข้าใจน้อยที่สุดคือ ด้านการใช้

สมุนไพรและอาหารเสริม (7.44 คะแนน) ด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (7.63 คะแนน) ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (7.63 คะแนน) ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (7.66 คะแนน) แสดงว่าผู้ที่มีความแตกฉานทางสุขภาพระดับสูงจะมีความรู้ ทักษะ ความมั่นใจส่วนบุคคลที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี

ในการประเมินความแตกฉานทางสุขภาพมีเครื่องมือที่ใช้หลากหลาย เช่น Revised Chinese Adult Health Literacy Questionnaire (R-CAHLQ), The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM (Davis et al., 1991), Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995), Newest Vital Sign (NVS) (Weiss et al., 2005) เป็นต้น แต่เมื่อมองในเนื้อหาของคำถามพบว่า เครื่องมือส่วนใหญ่เป็นการประเมินด้านการสื่อสาร การอ่านออก เขียนได้ การรับรู้คำแนะนำ (Murphy, Davis, Long, Jackson, & Decker, 1993) แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้เกิดทักษะทางความคิดและสังคม อันเป็นส่วนที่สำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ส่วนเครื่องมือที่สามารถประเมินความแตกฉานทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณที่นิยมใช้คือ Health Literacy Questionnaire (HLQ) (Osborne, Batterham, Elsworth, Hawkins, & Buchbinder, 2013) ในประเทศไทยมีเครื่องมือประเมินความแตกฉานทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณคือ แบบสอบถามความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy questionnaire) ที่พัฒนาโดยจร วิชาไทยและคณะ (2556) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) อยู่ในระดับสูง (0.76-0.9)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นว่าแม่แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพจะให้ความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตน การดูแลตนเองหลังผ่าตัด การเตรียมตัวเมื่อกลับบ้านในทุกช่วงเวลาที่ได้รับรักษาแล้วก็ตาม แต่ถ้าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในภาวะสุขภาพของตนเอง ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ขาดการนำความรู้ที่ได้ไปใช้อย่างมีวิจารณ์ญาณก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมาได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ ที่พัฒนาโดยจร วิชาไทยและคณะ (2556) มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เนื่องจากแบบสอบถามมีความครอบคลุมระดับวิจารณ์ญาณทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการเข้าถึง การใช้ข้อมูลสุขภาพ และทักษะทางสังคม

2.5.3 การจัดการตนเอง

การจัดการตนเองเป็นการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตและมีความพึงพอใจในการเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการภายใต้การดูแล

และความร่วมมือของทีมสุขภาพ เกิดการปรับตัวเข้ากับมุมมองใหม่ๆ และทักษะต่างที่สามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมสุขภาพใหม่และเพื่อรักษาหรือฟื้นฟูอารมณ์ให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพ (Lorig, 1993; Lorig & Holman, 2003) การควบคุมภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโดยการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลและการประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติและประเมินผลการจัดการตนเองในการควบคุมโรคของตนเอง (Creer, 2000) เป็นการตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลจัดการสุขภาพของตนเอง (Silva, 2014) การแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในด้านความรู้ของผู้ป่วย ทักษะ ความสามารถ และความตั้งใจในการจัดการและการดูแลภาวะสุขภาพของตนเองรวมถึงการเข้าไปมีส่วนร่วมกับกระบวนการการดูแลรักษาและจัดการกับภาวะเจ็บป่วยของตนเองตามความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วย (Hibbard & Greene, 2013; Hibbard, Mahoney, Stock, & Tusler, 2007)

การจัดการตนเองจึงเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้ประสบผลสำเร็จ ผู้ป่วยสามารถที่จะจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีสมรรถนะแห่งตนดีขึ้น เกิดภาวะสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดัน พบว่าหากผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพของตนเองมีการจัดการตนเองที่ดี จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Bishop, Foster, Thomas, & Hay, 2008; Hibbard et al., 2007; Shneerson, Taskila, Greenfield, & Gale, 2015) จากการศึกษาการได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย การจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า สะโพกหรือปวดหลังเรื้อรัง เป็นการศึกษาทดลองโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 352 ราย เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายและการจัดการตนเองเป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Walsh et al., 2013) และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญปัญหา การจัดการความปวด ผลการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยดีขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น 0.8 เท่าและคะแนนคุณภาพชีวิตทางกายภาพเพิ่มขึ้น 1.3 เท่า การที่ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 59 ($R^2 = 0.59$, $p < 0.001$) (van Hooff et al., 2010) เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Oliveira และคณะ (2012) ในการศึกษาผลของการจัดการตนเองในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยได้รับการจัดกระทำตามแนวทางการจัดการตนเอง 6 ด้านคือ ความรู้และการจัดการทางเลือก ความรับผิดชอบร่วมกันในแผนการดูแลรักษา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสอบตนเองและการจัดการอาการ การ

บริหารจัดการผลกระทบต่องานทางกายภาพและความสัมพันธ์ทางอารมณ์ ความเชื่อมั่นในการบริการ พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการจัดการตนเองในการติดตามระยะสั้นจะมีคะแนนความปวดลดลง 3.2 เท่า (95% CI-5.1, -1.1) และในการติดตามระยะยาวคะแนนความปวดลดลง 5.7 เท่า (95% CI-8.2, -3.3) คะแนนความบกพร่องในการทำหน้าที่ลดลงในการติดตามระยะสั้น 3.0 เท่า (95% CI-5.2, -0.8) และระยะยาว 4.7 เท่า (95% CI-7.5, -1.9) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการนั้นแสดงว่าหากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีแล้วจะทำให้ระดับความปวดและความบกพร่องในการทำหน้าที่ของหลังลดลงทั้งนี้ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามมา

การศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้ ($\beta = 0.317$) (บุญเรียง พิศมัย, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ, และ สุภาพ เอื้ออารี, 2555) การศึกษาของสุวรรณิ ชอบการ ไร่, วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวิชัย, อรพรรณ โตสิงห์, และ ธนศ วรรณอภิสิทธิ์ (2556) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคกระดูกหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในการตรวจติดตามระยะ 3 ถึง 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 86 รายโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างเอง ผลการศึกษาพบว่า หลังการผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองระดับมากถึงร้อยละ 97.70 และผู้ป่วยที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีเพิ่มขึ้นร้อยละ 31 ($\beta = 0.31, t = 2.24, p < 0.05$) นั้นหมายความว่าหากผู้ป่วยรับรู้ถึงความสำคัญของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ย่อมทำให้เกิดความเข้มแข็งในการกระทำสิ่งต่างๆ เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีมีการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงทดลองในการให้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง การตรวจสอบพฤติกรรมจัดการตนเอง ทำให้เครื่องมือที่ใช้ประเมินการจัดการตนเองเป็นการวัดเฉพาะโรค เช่น แบบประเมิน The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ) ใช้วัดการจัดการตนเองใน

ปรับปรุงสุขภาพของคนและดำรงไว้ซึ่งการจัดการนั้นแม้อยู่ภายใต้สถานการณ์ความกดดัน (Hibbard, Stockard, Mahoney, & Tusler, 2004) การแสดงออกของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพของโรคเบาหวาน (Schmitt et al., 2013), แบบประเมิน coronary heart disease self-management scale (Ren, 2009) ใช้วัดการจัดการในโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น จะเห็นว่าเครื่องมือที่ใช้ประเมินการจัดการตนเองมีความหลากหลายเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มประชากร แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวยังไม่พบเครื่องมือที่มีความเฉพาะในการประเมินการจัดการตนเองที่เป็นมาตรฐาน

ในกระบวนการดูแลนอกจากการจัดการจากทีมสุขภาพแล้วสมรรถนะของผู้ป่วยก็เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เกิดการจัดการตนเองที่ดีโดยผู้ป่วยต้องเชื่อว่าบทบาทของตนเองมีความสำคัญ มีความเชื่อมั่นและความรู้ที่จำเป็นในการดำเนินการรักษาและตนเองด้านต่างๆจะทำให้สามารถคาดการณ์พฤติกรรมจัดการสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร พฤติกรรมจัดการอาการเฉพาะโรค การบริโภค เช่น ความเสี่ยงจากการใช้ยาตัวใหม่ได้ (Hibbard et al., 2007) โดยมีเครื่องมือที่ใช้วัดการแสดงออกของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพของตนเองได้แก่ Patient Activation Mediates (PAM) (Hibbard et al., 2004) เครื่องมือถูกพัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยทั้งด้าน ความรู้ ทักษะ ความเชื่อและพฤติกรรม ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ต้องมีการจัดการกับโรคเรื้อรังโดยมีองค์ประกอบจากสิ่งที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ การจัดการอาการ (self-management of symptoms) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรักษา (engagement in activities to maintain function) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพ (involvement in healthcare decisions) ความร่วมมือกับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (collaboration with healthcare providers) การให้ข้อมูลทางเลือกที่มีคุณภาพจากผู้ให้บริการ (informed choices of provider based on quality) การแนะนำระบบการดูแลสุขภาพ (navigation of the healthcare system) ข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ (Hibbard, Mahoney, Stockard, & Tusler, 2005) มีค่าความเชื่อมั่นซึ่งคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) อยู่ในระดับดี 0.8 (Rademakers, Nijman, van der Hoek, Heijmans, & Rijken, 2012) ทั้งนี้อาจแบ่งการแสดงออกของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพของตนเองได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Hibbard, Mahoney, Stockard, & Tusler, 2005; Hibbard et al., 2004)

ระดับที่ 1 เชื่อว่าบทบาทของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ (Believing the patient role is important) เป็นระดับที่ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าบทบาทในการดูแลสุขภาพเป็นของผู้ป่วย และแสดงออกในบทบาทนั้น

ระดับที่ 2 การมีความเชื่อมั่นและความรู้ที่จำเป็นในการดำเนินการ (Having the confidence and knowledge necessary to take action) เป็นระดับที่ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีความรู้ที่จำเป็นในการดูแลจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเอง เช่นมีความรู้เรื่องยา การเปลี่ยนแปลงของภาวะเจ็บป่วย การดำเนินโรคตลอดจนผู้ป่วยมีความมั่นใจในการพูดคุย ติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลให้คำแนะนำการจัดการสุขภาพ

ระดับที่ 3 การดำเนินการจริงในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง (Actually taking action to maintain and improve one's health) เป็นระดับที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงออกใน

การจัดการดูแลสุขภาพ มีความรู้ในการจัดการป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แต่ในระดับนี้ผู้ป่วยยังขาดทักษะและความมั่นใจในการปรับพฤติกรรม

ระดับที่ 4 การดำรงอยู่ภายใต้แรงกดดัน (Staying the course even under stress) เป็นระดับที่ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพภายใต้สถานการณ์ความกดดันที่เกิดขึ้นใหม่ได้ แต่ก็ไม่สามารถคงพฤติกรรมนั้นไว้ได้

จากการศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกของผู้ป่วยในการจัดการโรคต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยใช้ Patient Activation Measure (PAM) พบว่าการเพิ่มขึ้นของการแสดงออกในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการมีความรู้ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Lubetkin, Lu, & Gold, 2010) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พบว่าหากผู้ป่วยมีการแสดงออกต่อการดูแลสุขภาพของตนเองจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ($r = 0.455, p < 0.001$) (Mason et al., 2008) การจัดการภาวะสุขภาพของตนเองจึงเป็นความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี ในการปกป้องและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ตลอดจนการเฝ้าระวังตรวจสอบ จัดการกับอาการและสัญญาณของการเจ็บป่วยที่กระทบการทำงาน อารมณ์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและความยึดมั่นในระบบการรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเอง เป็นการดูแลที่ดำเนินการโดยบุคคลต่อสุขภาพของตัวเอง ประกอบด้วยภาระกระทำเพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี เพื่อตอบสนองความต้องการทางสังคม อารมณ์และจิตใจในการดูแลสุขภาพในระยะยาวและเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยต่อไป (Eikelenboom, van Lieshout, Wensing, Smeele, & Jacobs, 2013 ; Lorig & Holman, 2003) การศึกษายพบาทของแรงจูงใจในคุณภาพชีวิต กับการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่โรคชีวิตจากมะเร็ง จำนวน 107 คน โดยใช้ทฤษฎีความเข้มแข็งภายในจิตใจ (Theory of Inner Strength) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแรงผลักดันภายในจิตใจของผู้ป่วยมีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตระดับสูง ($t(105) = 8.2, p < 0.001$) และพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความแรงผลักดันภายในจิตใจระดับสูงจะ โดยมีคะแนนการแสดงออกในการจัดการตนเองสูงโดยใช้ Patient Activation Measure (PAM) ในการประเมินการจัดการตนเอง นั่นหมายความว่าแรงผลักดันภายในจิตใจของผู้ป่วยจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมแสดงออกถึงพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เกิดการจัดการตนเองที่ดี (Dingley & Roux, 2014)

ในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวโดยเป็นการศึกษาในด้านการแสดงออกในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีการแสดงออกในการจัดการตนเองในระดับที่สูงก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานของการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ (Hibbard et al., 2007) ผู้วิจัย

เลือกใช้แบบประเมินการแสดงออกของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพของตนเอง Patient Activation Measure (PAM) เนื่องจากข้อคำถามมีความครอบคลุมการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองของผู้ป่วย ประกอบกับข้อคำถามสั้น เข้าใจง่าย ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ (2559) นำไปศึกษาในผู้ป่วยภายหลังทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVD) เท่ากับ 0.92 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.78 และการศึกษาของ ชิมากรณ์ ชื่อดรง และคณะ (2559) นำไปใช้ในผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90

ปัจจัยด้านกระบวนการการดูแล

กระบวนการดูแลตามกรอบแนวคิด Donabedian (1988) เป็นรูปแบบการบริการทุกวิธีการขึ้นอยู่กับบริบทของหน่วยงาน รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ดูแล การทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลนั้นนอกจากการดูแลในระบบทั่วไปแล้ว ในปัจจุบันกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centred Nursing (PCN) framework) ของ McCormack และ McCance (2010) เป็นกระบวนการดูแลที่เหมาะสมแก่การนำมาประยุกต์ใช้ เพราะประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การคำนึงถึงตัวบุคคล การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นการเคารพและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาด้านระบบการดูแลภายใต้การดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางจะพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตดังนี้

2.5.4 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย

ปัจจุบันการเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมีความสำคัญมากขึ้นต่อการเกิดคุณภาพของการดูแล ทั้งนี้เชื่อว่ามิเพียงบุคลากรด้านสุขภาพเท่านั้นที่จะช่วยลดผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยหรือความพิการและช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ผู้ป่วยในฐานะเจ้าของสุขภาพถือเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องมีบทบาทในการเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เป็นการกระทำความร่วมมือกันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพ (Coulter, 2012) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย (Patient engagement) หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและบุคลากรด้านสุขภาพในการทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมต่อภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ และเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและส่วนรวม (Coulter, 2011) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย (Patient Engagement) เป็นบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพ เป็นกระบวนการในการ

เชื่อมโยง ความรู้ ประสบการณ์ หลากหลายมิติที่เกิดจากองค์ความรู้ด้านความคิด อารมณ์ การกระทำ ของบุคคลที่มีต่อการจัดการสุขภาพของตนเอง (Graffigna, Barello, Libreri, & Bosio, 2014) ซึ่ง ความรับผิดชอบจะรวมถึงความสามารถในการอ่าน สามารถเข้าใจและการนำข้อมูลด้านสุขภาพ ไปใช้ (Health literacy) มีการทำงานร่วมกันกับแพทย์เพื่อเลือกวิธีการรักษาหรือจัดการที่เหมาะสม (Decision-making) และการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการการดูแลสุขภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Quality improvement) (Coulter, 2012) คำนิยามของความรับผิดชอบของผู้ป่วยจึงเป็นการ เชื่อมโยง พฤติกรรม การกระทำ ทักษะคิด สัมพันธภาพของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของ ตนเอง ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญและเป็นจุดเริ่มต้นของผลลัพธ์ทางสุขภาพมากกว่าการแสดงออกของ บุคลากรในทีมสุขภาพหรือการสร้างนโยบายขององค์กรทางด้านสุขภาพ (Center for advance health, 2010)

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยตามกรอบ แนวคิดการดูแลแบบบุคคลเป็น ศูนย์กลางนั้นเป็นการเชื่อมโยงการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ในการเชื่อมโยง โครงสร้าง กระบวนการดูแลที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ ในกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็น ศูนย์กลางได้แบ่งระดับของความรับผิดชอบไว้ 3 ระดับ (McCormack & McCance, 2006) ดังนี้

1) ระดับความรับผิดชอบสูงสุด (Full engagement) เป็นระดับความรับผิดชอบที่ผู้ป่วย และพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ เชื่อมต่อความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เป็นระดับที่มีทั้ง การรับและให้การดูแลภายใต้การตัดสินใจร่วมกันโดยคำนึงถึง นโยบาย สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ร่วมด้วย

2) ระดับการขาดการมีความรับผิดชอบบางส่วน (Partial disengagement) ในบาง สถานการณ์พยาบาลและผู้ป่วยอาจขาดความร่วมมือ ขาดความเชื่อมโยงในการดูแลทำให้ ความสัมพันธ์ของพยาบาลและผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป

3) ระดับการขาดความรับผิดชอบทั้งหมด (Complete disengagement) เป็นระดับที่ พยาบาลมีการตัดสินใจในการดูแลทั้งหมดโดยที่ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยทำให้ขาดการเข้ามามี ส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ

ในปัจจุบันกระบวนการการดูแลสุขภาพให้ความสำคัญกับความร่วมรับผิดชอบต่อ สุขภาพของผู้ป่วยมากขึ้นเนื่องจากส่งผลดีต่อคุณภาพการดูแล จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับความ รับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ พบว่าผู้ป่วยที่มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองสูงจะมีภาวะซึมเศร้าลดลง ความสามารถในการ ทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Magnezi, Glasser, Shalev, Sheiber, & Reuveni, 2014) และการศึกษาการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในกระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

กระตุกสันหลังระดับเอวพบว่าการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดมุมมองที่ดี ($r = 0.75$) การมีความหวัง ($r = 0.73$) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = 0.65$) (Skolasky, Mackenzie, Riley, & Wegener, 2009) และการศึกษาเชิงทดลองทางคลินิก (Prospective clinical trial) ของ Skolasky, Maggard, Li, Riley Iii, และ Wegener (2015) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดในการติดตาม 3 เดือนและ 6 เดือน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาในการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพของผู้ป่วยและบุคลากรผู้ดูแล พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการจะมีความรับผิดชอบต่อการฟื้นฟูสภาพของตนเองดีกว่าและส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมและคะแนนคุณภาพชีวิตในระยะติดตาม 3 เดือนและ 6 เดือนดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หมายความว่าหากผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองจะนำไปสู่การปฏิบัติการจัดการสุขภาพทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนสามารถลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้ (Greene, Hibbard, Sacks, Overton, & Parrotta, 2015)

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ Barello และ Graffigna (2015) ถึงประสบการณ์ของความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาวอิตาลี โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจล้มเหลว, โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคเบาหวานและโรคมะเร็ง จำนวน 99 คน พบว่า ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังได้ การทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้ต้องมาจากการเปลี่ยนแปลงในทางบวกต่อวิธีการที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ด้วยตนเองตลอดชีวิตและขีดความสามารถที่เพิ่มขึ้นจากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยตระหนักถึงศักยภาพของตนเองจึงจะสามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตได้ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพจึงถูกกำหนดให้เป็นบริบทที่ใช้และเป็นกระบวนการข้ามโรค (cross-disease process) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพสามารถที่จะสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดทางด้านจิตสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามกระบวนการการดูแล ดังเช่น การศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังพบว่าความรับผิดชอบต่อกิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์กับการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ($r = 0.455$, $p < 0.001$) (Mason, Mathias, & Skevington, 2008)

ในการประเมินความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีเครื่องมือที่นิยมนำมาใช้ในการประเมิน เช่น Patient Activation Measure (PAM) ใช้วัดความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังด้วยตนเอง ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การดูแลทางการแพทย์ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งแบบประเมินนี้มุ่งเน้นที่สภาวะทางกายเป็นส่วนใหญ่เนื่องจาก

ถูกพัฒนามาเพื่อใช้ในวงกว้าง (Hibbard, Mahoney, Stockard, & Tusler, 2005) เครื่องมือ Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ใช้วัดพฤติกรรมการได้รับยาใน 4 มิติ เป็นข้อคำถามง่ายๆ เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษา (Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward, 2008; Morisky, Green, & Levine, 1986; Shalansky, Levy, & Ignaszewski, 2004) จะเห็นว่าเครื่องมือมีความหลากหลายการนำมาใช้ขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย แต่เครื่องมือส่วนใหญ่ไม่ครอบคลุมทางด้านจิตใจ

จากการศึกษาความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพทำให้พบว่า ความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นกระบวนการในการเชื่อมโยง ความรู้ ประสบการณ์ หลากหลายมิติที่เกิดจากองค์ความรู้ด้านความคิด อารมณ์ การกระทำ ของบุคคลที่มีต่อการจัดการสุขภาพของตนเอง (Graffigna et al., 2014) จึงเกิดการพัฒนาเครื่องมือ Patient Health Engagement Scale (PHE-scale) โดย Graffigna, Barelo, Bonanomi, และ Lozza (2015) โดยเครื่องมือนี้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ครอบคลุมศึกษาการพัฒนาเพื่อศึกษาความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต จำนวน 510 คน เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกเมื่อเกิดความเจ็บป่วยโดยเป็นการเชื่อมโยงกระบวนการและประสบการณ์หลายมิติที่เกิดจากองค์ความรู้ของผู้ป่วย ด้านความคิด (Think) เป็นการทำความเข้าใจกับโรคและการรักษา, อารมณ์ความรู้สึก (Feel) เป็นความต้องการด้านจิตใจและการจัดการอารมณ์ เมื่อเริ่มมีโรคและการดำเนินชีวิตอยู่ภายใต้ภาวะเจ็บป่วย, การกระทำ (Act) เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติในการเผชิญกับโรคบนพื้นฐานด้านอารมณ์และความคิด โดยมี 4 ระดับ (Barelo & Graffigna, 2014; Graffigna & Barelo, 2015; Graffigna et al., 2015) ดังนี้

ระดับที่ 1 Black out หมายถึง ระยะเมื่อเกิดเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น บุคคลจะยังไม่สามารถรับรู้ จัดการควบคุมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ความรู้สึกนึกคิดถูกปิดกั้นมีความวิตกกังวลสูง ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการได้รับความรู้หรือการดูแลสุขภาพได้ ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ หากการให้ความรู้ในระยะนี้ล้มเหลวจะทำให้การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยผิดพลาดไป

ระดับที่ 2 Arousal หมายถึง ระยะที่บุคคลเริ่มรู้สึกรับรู้ถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความตื่นตัวกับอาการผิดปกติ แต่ยังไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับโรคหรือการรักษา เผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในระยะนี้หากมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเริ่มต้นเรียนรู้และจัดการกับสุขภาพของตนเองได้

ระดับที่ 3 Adherence หมายถึง ระยะของการตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น มีทักษะทางพฤติกรรม มีความมุ่งมั่นมั่นคงทางอารมณ์ ตื่นตัวในการจัดการใส่ใจกับทุกความผิดปกติ

ทำให้เกิดการปรับตัวตอบสนองต่อความเจ็บป่วย แต่ระยะนี้บุคคลจะยังไม่สามารถดำรงไว้ซึ่งการจัดการทักษะพฤติกรรมที่ถูกต้องได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากระยะนี้ผู้ป่วยยังไม่มีสมาธิเกี่ยวกับโรค การรักษาอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยยังคงต้องการการจัดการจากบุคลากรทางสุขภาพร่วมกับการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ป่วย

ระดับที่ 4 Eudaimonic project หมายถึง ระยะที่บุคคลยอมรับการเจ็บป่วย มีความรู้ความเข้าใจ ได้รับความสามารถของตนเอง สามารถบูรณาการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการจัดการความเจ็บป่วยโดยใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ มั่นใจยอมรับกับสถานะการเจ็บป่วยสามารถเข้าใจชีวิตและการเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคงแม้เกิดความเปลี่ยนแปลงกับสุขภาพของตนเอง

เดิมเครื่องมือ Patient Health Engagement Scale (PHE-scale) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ เมื่อนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ทางจิตวิทยาในการศึกษานำร่อง แล้วปรับปรุงเครื่องมือเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ครอบคลุมรายละเอียดทางทัศนคติเกี่ยวกับโรค และผลต่อจิตสังคมที่มีต่อชีวิตของผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทพื้นฐานในการพัฒนาความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ผู้พัฒนาเครื่องมือจึงปรับลดข้อคำถามที่มีค่า Shannon Entropy index ต่ำออกเหลือข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ และเมื่อนำไปทดสอบการวัดทางจิตวิทยา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82 (Barello & Graffigna, 2014; Graffigna et al., 2015) ในการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือพบว่ามีค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันกับแบบประเมิน Patient Activation Measure เท่ากับ 0.431 และแบบประเมิน Morisky Medication Adherence Scale เท่ากับ - 0.165 การทดสอบความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูงมีค่า Ordinal Alpha via Empirical Copula = 0.85 เมื่อทำการทดสอบความเชื่อมั่นซ้ำ (Test-Retest reliability) พบว่า มีค่า intra-class correlation coefficient เท่ากับ 0.95 (CI = 0.90-0.97) แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความตรงและมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูงในการวัดระดับความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นแสดงให้เห็นว่าในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพต่อจนกว่าจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์หรือใกล้เคียง จึงต้องมีการจัดการกับสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ความรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ Patient Health Engagement Scale (PHE-scale) ในการประเมินความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเนื่องจากการประเมินครอบคลุมพฤติกรรม ทัศนคติ และความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ ผลกระทบทางด้านอารมณ์และด้านจิตสังคมที่มี

ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประกอบกับข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ สั้นกระชับ เข้าใจง่ายใช้เวลาไม่มาก ในการตอบแบบสอบถามและเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง (0.85)

2.5.5 การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆในทุกระยะการรักษา นอกจากการดูแลจากทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญ มีประสิทธิภาพแล้ว ตัวผู้ป่วยเองก็มีความสำคัญยิ่งในฐานะเจ้าของสุขภาพ มีบทบาทในการจัดการดูแลฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่เป็นระบบเปิดมีความแตกต่างกันทั้ง อายุ เพศ การศึกษา ฐานะ พื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ สังคม (Roy, 1984) ในการดูแลผู้ป่วยภายใต้ความต่างเหล่านี้จึงเป็นการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง แนวคิดการดูแลนี้มีหลากหลาย เช่น Client center therapy, Patient-centered care และ Person-centered care

1) การดูแล/บำบัดแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client center therapy) เป็นการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดย Carl Rogers (1930) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน เป็นการบำบัดรักษาที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย (Client) กับผู้บำบัดไม่ได้เป็นการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย แต่เป็นการให้คำปรึกษา สนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมและการดูแลตนเองทางอ้อมโดยเป็นการแสดงออกถึงความเต็มใจและเปิดเผยของผู้ให้บริการในการช่วยเหลือผู้ป่วย (congruence) การรับฟังผู้ป่วยโดยไม่มีข้อโต้แย้ง ไม่รบกวนการแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจแทน ยอมรับในความเป็นตัวตนของผู้รับบริการ (unconditional positive regard) เข้าใจผู้รับบริการอย่างลึกซึ้ง (empathy) รู้สึกมีส่วนร่วม เข้าใจปัญหาในมุมมองของผู้รับบริการ

2) การดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) เป็นการดูแลที่ผู้ให้การรักษาให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจบริบทและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย แต่ไม่ใช่การทำตามใจผู้ป่วย ไม่ใช่การยึดยึดการรักษาและสั่งให้ผู้ป่วยทำตาม เป็นการดูแลที่แพทย์ต้องเข้าใจในปัญหาความเป็นจริงของผู้ป่วยแต่ละรายในการให้การวินิจฉัยทั้งโรค (Disease) และความเจ็บป่วย (Illness) ไปด้วยกัน และให้การดูแลรักษาเฉพาะรายไม่ใช่การรักษาแบบเหมารวม การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้ (Stewart, Brown, & McWhinney, 1995)

1. การค้นหาทั้งโรคและความเจ็บป่วย (Explore both disease and illness) ในการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของทีมสุขภาพนอกจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อให้การวินิจฉัย “โรค” แล้วยังต้องค้นหา “ความเจ็บป่วย” ที่เป็นผลกระทบจากโรคในมิติต่างๆ คือ ความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค (Idea), ความรู้สึกต่อตัวโรค (Feeling), ผลกระทบของการเป็น

โรคต่อการดำเนินชีวิต (Function), ความคาดหวังต่อตัวโรคว่าโรคจะดำเนินไปอย่างไร (Expectation) เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในบริบทและความคิดของผู้ป่วยมากขึ้นและนำไปสู่การดูแลรักษาทั้งโรคและความเจ็บป่วยไปพร้อมๆกัน

2. การเข้าใจชีวิตบุคคล (Understand the whole person) เป็นการทำความเข้าใจในลักษณะต่างๆของบุคคล เช่น อายุ อาชีพ บทบาทในครอบครัว สิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล เช่น สถานการณ์ในชีวิตประจำวัน สังคม สิ่งแวดล้อม เพื่อให้ทราบปัญหาอย่างแท้จริง

3. การหาหนทางร่วมกัน (Find common ground) เมื่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการทราบถึงปัญหา ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและตกลงกันในการแก้ปัญหาใดก่อนหลัง ตั้งเป้าหมายการรักษาร่วมกัน โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา การพิจารณาทางเลือก เทคนิค หาหนทางร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยได้แก่ ให้โอกาสผู้ป่วยพูดถึงความกังวล ข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษา พุดคุยในประเด็นความกังวลข้อสงสัย ตกลงถึงเป้าหมายที่เป็นรูปธรรมร่วมกัน ถ้าผู้ป่วยไม่ต้องการการรักษาบางอย่าง ควรมีการยืดหยุ่นเคาแผนในการตัดสินใจของผู้ป่วย เมื่อตกลงเป้าหมายร่วมกันได้แล้วก็แบ่งปันบทบาทหน้าที่ระหว่างแพทย์หรือผู้ให้บริการและผู้ป่วยให้ชัดเจน โดยทั่วไปผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในส่วนของการให้ความร่วมมือในแผนการรักษา ส่วนแพทย์หรือผู้ให้บริการมีบทบาทในการให้คำแนะนำชี้แนะแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสม

4. สร้างสร้งงานป้องกันและส่งเสริม (Incorporate prevention and health promotion) เป็นการป้องกันและส่งเสริมในทุกระยะของการดำเนินโรค ตั้งแต่ก่อนเป็นโรค ได้แก่ Primary prevention คือการสร้างเสริมสุขภาพ, Secondary prevention คือการป้องกันความเสี่ยง หลีกเลี่ยงการวินิจฉัยล่าช้าในผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค และ Tertiary prevention คือ การรักษาโรคให้ดีป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่เป็นโรคแล้ว

5. การต่อเติมความสัมพันธ์ที่ดี (Enhance doctor-patient relationship) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่ดีจะนำไปสู่การสร้างสัมพันธ์ภาพของการรักษา (Therapeutic relationship) อันเป็นความสัมพันธ์ที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยและผู้ป่วยจะรู้สึกว่าได้ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน (Psycho-support) รู้สึกถึงดูแล (Caring) และได้รับการเยียวยารักษา (Healing) สัมพันธ์ภาพของการรักษา (Therapeutic relationship) ประกอบด้วย ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) การเคารพในความต่าง (respect the difference) มีมุมมองเชิงบวกต่อผู้ป่วย (positive regard) การดูแลและใส่ใจ (caring and concern) มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (mutual trust) และพร้อมจะร่วมมือกัน (ready to share power)

6. มีวิถีอยู่บนความเป็นจริง (Being realistic) เข้าใจรับฟังให้เวลากับผู้ป่วยและร่วมค้นหาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ยอมรับและปล่อยวางให้การดูแลตามแนวทางความเป็นจริง

นอกจากนั้น Mead และ Bower (2000) ยังแบ่งองค์ประกอบของการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การมองปัญหาให้ครอบคลุมทุกด้าน (Biopsychosocial perspective) ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม
2. การเข้าใจความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (The patient-as-person) มองปัญหาและเข้าใจในประสบการณ์การเจ็บป่วยของแต่ละคน
3. แบ่งปันอำนาจในการตัดสินใจและความรับผิดชอบในหน้าที่ (Sharing power and responsibility) แบ่งปันข้อมูลและแบ่งปันรับฟังการตัดสินใจของแต่ละฝ่าย พร้อมทั้งแบ่งปันบทบาทความรับผิดชอบตามหน้าที่ที่ได้ตัดสินใจแล้ว
4. การเป็นพันธมิตรในการรักษา (The therapeutic alliance) พัฒนาความสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์หรือผู้ให้บริการ
5. การเข้าใจความเป็นบุคคลของแพทย์ (The doctor-as-person) ให้ความสำคัญกับแพทย์ผู้รักษา เชื่อมมั่นในศักยภาพการให้การดูแลของทีมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้นมีข้อดี คือ สามารถเพิ่มความพึงพอใจในการรักษา ลดความวิตกกังวล ลดอาการเจ็บป่วย การรักษาทำได้รวดเร็ว มีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย แต่การดูแลแบบนี้ก็พบข้อด้อยคือแพทย์หรือผู้ให้บริการอาจเกิดความเคยชินในการรักษา ทำให้ขาดการสนใจในเป้าหมายของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (Stewart, 2003)

3) การพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centred Nursing (PCN) framework) เป็นกรอบแนวคิดที่พัฒนาโดย McCormack และ McCance (2010) จากทฤษฎีจิตวิทยามนุษยนิยมของ Roger (1980) และ Heron (1992) เป็นการดูแลที่ไม่ใช่การดูแลตามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือการให้ข้อมูลสุขภาพเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่เป็นการทำความเข้าใจกับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม ความคาดหวังและประเด็นปัญหาของชีวิตรวมถึงสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เป็นการดูแลที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล เคารพในความเป็นตัวตน สิทธิและอำนาจในการตัดสินใจ การสร้างสัมพันธภาพและเข้าใจในตัวตนของผู้ป่วย เน้นการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางตามกรอบแนวคิด Person-Centred Nursing (PCN) framework (McCormack & McCance, 2010) ประกอบด้วย 4 โครงสร้างหลัก ดังนี้

1. ข้อกำหนดเบื้องต้น (Prerequisites) เป็นโครงสร้างซึ่งมุ่งเน้นคุณลักษณะของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในการเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ (Professionally competent) มีการพัฒนาทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ (Developed Interpersonal Skills) มีความมุ่งมั่นกับงาน (Being Committed to the Job) มีความชัดเจนในด้านความเชื่อ ค่านิยมที่ถูกต้องในการให้การดูแล (Clarity of Beliefs and Values) การรู้จักตนเอง (Knowing Self)

2. สภาพแวดล้อมการดูแล (Care environment) เป็นโครงสร้างที่มุ่งเน้นบริบทที่ส่งผลต่อการดูแลโดย การผสมผสานทักษะการดูแลที่เหมาะสมของพยาบาล (Appropriate Skill mix) ระบบการตัดสินใจในการดูแลร่วมกัน (Share Decision-Making Systems) ทั้งในทีมสุขภาพเองกับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้ดูแล (Effective staff relationship) ระบบขององค์กรที่มีการสนับสนุนร่วมกัน (Supportive Organizational Systems) การกระจายอำนาจ (Power sharing) ใช้พลังงานในการสร้างสรรค์นวัตกรรม การจัดการความเสี่ยง (Potential for Innovation and Risk taking) และสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อการดูแล (The Physical Environment)

3. กระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็นกระบวนการดูแลที่เน้นความเป็นบุคคล ประกอบด้วย การดูแลแต่ละช่วงของกิจกรรมร่วมกับค่านิยมและความเชื่อของผู้ป่วย (Working with Patient's Beliefs and Values) การให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Shared Decision Making) ในข้อมูลการดูแลรักษามี ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย (Engagement) ความเห็นอกเห็นใจเข้าใจผู้ป่วย (Having sympathetic presence) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Providing Holistic Care) เป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ

4. ผลลัพธ์การดูแล (Person-centred Outcomes) เป็นการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยความพึงพอใจในการดูแล (Satisfaction with care) ความรู้สึกมีส่วนร่วมในการดูแล (Feeling involved in care) การสร้างวัฒนธรรมในการดูแล (Creating a therapeutic culture) ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Feeling of well-being)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ McCormack และ McCance (2010) มาศึกษาเพราะในปัจจุบันการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางถือได้ว่าเป็นหัวใจหลักของการให้การดูแลที่มีกลยุทธ์ ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย สังคม สิ่งแวดล้อม นโยบาย (Slater, McCormack, Parlour, Gallen, & Kavanagh, 2014; Alharbi, Carlström, Ekman1, Jarneborn, & Olsson1, 2014) ในการจะทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ผู้ให้บริการจะต้องเข้าใจบริบท ความแตกต่างของแต่ละบุคคล ในขณะเดียวกันผู้ป่วยหรือผู้รับบริการก็ต้องรับรู้ถึงการดูแลร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเคารพในความเป็นบุคคล รับรู้การรักษาที่ไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะโรคเท่านั้นแต่เป็นการรักษาแบบองค์รวม มองว่าการเจ็บป่วยมีการเชื่อมโยงกัน การดูแลที่เน้น

สัมพันธภาพในทุกช่วงเวลาของการดูแล เน้นการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบสุขภาพของตนเองอยู่บนพื้นฐานของความรู้ที่สะสมของผู้คน รับรู้ปัญหาสุขภาพและความต้องการในแต่ละช่วงเวลาและอำนวยความสะดวกในการดูแลที่เหมาะสมตามบริบทของความต้องการ นั่นคือการดูแลที่มุ่งเน้นไปที่คนทั้งคน อันประกอบด้วยผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคคลในครอบครัว สิ่งแวดล้อม แตกต่างจากการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centred care) ที่เป็นการดูแลที่เน้นเฉพาะการสื่อสารในช่วงเวลาที่พบกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ มุ่งเน้นไปที่การจัดการเฉพาะโรคเข้าใจบุคคลในมุมมองของการเป็นผู้ป่วยเท่านั้น (Starfield, 2011)

MaCormack และ McCance (2010) ได้ให้ความหมายของ การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Perceived Person-Centred care) ไว้ว่าหมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจในการได้รับการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางที่เน้นการดูแลแบบมีส่วนร่วม การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยภายใต้การเคารพในความเป็นบุคคล สิทธิการตัดสินใจของผู้ป่วย

ในการประเมินการรับรู้การดูแลสามารถประเมินได้หลายวิธี ทั้งการประเมินที่ตัวบุคคล (self-report measures of doctors, patient-centredness) จากบุคลากรทางการแพทย์และตัวผู้ป่วยโดยประเมินจากการรับรู้และทัศนคติของคนนั้นๆและการประเมินจากสิ่งแวดล้อม (measures involving external observation of the consultation process) ผ่านปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น จำนวนครั้งที่ให้คำปรึกษา การกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ค่าใช้จ่ายในการรักษา (Mead & Bower, 2000) ในการศึกษาี้เลือกประเมินการรับรู้การดูแลจากมุมมองของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงกระบวนการการดูแล การเข้าถึงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ สะท้อนถึงคุณภาพในการดูแลจากทีมสุขภาพ นโยบายในการจัดการสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมมีเครื่องมือที่สามารถประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางได้ ดังนี้

The Person-centred Climate Questionnaire-Patient (PCQ-P) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย David Edvardsson, Sandman และ Rasmussen (2008) ประเมินการรับรู้การดูแลด้านกายภาพและจิตสังคม สิ่งแวดล้อม 3 มิติ คือ ความปลอดภัย (Safety), สภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย (Everydayness), ความเอื้ออาทร (generosity) มีข้อคำถาม 17 ข้อ (Edvardsson, Koch, & Nay, 2009) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยรวม Cronbach's alpha เท่ากับ 0.93 และในรายมิติ 0.94, 0.82, 0.64 ตามลำดับและเครื่องมือ The Picker Patient Experience questionnaire (PPE) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น โดย Jenkinson, Coulter, และ Bruster (2002) ประกอบด้วยการประเมินการรับรู้ประสบการณ์การดูแลในด้านปัญหาต่างๆที่พบของผู้ป่วย ด้านการได้รับข้อมูล (Information and education), การประสานงานการดูแล (Coordination of care), ความสบายใจ (Emotional comfort),

การเคารพในความเป็นผู้ป่วย (Respect Patients preferences), ความสุขสบายทางกาย (Physical comfort), การมีส่วนร่วมของครอบครัวและเพื่อน (Involvement of family and friends), ความต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลง (Continuity and transition) ข้อคำถาม 15 ข้อ มีค่าความตรงภายในอยู่ระหว่าง 0.80-0.87 จะเห็นได้ว่าทั้ง 2 เครื่องมือนั้นเป็นการประเมินการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ประสิทธิภาพที่พบเจอของผู้ป่วยซึ่งไม่ครอบคลุมการแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจในการได้รับการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางและสัมพันธภาพจากการดูแล

Patient Perception of Patient-Centeredness (PPPC) เป็นเครื่องมือประเมินการรับรู้การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ที่มีการค้นหาปัญหาจากโรคและประสบการณ์ความเจ็บป่วย; การเข้าใจบริบทความเป็นบุคคลและการร่วมค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ครอบคลุมมิติของการให้การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Stewart MA และ (1995) มีข้อคำถาม 14 ข้อ (Mallinger, Griggs, & Shields, 2005)

แบบประเมิน Consultation Care Measure (CCM) เป็นเครื่องมือประเมินการรับรู้การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ที่ครอบคลุมการค้นหาปัญหาจากโรคและประสบการณ์ความเจ็บป่วย; การเข้าใจบริบทความเป็นบุคคล; การร่วมค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการดูแล โดยวิเคราะห์ปัจจัยได้ 5 องค์ประกอบหลักคือ การให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย; การสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย; การติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ; สัมพันธภาพระหว่างบุคคล; การส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมมิติของการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ ข้อคำถาม 21 ข้อ (Little et al., 2001) มีค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ด้านการให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย (0.84) การสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย (0.89) การติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ (0.96) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (0.89) การส่งเสริมสุขภาพ (0.87) ได้รับการแปลโดย สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ (2559) นำไปศึกษาในผู้ป่วยภายหลังทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.90 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.97 และนำไปใช้กับผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยในทางเดินปัสสาวะมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90 (ธิมภรณ์ ชี้อตรง และคณะ, 2559) แบบสอบถาม Patient-centeredness questionnaire เป็นการประเมินการรับรู้การได้รับการดูแล 6 องค์ประกอบคือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ, การให้ข้อมูลที่เหมาะสม, การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ, ความเห็นอกเห็นใจและความเชี่ยวชาญ, ความต่อเนื่องกันและการทำงานร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญ, การสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 44 ข้อ (van der Eijk et al., 2012) อันเป็นองค์ประกอบของการดูแลแบบบุคคลเป็น

ศูนย์กลาง แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.62-0.84 จากการศึกษาของ van der Eijk และคณะ (2015) ที่ศึกษาถึงประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยใช้แบบประเมิน Patient-centeredness questionnaire for Parkinson Disease (PCQ-PD) กลุ่มตัวอย่าง 972 ราย พบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ดีในการได้รับการดูแล ยกเว้นประสบการณ์ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ (mean = 1.62, SD = 0.62) และความร่วมมือ (mean = 2.03, SD = 0.58) เป็นประสบการณ์ที่อันดับต่ำสุด

เมื่อเปรียบเทียบเครื่องมือ Patient Perception of Patient-Centeredness (PPPC) และ Consultation Care Measure (CCM) พบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Consultation Care Measure (CCM) สูงกว่าเครื่องมือ Patient Perception of Patient-Centeredness (PPPC) (Cronbach's 0.84 กับ 0.71) (Hudon, Fortin, Haggerty, Lambert, & Poitras, 2011) ส่วนเครื่องมือ Patient-centeredness questionnaire อยู่ระหว่างการพัฒนาและนำไปใช้ในคลินิกยังไม่พบการศึกษาในประชากรกลุ่มอื่น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือก เครื่องมือ Consultation Care Measure (CCM) มาใช้ในการประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางตามเหตุผลข้างต้น ร่วมกับแบบประเมินนี้มีข้อคำถามน้อย ทำให้ไม่ต้องใช้เวลานานในการตอบ

จากการศึกษาของ Alharbi และคณะ (2014) ศึกษาประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ จำนวน 16 คน พบว่าผู้ป่วยรับฟังและรับรู้ถึงการได้รับการดูแลที่เน้นความเป็นบุคคล พวกเขารู้สึกว่าเป็นหน้าที่ สุขภาพมองพวกเขาเป็นบุคคล เป็นคนทั้งคนและการดูแลไม่ได้มุ่งเน้นแต่เพียงโรคของพวกเขาเท่านั้นแต่เป็นการดูแลแบบองค์รวม ที่มีทั้งร่างกาย จิตใจ สภาพแวดล้อมร่วมด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jerofke, Weiss, และ Yakusheva (2014) ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัด มะเร็งและหัวใจ จำนวน 113 รายเป็นการศึกษาไปข้างหน้าเพื่อหาความสัมพันธ์ (A non-experimental, prospective, correlational study) ของการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแล พฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายใต้กรอบแนวคิดการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง พบว่าการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี เพิ่มขีดความสามารถในการพยาบาล สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาได้ การรับรู้และทัศนคติของผู้ป่วยจะสะท้อนคุณภาพของการดูแล ซึ่งสามารถนำผลการศึกษา มาใช้ให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นการดูแลที่เน้นไปที่ความเป็นบุคคล มีการปรับปรุงและนำเสนอนวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เกิดความยั่งยืน (McCormack & McCance, 2010; McMillan et al., 2013; Silva, 2014) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันการศึกษาศึกษาการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางยังพบน้อย

การดูแลส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยยังขาดการประเมินหลังให้การดูแลและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยยังมีความเข้าใจที่แตกต่างกัน (Poochikian-Sarkissian, Sidani, Ferguson-Pare, & Doran, 2010) และในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวยังไม่พบการศึกษาในปัจจุบัน

2.6 สรุปการทบทวนวรรณกรรม

โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศ ทุกวัย อาการปวดที่เรื้อรังสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก การผ่าตัดจึงเป็นวิธีการรักษาแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่นิยมในปัจจุบัน แม้การผ่าตัดจะให้ผลลัพธ์ที่ดี แต่ในทางกลับกันการรักษาย่อมมีความเสี่ยงมีภาวะแทรกซ้อนตามมา การมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นเป้าหมายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่สำคัญ แต่การจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้นั้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบนอกจากการดูแลจากทีมสุขภาพแล้ว ผู้ป่วยเองถือเป็นปัจจัยโครงสร้างด้านบุคคลที่มีความสำคัญสามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือสมรรถนะด้านต่างๆ ได้แก่ ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพและการจัดการตนเอง เนื่องจากโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ดังนั้นกระบวนการดูแลที่มีประสิทธิภาพมีความเฉพาะเจาะจงจึงมีความสำคัญ กระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง การศึกษาถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวยังพบค่อนข้างน้อยและเป็นการศึกษาดิตตามในระยะยาว ปัจจัยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาการ การรักษา ซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศที่มีบริบทการดูแลแตกต่างจากประเทศไทย การศึกษาในด้านสมรรถนะของผู้ป่วยและกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางยังพบค่อนข้างน้อย บางปัจจัยพบว่าการศึกษาไม่เข้าไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาในปัจจุบันด้านภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะการมาตรวจติดตามหลังผ่าตัด 3-6 เดือน อันเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการปรับตัว ฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี พัฒนารูปแบบกระบวนการดูแลให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและเกิดความยั่งยืนทางสุขภาพอันเป็นเป้าหมายของผู้ป่วย ทีมสุขภาพและประเทศชาติต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาอำนาจการร่วมทำนาย (Predictive study design) ของ ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (L1-S1) ครั้งแรกที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย (degenerative disease) ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (L1-S1) เป็นครั้งแรกที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย (Degenerative disease) ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มาตรวจติดตามหลังการผ่าตัด 3 ถึง 6 เดือน ณ หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ (ห้องฟิสิกส์ สยามินทร์ 104) โรงพยาบาลศิริราช

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการกำหนดตัวเลขจากรายชื่อผู้ป่วยที่มีนัดตรวจติดตามหลังผ่าตัด 3 ถึง 6 เดือนในแต่ละวันนำไปในตารางแล้วทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Excel (Kim & Shin, 2014) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ได้รับการผ่าตัดตามตารางการนัดหมายของแพทย์ (Elective case)
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เข้าใจภาษาไทยสามารถพูดโต้ตอบแสดงความคิดเห็นได้ด้วยตนเอง ในกรณีผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผ่านการทดสอบความรู้ความเข้าใจ The General Practitioner Assessment of Cognition (GP-COG) (Brodaty et al., 2002) แบบประเมินฉบับภาษาไทยโดย จิรนนท์ กริฟฟิตส์, สุภาวดี พุฒิน้อย, และ เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี (2556) มีคะแนนการทดสอบ 9 คะแนนหมายถึงมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาตท่อนล่าง (Paraplegia), ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกไขสันหลัง (Spinal injury), มีโรคติดเชื้อที่กระดูกสันหลัง, มะเร็งลุกลามมาที่กระดูกสันหลัง (Spinal Metastasis) หรือมีความพิการของหลังตั้งแต่กำเนิด
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในช่วง 3 ถึง 6 เดือนที่ผ่านมา เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การเลื่อนหลุดของเหล็กค้ำ การหลวมของสกรู มีภาวะโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงในระยะรุนแรงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นต้น

3.2 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (Power analysis) สำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant) ที่ระดับ 0.05 จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบงานวิจัยที่คล้ายคลึง ผู้วิจัยจึงขอกำหนดขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้เป็นค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง (Medium effect size) = 0.13 ซึ่งสามารถกำหนดขนาดอิทธิพลเป็นขนาดกลางได้หากไม่มีค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ผ่านมา (Polit & Beck, 2008) โดยมีตัวแปรในการทำนายจำนวน 5 ตัว คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 (Furlan, Pennick, Bombardier, van Tulder, & Group, 2009) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ให้อีกร้อยละ 10 (Polit & Hungler, 1999) เพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 116 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างข้างต้น

3.3 สถานที่เก็บข้อมูล

หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ (ห้องเฟือก สยามินทร์ 104) โรงพยาบาลศิริราช สังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ มีจำนวนเตียงในการรับผู้ป่วย 2,600 เตียง มีอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาเฉพาะทางร่วมกับแพทย์ประจำบ้านและนักศึกษาแพทย์ ให้บริการตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางกระดูก กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น การรักษาประกอบด้วย การให้ยา การทำกายภาพบำบัดและการผ่าตัด ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเมื่อผู้ป่วยมาตรวจติดตามหลังการรักษาโดยการผ่าตัด 3

ถึง 6 เดือน ในวันทำการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 7.00 ถึง 15.00 น. ซึ่งมีผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในปี พ.ศ.2556, พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2558 (เดือน ม.ค. ถึง เดือน มิ.ย.) จำนวน 428 คน, 530 คน และ 288 คน ตามลำดับ (งานเวชสถิติโรงพยาบาลศิริราช, 2558) ตามปกติแพทย์จะนัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามหลังผ่าตัดครั้งแรก ประมาณ 1 เดือนและนัดต่อเนื่อง 3 เดือน 6 เดือน ถึง 1 ปี เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดจะได้รับคำแนะนำเรื่อง การดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมหรือการทำงาน การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 116 ราย

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ GP-COG, แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ, แบบสอบถามคุณภาพชีวิต, แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย, แบบสอบถามการจัดการตนเอง, แบบสอบถามความแตกฉานทางสุขภาพ, แบบสอบถามการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางและแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือดำเนินการวิจัย

การประเมินความรู้ความเข้าใจ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ The General Practitioner Assessment of Cognition (GP-COG) พัฒนาโดย Brodaty และคณะ (2002) เครื่องมือมีค่าความไวเท่ากับ 0.85 มีความจำเพาะของเครื่องมือเป็น 0.86 ค่าการจำแนกผู้ป่วย 14% และค่าพยากรณ์ 71.4% การสัมภาษณ์ผู้ป่วยใช้เวลาน้อยกว่า 4 นาที (Brodaty et al., 2002) แบบประเมินมีฉบับที่เป็นภาษาไทยโดย จิรนนท์ กริฟฟิตส์ และคณะ (2556) แบบสอบถามนี้มี 2 ตอน ผู้วิจัยใช้เฉพาะตอนที่ 1 ในการประเมินผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความบกพร่องทางความรู้คิด (Brodaty et al., 2002) เป็นการทดสอบการระลึก, การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา (Time Orientation), วัดความสามารถทางด้านสหสัมพันธ์ทางด้านสายตา, ข่าวสารข้อมูล (Information), การระลึกได้ (Recall) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ รวมคะแนนที่ถูกต้องตั้งแต่ ข้อ 2 ถึงข้อ 6 แปรผลคะแนน ดังนี้

คะแนนรวม 9 คะแนน หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

คะแนนรวม 5-8 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ; จำเป็นต้องสัมภาษณ์ผู้ดูแล

คะแนนรวม ≤ 4 คะแนน หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์บกพร่อง

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยต้องผ่านเกณฑ์ คือ มีคะแนนรวม 9 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างเอง จำนวน 22 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ในส่วนข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยโดยมีรายละเอียด ดังนี้

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักปัจจุบัน ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน สิทธิการรักษาในการเจ็บป่วย ครั้งนี้ รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ย/เดือน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย/เดือน รายได้เพียงพอกับรายจ่าย อาศัยอยู่กับใคร ยามเจ็บป่วยใครเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแล การสูบบุหรี่ การดูแลตนเองหลังการผ่าตัด กระดูกสันหลัง ความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด

ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค (ICD 10) ชนิดของการผ่าตัดที่ได้รับ (ICD 9) จำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด (Level) วันที่ผ่าตัด ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ระยะเวลาติดตามหลังการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Assessment of Quality of Life (AQoL-8D) พัฒนาโดย Richardson, James, Sinha, Iezzi, และ Khan (2011) เป็นการประเมินมิติด้านสุขภาพหลัก 2 ด้าน คือ ด้านร่างกายโดยมีมิติย่อย 3 มิติ ด้านจิตสังคม มีมิติย่อย 5 มิติ แบบสอบถามชุดนี้ถูกนำไปทดสอบกับกลุ่มประชากรทั่วไปในสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย พบว่ามีค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับสูง 0.96 (Richardson et al., 2014) จากการศึกษาของ Richardson, Iezzi, Khan, และ Maxwell (2014) ซึ่งทำการทดสอบเครื่องมือในสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลียพบว่า ผลการทดสอบความเที่ยงตรงตามโครงสร้างโดยวิธีการหาสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันกับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตอื่นๆ ที่มีโครงสร้างเดียวกัน มีขนาดความสัมพันธ์ระดับสูง (0.65-0.84) ส่วนการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงพยากรณ์พบว่า เครื่องมือมีอำนาจในการทำนายสูง ($\beta = 1.70$ ในสหรัฐอเมริกา, 1.83 ในออสเตรเลีย) และในการทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยทดสอบความสัมพันธ์กับแบบประเมิน SF-36 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานพบว่า แบบสอบถาม Assessment of Quality of Life (AQoL- 8D) มีค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลางถึงระดับสูงกับมิติย่อยในมิติหลักด้านร่างกายและมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับมิติย่อยในมิติหลักด้านจิตสังคม สำหรับการทดสอบค่าความเชื่อมั่นพบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคทั้งฉบับจากการทดสอบใน

สหรัฐอเมริกาและออสเตรเลียเท่ากับ 0.96 ทั้งสองประเทศ ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นในแต่ละมิติของประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศออสเตรเลียโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคพบว่ามิติอิสระในการดำเนินชีวิต (0.90 และ 0.89 ตามลำดับ); มิติการรับรู้ (0.51 ทั้งสองประเทศ); มิติความเจ็บปวด (0.86 และ 0.87 ตามลำดับ); มิติด้านความสุข (0.90 ทั้งสองประเทศ); มิติสุขภาพจิต (0.89 ทั้งสองประเทศ); มิติความมีคุณค่าในตนเอง (0.81 และ 0.82 ตามลำดับ); มิติการเผชิญปัญหา (0.79 ทั้งสองประเทศ) และมิติสัมพันธภาพ (0.86 และ 0.88 ตามลำดับ)

ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือและขออนุญาตแปลเป็นภาษาไทยจากผู้พัฒนาเครื่องมือเนื่องจากแบบสอบถามไม่มีฉบับภาษาไทย โดยใช้หลักการแปลตามกระบวนการแปลแบบย้อนกลับของ Brislin (1970) ตามที่ผู้พัฒนาเครื่องมือกำหนดไว้คือ ดำเนินการแปลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาผู้ผ่านการรับรองมาตรฐาน 1 ท่าน แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษอีก 1 ท่านที่ไม่เคยอ่านต้นฉบับภาษาอังกฤษแปลย้อนกลับ (Backward translation) จากขั้นตอนที่ 1 แล้วทำการเปรียบเทียบแบบวัดชุดต้นฉบับกับชุดแปลย้อนกลับ (Comparison of the original version and the back-translated version) จากนั้นส่งฉบับที่แปลย้อนกลับถึงผู้พัฒนาเครื่องมือ หลังจากผู้พัฒนาเครื่องมือตรวจสอบแบบประเมินชุดต้นฉบับกับชุดแปลย้อนกลับและส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ตอบกลับผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง จึงส่งแบบประเมินฉบับภาษาไทยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของนิยามเครื่องมือ ความเข้าใจของข้อคำถาม ความชัดเจนของภาษาพร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขและนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต AQoL-8D ประกอบด้วย 2 มิติหลัก 8 มิติย่อย ดังนี้

1. มิติหลักด้านร่างกาย (Physical) ประกอบด้วย มิติอิสระในการดำเนินชีวิต (Independent Living), ประสาทสัมผัส (Senses) และความเจ็บปวด (Pain)

1.1 มิติอิสระในการดำเนินชีวิต (Independent Living) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การทำงานบ้าน (ข้อ 30) การเดินทางออกไปนอกบ้าน (ข้อ 3) การเคลื่อนไหว (ข้อ 15) การดูแลตนเอง (ข้อ 19)

1.2 มิติประสาทสัมผัส (Senses) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การมองเห็น (ข้อ 28) การได้ยิน (ข้อ 32) การสื่อสาร (ข้อ 11)

1.3 มิติความเจ็บปวด (Pain) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ความถี่ของอาการปวด (ข้อ 6) ระดับของความปวด (ข้อ 22) การรบกวนจากอาการปวด (ข้อ 24)

2. มิติหลักด้านจิตสังคม (Psycho social) กล่าวถึงความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย ประกอบด้วย มิติด้านความสุข (Happiness) สุขภาพจิต (Mental health) ความมีคุณค่าในตนเอง (Self-Worth) การเผชิญปัญหา (Coping) และสัมพันธภาพ (Relationships)

2.1 มิติสุขภาพจิต (Mental health) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ความรู้สึกหดหู่ (ข้อ 33) การนอนหลับ (ข้อ 12) ความรู้สึกโกรธ (ข้อ 14) การทำร้ายตัวเอง (ข้อ 16) ความรู้สึกสิ้นหวัง (ข้อ 35) ความกังวล (ข้อ 18) ความเศร้า (ข้อ 5) ความผ่อนคลายและเฝ้ายาม (ข้อ 8)

2.2 มิติความสุข (Happiness) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ความใส่ใจในชีวิต (ข้อ 27) ความกระตือรือร้น (ข้อ 17) ความสุข (ข้อ 20) ความยินดี (ข้อ 25)

2.3 มิติความมีคุณค่าในตนเอง (Self-Worth) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ความรู้สึกเป็นภาระ (ข้อ 26) ความรู้สึกไร้ค่า (ข้อ 13) ความมั่นใจในตัวเอง (ข้อ 7)

2.4 มิติการเผชิญปัญหา (Coping) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ระดับพลังงานในตนเอง (ข้อ 1) การควบคุมชีวิต (ข้อ 29) การเผชิญปัญหา (ข้อ 21)

2.5 มิติสัมพันธภาพ (Relationships) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ความสุขกับคนใกล้ชิด (ข้อ 23) ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (ข้อ 10) การอยู่ในสังคมอย่างโดดเดี่ยว (ข้อ 31) การถูกสังคมละเลยหรือทอดทิ้ง (ข้อ 2) ความสัมพันธ์ทางเพศ (ข้อ 34) บทบาทในครอบครัว (ข้อ 9) บทบาททางสังคม (ข้อ 4)

ข้อมูลเป็นแบบมาตราเรียงอันดับ (Ordinal scale) โดยให้คะแนนรายข้อเป็นแบบเรียงลำดับ 1,2,3,... ตามลำดับคำตอบในข้อคำถาม คือ มาตราเรียงอันดับ 4 ระดับ (ข้อที่ 4, 6, 7, 9, 11, 22, 30) มาตราเรียงอันดับ 5 ระดับ (ข้อที่ 1, 2, 5, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 33, 34, 35) มาตราเรียงอันดับ 6 ระดับ (ข้อที่ 3, 15, 28, 32)

การแปลผลคะแนนโดยนำค่าคะแนนทั้งหมดจาก 35 ข้อ เข้าสู่โปรแกรมการคำนวณ AQOL-8D UTILITY ALGORITHM (Weighted) โดยแต่ละข้อจะมีการถ่วงน้ำหนักคะแนนที่แตกต่างกันเพื่ออภิปรายผลของคุณภาพชีวิตโดยรวมในมิติหลักด้านร่างกาย มิติหลักด้านจิตสังคมและในมิตีย่อยทั้ง 8 มิติ โดยค่าคะแนนที่ได้ภายหลังจากการนำเข้าสู่ algorithm จะมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตซึ่งแต่ละข้อให้น้ำหนักคะแนนไม่เท่ากันตามความสำคัญ เมื่อคำนวณจะได้ค่าคะแนนในแต่ละมิติเป็น 0-1 คะแนน โดยระดับคะแนนต่ำหมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ระดับคะแนนสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย

การประเมินความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้แบบวัด Patient Health Engagement Scale (PHE-scale) พัฒนาโดย Graffigna, Barello, Bonanomi, และ Lozza (2015) เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกเมื่อเกิดความเจ็บป่วยโดยเป็นการเชื่อมโยงของกระบวนการและประสบการณ์หลายมิติที่เกิดจากองค์ความรู้ของผู้ป่วยด้านความคิด (Think), อารมณ์ความรู้สึก (Feel), การกระทำ (Act) โดยนำแบบวัดไปทดสอบหาความตรงและความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่าอยู่ในระดับสูง (Graffigna et al., 2015) จากการศึกษาของ Graffigna และคณะ (2015) การทดสอบความเที่ยงตรงความเป็นด้านเดียวกัน (unidimensional scales) โดยวิธี An exploratory categorical principal component analysis (CATPCA), a confirmatory Factor Analysis (CFA) และ Rasch Model แสดงให้เห็นว่าแบบวัดนี้มีความเป็นมิติเดียวแต่ละข้อคำถามมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการประเมิน ในการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือพบว่า ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันกับแบบประเมิน Patient Activation Measure เท่ากับ 0.431 และแบบประเมิน Morisky Medication Adherence Scale เท่ากับ -0.165 การทดสอบความเชื่อมั่นพบว่าค่า Ordinal Alpha via Empirical Copula = 0.85 เมื่อทำการทดสอบซ้ำ (Test-Retest reliability) พบว่า มีค่า intra-class correlation coefficient = 0.95 (CI = 0.90-0.97) แบบวัดยังไม่มีฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยและผู้วิจัยอีก 3 ท่านที่ใช้เครื่องมือนี้แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยด้วยกระบวนการแปลแบบย้อนกลับของ Brislin (1970) แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่านและผู้เชี่ยวชาญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 1 ท่านที่ไม่เคยอ่านต้นฉบับภาษาอังกฤษแปลย้อนกลับ (Backward translation) แล้วทำการเปรียบเทียบแบบวัดชุดต้นฉบับกับชุดแปลย้อนกลับ (Comparison of the original version and the back-translated version) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้พัฒนาเครื่องมือโดยการส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ถึงผู้พัฒนาเครื่องมือ หลังจากผู้พัฒนาเครื่องมือตรวจสอบแบบประเมินชุดต้นฉบับกับชุดแปลย้อนกลับและส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ตอบกลับผู้วิจัยและผู้วิจัยอีก 3 ท่านที่ใช้เครื่องมือนี้รวมทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความสอดคล้องของนิยามเครื่องมือ ความซ้ำซ้อนของข้อคำถาม ความชัดเจนของภาษา พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขและนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ โดยในแต่ละข้อมีค่าคำตอบเป็นมาตรวัดเรียงลำดับ 7 ระดับตามลำดับข้อคำตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน

คำตอบที่ 1, 2 เท่ากับ 1 คะแนน

คำตอบที่ 3, 4 เท่ากับ 2 คะแนน

คำตอบที่ 5, 6 เท่ากับ 3 คะแนน

คำตอบที่ 7 เท่ากับ 4 คะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำค่าคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อทั้ง 5 ข้อมาหาค่ามัธยฐาน (Median number) โดยค่าที่ได้จะเท่ากับระดับความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย แบ่งระดับความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเป็น 4 ระดับคือ

ระดับที่ 1 หมายถึง เมื่อเกิดเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น บุคคลจะยังไม่สามารถรับรู้ จัดการควบคุมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ความรู้สึกนึกคิดถูกปิดกั้นมีความวิตกกังวลสูง ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการได้รับความรู้หรือการดูแลสุขภาพได้

ระดับที่ 2 หมายถึง บุคคลเริ่มรู้สึกรับรู้ถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความตื่นตัวกับอาการผิดปกติ แต่ยังไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับโรคหรือการรักษาหรือเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับที่ 3 หมายถึง บุคคลมีการตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น มีทักษะทางพฤติกรรม มีความมั่นใจมั่นคงทางอารมณ์ ตื่นตัวในการจัดการใส่ใจกับทุกความผิดปกติทำให้เกิดการปรับตัวตอบสนองต่อความเจ็บป่วย แต่ระยะนี้บุคคลจะยังไม่สามารถดำรงไว้ซึ่งการจัดการทักษะพฤติกรรมที่ถูกต้องได้อย่างยั่งยืน

ระดับที่ 4 หมายถึง บุคคลยอมรับการเจ็บป่วย มีความรู้ความเข้าใจ รับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถบูรณาการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการจัดการความเจ็บป่วยโดยใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ มั่นใจยอมรับกับสภาวะการเจ็บป่วย สามารถเข้าใจชีวิตและการเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคงแม้เกิดความเปลี่ยนแปลงกับสุขภาพของตนเอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการจัดการตนเอง

การประเมินการจัดการตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการแสดงออกในการดูแลจัดการ ภาวะสุขภาพตนเอง Patient Activation Measure (PAM 13) พัฒนาโดย Hibbard, Stockard, Mahoney, และ Tusler (2004) ภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยทั้งด้าน ความรู้ ทักษะ ความเชื่อและพฤติกรรมโดยประเมินเกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีคุณสมบัติทางจิตมิติสูง (strong psychometric property) และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) อยู่ในช่วง 0.80-0.90 (Lubetkin, Lu, & Gold, 2010; Nijman, Hendriks, Brabers, de Jong, & Rademakers, 2014)

แบบประเมินการแสดงออกในการดูแลจัดการภาวะสุขภาพตนเอง Patient Activation Measure (PAM 13) ได้รับการแปลหลายภาษาและนำไปใช้หลายประเทศ แบบสอบถามฉบับ

ภาษาไทยได้รับการแปลโดย สิรินันท์ ชูเชิด (สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ, 2559) และ ชีมาภรณ์ ชีอตรง (ชีมาภรณ์ ชีอตรง และคณะ, 2559) นำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) มีค่าเท่ากับ 0.92, 1.00 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือซึ่งคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.78, 0.90 ตามลำดับ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ คำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 4 ระดับ โดยอธิบายความหมายของคำตอบแต่ละข้อดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงมาก
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริง
 เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริง
 เห็นด้วยอย่างมาก หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงมาก

เกณฑ์การให้คะแนน

การแสดงออกในการดูแลจัดการภาวะสุขภาพตนเอง	(คะแนน)
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	1
ไม่เห็นด้วย	2
เห็นด้วย	3
เห็นด้วยอย่างมาก	4

การแปลผลคะแนนโดยการนำค่าคะแนนที่ได้เข้าไปในสูตรคำนวณตามโปรแกรมการคำนวณคะแนนของ PAM มีระดับคะแนน คือ 0-100 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงขึ้นหมายถึง การแสดงออกในการดูแลจัดการภาวะสุขภาพตนเองที่มากกว่า ซึ่ง แบ่งได้เป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 (คะแนน ≤ 47) หมายถึง บุคคลยังไม่เข้าใจถึงบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ระดับที่ 2 (คะแนน 47.1-55.1) หมายถึง บุคคลยังขาดความรู้พื้นฐานหรือไม่สามารถเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ระดับที่ 3 (คะแนน 55.2-72.4) หมายถึง บุคคลมีเป้าหมายหลักและเริ่มมีพฤติกรรมการแสดงออกแต่ขาดความมั่นใจและทักษะในการเริ่มพฤติกรรมใหม่

ระดับที่ 4 (คะแนน ≥ 72.5) หมายถึง บุคคลสามารถปรับตัวแสดงพฤติกรรมใหม่แต่ไม่สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นเมื่อเผชิญความเครียดหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความแตกฉานทางสุขภาพ

ความแตกฉานทางสุขภาพผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความแตกฉานทางสุขภาพ (Health literacy Questionnaires) ที่พัฒนาโดย จเร วิชาไทย และคณะ (2557) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินทักษะความสามารถทางด้านสติปัญญาและทักษะทางสังคมในการประยุกต์ วิเคราะห์ ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้จากการอ่าน การเขียน การฟัง ไปใช้ในการดูแลสุขภาพตน มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha Coefficient) ของแต่ละด้านอยู่ในช่วง 0.76-0.9 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ โดยวัดในปัจจุบัน ดังนี้

- 1.1 การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9, 17, 23, 24
- 1.2 ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13, 16, 20, 22, 28
- 1.3 ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 7, 12
- 1.4 ครอบครัวยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8, 15, 19, 25
- 1.5 ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 11, 14, 27
- 1.6 การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 10, 21, 26
- 1.7 ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 5, 18, 29

รวมข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 11 ระดับ ซึ่งมีการอธิบายความหมายของคำตอบแต่ละข้อดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความแตกฉานทางสุขภาพ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง 0 มีค่าคะแนนเท่ากับ 0

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง 10 มีค่าคะแนนเท่ากับ 10

การแปลผลคะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ หมายถึง มีความแตกฉานทางสุขภาพต่ำ

ผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง มีความแตกฉานทางสุขภาพสูง

ในแต่ละมิติมีระดับคะแนนคือ 0-10 คะแนน โดยมีคะแนนรวมของชุดคำถามคือ 10 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงขึ้น หมายถึง มีความแตกฉานทางสุขภาพในการค้นหา การอ่าน เขียน การทำความเข้าใจและนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มากกว่า

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

การประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง Consultation Care Measure (CCM) ที่พัฒนาโดย Little และคณะ (2001) ตามหลักแนวคิดการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ Stewart และคณะ (1995) เนื่องจากแบบประเมินมีความครอบคลุมองค์ประกอบหลักของแนวคิดการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเข้าถึงปัญหาผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์และการให้ความกระจ่างเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย การสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การส่งเสริมสุขภาพ การติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ แบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง Consultation Care Measure (CCM) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ด้านการให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย (0.84); การสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย (0.89); การติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ (0.96); สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (0.89); การส่งเสริมสุขภาพ (0.87) (Little et al., 2001) แบบสอบถามได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย สิรินันท์ ชูเชิด (สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ, 2559) และ ธิมาภรณ์ ชื้อตรง (ธิมาภรณ์ ชื้อตรง และคณะ, 2559) นำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.90, 1.00 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือซึ่งคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.97 และ 0.87 ตามลำดับ แบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง Consultation Care Measure (CCM) ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ คือ

1. ด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ (Communication and partnership) จำนวน 11 ข้อ (ข้อ 1, 3, 5, 7, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 20)
2. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Personal relationship) จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 2, 12, 21)
3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) จำนวน 2 ข้อ (ข้อ 8, 18)
4. ด้านการให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย (Positive and clear approach to problem) จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 6, 13, 19)

5. ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย (Interest in effect on life)

จำนวน 2 ข้อ (ข้อ 4, 9)

ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 7 ระดับ ซึ่งมีการอธิบายความหมายของคำตอบแต่ละข้อดังนี้

ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงมากที่สุด
ไม่เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริง
เฉยๆ	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบว่าไม่ใช่ไม่เห็นด้วยและไม่ใช่เห็นด้วย
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงมาก
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบตรงความจริงมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

การรับรู้การได้รับการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (คะแนน)

ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	1
ไม่เห็นด้วยมาก	2
ไม่เห็นด้วย	3
เฉยๆ	4
เห็นด้วย	5
เห็นด้วยมาก	6
เห็นด้วยมากที่สุด	7

การแปลผลคะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่ำ

ผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสูง

ในแต่ละมิติมีระดับคะแนน 1-7 คะแนน โดยมีคะแนนรวมของชุดคำถามคือ 7 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงขึ้นหมายถึง การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มากกว่า

ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่

การประเมินภาวะการทำหน้าที่ ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Japanese Orthopedic Association score (JOA score) พัฒนาโดย Japanese Orthopedic Association ในปี ค.ศ. 1996 เพื่อใช้ประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (Japanese Orthopedic Association, 1996 cited in Osawa, Ogura, Hayashida, Mori, & Hase, 2003) แบบประเมินมีความน่าเชื่อถือและความตรง (Cronbach's alpha coefficients) อยู่ในระดับสูงก่อนและหลังผ่าตัด เท่ากับ 0.67 และ 0.81 ตามลำดับ เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นที่สามารถใช้ในการประเมินภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวได้ (Azimi, Mohammadi, & Montazeri, 2012) เป็นการประเมินด้านอาการ อาการทางคลินิก การจำกัดกิจกรรมและการทำงานของระบบปัสสาวะ แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบสอบถามที่ประเมินโดยผู้วิจัยเป็นการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยร่วมกับการตรวจร่างกายในเรื่องการสูญเสียการรับรู้ ความรู้สึกทางระบบประสาท กำลังของกล้ามเนื้อและการตรวจ straight leg raising โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากผู้พัฒนาเครื่องมือ แบบประเมิน JOA score เป็นเครื่องมือมาตรฐานได้มีการนำมาใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในประเทศไทยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87 (พัชรี บุตรแสนโคตร, อรพรรณ โตสิงห์, วัลย์ลดา จันทน์เรืองวิชัย, และ ชลเวช ชวศิริ, 2559) ข้อคำถามมีทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วยมิติหลัก 4 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 ด้านอาการ (Symptoms) ได้แก่ อาการปวดหลัง อาการปวดขา ความสามารถในการเดิน ได้จากการสอบถามโดยให้คะแนนแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2, 3

มิติที่ 2 อาการทางคลินิก (Clinical signs) เป็นการทดสอบการทำงานของอวัยวะที่ถูกควบคุมโดยเส้นประสาทไขสันหลังระดับเอว ได้แก่ การทดสอบ straight -leg raising test, sensory disturbance และ motor disturbance ได้จากการตรวจร่างกาย ให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2

มิติที่ 3 การจำกัดกิจกรรม (Restriction in activities) เป็นการประเมินความสามารถในการพลิกตะแคงตัว การยืน การเดิน การทำความสะอาดร่างกาย การนั่งใน 1 ชั่วโมง การยกของ ได้จากการสอบถามให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2

มิติที่ 4 การทำงานของระบบปัสสาวะ (Urinary bladder function) ได้จากการสอบถามคะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็น 0, -3, -6

โดยอธิบายความหมายของการประเมินไว้ดังนี้

มิติที่ 1 ข้อ 1-2 อาการปวดหลังและอาการปวดขา

ไม่ปวด	หมายถึง ไม่มีอาการปวด มีคะแนนความปวดเท่ากับ 0
อาการปวดเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	หมายถึง มีอาการปวดโดยมีคะแนนความปวด ≤ 3 คะแนน อาการ 1-2 ครั้ง/วัน
อาการปวดเล็กน้อยและบ่อยครั้ง	หมายถึง มีอาการปวดโดยมีคะแนนความปวด ≤ 3 คะแนน อาการ ≥ 3 ครั้ง/วัน
อาการปวดมาก/รุนแรงเป็นบางครั้ง	หมายถึง มีอาการปวดโดยมีคะแนนความปวด ≥ 3 คะแนน อาการ 1-2 ครั้ง/วัน
อาการปวดมาก/รุนแรงและบ่อยครั้ง	หมายถึง มีอาการปวดโดยมีคะแนนความปวด ≥ 3 คะแนน อาการ ≥ 3 ครั้ง/วัน
อาการปวดมาก/รุนแรงตลอดเวลา	หมายถึง มีอาการปวดโดยมีคะแนนความปวด ≥ 3 ตลอดเวลา

เกณฑ์การให้คะแนน

การประเมิน	คะแนน
ไม่ปวด	3
อาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	2
อาการน้อยและบ่อยครั้ง	1
อาการมาก/รุนแรงเป็นบางครั้ง	1
อาการมาก/รุนแรงและบ่อยครั้ง	0
อาการมาก/รุนแรงตลอดเวลา	0

มิติที่ 1 ข้อ 3 ประเมินความสามารถในการเดิน

ปกติ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถเดินได้ปกติโดยไม่มีอาการปวด/เสียว/กล้ามเนื้ออ่อนแรง ให้ 3 คะแนน

เดินได้มากกว่า 500 เมตรถึงแม้จะมีอาการปวด หมายถึง ผู้ป่วยสามารถเดินได้ระยะทางไกลมากกว่า 500 เมตร แม้ว่าจะมีอาการปวด/เสียว/กล้ามเนื้ออ่อนแรง ให้ 2 คะแนน

ไม่สามารถเดินได้มากกว่า 500 เมตร เนื่องจากมีอาการปวด หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ไกลเกิน 500 เมตรเนื่องจากมีอาการปวด/เสียว/กล้ามเนื้ออ่อนแรงขณะเดินให้ 1 คะแนน

ไม่สามารถเดินได้มากกว่า 100 เมตร เนื่องจากมีอาการปวด หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้มากกว่า 100 เมตร เนื่องจากมีอาการปวด/เสียว/กล้ามเนื้ออ่อนแรงขณะเดิน ให้ 0 คะแนน

มิติที่ 2 ข้อ 4-6

ข้อ 4 การยกขาขึ้นในท่าเขยิบตรงจากท่านอนราบ/นั่งเก้าอี้ (straight -leg raising test)

ปกติ (≥ 70 องศา) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถยกขาขึ้นตรงๆ ได้ทำมุมกับเก้าอี้/เตียงได้ $\geq$

70 องศาโดยไม่มีอาการปวด/เสียวขา

30-70 องศา หมายถึง ผู้ป่วยสามารถยกขาขึ้นตรงๆ ได้ทำมุมกับเก้าอี้/เตียงได้ระหว่าง 30-70 องศา

น้อยกว่า 30 องศา หมายถึง ผู้ป่วยสามารถยกขาขึ้นตรงๆ ได้ทำมุมกับเก้าอี้/เตียงได้น้อยกว่า 30

เกณฑ์การให้คะแนน

การประเมิน	คะแนน
------------	-------

ปกติ	2
------	---

30-70 องศา	1
------------	---

น้อยกว่า 30 องศา	0
------------------	---

ข้อ 5 การสูญเสียการรับรู้ทางระบบประสาท โดยการใช้สำลีสัมผัสบริเวณหน้าแข้งและหลังเท้าให้ผู้ป่วยปิดตาและบอกตำแหน่งที่ถูกสัมผัส

ไม่สูญเสีย หมายถึง สามารถบอกตำแหน่งที่ถูกสัมผัสได้ถูกต้องทุกจุด

สูญเสียเล็กน้อย หมายถึง สามารถบอกตำแหน่งที่ถูกสัมผัสได้บางจุด

สูญเสียอย่างชัดเจน หมายถึง ไม่สามารถบอกตำแหน่งที่ถูกสัมผัสได้เลย

เกณฑ์การให้คะแนน

การประเมิน	คะแนน
------------	-------

ไม่สูญเสีย	2
------------	---

สูญเสียเล็กน้อย	1
-----------------	---

สูญเสียอย่างชัดเจน	0
--------------------	---

ข้อ 6 การสูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อ โดยการเคลื่อนไหวขาในแนวราบ, ด้านแรงโน้มถ่วง, ด้านแรงผู้ตรวจ

ปกติ	หมายถึง	ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวขาแนวราบได้เต็มที่ ด้านแรงโน้มถ่วงได้และด้านแรงผู้ตรวจได้เต็มที่
อ่อนแรงเล็กน้อย	หมายถึง	ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวขาแนวราบได้เต็มที่ ด้านแรงโน้มถ่วงได้และด้านแรงผู้ตรวจได้บ้าง
อ่อนแรงอย่างชัดเจน	หมายถึง	ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวขาแนวราบได้เต็มที่ แต่ไม่สามารถด้านแรงโน้มถ่วงได้ หรือไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

การประเมิน คะแนน

ปกติ 2

อ่อนแรงเล็กน้อย 1

อ่อนแรงอย่างชัดเจน 0

มิติที่ 3 ข้อ 7-12 เป็นการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม

ไม่จำกัด	หมายถึง	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมตามข้อความนั้นได้เองทั้งหมดโดยไม่มีคนช่วย
จำกัดปานกลาง	หมายถึง	ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมตามข้อความนั้นได้แต่ต้องมีคนช่วย
จำกัดมาก	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมตามข้อความนั้นได้เลย

ข้อ 13 ความสามารถขณะเดิน

ไม่จำกัด	หมายถึง	ผู้ป่วยสามารถเดินได้ปกติโดยไม่ต้องใช้คนหรืออุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน
จำกัดปานกลาง	หมายถึง	ผู้ป่วยสามารถเดินได้แต่ต้องใช้คนหรืออุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน
จำกัดมาก	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้เลย

เกณฑ์การให้คะแนน

การประเมิน คะแนน

ไม่จำกัด 2

จำกัดปานกลาง 1

จำกัดมาก 0

มิติที่ 4 การทำงานของระบบปัสสาวะ

ปกติ หมายถึง สามารถขับถ่ายปัสสาวะหรือกลั้นปัสสาวะได้เป็นปกติ

ปัสสาวะลำบากเล็กน้อย หมายถึง ไม่สามารถกลั้นได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) หรือต้องเบ่งขณะปัสสาวะจึงจะปัสสาวะได้

ปัสสาวะลำบากรุนแรง หมายถึง ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้เลยหรือปัสสาวะเองไม่ได้

เกณฑ์การให้คะแนน

การประเมิน คะแนน

ปกติ 0

ปัสสาวะลำบากเล็กน้อย -3

ปัสสาวะลำบากรุนแรง -6

คะแนนต่ำสุดคือ -6 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 29 คะแนน แปลผลโดยค่าคะแนนสูงหมายถึงมีภาวะการทำหน้าที่ทางร่างกายที่ดีกว่า

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ความตรงทางด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต Assessment of Quality of Life (AQoL-8D) และแบบประเมินความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย (Patient Health Engagement Scale: PHE-scale) เป็นเครื่องมือมาตรฐานนำมาใช้ในงานวิจัยต่างๆ มีความตรงตามเนื้อหา แบบสอบถาม 2 ฉบับข้างต้นซึ่งยังไม่มีฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือและขออนุญาตแปลเป็นภาษาไทยจากผู้พัฒนาเครื่องมือโดยใช้กระบวนการแปลแบบย้อนกลับ (Back translation) ของ Brislin (1970) ดังนี้

1. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต Assessment of Quality of Life (AQoL-8D) ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา 1 ท่านแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย, แบบประเมินความรับผิดชอบต่อ

ผู้ป่วย (Patient Health Engagement Scale: PHE-scale) ผู้วิจัยและผู้วิจัยอีก 3 ท่านที่ใช้เครื่องมือนี้ แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต Assessment of Quality of Life (AQoL-8D), แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย (Patient Health Engagement Scale: PHE-scale) ให้ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันภาษา 1 ท่าน ทั้งหมดไม่เคยอ่านต้นฉบับภาษาอังกฤษมาก่อนแปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ แปลเครื่องมือในขั้นตอน 1 กลับเป็นภาษาอังกฤษ (back-translation)

3. ตรวจสอบความสอดคล้องของความหมายของเครื่องมือที่แปลกลับในข้อ 2 กับเครื่องมือจากต้นฉบับโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้งแบบสอบถามคุณภาพชีวิต Assessment of Quality of Life (AQoL-8D), แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย (Patient Health Engagement Scale: PHE-scale) จากนั้นส่งแบบสอบถามคุณภาพชีวิต Assessment of Quality of Life (AQoL-8D) และแบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย (Patient Health Engagement Scale: PHE-scale) ให้ผู้พัฒนาเครื่องมือตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

4. จากนั้นนำแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมกระดูกสันหลัง	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาล	3	ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกสันหลัง	1	ท่าน

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องของนิยามเครื่องมือ ความเข้าใจของข้อคำถาม ความชัดเจนของภาษา พร้อมทั้งข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นในการปรับปรุงแก้ไข นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป (Davis, 1992) อ้างอิงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2553)

1. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต Assessment of Quality of Life (AQoL-8D) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ในด้านความสอดคล้องของนิยามเครื่องมือเท่ากับ 0.99 ด้านความเข้าใจของข้อคำถามเท่ากับ 0.98 ด้านความชัดเจนของภาษาเท่ากับ 0.86 ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจนของภาษาอีกครั้ง หลังการปรับปรุงแก้ไข ความชัดเจนของภาษามีค่าเท่ากับ 0.89

2. แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย Patient Health Engagement Scale (PHE-scale) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ในด้านความสอดคล้องของนิยามเครื่องมือเท่ากับ 1.00 ด้านความเข้าใจของข้อคำถามเท่ากับ 0.88 ด้านความชัดเจนของภาษาเท่ากับ 0.80 ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจนของภาษาอีกครั้ง หลังการปรับปรุงแก้ไขความชัดเจนของภาษา มีค่าเท่ากับ 0.88

แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ Japanese Orthopedic Association (JOA score) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเองถูกนำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในประเทศไทยแล้ว (พัชรีย์ บุตรแสนโคตร และคณะ, 2559) ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) สำหรับแบบประเมินความรู้ความเข้าใจ (GP-COG), แบบสอบถามความแตกฉานทางสุขภาพ (Health literacy Questionnaires), แบบสอบถามการแสดงออกในการดูแลจัดการภาวะสุขภาพตนเอง, แบบสอบถามการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็นแบบสอบถามภาษาไทย เป็นเครื่องมือมาตรฐาน มีความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เช่นกัน

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้วัดเป็นเครื่องมือมาตรฐานผู้วิจัยจึงดำเนินการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามทั้ง 6 ฉบับ ได้แก่

2.1 แบบสอบถาม Assessment of Quality of Life (AQoL-8D)

2.2 แบบวัด Patient Health Engagement Scale (PHE-scale)

2.3 แบบสอบถาม Patient Activation Measure (PAM 13)

2.4 แบบสอบถามความแตกฉานทางสุขภาพ

2.5 แบบสอบถาม Consultation Care Measure (CCM)

2.6 แบบประเมิน Japanese Orthopedic Association (JOA score)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ที่มีลักษณะเฉพาะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ณ หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ (ห้องเฟือกสยามินทร์ 104) โรงพยาบาลศิริราช ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 (Burns & Grove, 2010)

3.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการกำหนดขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขั้นเตรียม

1.1 ผู้วิจัยได้ปกป้องและพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุมัติในการเก็บข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขออนุญาตรองคณบดีฝ่ายสารสนเทศในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยในระบบ e-HIS ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลติดต่อประสานงานกับหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในสถานที่เก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ (ห้องผ่าตัดสยามินทร์ 104) โรงพยาบาลศิริราช ในวันทำการวันจันทร์ถึงวันศุกร์เวลา 7.00-15.00 น.

2.1 ก่อนเก็บข้อมูล 1 วัน ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยตรวจในการสำรวจรายชื่อและคัดกรองผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะติดตามผลลัพธ์การรักษาหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวภายใน 3-6 เดือนตามเกณฑ์ที่กำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Excel (Kim & Shin, 2014) ตามกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีโอกาสและสิทธิเท่าเทียมกันในการเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย

2.2 วันเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยตรวจ แนะนำผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทราบ แจ้งผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบและชี้แจงโครงการ ทั้งนี้ผู้วิจัยจัดสถานที่โดยมีโต๊ะเก้าอี้ที่นั่งให้ผู้วิจัยและผู้ป่วยในการสัมภาษณ์และกรอกแบบสอบถามแยกออกจากสถานที่รอเรียกตรวจแต่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นและได้ยินการเรียกชื่อเข้าห้องตรวจ สถานที่เป็นส่วน อาภาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ ระหว่างการตอบแบบสอบถาม

2.3 ต่อจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ที่มาตรวจติดตามหลังการผ่าตัด ที่ได้รับการสุ่มเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่สะดวกและไม่เป็นอุปสรรคในการพบแพทย์และการรับบริการจากเจ้าหน้าที่ในการตรวจรักษา ผู้วิจัยแนะนำตนเองพูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล/ญาติ ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย สิทธิของผู้ป่วย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของงานวิจัยและการรบกวนเวลาของผู้ป่วย โดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมไม่มีการบังคับการตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น ขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยด้วยการตอบแบบสอบถามและขออนุญาตให้เพิ่มประวัติเพื่อเก็บข้อมูล แจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยตามรายละเอียดในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แต่หากผู้ป่วยไม่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะอธิบายการไม่เข้าร่วมว่าจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวผู้ป่วย ต่อการบริการหรือแผนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในอนาคต ทั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในการตัดสินใจเป็นหลัก เมื่อผู้ป่วยยินดียินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการ ดังนี้

1) เมื่อผู้ป่วยยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอม (Informed consent form) และขออนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยและเวชระเบียน

2) ในกรณีที่ผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะทดสอบความรู้ความเข้าใจโดยใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ GP-COG (ฉบับภาษาไทย) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและสอบถามเองตามเกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง หากผู้ป่วยคนใดไม่ผ่านการประเมินผู้วิจัยจะอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเหตุผลของการไม่ได้เข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งจดบันทึกจำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแต่ไม่ผ่านการประเมินความรู้ความเข้าใจ พร้อมทั้งแจ้งพยาบาลประจำหน่วยและแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

2.4 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการให้แบบสอบถามกับผู้เข้าร่วมวิจัย ที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้เป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง พร้อมอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ ผู้วิจัยจะอยู่ใกล้ๆคอยให้ข้อมูลเมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการหรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ หรือมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจะอ่านให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบคำถาม พร้อมกับลงบันทึกในแบบสอบถามให้ ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะประเมินอาการกลุ่มตัวอย่างก่อน จากนั้นจะให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือหากผู้ป่วยมีอาการปวดหรือความไม่สบาย โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลของหน่วยงาน โดยระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะติดต่อประสานกับเจ้าหน้าที่โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเมื่อถึงเวลาเข้ารับการตรวจเพื่อความสะดวกและความสบายใจของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยแบบสอบถามเป็นการสอบถามถึงประสบการณ์ในด้านต่างๆของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 139 ข้อ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลคนละประมาณ 60 นาที แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ จำนวน 22 ข้อ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบคำถามในข้อ 1-16

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต จำนวน 35 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการแสดงออกในการดูแลจัดการภาวะสุขภาพตนเอง จำนวน 13 ข้อ

จากนั้นผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยหยุดพักเป็นเวลา 10 นาที เพื่อให้ผ่อนคลายไม่เหนื่อยล้าจนเกินไปหรือหากผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการพักเมื่อใดก็สามารถทำได้ หรือหากไม่ต้องการจะหยุดพักยินดีที่จะตอบแบบสอบถามต่อเนื่องจนครบก็สามารถทำได้ตามความต้องการของผู้เข้าร่วมวิจัย หลังหยุดพักเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยพร้อมจึงจะให้ตอบแบบสอบถามต่อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความแตกฉานทางสุขภาพ จำนวน 29 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ จำนวน 14 ข้อ

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล จากการสอบถามจากผู้ป่วยและตรวจร่างกายผู้ป่วยในเรื่องการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกทางระบบประสาท กำลังของกล้ามเนื้อและการตรวจ straight leg raising

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เรียงลำดับความยากง่าย จำนวนข้อคำถามสลับมาก-น้อย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสนใจและใส่ใจอยู่กับการตอบแบบสอบถาม ไม่เกิดความเบื่อหน่ายหรือเหนื่อยล้าในการตอบแบบสอบถาม ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลบางส่วนผู้วิจัยจะเก็บจากแฟ้มประวัติ เวชระเบียนผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลหลังจากที่ผู้เข้าร่วมวิจัยอนุญาตและเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ในการตอบแบบสอบถามหากผู้วิจัยอ่านแล้วไม่เข้าใจคำถามสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ในทันทีโดยตรง

2.5 หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืนพร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล หากผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามไม่ครบ ผู้วิจัยจะแจ้งรายละเอียดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ โดยหากผู้เข้าร่วมการวิจัยปฏิเสธหรือยืนยันไม่ต้องการตอบคำถามนั้นผู้วิจัยจะไม่บังคับหรือโน้มน้าวให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามและจะยุติการเก็บข้อมูลทันที แต่หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีจะตอบคำถามเพิ่มเติมผู้วิจัยจะส่งแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบในข้อที่ไม่สมบูรณ์ให้เรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ซักถาม ภายหลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยจะสังเกตอาการผู้เข้าร่วม

วิจัยต่ออีกประมาณ 10 นาที หากไม่พบอาการผิดปกติ จึงสิ้นสุดการเก็บข้อมูล จากนั้นกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

2.6 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ข้อ 17-22 จากแฟ้มเวชระเบียน ประวัติของผู้ป่วย

2.7 เมื่อผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนแล้ว จึงนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป ซึ่งจะนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม

3.7 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยและจรรยาบรรณนักวิจัย พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย ให้ความเคารพในความเป็นบุคคล (Respect for human dignity) เคารพในสิทธิมนุษยชนและคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุมัติภายหลังได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะแนะนำตนเองกับผู้เข้าร่วมวิจัยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการดำเนินการวิจัยโดยสังเขป ขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ข้อมูลทั้งหมดจะไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-สกุล ประวัติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้รหัสในการระบุแทนชื่อ-สกุล ส่วนของคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างของผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอแบบภาพรวมของกลุ่มประชากร

ในด้านความเสี่ยงจากการวิจัย (Risk) การวิจัยครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใดๆแก่กลุ่มตัวอย่าง แต่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียเวลาบ้างในการเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากจำนวนข้อคำถามค่อนข้างมาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว 3 ถึง 6 เดือน อาจยังมีการข้างเคียงจากการรักษาทำให้มีความไม่สบายหรืออาการไม่พึงประสงค์ ดังนั้นก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะประเมินกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจะให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือหากผู้ป่วยมีอาการ โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลของหน่วยงาน หากผู้ป่วยรายใดจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยจะแจ้งให้พยาบาลประจำหน่วยงานและแพทย์เจ้าของไข้ทราบ กรณีผู้ป่วยมีความไม่สบายเนื่องจากเหนื่อยล้าแต่มีความสมัครใจในการให้ข้อมูลหากมีอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยหยุดพักและถามความสมัครใจผู้ป่วยว่าต้องการเก็บข้อมูลต่อหรือไม่ และสามารถ

ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเวลาก่อนเสร็จสิ้นการวิจัย เมื่อถอนตัวออกจากการวิจัยข้อมูลจะไม่ถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์และไม่ถูกนำเสนอที่ใดรวมทั้งทำลายข้อมูลทันทีและไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆกับการรักษาของผู้เข้าร่วมวิจัย ภายหลังตอบแบบสอบถามเสร็จจะส่งเอกสารผู้ป่วยต่ออีกประมาณ 10 นาที หากไม่พบอาการผิดปกติจึงสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผลประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย (Beneficence) ครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์โดยภาพรวมในอนาคตกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามข้อมูล ข้อสงสัย ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และหากผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการทราบผลการวิจัย ผู้วิจัยยินดีให้ทราบรายละเอียดตามที่ต้องการและผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแสดงความคิดเห็นกับผู้วิจัยได้ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือเจตนา เข้าร่วมการวิจัยแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเขียนชื่อได้ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขวาทนการเขียนลงชื่อ และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านและเขียนได้ ผู้วิจัยจะให้พยานซึ่งเป็นผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ อ่านข้อความชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและหนังสือเจตนายินยอม เข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน จากนั้นจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและแบบประเมินทั้งหมดจากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สิทธิการรักษา ความเพียงพอของรายได้ ผู้อยู่อาศัยกับผู้ป่วย ผู้ดูแลยาเจ็บป่วย การสูบบุหรี่ การดูแลตนเองหลังการผ่าตัด ความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ รายได้ของผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว จำนวนปลีองกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด (Level) ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ระยะเวลาตรวจติดตามหลังการผ่าตัด ดัชนีมวลกาย โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด แจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์ตัวแปรทั้งหมดได้แก่ ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางและ

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว นำเสนอเป็น ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าที่เป็นไปได้ ค่าตามจริง พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิต โดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression analysis) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์มีลักษณะตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

ข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติถดถอยพหุ (Multiple linear regression) (Plichta & Kelvin, 2013) ประกอบด้วย (ดังแสดงไว้ในภาคผนวก ซ)

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีมาตรวัดเป็น Interval ขึ้นไป
2. Normality ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov หากค่าในตาราง One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติหมายความว่าข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ
3. Linearity ตัวแปรต้นกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง ซึ่งพิจารณาได้จากลักษณะการกระจายของข้อมูลในแผนภาพการกระจาย (Scatter Plot) โดยมีลักษณะเป็นเส้นตรง
4. ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันสูง (Multicollinearity) โดยค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไม่ควรมีค่ามากกว่า 0.65 (Burns & Grove, 1997) อ้างอิงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2553)
5. ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์
 - มีการแจกแจงแบบปกติ (Assumption of Normality)
 - ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ พิจารณาจากค่า Standard Predicted Value และค่า Standard Residual มีค่าเท่ากับศูนย์
 - มีความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) หมายถึง ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามแกน X และตัวแปรตามมาตรฐานแกน Y จะพบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์กระจายบริเวณค่าศูนย์
 - มีความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson อยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาอำนาจการร่วมทำนาย (Predictive study design) ของภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจติดตามการรักษาหลังการผ่าตัด 3 ถึง 6 เดือน ณ หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 116 ราย กลุ่มตัวอย่างไม่มีการปฏิเสธหรือหยุดการเข้าร่วมงานวิจัยกลางคัน (drop out) ผู้วิจัยคัดกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลผิดปกติ (outliers) ออกจากงานวิจัยจำนวน 6 ราย เหลือกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยทั้งสิ้น 110 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิจัยโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์อำนาจการร่วมทำนายของปัจจัย ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ทั้งหมด 110 ราย พบว่าเป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 70.9 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 35.5 กลุ่มตัวอย่มีอายุเฉลี่ย 58.80 ปี (SD = 13.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 67.3 ซึ่งมีมากกว่า 1 โรคถึงร้อยละ 51.3 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 42.7 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 30.9 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.37 kg/m^2 (SD = 4.69) โดยอยู่ในกลุ่มอ้วนระดับ 1 (BMI = 25-29.9 kg/m^2) มากที่สุดร้อยละ 28.2 รองลงมาคือมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกิน (BMI = 23.3-24.9 kg/m^2) ร้อยละ 26.4 มีสถานภาพสมรสกลุ่มมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60.9 การรักษาครั้งนี้ใช้สิทธิเบิกข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 57.3 รองลงมาคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 20.9 คิดเป็นร้อยละ 26.4 ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 42.7 รองลงมาคือระดับปริญญาตรีร้อยละ 26.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงคืออาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจร้อยละ 17.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้น้อย ($\leq 10,000$ บาทต่อเดือน) ร้อยละ 56.4 (Mean = 15,810 บาท, SD = 19,454) รายได้ของครอบครัวรวมกันเฉลี่ย 53,090 บาทต่อเดือน (SD = 86,497) ส่วนมากมีรายได้พอใช้และมีเหลือเก็บร้อยละ 55.5 โดยกลุ่มตัวอย่างจะอาศัยอยู่กับบุตรมากที่สุดร้อยละ 61.8 ในยามเจ็บป่วยบุตรจะเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยร้อยละ 55.4 กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดในด้านการบริหารกล้ามเนื้อหลัง/การออกกำลังกาย ร้อยละ 90, ด้านท่าทางการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องร้อยละ 91.8 การปฏิบัติตามคำแนะนำของกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนไม่สม่ำเสมอทั้งด้านการบริหารกล้ามเนื้อหลัง/การออกกำลังกายและท่าทางการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องถึงร้อยละ 52.7, 40.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.6 มีความมั่นใจในการดูแลตนเองมาก รองลงมาคือมั่นใจในตนเองปานกลางร้อยละ 38.2 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	29.1
หญิง	78	70.9
อายุ (ปี) (Mean = 58.80, SD = 13.00, Min = 20, Max = 88)		
20-29	7	6.4
30-39	4	3.6
40-49	10	9.1
50-59	30	27.3
60-69	39	35.5
70-79	17	15.5
≥ 80	3	2.7
โรคประจำตัว*		
ไม่มีโรคประจำตัว	36	32.7
มีโรคประจำตัว	74	67.3
- มีโรคประจำตัว 1 โรค	36	48.6
- มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค	38	51.3
-เบาหวาน	18	16.4
-ความดันโลหิตสูง	47	42.7
-ไขมันในเลือดสูง	34	30.9
-หลอดเลือดสมอง	4	3.6
-เกาต์	6	5.5
-หอบหืด	5	4.5
-อื่นๆเช่น โรคหัวใจ, ต่อมลูกหมากโต,	18	16.3
ธัยรอยด์, นิ่ว, ภูมิแพ้		

*กลุ่มตัวอย่างบางรายมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

ตารางที่ 4.1 ความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย ** (kg/m²) (Mean = 25.37, SD = 4.69, Min = 15.52, Max = 45.33)		
< 18.5 (น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน)	5	4.5
18.5-22.9 (ปกติ)	28	25.5
23-24.9 (น้ำหนักเกิน)	29	26.4
25-29.9 (อ้วนระดับ 1)	31	28.2
≥ 30 (อ้วนระดับ 2)	17	15.5
สถานภาพสมรส		
โสด	15	13.6
คู่	67	60.9
หม้าย	21	19.1
หย่า/แยกกันอยู่	7	6.4
สิทธิการรักษา		
ชำระเงินเอง	14	12.7
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	23	20.9
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	63	57.3
ประกันสังคม	10	9.1
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	3.6
ประถมศึกษา	47	42.7
มัธยมศึกษา	18	16.4
ปวช.	5	4.5
ปวส.	3	2.7
อนุปริญญา	1	0.9
ปริญญาตรี	29	26.4
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.7

** กรมอนามัย 2543, Asia-Pacific guidelines

ตารางที่ 4.1 ความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	60	54.5
เกษตรกรรวม	8	7.3
รับจ้าง	13	11.8
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	10	9.1
รับราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	19	17.3
รายได้ของผู้ป่วย (บาท/เดือน) (Mean = 15,810, SD = 19,454, Min = 0, Max = 103,000)		
≤ 10,000	62	56.4
10,001-20,000	19	17.3
20,001-30,000	16	14.5
30,001-40,000	5	4.5
40,001-50,000	3	2.7
≥ 50,001	5	4.5
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)		
(Mean = 53,090, SD = 86,497, Min = 1,000, Max = 800,000)		
≤ 10,000	15	13.6
10,001-20,000	17	15.5
20,001-30,000	25	22.7
30,001-40,000	17	15.5
40,001-50,000	13	11.8
≥ 50,001	23	20.9
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย		
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	10	9.1
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	13	11.8
พอใช้ ไม่มีเหลือเก็บ	26	23.6
พอใช้ มีเหลือเก็บ	61	55.5

ตารางที่ 4.1 ความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้อาศัยอยู่กับผู้ป่วย*		
ไม่มี/อยู่คนเดียว	12	10.9
บิดา/มารดา	17	15.4
สามี/ภรรยา	62	56.3
บุตร	68	61.8
ญาติ (พี่, น้อง, ลุง, ป้า, น้า, อา)	45	40.9
ผู้ดูแลที่จ้างมา	2	1.8
ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยยามเจ็บป่วย**		
ไม่มี/อยู่คนเดียว	12	10.9
บิดา/มารดา	10	9
สามี/ภรรยา	43	39
บุตร	61	55.4
ญาติ (พี่, น้อง, ลุง, ป้า, น้า, อา)	17	15.4
ผู้ดูแลที่จ้างมา	4	3.6
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคย	99	90
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกไปแล้ว	9	8.2
เคยสูบและปัจจุบันยังสูบอยู่	2	1.8
การได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว		
การบริหารกล้ามเนื้อหลัง/การออกกำลังกาย		
-ไม่ได้รับ	10	9.1
-ได้รับ	100	90.9
ทำทาง/การเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง		
-ไม่ได้รับ	9	8.2
-ได้รับ	101	91.8

*กลุ่มตัวอย่างบางรายมีผู้อาศัยร่วมกันหลายคน **มีผู้รับผิดชอบดูแลยามเจ็บป่วยหลายคน

ตารางที่ 4.1 ความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (ต่อ)		
การพักผ่อน/นอนหลับ		
-ไม่ได้รับ	49	44.5
-ได้รับ	61	55.5
อาหาร		
-ไม่ได้รับ	52	47.3
-ได้รับ	58	52.7
การรับประทานยา		
-ไม่ได้รับ	2	1.8
-ได้รับ	109	98.2
การมาตรวจตามนัด		
-ได้รับ	110	100
การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว		
การบริหารกล้ามเนื้อหลัง/การออกกำลังกาย		
-ไม่ปฏิบัติ	4	3.6
-ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	58	52.7
-ปฏิบัติสม่ำเสมอ	48	43.6
ท่าทาง/การเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง		
-ไม่ปฏิบัติ	3	2.7
-ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	45	40.9
-ปฏิบัติสม่ำเสมอ	62	56.4
การพักผ่อน/นอนหลับ		
-ไม่ปฏิบัติ	5	4.5
-ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	61	55.5
-ปฏิบัติสม่ำเสมอ	44	40

ตารางที่ 4.1 ความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (ต่อ)		
อาหาร		
-ไม่ปฏิบัติ	4	3.6
-ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	67	60.9
-ปฏิบัติสม่ำเสมอ	39	35.5
การรับประทานยา		
-ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	4	3.6
-ปฏิบัติสม่ำเสมอ	106	96.4
การมาตรวจตามนัด		
-ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	3	2.7
-ปฏิบัติสม่ำเสมอ	107	97.3
ความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว		
มั่นใจปานกลาง	42	38.2
มั่นใจมาก	48	43.6
มั่นใจอย่างเต็มที่	20	18.2

ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมระดับเอวที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคช่องโพรงกระดูกสันหลังแคบ (Spinal stenosis) มากที่สุดร้อยละ 41.8 รองลงมาคือ โรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท (Herniation disc) และโรคกระดูกสันหลังเคลื่อน (Spondylolisthesis) ร้อยละ 18.2 ระดับที่เกิดพยาธิสภาพมากที่สุดคือ กระดูกสันหลังปล้องที่ 4-5 ร้อยละ 75.5 รองลงมาคือ กระดูกสันหลังปล้องที่ 3-4 ร้อยละ 36.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับการผ่าตัดชนิด Decompressive Laminectomy ร้อยละ 53.6 รองลงมาคือ Posterior Lumbar Interbody Fusion (PLIF) ร้อยละ 38.2 โดยมีจำนวนปล้องกระดูกที่ได้รับการผ่าตัด 1 ระดับร้อยละ 60 รองลงมาคือผ่าตัด 2 ระดับร้อยละ 27.3 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.11 วัน (SD = 3.56) ส่วนใหญ่มาตรวจติดตามหลังการผ่าตัด 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 51.8 (Mean = 3.80, SD = 1.19) ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ (n = 110)

ความเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค*		
Degenerative disc disease	3	2.7
Spinal stenosis	46	41.8
Herniation disc	20	18.2
Spondylolisthesis	20	18.2
Degenerative disc disease with Spinal stenosis	4	3.6
Degenerative disc disease with Spondylolisthesis	1	0.9
Spinal stenosis with Herniation disc	3	2.7
Spinal stenosis with Spondylolisthesis	16	14.5
ระดับกระดูกสันหลังที่เกิดพยาธิสภาพ**		
L2-3	9	8.2
L3-4	40	36.4
L4-5	83	75.5
L5-S1	36	32.7
ชนิดการผ่าตัด***		
Decompressive laminectomy	59	53.6
TLIF	16	14.5
PLIF	49	44.5
XLIF	11	10

*กลุ่มตัวอย่างบางรายได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 โรค

**กลุ่มตัวอย่างบางรายมีพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังมากกว่า 1 ระดับ

***กลุ่มตัวอย่างบางรายได้รับการผ่าตัดมากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ (n = 110) (ต่อ)

ความเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดการผ่าตัด (ต่อ) ***		
ALIF	2	1.8
PDS	22	20
Instrument	28	25.5
Screw	15	13.6
Vertebroplasty	2	1.8
Microdiscectomy	16	14.5
Microdecompression	8	7.3
Bone Graft	8	7.3
จำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด (Level)		
1 ระดับ	66	60
2 ระดับ	30	27.3
3 ระดับ	12	10.9
4 ระดับ	2	1.8
ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล (วัน) (Mean = 7.11, SD = 3.56, Min = 2, Max = 30)		
1-7	77	70
8-14	29	26.4
15-21	3	2.7
≥22	1	0.9
ระยะเวลาการมาตรวจตามนัด (เดือน) (Mean = 3.80, SD = 1.19)		
3	57	51.8
4	24	21.8
5	11	10
6	18	16.4

***กลุ่มตัวอย่างบางรายได้รับการผ่าตัดมากกว่า 1 ชนิด

ส่วนที่ 2 ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกต่างทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงปานกลางถึงมากที่สุด (14-29 คะแนน) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.37 คะแนน (SD = 3.52) ซึ่งอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มิติที่ 1 ด้านอาการแสดงมีคะแนนอยู่ในระดับดี (Mean = 6.42, SD = 1.41) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 64.4 มีอาการปวดหลังเล็กน้อยเป็นบางครั้ง ร้อยละ 50 มีอาการปวดขาหรือปวดเสียวขาเล็กน้อยเป็นบางครั้ง รองลงมา ร้อยละ 38.2 ไม่มีอาการปวดขาและ/หรือปวดเสียวขา โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.6 มีความสามารถในการเดินได้มากกว่า 500 เมตรถึงแม้มีอาการปวดเสียวและหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง รองลงมา ร้อยละ 32.7 มีความสามารถในการเดินเป็นปกติ มิติที่ 2 ด้านอาการทางคลินิกมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (Mean = 4.62, SD = 1.02) จากการทดสอบ Straight leg raising ผู้ป่วยร้อยละ 50.9 สามารถยกขาสูงได้ปกติ รองลงมา ร้อยละ 49.1 สามารถยกขาสูงขณะนอนราบได้ 30-70 องศา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.3 มีการสูญเสียการรับรู้ทางระบบประสาทเล็กน้อยและร้อยละ 74 มีการสูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อเป็นปกติ มิติที่ 3 ด้านการถูกจำกัดกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 10.50, SD = 1.94) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.4 ไม่มีความจำกัดในการเปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัวขณะนอน ร้อยละ 56.4 มีความสามารถในการยืนอยู่ในระดับจำกัดปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 82.7 สามารถทำความสะอาดร่างกายได้ไม่จำกัด ร้อยละ 59.1 มีความสามารถในการโน้มตัวไปข้างหน้าได้ไม่จำกัด ร้อยละ 68 สามารถนั่งได้ประมาณ 1 ชั่วโมงอย่างไม่มีจำกัด ในการยกของหรือถือของหนักกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 72.4 ยังมีความจำกัดปานกลางอยู่และความสามารถขณะเดินส่วนใหญ่ร้อยละ 56.4 ยังมีความจำกัดปานกลาง มิติที่ 4 ด้านการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (Mean = -0.16, SD = 0.68) จากคะแนน (-6)-0 คะแนน แต่ส่วนใหญ่ร้อยละ 94.5 มีการทำงานของทางเดินปัสสาวะปกติ ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการทำหน้าที่ จำแนกตามมิติ (n = 110)

ภาวะการทำหน้าที่หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะการทำหน้าที่ (Range = 14-29, Mean = 21.3, SD = 3.52) จากคะแนนเต็ม 29 คะแนน		
มิติที่ 1 ด้านอาการแสดง (0-9 คะแนน) (Range = 3-9, Mean = 6.42, SD = 1.41)		
1. อาการปวดหลัง (Range = 0-3, Mean = 1.96, SD = 0.60)		
ไม่ปวด (3 คะแนน)	17	15.5
ปวดเล็กน้อยเป็นบางครั้ง (2 คะแนน)	73	66.4
ปวดน้อยบ่อยครั้งหรือปวดมากเป็นบางครั้ง (1 คะแนน)	19	17.3
ปวดมากบ่อยครั้งหรือปวดมากตลอดเวลา (0 คะแนน)	1	0.9
2. อาการปวดขาและ/หรือปวดเสียวขา (Range = 1-3, Mean = 2.26, SD = 0.65)		
ไม่ปวด (3 คะแนน)	42	38.2
มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง (2 คะแนน)	55	50
มีอาการเล็กน้อยบ่อยครั้งหรือรุนแรงเป็นบางครั้ง (1 คะแนน)	13	11.8
มีอาการรุนแรงบ่อยครั้งหรือมีอาการรุนแรงตลอดเวลา (0 คะแนน)	0	0
3. ความสามารถในการเดิน (Range = 1-3, Mean = 2.19, SD = 0.65)		
ปกติ (3 คะแนน)	36	32.7
สามารถเดินได้มากกว่า 500 เมตร ถึงแม้มีอาการปวดเสียวและ/หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง (2 คะแนน)	59	53.6
ไม่สามารถเดินได้มากกว่า 500 เมตร เนื่องจากมีอาการเสียวและ/หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง (1 คะแนน)	15	13.6
ไม่สามารถเดินได้มากกว่า 100 เมตร เนื่องจากมีอาการเสียวและ/หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง (0 คะแนน)	0	0
มิติที่ 2 ด้านอาการทางคลินิก (0-6 คะแนน) (Range = 3-6, Mean = 4.62, SD = 1.02)		
4. Straight leg raising (Includes a tight hamstring) (Range = 1-2, Mean = 1.51, SD = 0.50)		
ปกติ (มากกว่า 70 องศา) (2 คะแนน)	56	50.9
30-70 องศา (1 คะแนน)	54	49.1
น้อยกว่า 30 องศา (0 คะแนน)	0	0

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการทำหน้าที่ จำแนกตามมิติ (n = 110) (ต่อ)

ภาวะการทำหน้าที่หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ
มิติที่ 2 ด้านอาการทางคลินิก (0-6 คะแนน) (Range = 3-6, Mean = 4.62, SD = 1.02) (ต่อ)		
5. การสูญเสียการรับรู้ทางระบบประสาท (Range = 1-2, Mean = 1.43, SD = 0.49)		
ไม่สูญเสีย (2 คะแนน)	47	42.7
สูญเสียเล็กน้อย (1 คะแนน)	63	57.3
สูญเสียอย่างชัดเจน (0 คะแนน)	0	0
6. การสูญเสียของกำลังกล้ามเนื้อ (Range = 1-2, Mean = 1.67, SD = 0.47)		
ปกติ (เกรด 5) (2 คะแนน)	74	67.3
อ่อนแรงเล็กน้อย (เกรด 4) (1 คะแนน)	36	32.7
อ่อนแรงอย่างชัดเจน (เกรด 0-3) (0 คะแนน)	0	0
มิติที่ 3 การถูกจำกัดกิจกรรม (0-14 คะแนน) (Range = 6-14, Mean = 10.50, SD = 1.94)		
7. การเปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัวขณะนอน (Range = 0-2, Mean = 1.75, SD = 0.45)		
ไม่จำกัด (2 คะแนน)	84	76.4
จำกัดปานกลาง (1 คะแนน)	25	22.7
จำกัดมาก (0 คะแนน)	1	0.9
8. ความสามารถในการขึ้น (Range = 1-2, Mean = 1.44, SD = 0.49)		
ไม่จำกัด (2 คะแนน)	48	43.6
จำกัดปานกลาง (1 คะแนน)	62	56.4
จำกัดมาก (0 คะแนน)	0	0
9. การทำความสะอาดร่างกาย (Range = 1-2, Mean = 1.83, SD = 0.38)		
ไม่จำกัด (2 คะแนน)	91	82.7
จำกัดปานกลาง (1 คะแนน)	19	17.3
จำกัดมาก (0 คะแนน)	0	0

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการทำหน้าที่ จำแนกตามมิติ (n = 110) (ต่อ)

ภาวะการทำหน้าที่หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว	จำนวน	ร้อยละ
มิติที่ 3 การถูกจำกัดกิจกรรม (0-14 คะแนน) (Range = 6-14, Mean = 10.50, SD = 1.94) (ต่อ)		
10. การโน้มตัวไปข้างหน้า (Range = 0-2, Mean = 1.57, SD = 0.53)		
ไม่จำกัด (2 คะแนน)	65	59.1
จำกัดปานกลาง (1 คะแนน)	43	39.1
จำกัดมาก (0 คะแนน)	2	1.8
11. การนั่งประมาณ 1 ชั่วโมง (Range = 1-2, Mean = 1.62, SD = 0.48)		
ไม่จำกัด (2 คะแนน)	68	61.8
จำกัดปานกลาง (1 คะแนน)	42	38.2
จำกัดมาก (0 คะแนน)	0	0
12. ความสามารถในการยกหรือถือของหนัก (Range = 0-2, Mean = 0.85, SD = 0.54)		
ไม่จำกัด (2 คะแนน)	7	6.4
จำกัดปานกลาง (1 คะแนน)	80	72.4
จำกัดมาก (0 คะแนน)	23	20.9
13. ความสามารถขณะเดิน (Range = 1-2, Mean = 1.44, SD = 0.49)		
ไม่จำกัด (2 คะแนน)	48	43.6
จำกัดปานกลาง (1 คะแนน)	62	56.4
จำกัดมาก (0 คะแนน)	0	0
มิติที่ 4 การทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ ((-6)-0 คะแนน)		
(Range = (-3)-0, Mean = -1.06, SD = 0.68)		
ปกติ (0 คะแนน)	104	94.5
ปัสสาวะลำบากเล็กน้อย ((-3) คะแนน)	6	5.5
ปัสสาวะลำบากรุนแรง ((-6) คะแนน)	0	0

ความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับสูงโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.02 คะแนน (SD = 1.93) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยความแตกฉานทางสุขภาพด้านครอบคลุมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 9.10, SD = 1.18) รองลงมาคือ

ด้านความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ (Mean = 8.85, SD = 1.11) และด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 6.99, SD = 1.90) ดังแสดงในตาราง 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกฉานทางสุขภาพ จำแนกตามรายด้าน (n = 110)

ความแตกฉานทางสุขภาพ	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าตามจริง		
ความแตกฉานทางสุขภาพโดยรวม	0-10	0-10	8.02	1.93
1. ด้านการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐาน	0-10	2-10	7.97	1.70
2. ด้านความสามารถในการรับบริการสุขภาพ	0-10	0-10	7.52	2.54
3. ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ	0-10	1-10	8.80	1.26
4. ด้านครอบครัวสุขภาพ	0-10	4-10	9.10	1.18
5. ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	0-10	0-10	7.10	1.89
6. ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ	0-10	0-10	6.99	1.90
7. ด้านความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ	0-10	4-10	8.85	1.11

การจัดการตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเฉลี่ย 63.38 คะแนน (SD = 10.50) โดยเป็นการจัดการตนเองในระดับที่ 3 (55.2-72.4 คะแนน) ร้อยละ 57.3 ซึ่งเป็นระดับที่มีการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพตนเองในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการจัดการตนเองของผู้ป่วย (n = 110)

การจัดการตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
			ค่าที่เป็นไปได้	ค่าตามจริง		
การจัดการตนเองโดยรวม			0-100	43.66-90.69	63.38	10.50
ระดับที่ 1	4	3.6	≤ 47	43.66-47.00	45.95	1.24
ระดับที่ 2	18	16.4	47.1-55.1	48.89-53.20	51.03	1.76
ระดับที่ 3	63	57.3	55.2-72.4	55.62-70.15	62.49	5.24
ระดับที่ 4	25	22.7	≥ 72.5	72.53-90.69	75.65	3.23

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยในระดับที่ 3 ร้อยละ 64.5 แสดงถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเฉลี่ย 15.55 คะแนน (SD = 2.42) ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย (n = 110)

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
พิสัย = 10-20 คะแนน, ค่าเฉลี่ย = 15.55, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.42		
ระดับที่ 1	0	0
ระดับที่ 2	12	10.9
ระดับที่ 3	71	64.5
ระดับที่ 4	27	24.5

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางในระดับค่อนข้างสูงโดยมีคะแนนเฉลี่ย 5.93 คะแนน (SD = 0.94) จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน โดยเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าด้านการติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 6.07, SD = 0.88) รองลงมาคือด้านการให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย (Mean = 5.97, SD = 0.95) และด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Mean = 5.95, SD = 0.86)

ส่วนด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean = 5.40, SD = 0.92) ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วย จำแนกตามรายด้าน (n = 110)

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าตามจริง		
การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	1-7	1-7	5.93	0.94
1. ด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ	1-7	3-7	6.07	0.88
2. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	1-7	1-7	5.69	1.03
3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	1-7	3-7	5.95	0.86
4. ด้านการให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย	1-7	3-7	5.97	0.95
5. ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย	1-7	3-7	5.40	0.92

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงโดยมีคะแนนเฉลี่ย 0.75 คะแนน (SD = 0.13) จากคะแนนเต็ม 1 คะแนน โดยพบว่าคุณภาพชีวิตมิติหลักด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ย 0.62 คะแนน (SD = 0.15) เมื่อพิจารณาตามมิติย่อยพบว่า มิติหลักด้านร่างกายในส่วนของมิติด้านการรับรู้ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 0.87, SD = 0.08) และมิติด้านอิสระในการดำเนินชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 0.72, SD = 0.12) ในส่วนของมิติหลักด้านจิตสังคมมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านร่างกายโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 0.44 คะแนน (SD = 0.13) เมื่อพิจารณาตามมิติย่อยของด้านจิตสังคม พบว่ามีดีความสุข มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 0.84, SD = 0.06) รองลงมาคือ มิติความมีคุณค่าในตนเอง (Mean = 0.83, SD = 0.10) และมิติด้านสัมพันธภาพมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 0.69, SD = 0.09) ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วย หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว จำแนกตามมิติ (n = 110)

คุณภาพชีวิต*	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าตามจริง		
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0-1	0.40-0.97	0.75	0.13
1.มิติหลักด้านร่างกาย (Physical)	0-1	0.28-0.90	0.62	0.10
- มิติอิสระในการดำเนินชีวิต (Independent Living)	0-1	0.42-0.94	0.72	0.12
- มิติประสาทสัมผัส (Senses)	0-1	0.59-1.00	0.87	0.08
- มิติความเจ็บปวด (Pain)	0-1	0.21-1.00	0.75	0.20
2.มิติหลักด้านจิตสังคม (Psycho social)	0-1	0.18-0.83	0.44	0.13
- มิติสุขภาพจิต (Mental health)	0-1	0.48-1.00	0.72	0.13
- มิติความสุข (Happiness)	0-1	0.63-0.97	0.84	0.06
- มิติความมีคุณค่าในตนเอง (Self-Worth)	0-1	0.61-1.00	0.82	0.08
- มิติการเผชิญปัญหา (Coping)	0-1	0.52-1.00	0.83	0.10
- มิติสัมพันธภาพ (Relationships)	0-1	0.49-1.00	0.69	0.09

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ของภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว พบว่าปัจจัยทั้ง 5 ตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยปัจจัยภาวะการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ($r = 0.526$, $p = 0.000$) รองลงมาคือ ปัจจัยการจัดการ

ตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ($r = 0.510$, $p = 0.000$) ส่วนปัจจัยความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.402$, $p = 0.000$; $r = 0.321$, $p = 0.001$; $r = 0.320$, $p = 0.001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 110$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1.ภาวะการทำหน้าที่	1.00					
2.ความแตกฉานทางสุขภาพ	0.169	1.00				
3.การจัดการตนเอง	0.443**	0.565**	1.00			
4.ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย	0.201*	0.124	0.360**	1.00		
5.การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	0.199*	0.478**	0.415**	0.129	1.00	
6.คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	0.526**	0.402**	0.510**	0.321**	0.320**	1.00

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุแบบขั้นตอนเดียวของภาวะการทำหน้าที่ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของ ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = 15.578$, $p = 0.000$) มีอำนาจการร่วมทำนายได้ร้อยละ 42.8 ($R = 0.654$, $R^2 = 0.428$) โดยมีปัจจัย ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพของผู้ป่วย ที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\beta = 0.385$, $p = 0.000$; $\beta = 0.209$, $p = 0.032$; $\beta = 0.161$, $p = 0.047$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยการจัดการตนเองและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีน้ำหนักในสมการเพียงเล็กน้อยและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.136$, $p = 0.20$ และ $\beta = 0.066$, $p = 0.44$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 4.10

ตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุของตัวแปรที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ($n = 110$)

ตัวแปร	B	S.E.	β	t	Sig
ค่าคงที่	-0.110	0.121		-0.912	0.364
1. ภาวะการทำหน้าที่	0.014	0.003	0.385	4.612	0.000*
2. ความแตกฉานทางสุขภาพ	0.028	0.013	0.209	2.179	0.032*
3. การจัดการตนเอง	0.002	0.001	0.136	1.281	0.203
4. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย	0.009	0.004	0.161	2.007	0.047*
5. การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	0.014	0.019	0.066	0.766	0.446
$R = 0.654$, $R^2 = 0.428$, Adjust $R^2 = 0.401$, $F = 15.578$, $p = 0.000$					

* $p < 0.05$

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาอำนาจการร่วมทำนาย (Predictive study design) ของภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัด กระดูกสันหลังระดับเอว ในระยะการมาตรวจติดตามหลังผ่าตัด 3 ถึง 6 เดือน โดยอภิปรายผลตาม ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความ รับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ส่วนที่ 3 อำนาจในการร่วมทำนายของปัจจัยภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทาง สุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพ ชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรกจำนวน 116 ราย ผู้วิจัยคัดกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลผิดปกติ (outliers) ออกจากงานวิจัยจำนวน 6 ราย เหลือกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยทั้งสิ้น 110 ราย ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.9 ทั้งนี้อาจเกิดจากเมื่อผู้หญิงอายุมากขึ้นจะพบภาวะกระดูกพรุนมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในคนที่หมดประจำเดือน (Gammage, Gasparotto, Mack, & Klentrou, 2012; Leslie et al., 2014) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 58.80 ปี (SD = 13.00) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศพบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวครั้งแรกอยู่ในช่วงวัยทำงานถึงวัยผู้สูงอายุ (พัชรินทรแสนโคตร และคณะ, 2559; สุภาวดี อ่อนมี, 2556; สุวรรณ ชอบการ ไร และคณะ, 2556; อินทิรา รูปสว่าง และคณะ, 2552) สนับสนุนการศึกษาในต่างประเทศที่พบผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีช่วงอายุระหว่าง 18-93.7 ปี อายุเฉลี่ย 58.5 ปี (SD = 15.7) (Gautschi et al., 2016) ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยอายุมากขึ้น หมอนรองกระดูกสันหลังจะถูกสังเคราะห์น้อยลง ทำให้ช่องของหมอนรองกระดูกสันหลังแคบลงส่งผลให้เกิดอาการปวดหลังตามมา (de Schepper et al., 2010; DeVine, Schenk-Kisser, & Skelly, 2012) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุอยู่ในวัยเกษียณ รองลงมาคืออาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจร้อยละ 17.3 และรับจ้างร้อยละ 11.8 ซึ่งเป็นกลุ่มของวัยทำงานโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกหลัก มีการก้ม เหยย ขกของหนัก หรือนั่งนานๆ พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดแรงกระทำต่อหมอนรองกระดูกสันหลังมากทำให้เกิดความเสื่อมของกระดูกสันหลังมากขึ้น (Nazari, Pope, & Graveling, 2012) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 42.7 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 26.4 เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดการศึกษาจึงค่อนข้างน้อยทำให้ผู้ป่วยมีรายได้น้อยคือ $\leq 10,000$ บาทต่อเดือน ถึงร้อยละ 56.4 แต่เมื่อพิจารณารายได้ในครอบครัวพบว่าอยู่ในระดับสูง (Mean = 53,090 บาท, SD = 86,497 บาท) เมื่อประเมินความเพียงพอของรายได้พบว่า ร้อยละ 55.5 มีรายได้พอใช้และเหลือเก็บ กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิ์การรักษาเป็นสิทธิ์ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 57.3 รองลงมาคือสิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 20.9 ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคทำให้ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 60.9 โดยมากมีบุตรเป็นผู้ดูแลในยามเจ็บป่วยร้อยละ 55.4

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.3 มีโรคประจำตัวและร้อยละ 51.3 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังจะมีโรคร่วมอย่างน้อย 2 โรค (พัชรินทรแสนโคตร และคณะ, 2559; สุภาวดี อ่อนมี, 2556; อินทิรา รูปสว่าง และคณะ, 2552) โดยพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดถึงร้อยละ 42.7 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือด

สูงร้อยละ 30.9 การมีโรคร่วมด้วยจะส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายลง ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง (Foulongne et al., 2013; Mancuso, Stal, Duculan, & Girardi, 2014) กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มโรคอ้วนระดับที่ 1 ($BMI = 25-29.9 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 28.2 รองลงมาคือมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกิน ($BMI = 23-24.9 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 26.4 ภาวะน้ำหนักเกินทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการปวดหลังเรื้อรังมากขึ้นจากการที่กระดูกสันหลังและกล้ามเนื้อต้องรับน้ำหนักมากทำให้มีการกดทับหรือการเสื่อมของกระดูกสันหลังเร็วขึ้น (Koyanagi et al., 2015; Meredith, Huang, Nguyen, & Lyman, 2010; Taylor, Forhan, Vigod, McIntyre, & Morrison, 2013; Yadla et al., 2010) ภาวะโรคอ้วนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังจะทำให้การฟื้นฟูสภาพในเรื่อง อาการปวด อาการชา การสูญเสียกำลังกล้ามเนื้อและการรับรู้ทางระบบประสาทช้ากว่าคนที่น้ำหนักปกติ (De la Garza-Ramos et al., 2015)

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น Spinal stenosis ร้อยละ 41.8 รองลงมาคือ Herniation disc กับ Spondylolisthesis เท่ากันคือร้อยละ 18.2 สนับสนุนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Spinal stenosis รองลงมาคือ Spondylolisthesis (กานดา กาญจนโพธิ์, 2552; ชนิภา ขอยืนยง, 2556; สุวรรณิ ขอบการไว้ และคณะ, 2556) การศึกษาในต่างประเทศพบผู้ป่วยเป็น Spinal stenosis มากที่สุดถึงร้อยละ 26 (Mancuso, Stal, Duculan, & Girardi, 2014) และพบว่าในกลุ่มวัยกลางคนถึงวัยผู้สูงอายุมักมีพยาธิสภาพของหลังร่วมกันหลายอย่าง โดยเป็นโรค Spinal stenosis ร่วมกับ Spondylolisthesis ร้อยละ 14.5 กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัด Decompressive Laminectomy มากที่สุดร้อยละ 53.6 รองลงมาคือ การผ่าตัด Posterior lumbar interbody fusion (PLIF) ร้อยละ 44.5 ทั้งนี้ผู้ป่วยบางรายจะได้รับการผ่าตัดหลายรายการสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิภา ขอยืนยง (2556) ที่พบว่าผู้ป่วยบางรายจะได้รับการผ่าตัดมากกว่า 1 รายการ เพื่อให้กระดูกสันหลังมีความมั่นคงแข็งแรง (Bae, Rajae, & Kanim, 2013; Delitto et al., 2015; Rajae, Bae, Kanim, & Delamarter, 2012) เป็นการผ่าตัดปล้องกระดูกสันหลัง 1 ระดับมากที่สุดร้อยละ 60 รองลงมาคือ ผ่าตัด 2 ระดับร้อยละ 27.3 ระดับที่เกิดพยาธิสภาพมากที่สุดคือ L4-5 ถึงร้อยละ 75.5 ซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบมากถึงร้อยละ 90 ในประชากรทั่วไป (Drury, Ames, Costi, Beynnon, & Hall, 2009; Lee, Lee, & Maeng, 2010) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.11 วัน ($SD = 3.56$) ระยะเวลาติดตามหลังการผ่าตัดเฉลี่ย 3.80 เดือน ($SD = 1.19$) โดยหลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนในด้านการบริหารกล้ามเนื้อหลัง/การออกกำลังกายร้อยละ 90.9 ทำทางการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องร้อยละ 91.8 แต่ในการปฏิบัติตนกลับมีการปฏิบัติเป็นครั้งคราวร้อยละ 52.7, 40.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการดูแลตนเองระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 38.2, 43.6 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ภาวะการทำหน้าที่

ในระหว่างการมาตรวจติดตามหลังผ่าตัด 3-6 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะการทำหน้าที่อยู่ในช่วงปานกลางถึงมากที่สุดคือ 14-29 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.37 คะแนน (SD = 3.52) สูงกว่าการศึกษาของ พัชร บุตรแสนโคตร และคณะ (2559) ในการติดตามผลลัพธ์ภายใน 3 เดือนหลังผ่าตัด โดยพบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีการฟื้นตัวอยู่ในระดับดี JOA score มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.79 (SD = 5.06) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nath, Middha, Gupta, และ Nath (2012) ในการติดตามภาวะการทำหน้าที่หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยใช้ JOA score พบว่าในระยะ 3 เดือนหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 62.5 ระดับดีมากเท่ากับระดับปานกลางคือ ร้อยละ 18.5 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Whitmore และคณะ (2015) ที่ศึกษาผลลัพธ์การผ่าตัดในการติดตาม 1, 3, 6, 12 เดือนหลังการผ่าตัดโดยใช้ ODI ในการประเมินพบว่า ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นตั้งแต่ 1 เดือนหลังการผ่าตัด ($p < 0.0001$) และในระหว่างการติดตาม 3-6 เดือน มีระดับคะแนนภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น (Mean $\pm$ SD เท่ากับ 2.0 ± 16.0) ($p < 0.001$)

เมื่อพิจารณาตามมิติพบว่า มิติด้านอาการแสดงมีคะแนนเฉลี่ย 6.42 (SD = 1.41) จากคะแนน 0-9 คะแนนซึ่งอยู่ในระดับดีเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังเพียงเล็กน้อยร้อยละ 66.4 มีอาการปวดขาหรือปวดเสียวขาอยู่ในระดับเล็กน้อยเป็นบางครั้งร้อยละ 50 ทำให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้เป็นปกติร้อยละ 32.7 หรือเดินได้มากกว่า 500 เมตรแม้ว่าจะมีอาการปวดเสียวขาหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงร้อยละ 53.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ Skolasky, Wegener, Maggard, และ Riley (2014) ในการติดตามอาการปวดและภาวะการทำหน้าที่ (Function outcome) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ติดตามผล 3, 6 เดือนพบว่า อาการปวดหลังลดลงร้อยละ 63.1, 70.8 ตามลำดับ มีคะแนนความปวดอยู่ระดับเล็กน้อย (Mean = 3.3, SD = 2.1; Mean = 3.0, SD = 1.9 ตามลำดับ) ในด้านสมรรถภาพทางกายมีการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม (disability) ลดลงร้อยละ 60, 52.3 ตามลำดับ

มิติด้านอาการทางคลินิก มีคะแนนเฉลี่ย 4.62 (SD = 1.02) จากคะแนนเต็ม 0-6 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 67.3 มีการสูญเสียของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปกติ (เกรด 5) แต่ก็มีบางรายยังคงมีอาการทางคลินิกหลงเหลืออยู่โดยพบว่าร้อยละ 57.3 ยังมีการสูญเสียการรับรู้ทางระบบประสาทในระดับเล็กน้อยอยู่ ส่วนใหญ่จะยังมีการชาขา ขาเท้า มีกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง

เล็กน้อย (เกรด 4) ร้อยละ 32.7 และจากการตรวจ Straight leg raising ผู้ป่วยสามารถยกขาขึ้นตรงๆ ได้ในระดับ 30-70 องศา ร้อยละ 49.1 ซึ่งในขณะที่ยกมกจะมีอาการตึง ปวดร้าวที่ขาทำให้ยกได้น้อย จากการสอบถามพบว่าส่วนใหญ่จะมีอาการเหล่านี้มีมาตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด แต่ก็มียากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย ที่มีอาการขาชา เสียวขาเพิ่มขึ้นหลังผ่าตัด การศึกษานี้สนับสนุนการศึกษาของ พัชรินทร แสนโคตร และคณะ (2559) โดยพบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะยังมีอาการขาเล็กน้อย (ร้อยละ 71) มีขาอ่อนแรงเล็กน้อย (ร้อยละ 56) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Machado และคณะ (2016) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังพบว่าร้อยละ 75.2 มีอาการปวดขา มาก่อนการผ่าตัด แต่อาการจะลดลงใน 3 เดือนหลังการผ่าตัดเหลือร้อยละ 15.3 ในขณะที่บางราย อาการขาจะยังคงอยู่จนถึง 6 เดือนหลังการผ่าตัด และพบว่าหลังผ่าตัด 12, 24 เดือน, 5 ปี ผู้ป่วย กลับมีอาการปวดขา ขาชาเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.2, 18.0, 21.0 ตามลำดับ

มิติการถูกจำกัดกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 10.50 (SD = 1.94) อยู่ในระดับดี จากคะแนน 0-14 คะแนน หมายความว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การเปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัวขณะนอน การทำความสะอาดร่างกาย การโน้มตัวไปข้างหน้า การนั่งประมาณ 1 ชั่วโมง ส่วนใหญ่สามารถทำได้ไม่จำกัด แต่ในบางกิจกรรมกลับพบว่ายังมีข้อจำกัดอยู่ เช่น ด้านความสามารถในการเดินยังมีความจำกัดปานกลางร้อยละ 56.4 ผู้ป่วยยังต้องใช้คนหรืออุปกรณ์ช่วยพยุงเวลาเดินอยู่ ความสามารถในการยืนยังมีความจำกัดปานกลางเนื่องจากการยืนนานๆ จะทำให้มีอาการปวด อาการขาเพิ่มขึ้น ด้านความสามารถในการยกของหรือถือของหนักกลุ่มตัวอย่างยังมีข้อจำกัดระดับปานกลางอยู่ถึงร้อยละ 72.4 เนื่องจากการยกของหนักจะทำให้เกิดแรงกระทำต่อหมอนรองกระดูกสันหลังส่งผลให้เกิดอาการปวดหลังหรือปวดหลังร้าวลงขาเพิ่มขึ้น (Drury et al., 2009; Nazari et al., 2012) ประกอบกับการมีข้อจำกัดในการรักษา คือ หลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดว่าห้ามยกของหนัก ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าและมีความกลัวที่จะยกหรือถือของหนักจึงทำให้กิจกรรมนี้ถูกจำกัด

มิติด้านการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ -0.16 คะแนน (SD = 0.68) พบว่าร้อยละ 94.5 กลุ่มตัวอย่างมีการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะปกติ มีเพียงร้อยละ 5.5 ที่มีปัสสาวะลำบากเล็กน้อย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรกระบบทางเดินปัสสาวะมาก่อน

ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่าในระยะเวลา 3-6 เดือนหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีภาวะการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากความผิดปกติที่เกิดจากโรกระบบทางเดินปัสสาวะได้รับการแก้ไข อาการปวดหลัง ปวดเสียวขา ขาชาลดลงหรือหมดไป ทำให้สามารถทำกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่างๆได้ดีขึ้น สามารถฟื้นฟูสภาพมาสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงได้ (Aalto et al., 2006; Delitto et al., 2015; Weiner & Nordin, 2010) แตกต่างจากการศึกษาของ Saban และคณะ (2007) ที่

พบว่าภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายในระยะ 3 เดือนแรกจะอยู่ภาวะที่ไร้สมรรถภาพระดับรุนแรงมากที่สุด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ก็พบว่าผู้ป่วยบางรายยังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางอย่างอยู่ เช่น ความสามารถในการยืน การยกของหรือถือของหนัก การเดิน ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น อาการปวดหลัง ปวดขา อาการชาขา กล้ามเนื้อขาอ่อนแรงที่ยังหลงเหลืออยู่ (Abbott, Tyni-Lenné, & Hedlund, 2011; Machado et al., 2016; พัทรี บุตรแสนโคตร และคณะ, 2559; สุภาวดี อ่อนมี, 2556) ข้อจำกัดด้านการรักษา ความรู้สึกกลัวการเคลื่อนไหว (Williamson, Bulley, & Coutts, 2008) อายุ (Gautschi et al., 2016; ชนิภา ขอยืนยง, 2556) สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำได้เต็มที่

ความแตกฉานทางสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 8.02 คะแนน (SD = 1.93; Range = 0-10) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแตกฉานทางสุขภาพมีความสามารถในการค้นหา การอ่าน การเขียน การทำความเข้าใจและนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพเท่ากับ 7.79 คะแนน, SD = 1.20) (สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ, 2559) อธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ เช่น คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด สิทธิการรักษา การปฏิบัติตนตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด ได้รับการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านจึงทำให้คะแนนความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การจัดการความเจ็บปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม การสังเกตภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อใช้ในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด (Pieper et al., 2006; Williamson, White, & Rushton, 2006) การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาดีขึ้น (McGregor et al., 2014)

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของความแตกฉานทางสุขภาพในแต่ละด้านพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพโดยรวม โดยพบว่าคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพด้านครอบครัวสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 9.10 คะแนน (SD = 1.18) อาจเนื่องมาจากสภาพสังคมของประเทศไทยประกอบด้วย ครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายเป็นระบบเครือญาติ มีบุตรหรือญาติคอยดูแลช่วยเหลือยามเจ็บป่วย คอยพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพปรึกษาหารือในปัญหาต่างๆ (จิราพร ชมพิบูล, 2552) มีการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้ป่วยมีความแตกฉานทางสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี (สมฤทัย เพชรประยูร, 2555) การศึกษาครั้งนี้พบว่าความแตกฉานทางสุขภาพด้านที่มีคะแนนต่ำสุด

คือ ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (Mean = 6.99, SD = 1.90) และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Mean = 7.10, SD = 1.89) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ (2559) ในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดโรคหัวใจซึ่งเป็นโรคเรื้อรังพบว่า ความแตกต่างทางสุขภาพด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 7.13, SD = 2)

เมื่อพิจารณาจากพิสัยในส่วนปัจจัยแต่ละด้านพบว่า มีช่วงระยะห่างของคะแนนสูงได้แก่ องค์ประกอบด้านความสามารถในการรับบริการสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ พบคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 10 คะแนน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงสุดที่แตกต่างกันทั้งกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำมากคือ ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 3.6), ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.7) และการศึกษาระดับสูงคือปริญญาตรี (ร้อยละ 26.4) หรือสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 2.7) ซึ่งระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมากอาจทำให้ช่วงระยะห่างของคะแนนความแตกต่างทางสุขภาพมีความต่างกันมาก (Range = 0-10) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุ ≥ 60 ปี ร้อยละ 53.7) เป็นกลุ่มที่มีความเสื่อมของร่างกายทำให้ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่างๆ ลดลง (Bostock & Steptoe, 2012; Oldfield & Dreher, 2010) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Kobayashi, Wardle, Wolf, และ von Wagner (2016) พบว่าผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดในการคิดวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ การอ่านจับใจความ การคิดคำนวณต่ำถึง 4.20 เท่า (OR = 4.20; 95% CI: 3.13–5.64) และความเข้าใจคำศัพท์ทางการแพทย์ต่ำ 1.91 เท่า (OR = 1.19; 95% CI: 1.03–1.37) เมื่อเทียบกับคนที่อายุน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ อาณัติ วรรณศรี, จเร วิชาไทย, อนุชิต หิรัญกิตติ, บรรจง สร้อยคำ, และแบทเทอร์แฮม (2558) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยพบว่า คะแนนความแตกต่างทางสุขภาพด้านที่น้อยที่สุดคือ ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (7.63 คะแนน) ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (7.66 คะแนน) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจาก แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก และผู้สูงอายุมักจะปฏิเสธข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ มีเพียงบางรายที่มีระดับการศึกษาสูงที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากแหล่งอื่นๆ เช่น อินเทอร์เน็ต แสดงให้เห็นว่าในผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความแตกต่างทางสุขภาพด้านการค้นหา การเข้าถึงและการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Nijman, Hendriks, Brabers, de Jong, & Rademakers, 2014)

การจัดการตนเอง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.3 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับที่ 3 หมายถึง บุคคลมีเป้าหมายหลักและเริ่มมีพฤติกรรมแสดงออกแต่ขาดความมั่นใจและทักษะในการเริ่มพฤติกรรม

ใหม่ มีคะแนนเฉลี่ย 63.38 คะแนน (SD = 10.50) คะแนนโดยรวมอยู่ระหว่าง 43.66-90.69 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่งใกล้เคียงกับโรคเบาหวานอันเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง (คะแนน PAM = 66 คะแนน) (Mayberry et al., 2010) แต่มีระดับคะแนนการจัดการสุขภาพสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคทั่วไป (PAM = 43.8) (Magnezi, Glasser, Shalev, Sheiber, & Reuveni, 2014) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจะได้รับคำแนะนำในการจัดการตนเองหลังผ่าตัดในหลายๆด้าน ทั้งด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การออกกำลังกาย/การบริหารกล้ามเนื้อหลัง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมท่าทางการเคลื่อนไหวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในขณะที่พักฟื้นที่บ้าน ผู้ป่วยยังต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นหลังการผ่าตัด สนับสนุนการศึกษาของ สุวรรณิ ชอบการไร่ และคณะ (2556) ที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในการติดตามระยะ 3 ถึง 6 เดือน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 97.70 โดยผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติตน เช่น การใช้อุปกรณ์ การยืน/เดินด้วยท่าทางที่ถูกต้องก่อนกลับบ้านและเมื่อผู้ป่วยมาตรวจติดตามการรักษา พยาบาลยังคงให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนอยู่ สอดคล้องกับการศึกษา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงออกในการดูแลสุขภาพ มีการจัดการตนเองในด้านความปวด ความวิตกกังวลจะทำให้หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีการฟื้นตัวเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ระดับความปวดและความบกพร่องในการทำหน้าที่ของหลังลดลงความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆดีขึ้น (Oliveira et al., 2012; van Hooff et al., 2010; ชนิภายอนีนง, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุของ Skolasky และคณะ (2011) พบว่าการมีระดับคะแนนการจัดการสุขภาพที่สูงจะสัมพันธ์กับการมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดี มีการดูแลสุขภาพอย่างมีคุณภาพและยึดมั่นในพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองระดับที่ 2 ร้อยละ 16.4 ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจถึงปัญหาสุขภาพ ไม่เข้าใจคำแนะนำ เชื่อว่าการจัดการดูแลรักษาโรคเป็นหน้าที่ของแพทย์ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองระดับสูงสุด (ระดับที่ 4) เพียงร้อยละ 22.7 ซึ่งค่อนข้างน้อยกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีระดับการแสดงออกในการจัดการตนเองระดับที่ 4 ร้อยละ 59.6 (เฉลี่ยคะแนน PAM = 70.17 คะแนน) (สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ, 2559) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำคือ ระดับประถมศึกษาและเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ ทำให้ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพในวัยสูงอายุ การป้องกันความเสื่อมตามวัย การจดจำและนำข้อมูลไปใช้ลดลง ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองลดลง (Lautenschlager & Forstl, 2007; Oldfield & Dreher, 2010) ในขณะที่กลุ่มที่มีอายุน้อยจะมีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้มากกว่า (Bostock & Steptoe, 2012) ประกอบกับกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีบุตร (ร้อยละ 55.4) หรือคู่สมรส (ร้อยละ 39) เป็นผู้ดูแลหลักหลังการผ่าตัด ทำกิจกรรมบางอย่างถูกจำกัดหรือผู้ดูแลเป็นผู้กระทำ เช่น กิจกรรมประจำวัน การออกกำลังกาย เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล กลัวการเคลื่อนไหวผิดท่า กลัวการกลับเป็นซ้ำ ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย อีกทั้งการรักษามักขึ้นอยู่กับอาการตัดสินใจของบุคลากรทางสุขภาพไม่ได้เกิดจากการตัดสินใจจัดการสุขภาพด้วยตัวของผู้ป่วยเอง แสดงให้เห็นว่าการจัดการภาวะสุขภาพเกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะ ความสามารถ ความตั้งใจในการที่จะจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง (Hibbard, Stockard, Mahoney, & Tusler, 2004)

จากการสอบถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายหลังผ่าตัดไประยะเวลาหนึ่งผู้ป่วยรู้สึกว่าการป่วยดีขึ้นมีอาการปวดลดลง สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ในระดับที่ผู้ป่วยพึงพอใจ ทำให้เกิดการละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำในด้านต่างๆ การปฏิบัติเป็นครั้งคราวไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะด้านการบริหารกล้ามเนื้อหลัง/การออกกำลังกายและท่าทางการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง การพักผ่อน/นอนหลับ การรับประทานอาหาร พบว่ามีการปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นครั้งคราวถึงร้อยละ 52.7, 40.9, 55.5, 60.9 ตามลำดับ แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำในเรื่องดังกล่าวจากบุคลากรทางสุขภาพแล้วก็ตาม แต่ยังขาดความมั่นใจและทักษะในการเริ่มพฤติกรรมใหม่ โดยพบว่ามี ความมั่นใจระดับปานกลางกับระดับมากใกล้เคียงกัน ร้อยละ 38.2, 43.6 ตามลำดับ การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพียงการจัดการอาการตามระยะเวลา แต่ยังขาดการจัดการทักษะด้วยตนเองที่ยั่งยืนไม่สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีเพื่อให้เกิดการฟื้นฟูสภาพที่สมบูรณ์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีอันเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลรักษา

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.5 มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับที่ 3 มีคะแนนความรับผิดชอบต่อสุขภาพเฉลี่ย 15.45 คะแนน (SD = 2.42) นั่นคือ ผู้ป่วยมีการตระหนักรู้ตื่นตัว ใส่ใจกับทุกความผิดปกติของตนเองส่งผลให้เกิดการปรับตัวตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ยึดมั่นในทักษะพฤติกรรมที่ถูกต้อง แต่ผู้ป่วยจะยังไม่สามารถคงไว้ซึ่งการจัดการภาวะสุขภาพและทักษะพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากขณะนี้ผู้ป่วยยังไม่มี ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยยังต้องการการจัดการจากบุคลากรทางสุขภาพร่วมกับการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Graffigna & Barello, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Skolasky, Maggard, Li, Iii, และ Wegener (2015) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ โดยเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองจะทำให้การฟื้นฟูสภาพ การทำกิจกรรมของผู้ป่วยดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำ เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น

โรคเบาหวาน ที่พบว่าความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรคเรื้อรังได้ (Barello & Graffigna, 2015)

การศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่ามีผู้ป่วยที่มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับที่ 1 ซึ่งเป็นระยะเมื่อเกิดเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะยังไม่สามารถรับรู้ จัดการควบคุมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ความรู้สึกนึกคิดถูกปิดกั้นมีความวิตกกังวลสูง ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการได้รับความรู้หรือการดูแลสุขภาพได้ ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ หากการให้ความรู้ในระยะนี้ล้มเหลวจะทำให้การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยผิดพลาดไป การที่ไม่พบว่ามีระยะนี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาที่ศึกษา คือ 3-6 เดือนหลังผ่าตัดเป็นระยะที่ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของตนเองแล้ว แต่จากการสอบถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองอยู่ ขาดการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 10.9 มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับที่ 2 ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยมีความตระหนักและต้องการที่จะเริ่มต้นทำความเข้าใจและจัดการสุขภาพตนเอง แต่ยังไม่มีความรู้ในการจัดการอาการเพียงพอ ผู้ป่วยรู้สึกว่ายังไม่สามารถจัดการอาการหรือโรคของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะนี้หากบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเริ่มที่จะเรียนรู้และจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเอง การศึกษาครั้งนี้พบว่าความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับที่ 4 มีเพียงร้อยละ 24.5 ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับอาการทั้งหมดของตนเอง สามารถผสมผสานความรู้ประสบการณ์และแสดงออกซึ่งความรับผิดชอบต่อสุขภาพในการจัดการตนเองอย่างเต็มที่ จากสอบถามกลุ่มตัวอย่างบางรายสามารถคิดวิเคราะห์ในการดูแลตนเองได้อย่างมีสติ ผู้ป่วยคิดว่าสามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิมแม้ว่าจะเจ็บป่วย จะเห็นได้ว่าโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งที่สามารถพ้นหายขาดจากอาการเจ็บป่วยได้ หลังผ่าตัดการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ การให้คำแนะนำขึ้นอยู่กับบริบทของบุคคลที่แตกต่างกัน สนับสนุนการศึกษาของ Graffigna, Barello, Bonanomi, และ Lozza (2015) ที่พบว่าความรับผิดชอบของผู้ป่วยเป็นประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งจะแตกต่างกันไปตาม อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมของแต่ละคนในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจากระยะหนึ่งไปสู่ระยะหนึ่ง การเข้าไปมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในทุกขั้นตอนการรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น เกิดการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี (Barello et al., 2015; Menichetti & Graffigna, 2016)

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางก่อนข้างสูงโดยมีคะแนนการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางเฉลี่ย 5.93 คะแนน (SD = 0.94) จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Mean = 5.52, SD = 0.80) (สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ, 2559) เมื่อพิจารณาการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางในแต่ละด้าน พบว่า ด้านการติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 6.07, SD = 0.88) รองลงมาคือ ด้านการให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย (Mean = 5.97, SD = 0.95) และด้านส่งเสริมสุขภาพ (Mean = 5.95, SD = 0.86) มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวผู้ป่วยจะได้รับความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยนำคำแนะนำที่ได้ไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนแล้วเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น ระดับความปวดลดลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆเพิ่มขึ้น สามารถกลับไปทำงานได้ตามเดิม เป็นไปตามความคาดหวังในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลรักษา คะแนนการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางจึงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jerofke, Weiss, และ Yakusheva (2014) ที่พบว่า การรับรู้ถึงการได้รับการดูแลที่ดีมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ นอกจากนี้ยังพบว่า การนำรูปแบบการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง การฟื้นฟูสภาพเร็วขึ้น (Ekman et al., 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Little และคณะ (2001) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นหากได้รับคำแนะนำให้ข้อมูลที่ชัดเจน เข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย การรับรู้การสร้างสัมพันธภาพ มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อระบบบริการเพิ่มขึ้น การได้รับคำแนะนำ คำอธิบายเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากแพทย์ พยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแล (Kowitlawakul, Zhi, Qin, Mani, Yobas, & Fai, 2014)

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาพิสัยในแต่ละด้านกลับพบว่ามีช่วงระยะห่างของคะแนนสูง โดยในด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลพบคะแนนต่ำสุด คือ 1 คะแนน สูงสุด 7 คะแนน และด้านอื่นๆพบช่วงระยะห่างของคะแนนคือ ต่ำสุด 3 คะแนนและสูงสุด 7 คะแนน ผลการศึกษายังพบว่าด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (Mean = 5.40, SD = 0.92) สอดคล้องกับการศึกษาของ (สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ, 2559) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่พบว่า ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย

ต่ำสุด (Mean = 4.43, SD = 1.32) การศึกษาครั้งนี้อธิบายได้จากในการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาสั้น การสื่อสารเน้นไปที่การสอบถามปัญหา ประเมินอาการหลังการผ่าตัด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเป็นการให้จากบุคลากรทางการแพทย์ฝ่ายเดียวขาดการประเมินสอบถามถึงความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายรู้สึกเกรงใจไม่กล้าสอบถามปัญหาหรือพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์ มีความยากลำบากในการอธิบายออกมาเป็นคำพูดจึงไม่กล้าซักถาม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าขาดความสนใจในผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัวและชีวิตส่วนตัวหลังการผ่าตัดจากบุคลากรทางการแพทย์

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 0.75 คะแนน (SD = 0.13) จากคะแนนเต็ม 1 คะแนน แต่น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าในข้อเข่า (Anterior cruciate ligament reconstruction) ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากการบาดเจ็บเข่า โดยมากเกิดในกลุ่มที่อายุน้อย เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแก้ไขผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว (คะแนน AQoL-8D เฉลี่ย 0.88 คะแนน) (Filbay, Ackerman, Russell, & Crossley, 2016) ในขณะที่ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการสะสมมาระยะเวลานานกว่า แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแก้ไขพยาธิสภาพ ทำให้อาการปวดหลังปวดขาของผู้ป่วยลดลง สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น (Aalto et al., 2006; Whitmore et al., 2015) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานถึงวัยผู้สูงอายุ มีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี สามารถปรับตัวเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตหลังการผ่าตัดได้ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณิ ชอบการไธ และคณะ (2556) ที่พบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 97.70 ทำให้เกิดผลดีทางการรักษา และการศึกษาของ อินทிரารูปสว่าง และคณะ (2552) ในการติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวพบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี (คะแนน SF-36; Mean $\pm$ SD = 81.91 $\pm$ 16.18) การศึกษาในต่างประเทศยังพบว่าหลังการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัด (Tosteson et al., 2011; Whitmore et al., 2015)

เมื่อพิจารณาในรายด้านโดยแบ่งเป็นมิติหลักด้านร่างกายและมิติหลักด้านจิตสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (Mean = 0.62, SD = 0.44) สูงกว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคม (Mean = 0.44, SD = 0.13) สามารถอธิบายได้ว่าในระยะเวลา 3-6 เดือนหลังการผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดครั้งที่ 2-3 ซึ่งเป็นระยะที่มีการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น อาการปวดหลัง ปวดเสียวขา ชาขาลดลงหรือบางรายอาการหมดไป

(Boskovic, Cigic, Grajac, Todorovic-Tomasevic, & Knezevic, 2010; Whitmore et al., 2015) เมื่อจำแนกตามมิตีย่อยของมิติหลักด้านร่างกายพบว่า มิติด้านการรับรู้ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 0.87, SD = 0.08) การศึกษาครั้งนี้แม้กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้สูงอายุแต่ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยินและการสื่อสารตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดจึงไม่ใช่อุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด รองลงมาคือ มิตีย่อยด้านความเจ็บปวด (Mean = 0.75, SD = 0.20) และมิติอิสระในการดำเนินชีวิต (Mean = 0.72, SD = 0.12) โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดอยู่ในระดับน้อย บางรายอาการปวดหายไปหลังการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการปวดหลังหรือปวดขา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี อ่อนมี (2556) ในการติดตามภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่มาตรวจติดตามการรักษาครั้งแรกพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 52 มีระดับความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย (0-3 คะแนน) และการศึกษาติดตามหลังการผ่าตัด 3-6 เดือนร้อยละ 48.8 ไม่มีอาการปวดหลัง, ร้อยละ 58.1 ไม่มีอาการปวดเสียวขา (สุวรรณิ ชอบการไว้ และคณะ, 2556) อาการปวดที่ลดลงหรือหมดไปทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การดูแลบ้านของกลุ่มตัวอย่างทำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สนับสนุนการศึกษาของ Parker และคณะ (2015) ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 81 สามารถกลับไปทำงานได้ภายใน 56 วัน (Range = 10-150 วัน) หลังผ่าตัด อีกทั้งอาการปวดที่ลดลงหลังผ่าตัดทำให้ความสามารถในการเดิน การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนผ่าตัด (Boskovic et al., 2010)

คุณภาพชีวิตมิติหลักด้านจิตสังคมจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติหลักด้านจิตสังคมเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำกว่าด้านร่างกาย (Mean = 0.44, SD = 0.13) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหลังการผ่าตัดผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวล กลัวการเคลื่อนไหว กังวลเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่างๆ วิตกกังวลกับอาการปวดหลังที่ยังหลงเหลืออยู่ ความคาดหวังต่อผลของการผ่าตัด กลัวการกลับเป็นซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kristin Archer, Seebach, Mathis, Riley Iii, และ Wegener (2014) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง 6 เดือนจำนวน 120 ราย พบว่าร้อยละ 42 ยังมีความกลัวการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับสูง หลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะยังไม่กล้าเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมอย่างเต็มที่ บางรายไม่กล้าพลิกตะแคงตัว ขกของหนักหรือออกกำลังกาย เนื่องจากกลัวที่จะเกิดอาการปวดหลังเพิ่มขึ้น กลัวจะเกิดการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังซ้ำ กลัวการเคลื่อนไหวลดของหลังตามหรือสกรู ไม่กล้าทำตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลหรือนักกายภาพบำบัด (Archer et al., 2014; Nordin, Welser, Campello, & Pietrek, 2002) ความรู้สึกกลัวการเคลื่อนไหว อาการปวดหลังผ่าตัด การทำกิจวัตรประจำวันที่จำกัด ระยะเวลาการฟื้นตัวช้า การกลับไปทำงานที่ล่าช้า ผลลัพธ์ของการผ่าตัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล เกิด

ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (Anderson et al., 2015; Archer, Seebach, Mathis, Riley, & Wegener, 2014) ด้วยเหตุผลที่กล่าวมานั้นส่งผลทำให้ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้อยู่ในระดับต่ำกว่าด้านร่างกาย

เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมตามมิตีย่อยพบว่า คุณภาพชีวิตในมิติด้านความสุข มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด (Mean = 0.84, SD = 0.10) ใกล้เคียงกับมิติความมีคุณค่าในตนเอง (Mean = 0.83, SD = 0.10) อาจเนื่องมาจากหลังการผ่าตัด 3-6 เดือนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากขึ้น การพึ่งพาจากบุคคลใกล้ชิดลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าหรือเป็นภาระ ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุขจากที่อาการปวดลดลงจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีประโยชน์มากขึ้น เป็นที่พึ่งพาของบุตรหลานมากขึ้นส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($\beta = 0.31$, $p = 0.30$) จะทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองมากขึ้น (สุวรรณี ขอบการไว้ และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี อ่อนมี (2556) ที่พบว่าสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมีสภาวะอารมณ์ด้านบวกคือ มีความสดชื่น ร่าเริงแจ่มใส กระตือรือร้น มีพลังมากขึ้น คุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมที่มีคะแนนรองลงมาคือ ด้านการเผชิญปัญหา (Mean = 0.80, SD = 0.08) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีกระบวนการคิดวิเคราะห์ที่มีประสบการณ์ในการใช้ชีวิตในระยะยาว การจัดการปัญหาหรือเรื่องราวในชีวิตจึงทำได้ค่อนข้างดี ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านสัมพันธภาพ (Mean = 0.69, SD = 0.09) อาจเกิดจากหลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างยังคงต้องดูแลตนเองที่บ้าน ต้องได้รับการพักผ่อนเพื่อฟื้นฟูสภาพทำให้บทบาทในครอบครัวและบทบาททางด้านสังคมลดลง (Williamson, Bulley, & Coutts, 2008) จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างพบว่า บางรายยังไม่สามารถไปทำกิจกรรมในชุมชนหรือทำกิจกรรมทางศาสนาได้ตามเดิม ต้องลดบทบาทลงจากเดิมที่ก่อนผ่าตัดเป็นผู้หารายได้หลักในครอบครัวแต่หลังผ่าตัดไม่สามารถทำได้เหมือนก่อนผ่าตัด มีความยากลำบากในการทำงานรู้สึกคุณภาพชีวิตลดลงจากเดิม เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านท่าทางและการเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัด (Truszczyńska, Rapala, Truszczyński, Tarnowski, & Lukawski, 2013)

ส่วนที่ 3 อำนาจในการทำนายของปัจจัยภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัย ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ร้อยละ 42.8 ($R^2 = 0.428$,

$F = 15.578, p < 0.05$) สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ที่กล่าวว่า ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ภาวะการทำหน้าที่

ภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ($r = 0.526, p = 0.000$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระหว่างการมาตรวจติดตามหลังผ่าตัด 3 ถึง 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูงที่สุด ($\beta = 0.385, p < 0.05$) นั่นคือหากต้องการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายที่ดีหลังการผ่าตัดให้มากที่สุด ผลการศึกษานี้เป็นไปตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) ที่กล่าวว่าคุณภาพของการดูแลประกอบด้วยความสัมพันธ์ของ โครงสร้าง ระบบการดูแลและผลลัพธ์ ซึ่งภาวะการทำหน้าที่เป็นปัจจัยด้านโครงสร้างของผู้ป่วยปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ นั่นคือหากหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีคะแนนภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายอยู่ในระดับสูงจะส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดอยู่ในระดับสูงด้วยเช่นกัน อาจอธิบายได้จากหลังการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแล การจัดการเกี่ยวกับอาการปวดหลัง ปวดเสียวขา หรืออาการชาขา ทำให้อาการเหล่านี้ลดลงหรือหมดไปหลังการผ่าตัด ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจากเดิม ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงหรือเป็นปกติ สามารถกลับไปทำงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณิ ชอบการไร่ และคณะ (2556) ในการติดตามพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวพบว่า ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ด้วยตนเองในระดับปกติร้อยละ 97.7 เมื่อประเมินหลังผ่าตัด 3 เดือนพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองในระดับปกติร้อยละ 100 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ulrich และคณะ (2015) ในการติดตามผลลัพธ์และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลดการบีบอัดของกระดูกสันหลังระยะก่อนผ่าตัดและระยะ 6, 12 เดือนหลังการผ่าตัดพบว่า ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของหลังของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($13.1 \pm 5.7, 8.6 \pm 5.6, 7.4 \pm 5.6, p < 0.001$ ตามลำดับ) ในด้านคุณภาพชีวิตพบว่าในระหว่างการติดตามหลังการผ่าตัด 6, 12 เดือน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่าเมื่อผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีหลังการผ่าตัดย่อมทำให้คุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดดีขึ้นด้วย

ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 3, 6, 12 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีระดับความปวดลดลง ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของหลังลดลง การทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเมื่อเทียบกับก่อนผ่าตัด (Heider, Kitze, Zieger, Riedel-Heller, & Angermeyer, 2007; Saban, Penckofer, Androwich, & Bryant, 2007; Whitmore et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Skolasky และคณะ (2014) ในการติดตามสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว จำนวน 260 ราย ในระยะ 3, 6 เดือนและ 1 ปี พบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีร้อยละ 56.9, 66.2 และ 75.4 ตามลำดับ ในด้านสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม (Function disability) พบว่าการสูญเสียความสามารถลดลงร้อยละ 60, 52.3 และ 80 ตามลำดับ ขณะเดียวกันก็พบว่ายังมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 32.3, 29.2 และ 18.5 ตามลำดับ ที่ระดับการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมยังคงเดิมนั่นคือ หลังผ่าตัดผู้ป่วยบางรายยังไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เมื่อเทียบกับก่อนการผ่าตัด เนื่องจากยังคงมีอาการปวดหลัง ปวดขา ซาขาหลงเหลืออยู่ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหากต้องการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการผ่าตัดจะต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดี ควรมีการประเมินภาวะการทำหน้าที่ก่อนและหลังการผ่าตัด เพื่อให้ทราบถึงปัญหาข้อจำกัด ความสามารถในการทำกิจกรรม พร้อมทั้งส่งเสริมโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตามบริบทของแต่ละบุคคลเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลหลังผ่าตัด การวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างรวดเร็ว สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการผ่าตัดตามมา

ความแตกฉานทางสุขภาพ

ความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.402$, $p = 0.000$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.209$, $p < 0.05$) สามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) ที่กล่าวถึงคุณภาพของการดูแลประกอบด้วยความสัมพันธ์ของโครงสร้าง ระบบการดูแลและผลลัพธ์ ซึ่งโครงสร้างที่ดีจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทำให้เกิดคุณภาพของการบริการ ความแตกฉานทางสุขภาพเป็นโครงสร้างส่วนหนึ่งของบุคคลหนึ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับสูงหมายความว่า มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ประเมินความน่าเชื่อถือ มีความเข้าใจและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่บุคลากรทางสุขภาพแนะนำไปใช้

ในการดูแลสุขภาพของตนเอง นำข้อมูลความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการรักษาได้

อย่างไรก็ตามการศึกษาความแตกต่างทางสุขภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวยังพบน้อย การศึกษาส่วนใหญ่พบในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ซึ่งโรคกระดูกสันหลังถือเป็นกลุ่มโรคที่มีความเรื้อรังในทางพยาธิสภาพและการรักษา การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนการศึกษาของ Halverson และคณะ (2015) ที่ศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังพบว่า ความแตกต่างทางสุขภาพในด้านความสามารถในการอ่านคำแนะนำการใช้ยา ความเข้าใจคำแนะนำจากทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนความแตกต่างทางสุขภาพสูงจะมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย การทำกิจกรรม อารมณ์ สังคม สูงกว่ากลุ่มที่มีคะแนนความแตกต่างทางสุขภาพต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นเช่น มะเร็งต่อมลูกหมากพบว่า การที่ผู้ป่วยมีระดับความแตกต่างทางสุขภาพสูงมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ($p < 0.001$) (Song et al., 2012) ความแตกต่างทางสุขภาพจะส่งผลต่อการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลปฏิบัติตนของผู้ป่วยโดยการนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับไปวิเคราะห์ ประยุกต์ ใช้ให้เกิดสุขภาพที่ดี (McCormack, Thomas, Lewis, & Rudd, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith, Curtis, Wardle, von Wagner, และ Wolf (2013) ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับรักษาในคลินิกพบว่า ระดับความแตกต่างทางสุขภาพที่ต่ำจะทำให้สุขภาพร่างกายลดลงร้อยละ 13 ($\beta = 0.13, p < 0.001$) ความแตกต่างทางสุขภาพยังสามารถทำนายผลกระทบของโรคเรื้อรังต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยพบว่า ผู้ที่มีความแตกต่างทางสุขภาพสูงจะมีระดับคะแนนในด้านความปวด/ความไม่สุขสบายน้อยกว่ากลุ่มที่มีความแตกต่างทางสุขภาพต่ำถึง 3.27 เท่า ($p = 0.012$) (Wang, Kane, Xu, & Meng, 2015) ระดับความแตกต่างทางสุขภาพในระดับต่ำมีโอกาที่ผู้ป่วยจะกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังจำหน่ายมากกว่ากลุ่มที่ระดับความแตกต่างทางสุขภาพสูงถึง 1.46 เท่า (95% CI:1.04, 2.05) (Mitchell, Sadikova, Jack, & Paasche-Orlow, 2012) จะเห็นได้ว่าความแตกต่างทางสุขภาพมีความสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวที่ถือว่าเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นหากต้องการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรมีการประเมินระดับความแตกต่างทางสุขภาพเพื่อจะทำให้ทราบถึงศักยภาพของผู้ป่วย นำมาซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความแตกต่างทางสุขภาพ เข้าถึงมูลสุขภาพ เข้าใจคำแนะนำอย่างลึกซึ้งและนำความรู้ที่ได้จากบุคลากร ไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังผ่าตัดตามมา

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย

ความรับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.321, p = 0.001$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.161, p < 0.05$) การศึกษานี้สนับสนุนกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) ที่กล่าวว่ากระบวนการการดูแลที่ดีมีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์ที่ดี กระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ McCormack และ McCance (2010) เป็นแนวคิดการดูแลหนึ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในการเข้ามามีบทบาทร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่พบว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตนรับผิดชอบต่อการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ($r = 0.455, p < 0.001$) (Mason, Mathias, & Skevington, 2008) การมีส่วนร่วมรับผิดชอบของผู้ป่วยจะทำให้เกิดมุมมองที่ดี มีความหวังและรับรู้ในความสามารถในการดูแลตนเอง (Skolasky, Mackenzie, Riley, & Wegener, 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงทดลองโปรแกรมการให้คำปรึกษาในการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและบุคลากรผู้ดูแล พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมและคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (Skolasky et al., 2015)

การจะทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจะต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพในฐานะเจ้าของสุขภาพเองตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งความรับผิดชอบของผู้ป่วยเกิดจากการเชื่อมโยงกระบวนการและประสบการณ์หลายมิติที่เกิดจากองค์ความรู้ของผู้ป่วยทั้งด้านความคิด (Think) อารมณ์ความรู้สึก (Feel) การกระทำ (Act) (Graffigna, Barelo, & Riva, 2013) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยจะประสบผลสำเร็จได้ต้องเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในทางบวกต่อวิธีการที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ด้วยตนเองตลอดชีวิต และขีดความสามารถที่เพิ่มขึ้นจากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง (Barelo & Graffigna, 2015; Triberti & Barelo, 2016) ประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคลการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากระยะหนึ่งไปสู่อีกระยะหนึ่งตามกระบวนการของความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพอย่างเต็มที่เป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดจากอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมใหม่ๆ ในแต่ละคน ซึ่งความสำเร็จของผู้ป่วยในแต่ละระยะขึ้นอยู่กับความสำเร็จในระยะก่อนหน้า และในระยะสุดท้ายของความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีผลต่อผู้ป่วยที่มีมุมมองเชิงบวกในการจัดการภาวะสุขภาพพร้อมทั้งมีการวางแผนเพื่อให้กลับมา

ภาวะสุขภาพที่ดีได้ (Graffigna, Barello, Bonanomi, & Lozza, 2015) การศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า การที่ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกต่อการดูแลตนเอง นำประสบการณ์ที่มีมาเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพ สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นได้ (Barello & Graffigna, 2015) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองจะนำไปสู่การปฏิรูปการจัดการสุขภาพทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีตามมา ลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Greene, Hibbard, Sacks, Overton, & Parrotta, 2015) จะเห็นได้ว่าความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยมีความสำคัญจากการที่ผู้ป่วยกระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยที่มีความเข้าใจในความเจ็บป่วย เข้าใจในแนวทางและแผนการรักษาส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะเข้ามามีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และการเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง นำความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกลึกซึ้งมาประยุกต์ใช้ในการจัดการตนเอง เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นการดูแลเพื่อแก้ไขภาวะความเจ็บป่วยในปัจจุบันแต่ยังครอบคลุมถึงการป้องกันความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

การจัดการตนเอง

การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ($r = 0.510, p = 0.000$) แต่การจัดการตนเองไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ ($\beta = 0.136, p > 0.05$) แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มที่อาการปวดเข่า สะโพกหรือปวดหลังเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายและการจัดการตนเองเป็นเวลา 6 สัปดาห์พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (Walsh et al., 2013) และการศึกษาของ Magnezi, Glasser, Shalev, Sheiber, และ Reuveni (2014) ที่พบว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยมีการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองในระดับสูงจะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ($r = 0.39, p < 0.0001$) การศึกษาของ Smith และคณะ (2013) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาในคลินิกพบว่าหากผู้ป่วยมีระดับการจัดการตนเองในระดับต่ำจะทำให้สุขภาพด้านร่างกายต่ำลงร้อยละ 19 ($\beta = 0.19, p < 0.01$) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการแสดงออกในการจัดการภาวะสุขภาพระดับสูงจะทำให้ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง ($p < 0.001$) เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($p < 0.001$) และยังเพิ่มการมี

ความหวังของผู้ป่วย ($p = 0.032$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Skolasky, Mackenzie, Wegener, และ Riley (2011) ที่พบว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด โดยผู้ป่วยที่มีการจัดการตนเองสูงจะทำให้อาการปวดและการสูญเสียความสามารถของร่างกายหลังผ่าตัดลดลง ($p < 0.05$) ซึ่งการแสดงออกในการจัดการตนเองมีอิทธิพลต่อการค้นหาและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ในการดูแลตนเอง (Nijman et al., 2014) ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในระดับสูงจะเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะที่กลับไปพักฟื้นที่บ้าน (Lubetkin, Lu, & Gold, 2010) การได้รับความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดจะทำให้ความสามารถในการจัดการปัญหาดูแลสุขภาพของตนเองหลังการจำหน่ายเพิ่มขึ้นส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีตามมา (Magnezi et al., 2014)

การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าอาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการดูแล จัดการอาการปวด การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน การจัดการกับภาวะคุกคามที่เกิดจากโรคมักมาจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้จัดการมากกว่าที่จะเกิดจากผู้ป่วย (เยาวลักษณ์ โพธิธรา, เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร, อนันตศักดิ์ พันธุ์พัฒน์, ชมพูนุช พุ่มพิจ, และ สงกรานต์ นักบุญ, 2557) ประกอบกับหลังการผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีบุตร (ร้อยละ 61) หรือคู่สมรส (ร้อยละ 39) เป็นผู้จัดการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพ จึงอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำ การทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายทำให้การดูแลเรื่องสุขภาพนั้น ไม่ได้เกิดจากตัวผู้ป่วยอย่างแท้จริง ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ 3 ซึ่งหมายถึง บุคคลมีเป้าหมายหลักและเริ่มมีพฤติกรรมแสดงออกแต่ขาดความมั่นใจและทักษะในการเริ่มพฤติกรรมใหม่ การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพียงการจัดการตามอาการ การดูแลตนเองหลังการรักษาแต่ยังไม่ครอบคลุมถึงการปฏิบัติตน เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองและไม่สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องได้ (Hibbard, Greene, & Tusler, 2009) จากการสอบถามถึงการปฏิบัติตนตามคำแนะนำหลังการผ่าตัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อรู้สึกลัวอาการปวดหลังลดลงหรือหายไป เมื่ออาการดีขึ้นในระดับที่ผู้ป่วยพึงพอใจแล้ว การดูแลตนเองในด้านการออกกำลังกาย/การบริหารกล้ามเนื้อหลัง การเคลื่อนไหวท่าทางที่ถูกต้องมักมีการปฏิบัติไม่สม่ำเสมอพบมากถึงร้อยละ 52.7 และร้อยละ 40.9 ตามลำดับ ผู้ป่วยบางรายบอกว่ามักจะเผลอกลับไปปฏิบัติตนตามความเคยชินเดิมก่อนการผ่าตัด เช่น การก้มหยิบของ ยกของหนัก ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจจะทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำตามมาได้ (Chan & Peng, 2011; Pumberger et al., 2012; Weiner & Nordin, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Skolasky, Mackenzie, Wegene, และ Riley (2008) ในการศึกษาการ

แสดงออกในการจัดการและความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัดหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบว่าคะแนนการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ (คะแนน PAM เฉลี่ยเท่ากับ 58.49, SD = 15.09, Range = 33.2-100) ทั้งนี้การแสดงออกในการจัดการ ความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัดของผู้ป่วยจะแตกต่างกันไปในแต่ละราย ตามลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนจากผู้ดูแล ทักษะการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล

อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้เป็นการติดตามในระยะ 3-6 เดือนหลังการผ่าตัดซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพแล้วและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีความเสื่อมของร่างกาย การอ่านและความเข้าใจข่าวสารสุขภาพ การจดจำคำแนะนำต่างๆและนำข้อมูลไปใช้ของผู้ป่วยจะลดลง (Oldfield & Dreher, 2010) ผู้ป่วยอาจลืมปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทำให้การปฏิบัติไม่ต่อเนื่องไม่สม่ำเสมอ มีความกลัว ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 42 อีกทั้งบางรายรู้สึกว่าการดีขึ้นอยู่ในระดับที่พอใจ คิดว่าไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องจึงเกิดการละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำ และจากสถานการณ์การดูแลในโรงพยาบาลที่ศึกษาพบว่าในการดูแลจัดการสุขภาพของผู้ป่วยนั้นโดยส่วนมากขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ การได้รับคำแนะนำจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ การตัดสินใจด้านสุขภาพยังคงเป็นแบบดั้งเดิมที่เคยเป็นมาคือให้ความสำคัญกับบุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ หรือพยาบาล (Vaartio, Leino-Kilpi, Suominen, & Puukka, 2009) ไม่ได้เกิดจากความรู้ ทักษะ ความสามารถ ความตั้งใจในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว บางรายคิดว่าการดูแลรักษาเป็นหน้าที่ของแพทย์และทีมสุขภาพ ทำให้ผลการศึกษการจัดการตนเองในครั้งนี้ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ อย่างไรก็ตามแม้การจัดการตนเองจะไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็ยังเป็นสมรรถนะหนึ่งที่มีความสำคัญในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรม ทักษะการดูแลจัดการตนเอง สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษาได้อย่างมั่นคงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาได้

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ($r = 0.320$, $p = 0.000$) และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ ($\beta = 0.066$, $p > 0.05$) แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัดในการหาความสัมพันธ์ของการเสริมสร้าง

ศักยภาพในการดูแล พฤติกรรมการดูแลตนเองภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางที่แสดงให้เห็นว่าการรับรู้การดูแลอย่างมีคุณภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ดี ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (Jerofke, Weiss, & Yakusheva, 2014) การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในข้อมูลการวินิจฉัยโรค การดูแลรักษา ความต้องการทางด้านอารมณ์ จิตสังคมของผู้ป่วย นั่นคือหากผู้ป่วยพึงพอใจในการรักษาจะทำให้ความแปรปรวนของอารมณ์ลดลง ทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (Mallinger, Griggs, & Shields, 2005) ความพึงพอใจในการพยาบาลมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย นั่นคือสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังได้รับการตอบสนองผู้ป่วยจะมีการเตรียมพร้อม มีทักษะในการปรับตัว การดูแลตนเอง รับฟังและยอมปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้จะทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพที่ดีตามมา (Chow, Mayer, Darzi, & Athanasiou, 2009; ชนิภา ยอเย็นขง, 2556)

การศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่าบริบทของการดูแลของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าซึ่งเป็นบริบทของการดูแลในต่างประเทศ แม้ในปัจจุบันระบบการดูแลของโรงพยาบาลมีนโยบายการประกันคุณภาพของการบริการ เน้นการดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมากที่สุด แต่เมื่อมองการดูแลในทางปฏิบัติกลับพบว่ายังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามนโยบาย ทั้งนี้อาจมาจากภาวะที่ผู้ป่วยมีปริมาณมาก มีภาวะขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดภาระงานที่มาก ประกอบกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน การดูแลจึงเป็นการดูแลที่บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้วางแผนเพื่อรักษาตามอาการ ลดการเกิดโรคเพียงอย่างเดียว แต่ยังขาดการเข้ามามีส่วนร่วมจากผู้ป่วยในการค้นหาปัญหา สาเหตุ รวมไปถึงการเข้ามามีส่วนร่วมของสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการบูรณาการสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย การดูแลจึงเป็นเพียงการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Starfield, 2011) ประกอบกับการติดต่อสื่อสารการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ใช้เวลาค่อนข้างสั้น การพูดคุยเน้นไปที่การสอบถามอาการ ประเมินอาการหลังการรักษาเท่านั้น ขาดการพูดคุยถึงผลกระทบของโรคกับการใช้ชีวิตประจำวัน ครอบครัวและชีวิตส่วนตัวของผู้ป่วย (Mean = 5.40, SD = 0.92) เห็นได้จากคะแนนการรับรู้การดูแลด้านนี้อยู่ในระดับต่ำสุด ซึ่งการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อทักษะการดูแลตนเองทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Street, Makoul, Arora, & Epstein, 2009) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมีน้อย ผู้ป่วยมีความกลัวหรือเกรงใจที่จะถามคำถามกับแพทย์ ทั้งนี้สัมพันธภาพการสื่อสารก็ขึ้นกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ความต้องการสภาพจิตใจ การรับรู้ การศึกษา สภาพสังคม เศรษฐฐานะของแต่ละบุคคลซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบท

(Farin, Gramm, & Schmidt, 2013; Verlinde, Laender, Maesschalck, Deveugele, & Willems, 2012) ทำให้ผลการศึกษารับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางในครั้งนี้แม้ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ แต่การประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางจะทำให้ทราบถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความคาดหวังของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแล สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ยังสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการดูแลผ่านมุมมองของผู้ป่วย สามารถนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

สรุปผลการอภิปราย

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) ที่ได้มองความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบคือ โครงสร้าง, กระบวนการและผลลัพธ์ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อม การทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลนั้นมีปัจจัยที่หลากหลาย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวต้องดูแลตนเองในหลายด้านเพื่อฟื้นฟูสภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยด้านโครงสร้างจึงหมายถึงสมรรถนะที่พร้อมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโดยประเมินจากภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย ความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วยในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลตนเอง ร่วมกับการจัดการตนเองให้เกิดทักษะ ความสามารถในการปรับพฤติกรรมให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพ โดยมีกระบวนการการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมซึ่งกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของ McCormack และ McCance (2010) ก็เป็นการดูแลที่เน้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยคำนึงถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพผ่านการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิผลนั่นคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้ได้ข้อสรุปว่า ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีการประเมินเตรียมความพร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดี มีความแตกฉานทางสุขภาพสามารถนำความรู้คำแนะนำที่ได้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพได้อย่างมีวิจารณญาณ ส่งเสริมให้เกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะพักฟื้นหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การกลับเป็นซ้ำ ให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพอย่างสมบูรณ์ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีหลังผ่าตัดตามมา

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาอำนาจการทำนาย (Predictive study design) ของภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ในระยะการมาตรวจติดตามหลังการรักษา 3 ถึง 6 เดือน ที่หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ (ห้องเฟือก สยามินทร์ 104) โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2559 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2559 จำนวน 116 ราย เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (L1-S1) เป็นครั้งแรกที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยไม่รวมผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาตท่อนล่าง ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกไขสันหลังมีความพิการของหลังตั้งแต่กำเนิด มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในช่วง 3-6 เดือนและมีการรับรู้ผิดปกติ (cognitive impairment) กลุ่มตัวอย่างไม่มีการปฏิเสธหรือหยุดการเข้าร่วมงานวิจัยกลางคัน (drop out) ผู้วิจัยคัดกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลผิดปกติ (outliers) ออกจากงานวิจัยจำนวน 6 ราย เหลือกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยทั้งสิ้น 110 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ GP-COG (ฉบับภาษาไทย) คัดกรองผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพ แบบสอบถามการจัดการตนเอง แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางและแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ โดยเครื่องมือแบบสอบถามคุณภาพชีวิตและแบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ได้ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อด้วยวิธีการแปลเครื่องมือกลับ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาคำนวณหาค่าประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ด้านความสอดคล้องของนิยามเครื่องมือเท่ากับ 0.99, 1.00 ตามลำดับ ด้านความซ้ำซ้อนของข้อคำถามเท่ากับ 0.98, 0.88 ตามลำดับ ด้านความชัดเจนของภาษาเท่ากับ 0.86, 0.80 ตามลำดับ และเครื่องมือทั้ง 6 ฉบับ ผ่านการหาความเชื่อมั่น โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ดังนี้ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.90,

แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เท่ากับ 0.75, แบบสอบถามการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.83, แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ เท่ากับ 0.92, แบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เท่ากับ 0.96, แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ เท่ากับ 0.77

ภายหลังดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้วิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดและศึกษาอำนาจการร่วมทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุแบบขั้นตอนเดียว (Enter Multiple regression analysis) ผลการศึกษา พบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.9 มีอายุเฉลี่ย 58.8 ปี (SD = 13.00) สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมร้อยละ 67.3 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 42.7) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มโรคอ้วนระดับที่ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 28.2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 42.7 ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้เฉลี่ย 15,810 บาทต่อเดือน (SD = 19,454) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 53,090 บาทต่อเดือน (SD = 86,497) ใช้สิทธิ์เบิกข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจในการรักษาเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 57.3 อาศัยอยู่กับบุตรร้อยละ 61.8 บุตรเป็นผู้ดูแลยามเจ็บป่วยร้อยละ 55.4 ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดในเรื่อง การบริหารกล้ามเนื้อหลัง/การออกกำลังกาย ทำทางการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง ร้อยละ 90, 91.8 ตามลำดับ มีการปฏิบัติตนตามคำแนะนำเป็นครั้งคราว ร้อยละ 52.7, 40.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดระดับมากร้อยละ 43.6

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคช่องโพรงกระดูกสันหลังแคบ (Spinal stenosis) มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.8 ได้รับการผ่าตัดเพื่อลดการกดทับในช่องกระดูกสันหลัง (Decompressive Laminectomy) มากที่สุดเป็นร้อยละ 53.6 โดยมีจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด 1 ระดับร้อยละ 60 ตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพมากที่สุดคือ ระดับ L4-5 ร้อยละ 75.5 มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.11 วัน (SD = 3.56) มาติดตามการรักษาเฉลี่ย 3.80 เดือน (SD = 1.19)

3. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ภาวะการทำหน้าที่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะการทำหน้าที่หลังการผ่าตัดอยู่ในช่วงปานกลางถึงมากที่สุด (14-29 คะแนน) มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการทำหน้าที่เท่ากับ 21.37 คะแนน (SD = 3.52) จำแนกตามมิติพบว่า มิติที่ 1 ด้านอาการแสดง (0-9 คะแนน) (Mean = 6.42, SD = 1.41) มีอาการปวด

หลังเล็กน้อยเป็นบางครั้งร้อยละ 66.4 มีอาการปวดขาและ/หรือปวดเสียวขาเล็กน้อยเป็นบางครั้งร้อยละ 50 ความสามารถในการเดินได้มากกว่า 500 เมตร ถึงแม้มีอาการปวดเสียวและหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงร้อยละ 53.6 มิตินี้ 2 ด้านอาการทางคลินิก (0-6 คะแนน) (Mean = 4.62, SD = 1.02) การตรวจ Straight leg raising ยกขาได้ปกติ (มากกว่า 70 องศา) ร้อยละ 50.9 การสูญเสียการรับรู้ทางระบบประสาทสูญเสียเล็กน้อยร้อยละ 57.3 การสูญเสียของกำลังกล้ามเนื้อปกติ (เกรด 5) ร้อยละ 67.3 มิตินี้ 3 การถูกจำกัดกิจกรรม (0-14 คะแนน) (Mean = 10.50, SD = 1.94) การเปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัวขณะนอนไม่จำกัดร้อยละ 76.4 ความสามารถในการยืนจำกัดปานกลาง ร้อยละ 56.4 การทำความสะอาดร่างกายได้ไม่จำกัดร้อยละ 82.7 การโน้มตัวไปข้างหน้าไม่จำกัดร้อยละ 59.1 การนั่งประมาณ 1 ชั่วโมงไม่จำกัดร้อยละ 61.8 ความสามารถในการยกหรือถือของหนักจำกัดปานกลางร้อยละ 72.4 ความสามารถขณะเดินจำกัดปานกลางร้อยละ 56.4 มิตินี้ 4 การทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ ((-6)-0 คะแนน (Mean = -1.06, SD = 0.68) ปกติร้อยละ 94.5

ความแตกฉานทางสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับสูงมีคะแนนเฉลี่ย 8.02 คะแนน (SD = 1.93) เมื่อแบ่งตามรายด้านพบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพในองค์ประกอบด้านครอบครัวสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 9.10, SD = 1.18) รองลงมาคือด้านความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ (Mean = 8.85, SD = 1.11) และความแตกฉานทางสุขภาพด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 6.99, SD = 1.90)

การจัดการตนเองกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 57.3 โดยมีคะแนนการจัดการตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 63.38 คะแนน (SD = 10.50)

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 64.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.5 คะแนน (SD = 2.42)

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 5.93 คะแนน (SD = 0.94) เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง พบว่าด้านการติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 6.07, SD = 0.88) รองลงมาคือด้านการให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย (Mean = 5.97, SD = 0.95) ใกล้เคียงกับด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Mean = 5.95, SD = 0.86) และด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 5.40, SD = 0.92)

คุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 0.75 คะแนน (SD = 0.13) เมื่อแบ่งตามรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (Mean = 0.62, SD = 0.15) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคม (Mean = 0.44, SD = 0.13) โดยในมิติ

ย่อด้านร่างกายพบว่า มิติด้านการรับรู้ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 0.87, SD = 0.08) ส่วนด้านจิตสังคมพบว่า มิติความสุขมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด (Mean = 0.84, SD = 0.06)

4. ปัจจัยที่มีความความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว พบว่ามีปัจจัยภาวะการทำหน้าที่โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ($r = 0.526$, $p = 0.000$) รองลงมาคือ การจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ($r = 0.510$, $p = 0.000$) ส่วนปัจจัยความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ($r = 0.402$, $p = 0.000$; $r = 0.321$, $p = 0.001$; $r = 0.320$, $p = 0.001$ ตามลำดับ)

5. ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเดียวพบว่า ตัวแปรภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะเวลาติดตามหลังการผ่าตัด 3-6 เดือนได้ ร้อยละ 42.8 ($R^2 = 0.428$, $F = 15.578$, $p < 0.05$) โดยภาวะการทำหน้าที่เป็นปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตได้สูงสุด ($\beta = 0.385$, $p < 0.05$) รองลงมาคือ ความแตกฉานทางสุขภาพ ($\beta = 0.209$, $p < 0.05$) และความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ($\beta = 0.161$, $p < 0.05$) ส่วนปัจจัยการจัดการตนเองและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีน้ำหนักในสมการเพียงเล็กน้อยและไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.136$, $\beta = 0.066$, $p > 0.05$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมต่ำกว่าด้านร่างกาย พยาบาลจึงควรมุ่งเน้นสนับสนุนให้การดูแลด้านจิตสังคม โดยการเน้นสัมพันธ์ทางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลกับทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านจิตสังคมและด้านร่างกายที่ดียิ่งขึ้น

1.2 ควรมีการประเมินภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ทราบถึงข้อจำกัด ปัญหา

ขีดความสามารถของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการผ่าตัด

1.3 การจัดการตนเองและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ แต่ปัจจัยทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ดังนั้นจึงควรมีการประเมินและวางแผนการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมร่วมกับการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางซึ่งจะมีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นหลังการผ่าตัด

1.4 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดยเน้นการดูแลให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีหลังผ่าตัด เพิ่มความตระหนักรู้ทางสุขภาพในด้านการประเมินความน่าเชื่อถือและการเข้าถึงข้อมูลเพื่อสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพของตนเองในทุกระยะของการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.5 พยาบาลควรมีการนำแนวคิดการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลตามบริบทของผู้ป่วยเน้นความเป็นบุคคลและครอบครัว ผ่านกระบวนการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพโดยการพินิจในความเป็นบุคคลเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการ เกิดการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกมิติต่อไป

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการรักษา

2.2 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมามากขึ้น เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจ พัฒนาการสร้างสัมพันธภาพ การติดต่อสื่อสาร แนะนำแนวทางการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยนำไปใช้ในกระบวนการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

2.3 ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการพยาบาลเพื่อเพิ่มภาวะการทำหน้าที่หลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โปรแกรมส่งเสริมความตระหนักรู้ทางสุขภาพ โปรแกรมส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในอนาคต เป็นการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาลให้ก้าวหน้าและเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวต่อไป

2.4 ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มเดิมในช่วงเวลาการติดตามหลังการผ่าตัดที่มากขึ้น เช่น 1, 2 หรือ 5 ปี เพื่อติดตามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะยาว ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงปัญหา ภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ ข้อมูลที่ได้จะทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะยาวต่อไป



ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

PREDICTORS OF QUALITY OF LIFE AMONG POST LUMBAR SURGERY PATIENTS

ลัดดาวัลย์ หิมคุณ 5736831 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุพร คณัยคุณฤกุล, พย.ด., นภาพร วาณิชกุล, Ph.D.
(GERONTOLOGICAL NURSING), ชลเวช ชวศิริ, พ.บ.,ว.ว. (ออร์โธปิดิกส์)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นภัยเงียบสำคัญและพบได้บ่อยในกลุ่มคนวัยทำงานและผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและหญิง ส่วนใหญ่อายุ 40 ถึง 80 ปี ขึ้นไป (Hoy et al., 2012; Yoshihara & Yoneoka, 2015) สาเหตุเกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุที่มากขึ้นและท่าทางการทำงานที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังเรื้อรัง บางรายที่อาการรุนแรงจะมีอาการปวดหลัง ร้าวลงขา ขาอ่อนแรง หรือชาเท้า ชาทั้งขา อาการต่างๆกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่กระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Chou, 2010; Jakola et al., 2010) การผ่าตัดเป็นหัตถการที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีในการรักษา ลดอาการปวดหลัง ปวดขา ลดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของหลัง เพิ่มประสิทธิภาพการทำกิจกรรมของผู้ป่วยทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Aalto et al., 2006; Kovacs, Urrútia, & Alarcón, 2011; Pekkanen et al., 2013; Whitmore et al., 2015) อย่างไรก็ตามแม้การผ่าตัดจะให้ผลลัพธ์ที่ดี แต่ในระยะฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอาจยังประสบปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การดำเนินชีวิตประจำวัน จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ในระยะหลังการผ่าตัด 6 สัปดาห์ถึง 3-6 เดือน ผู้ป่วยจะยังมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเองโดยพบว่า ยังคงมีอาการปวดหลัง อาการหลังแข็ง อาการเหล่านี้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง บางรายจะต้องได้รับการทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพและลดอาการปวด (DeBerard, LaCaille, Spielmans, Colledge, & Parlin, 2009; Gu et al., 2009; Oosterhuis et al., 2014; Pekkanen et al., 2013) นอกจากนี้การเกิด

ภาวะจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง มีภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย (Chaichana, Mukherjee, Adogwa, Cheng, & McGirt, 2011; Miller et al., 2015; van de Water, Eadie, & Hurley, 2011) และหากหลังผ่าตัดผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดหมอนรองกระดูกทับเส้นอีก หรือเกิดการหลวมของสกรูที่ยึดกระดูกจนต้องผ่าตัดซ้ำ (Chan & Peng, 2011; Pumberger et al., 2012; Weiner & Nordin, 2010; Wolf, Feinglass, Thompson, & Baker, 2010) การดูแลป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

คุณภาพชีวิตเป็นมาตรฐานในการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยในการจะทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดีนั้น ประกอบไปด้วยความสัมพันธ์ของ โครงสร้าง ระบบการดูแล และผลลัพธ์ (Donabedian, 1988) เมื่อพิจารณาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่านอกจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ผู้ป่วยเองก็เป็นปัจจัยโครงสร้างหนึ่งที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองซึ่งมีทั้งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ผู้สูงอายุ (Imagama et al., 2011; Suri, Rainville, Kalichman, & Katz, 2010) การมีภาวะโรคร่วม (Battié, Jones, Schopflocher, & Hu, 2012; Robert Whitmore et al., 2012) ล้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ส่งผลให้การทำกิจวัตรประจำวันลดลง การฟื้นตัวช้าและคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดลดลง (Soriano et al., 2010; Mendenhall et al., 2014; Perez-Cruet et al., 2014) และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้คือ สมรรถนะต่างๆของผู้ป่วยได้แก่ ภาวะการทำหน้าที่ จากการศึกษาพบว่าก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะมีภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายในระดับต่ำ แต่หลังผ่าตัด 3 เดือน อาการปวดลดลง ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น สามารถทำกิจกรรมได้มากขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Pekkanen et al., 2013) การศึกษาระยะยาว 1-7 ปี หลังผ่าตัดพบว่า อาการปวดและความบกพร่องในการทำหน้าที่ของหลังจะลดลง ความสามารถในการทำกิจกรรม คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น (Helenius, Remes, Lamberg, Schlenszka, & Poussa, 2008; Jansson, Németh, Granath, Jönsson, & Blomqvist, 2009; Silverplats et al., 2011) แต่บางการศึกษา กลับพบว่าในระยะ 3 เดือนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะยังมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวันจำกัดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามมา (Abbott, Tyni-Lenné, & Hedlund, 2011) ความแตกต่างทางสุขภาพเป็นสมรรถนะหนึ่งที่แต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับทักษะการเรียนรู้ การเข้าถึง เข้าใจ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง (World Health Organization, 2009) จากการศึกษาของ Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, และ Crotty (2011) พบว่าระดับความแตกต่างทางสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพ เช่น ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้น การมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินบ่อยขึ้น ในกลุ่มผู้สูงอายุจะทำให้เพิ่มอัตราการตายที่สูงขึ้น ขณะที่กลุ่มที่มีความแตกต่างทางสุขภาพสูงจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพ

ตนเองในระดับที่ดี สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Lubetkin, Lu, & Gold, 2010) การศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพระดับสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Briggs et al., 2010; Song et al., 2012; Welbie & Wittink, 2011; Wolf et al., 2010) แต่การศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังกลับพบว่า การมีความแตกฉานทางสุขภาพไม่เพิ่มสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วย ($p > 0.05$) (Camerini & Schulz, 2015) การจัดการตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าหากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างปกติสุข (Bishop, Frain, & Tschopp, 2008; Hibbard, Mahoney, Stock, & Tusler, 2007; Shneerson, Taskila, Greenfield, & Gale, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญปัญหาที่มีการจัดการตนเองจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมดีขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น 0.8 เท่าและคะแนนคุณภาพชีวิตทางกายภาพเพิ่มขึ้น 1.3 เท่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นร้อยละ 59 ($p < 0.001$) (van Hooff et al., 2010) และการเพิ่มขึ้นของการแสดงออกในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับการมีความรู้ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Lubetkin et al., 2010)

นอกจากปัจจัยด้านโครงสร้างแล้วระบบการดูแลก็มีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์ ในปัจจุบันมีกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่คำนึงถึงการสร้างสัมพันธภาพ ตัวบุคคล การมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วย (McCormack & McCance, 2010) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย จากการศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังพบว่าหากผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ($p < 0.001$) (Mason, Mathias, & Skevington, 2008) การศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่หน่วยปฐมภูมิพบว่า หากผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองแล้วจะทำให้มีภาวะซึมเศร้าลดลง ความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Magnezi, Glasser, Shalev, Sheiber, & Reuveni, 2014) การศึกษาการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในกระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดมุมมองที่ดี, มีความหวัง, การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Skolasky, Mackenzie, Riley, & Wegener, 2009) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำมาซึ่งความร่วมมือในการดูแลสุขภาพทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา ในกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางผู้ให้บริการจะต้องเข้าใจบริบท ความแตกต่างของแต่ละบุคคล ในขณะที่ผู้รับบริการเองก็ต้องรับรู้ถึงการได้รับการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง การดูแลที่เคารพในความเป็นบุคคล (Alharbi, Carlstrom, Ekman, &

Olsson, 2014; Alharbi, Carlstrom, Ekman, Jarneborn, & Olsson, 2014) มีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงประสบการณ์เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางพบว่าผู้ป่วยรับฟังและรับรู้ถึงการได้รับการดูแลที่เน้นความเป็นบุคคล รู้สึกว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพมองพวกเขว่าเป็นบุคคล เป็นคนทั้งคนและการดูแลไม่ได้มุ่งเน้นแต่เพียงรักษาโรคเท่านั้นแต่เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่มีทั้งร่างกาย จิตใจ สภาพแวดล้อมร่วมด้วย (Alharbi, Carlström, Ekman¹, Jarneborn, & Olsson, 2014) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jerofke, Weiss, และ Yakusheva (2014) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งและหัวใจ ภายใต้กรอบแนวคิดการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง พบว่าการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี เพิ่มขีดความสามารถในการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา แต่การศึกษาด้านกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางยังพบน้อย การดูแลส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยยังขาดการประเมินหลังให้การดูแลและพบว่าการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยยังมีความเข้าใจที่แตกต่างกัน (Poochikian-Sarkissian, Sidani, Ferguson-Pare, & Doran, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว แต่การจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้นั้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบนอกจากการดูแลจากทีมสุขภาพแล้ว ผู้ป่วยเองถือเป็นปัจจัยโครงสร้างด้านบุคคลที่มีความสำคัญสามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือสมรรถนะด้านต่างๆ ได้แก่ ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพและการจัดการตนเอง เนื่องจากโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อนผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ดังนั้นกระบวนการดูแลที่มีประสิทธิภาพมีความเฉพาะจึงมีความสำคัญ กระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง การศึกษาถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวยังพบน้อยและเป็นการศึกษาดำเนินการในระยะยาว ปัจจัยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาการ การรักษา ซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศที่มีบริบทการดูแลแตกต่างจากประเทศไทย การศึกษาในด้านสมรรถนะของผู้ป่วยและกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางยังพบน้อย บางปัจจัยพบว่าการศึกษาไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาในปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะการมาตรวจติดตามหลังผ่าตัด 3-6 เดือน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
2. เพื่อศึกษาอำนาจการร่วมทำนายของภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวเป็นอย่างไร
2. ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้หรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) ผสานกับกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centred Nursing (PCN) framework) ของ McCormack และ McCance (2010) เพื่ออธิบายความซับซ้อนของธรรมชาติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดย Donabedian (1988) มองความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบคือ โครงสร้าง; กระบวนการดูแล; ผลลัพธ์ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวต้องกลับไปดูแลตนเองในหลายๆด้านเพื่อฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นปัจจัยโครงสร้างในส่วนของผู้ป่วยจึงหมายถึง สมรรถนะที่พร้อมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโดยประเมินจากภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วยในการเข้าถึงเข้าใจข้อมูลสุขภาพและนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี

ร่วมกับมีการจัดการตนเองให้เกิดทักษะ ความสามารถในการปรับพฤติกรรมให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพ โดยมีกระบวนการการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมซึ่งการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางก็เป็นการดูแลที่เน้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยคำนึงถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพผ่านการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิผลนั่นคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของ ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (L1-S1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพศชายและหญิงที่ได้รับการตรวจติดตามหลังผ่าตัด 3-6 เดือน ณ หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ (ห้องเฟือก สยามินทร์ 104) โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 116 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (L1-S1) ครั้งแรกที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย (Degenerative disease) ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 ปี ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มประชากร โดยมาตรวจติดตามหลังการผ่าตัด 3-6 เดือน ณ หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ (ห้องเฟือก สยามินทร์ 104) โรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ได้รับการผ่าตัดตามตารางการนัดหมายของแพทย์ (Elective case)
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เข้าใจภาษาไทยสามารถพูด

โต้ตอบแสดงความคิดเห็นได้ด้วยตนเอง กรณีผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผ่านการทดสอบความรู้ความเข้าใจ (GP-COG) ฉบับภาษาไทย โดยมีคะแนนการทดสอบ 9 คะแนนหมายถึงมีความรู้ความเข้าใจ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาตท่อนล่าง (Paraplegia), ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกไขสันหลัง (Spinal injury), มีโรคติดเชื้อที่กระดูกสันหลัง มะเร็งลุกลามมาที่กระดูกสันหลัง (spinal Metastasis) หรือมีความพิการของหลังตั้งแต่กำเนิด

2. ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในช่วง 3-6 เดือนที่ผ่านมา เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การเลื่อนหลุดของเหล็กค้ำ การหลวมของสกรู มีภาวะโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตในระยาระุนแรงที่ควบคุมไม่ได้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (Power analysis) สำหรับสถิติถดถอยพหุ กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant) ที่ระดับ 0.05 จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบงานวิจัยที่คล้ายคลึง ผู้วิจัยจึงขอกำหนดขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) = 0.13 ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในงานวิจัยทางการแพทย์ (Polit & Beck, 2008) จำนวนตัวแปรในการทำนาย 5 ตัว นำค่าดังกล่าวข้างต้นมาคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ 105 คน เพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาอีก 10 % (Polit & Hungler, 1999) ตามเกณฑ์การคัดเข้าข้างต้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 116 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือแบบประเมินความรู้ความเข้าใจ โดยใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ (GP-COG) ฉบับภาษาไทยโดย จิรนนท์ กริฟฟิธส์ และคณะ (2556) ใช้ตอนที่ 1 ในการประเมินผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ คัดกรองผู้ที่มีความบกพร่องทางการรับรู้ออกจากงานวิจัย (คะแนนรวม 9 คะแนน หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ)

เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักปัจจุบัน ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน สิทธิการรักษา รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอรายได้กับรายจ่าย ผู้ที่อาศัยกับผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ประวัติการสูบบุหรี่ การดูแลตนเองหลังการผ่าตัดกระดูกสัน

หลังระดับเอด ความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด จำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด (Level) วันที่ผ่าตัด ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ระยะเวลาการมาตรวจติดตามหลังการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้แบบสอบถาม Assessment of Quality of Life (AQoL-8D) พัฒนาโดย Richardson, James, Sinha, Iezzi, และ Khan (2011) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.96 ประกอบด้วยคำถาม 35 ข้อ โดยประเมินคุณภาพชีวิตในมิติหลัก 2 ด้าน คือ มิติหลักด้านร่างกาย ประกอบด้วยมิตีย่อยคือ ด้านอิสระในการดำเนินชีวิต, ด้านประสาทสัมผัส, ด้านความเจ็บปวด และมิติหลักด้านจิตสังคม ประกอบด้วยมิตีย่อยคือ ด้านสุขภาพจิต, ด้านความสุข, ด้านความมีคุณค่าในตนเอง, ด้านการเผชิญปัญหา, ด้านสัมพันธภาพ แปลเป็นภาษาไทยโดยใช้หลักการแปลอย่างเป็นระบบ ประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ด้านความสอดคล้องของนิยามเครื่องมือ, ความเข้าใจของข้อคำถาม, ความชัดเจนของภาษา มีค่าเท่ากับ 0.99, 0.98, 0.86 ตามลำดับ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราเรียงอันดับ (Ordinal scale) ให้คะแนนรายข้อตามลำดับในข้อคำตอบ แปลงคะแนนโดยใช้โปรแกรมการคำนวณ AQOL-8D UTILITY ALGORITHM (Weighted) คะแนนรวมมีค่า 0-1 คะแนน ระดับคะแนนสูง หมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า การศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ใช้แบบวัด Patient Health Engagement Scale (PHE-scale) พัฒนาโดย Graffigna, Barelo, Bonanomi, และ Lozza (2015) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ค่า Ordinal Alpha via Empirical Copula = 0.85 ทำการทดสอบซ้ำ (Test-Retest reliability) พบว่ามีค่า intra-class correlation coefficient = 0.95 (CI = 0.90-0.97) (Graffigna et al., 2015) แปลเป็นภาษาไทยโดยใช้หลักการแปลอย่างเป็นระบบประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ด้านความสอดคล้องของนิยามเครื่องมือ, ด้านความเข้าใจของข้อคำถาม, ด้านความชัดเจนของภาษา มีค่าเท่ากับ 1.00, 0.88, 0.80 ตามลำดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีค่าคำตอบเป็นมาตรวัดเรียงลำดับ 7 ลำดับตามลำดับข้อคำตอบ คะแนนสูงหมายถึงมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพที่ดีกว่า ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ 0.75

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการจัดการตนเอง ใช้แบบสอบถาม Patient Activation Measure (PAM 13) พัฒนาโดย Judith Hibbard, Stockard, Mahoney, และ Tusler (2004) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha Coefficient) อยู่ในช่วง 0.80-0.90 (Lubetkin et al., 2010; Nijman, Hendriks, Brabers, de Jong, & Rademakers, 2014) แบบสอบถามได้รับอนุญาตจาก Insignia Health

ฉบับภาษาไทยแปลโดย สิรินันท์ ชูเชิด (สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ, 2559) และ ธิมาภรณ์ ชื้อตรง (ธิมาภรณ์ ชื้อตรง และคณะ, 2559) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.78 ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-100 คะแนน กำหนดตามโปรแกรมคำนวณคะแนนของ PAM ค่าคะแนนที่สูงแสดงว่ามีการจัดการตนเองในระดับสูง แบ่งระดับการจัดการตนเองเป็น 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 (คะแนน ≤ 47) ระดับที่ 2 (คะแนน 47.1-55.1) ระดับที่ 3 (คะแนน 55.2-72.4) ระดับที่ 4 (คะแนน ≥ 72.5) ในการศึกษาครั้งนี้แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ ใช้แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพที่พัฒนาโดย จเร วิชาไทย และคณะ (2557) แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) อยู่ในช่วง 0.76-0.90 ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ วัตถุประสงค์ 7 ด้านคือ ด้านการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐาน, ด้านความสามารถในการรับบริการสุขภาพ, ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ, ด้านครอบครัวสุขภาพ, ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ, ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ, ด้านความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ คำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 11 ระดับ ระหว่าง 0-10 คะแนนที่สูงขึ้นหมายถึง มีความแตกฉานทางสุขภาพที่มากกว่า ในการศึกษาครั้งนี้แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ใช้แบบประเมิน Consultation Care Measure (CCM) พัฒนาโดย Little และคณะ (2001) มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) อยู่ในช่วง 0.84-0.96 ฉบับภาษาไทยแปลโดย สิรินันท์ ชูเชิด (สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ, 2559) และ ธิมาภรณ์ ชื้อตรง (ธิมาภรณ์ ชื้อตรง และคณะ, 2559) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.97 ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบคือ ด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ, ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล, ด้านการส่งเสริมสุขภาพ, ด้านการให้ความกระจ่างและเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย ใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 7 ระดับ คะแนนรวมมีค่า 1-7 คะแนน โดยค่าคะแนนที่สูงขึ้นหมายถึง การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มากกว่า ในการศึกษาครั้งนี้แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.96

ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ใช้แบบประเมิน Japanese Orthopedic Association score (JOA score) พัฒนาโดย Japanese Orthopedic Association ในปี ค.ศ. 1996 เพื่อใช้ประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (Japanese Orthopedic Association, 1996 cited in Osawa, Ogura, Hayashida, Mori, & Hase, 2003) มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์

แอลฟาโรนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.81 (Azimi, Mohammadi, & Montazeri, 2012) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ประเมิน 4 มิติ คือ ด้านอาการแสดง ด้านอาการทางคลินิก ด้านการถูกจำกัดกิจกรรม ด้านการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ ในการประเมินถ้าคะแนนสูงถือว่า มีภาวะการทำหน้าที่ที่ดี โดยมีคะแนนต่ำสุดคือ -6 คะแนนและคะแนนสูงสุดคือ 29 คะแนน ใน การศึกษาครั้งนี้แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.77

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนคือ ผู้วิจัยเสนอโครงร่างต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขอ อนุญาตในการเก็บข้อมูลการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล ติดต่อกับ ประสานงานกับหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด หัวหน้าฝ่ายการ พยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด หัวหน้าหน่วยตรวจและติดตามผลการรักษาออร์โธปิดิกส์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดและขอความ ร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในวันราชการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้ ที่มาตรวจติดตามการรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อธิบายการตอบ แบบสอบถาม รวมทั้งอธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 60 นาที เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยทำการเก็บแบบสอบถามตรวจสอบ ความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยเริ่มจากการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยที่สามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยด้วย

ความสนใจโดยไม่กระทบกับการดูแลรักษา การวิจัยครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใดๆกับผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการวิจัยนี้แต่จะก่อให้เกิดประโยชน์โดยภาพรวมในอนาคตในการดูแลรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว รวมทั้งเป็นประโยชน์ทางการศึกษา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอแบบภาพรวม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามข้อมูล ข้อสงสัยได้ตลอดเวลา การตอบรับเข้าร่วมการวิจัยไม่มีการบังคับใดๆและผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด วิเคราะห์ตัวแปร ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง คุณภาพชีวิต โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และวิเคราะห์ความสามารถในการร่วมทำนายของตัวแปรโดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ 116 ราย คัดกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลผิดปกติ (outliers) ออกจากงานวิจัย 6 ราย เหลือกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยทั้งสิ้น 110 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่า (ร้อยละ 70.9) มีอายุเฉลี่ย 58.8 ปี (SD = 13.00) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.7) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 54.5) อาศัยอยู่กับบุตร ใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจในการรักษา (ร้อยละ 57.3) มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 67.3 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มโรคอ้วนระดับที่ 1 (ร้อยละ 28.2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Spinal stenosis (ร้อยละ 41.8) ระดับที่เกิดพยาธิสภาพมากที่สุดคือ ระดับ L4-5 (ร้อยละ 75.5) ได้รับการผ่าตัด Decompressive Laminectomy มากที่สุด (ร้อยละ 53.6) โดยเป็นการผ่าตัดครั้งแรก มีจำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด 1 ระดับ (ร้อยละ 60) มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.11 วัน (SD = 3.56)

2. ภาวะการทำหน้าที่ ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงปานกลางถึงมาก 14-29 คะแนน ($\bar{X} = 21.37$, SD = 3.52); ความแตกฉานทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 8.02$, SD = 1.93)

เมื่อแบ่งเป็นรายด้านพบว่า ด้านครอบครัวสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 9.10$, $SD = 1.18$); การจัดการตนเองอยู่ในระดับที่ 3 ($\bar{X} = 63.38$, $SD = 10.50$); ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ 3 ($\bar{X} = 15.55$, $SD = 2.42$); การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 5.93$, $SD = 0.94$) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 6.07$, $SD = 0.88$); คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 0.75$, $SD = 0.13$) โดยพบว่ามีดีหลักด้านร่างกาย ($\bar{X} = 0.62$, $SD = 0.15$) มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ามีดีหลักด้านจิตสังคม ($\bar{X} = 0.44$, $SD = 0.13$) ในมีดีหลักด้านร่างกายพบว่า ด้านการรับรู้ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 0.87$, $SD = 0.08$) มีดีหลักด้านจิตสังคมพบว่า ด้านความสุขมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 0.84$, $SD = 0.06$);

3. ภาวะการทำหน้าที่และการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ($r = 0.526$, $p = 0.000$; $r = 0.510$, $p = 0.000$ ตามลำดับ) ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ($r = 0.402$, $p = 0.000$; $r = 0.321$, $p = 0.001$; $r = 0.320$, $p = 0.001$ ตามลำดับ)

4. ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ ร้อยละ 42.8 ($R^2 = 0.428$, $F = 15.578$, $p < 0.05$) โดยภาวะการทำหน้าที่เป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้มากที่สุด ($\beta = 0.385$, $p < 0.05$) รองลงมาคือ ความแตกฉานทางสุขภาพและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ($\beta = 0.209$, 0.161 , $p < 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนการจัดการตนเองและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ ($p > 0.05$)

อภิปรายผล

1. ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวครั้งแรกจำนวน 110 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.9 อธิบายได้จากเมื่อผู้หญิงอายุมากขึ้นโดยเฉพาะในวัยที่หมดประจำเดือนมวลกระดูกจะลดลงทำให้พบภาวะกระดูกพรุนมากกว่าเพศชาย (Gammage,

Gasparotto, Mack, & Klentrou, 2012; Leslie et al., 2014) มีอายุเฉลี่ย 58.80 (SD = 13.04) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 56.50 ปี (SD = 15.23) (พัชร บุตรแสนโคตร และคณะ, 2559) การศึกษาในต่างประเทศพบผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีช่วงอายุระหว่าง 18-93.7 ปี อายุเฉลี่ย 58.5 ปี (SD = 15.7) (Gautschi et al., 2016) ทั้งนี้เมื่ออายุมากขึ้นการสังเคราะห์ฮอร์โมนกระดูกจะลดลงทำให้ช่องของฮอร์โมนกระดูกสันหลังแคบส่งผลให้เกิดอาการปวดหลังมากขึ้นตามมา (DeVine, Schenk-Kisser, & Skelly, 2012)

ภาวะการทำหน้าที่

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในช่วงปานกลางถึงดีที่สุด (14-29 คะแนน) มีคะแนนเฉลี่ย 21.37 คะแนน (SD = 3.52) นั่นคือผู้ป่วยมีอาการปวดหลัง ปวดขา ลดลง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทรา รูปสว่าง และคณะ (2552) ในการศึกษาติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 3 เดือนพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 88.4) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Whitmore และคณะ (2015) พบว่าหลังผ่าตัดภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นตั้งแต่ 1 เดือนหลังการผ่าตัด ($p < 0.001$) และในการติดตาม 3-6 เดือน ภาวะการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 เดือน ($p < 0.001$) การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆอยู่ เช่น การเดิน การนั่ง การทำความสะอาดร่างกาย การโน้มตัวไปข้างหน้า การยกหรือถือของหนัก บางรายยังมีอาการปวดหลัง ปวดขาหรือปวดเสียวขา มีอาการชา มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงอยู่ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านการรักษาโดยเฉพาะการโน้มตัวไปข้างหน้าและการยกของหนัก ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะส่งผลต่อฮอร์โมนกระดูกทำให้เกิดอาการปวดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Machado และคณะ (2016) ที่พบวก่อนผ่าตัดผู้ป่วยร้อยละ 75.2 จะมีอาการปวดขาามาก่อน แต่เมื่อติดตามหลังผ่าตัด 3 เดือนพบว่า อาการปวดขา ลดลงเหลือร้อยละ 15.3 ในขณะที่บางรายอาการปวดขาจะยังคงอยู่จนถึง 6 เดือนหลังการผ่าตัด และบางรายกลับมีอาการปวดขาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.2, 18, 21 หลังการผ่าตัด 12, 24 เดือนและ 5 ปี ตามลำดับ

ความแตกต่างทางสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแตกต่างทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง เฉลี่ยเท่ากับ 8.02 คะแนน (SD = 1.93; Range = 0-10) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน เนื่องจากก่อนและหลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเตรียมความพร้อม คำแนะนำเกี่ยวกับโรคการรักษา การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด มีการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน จึงทำให้คะแนนความแตกต่างทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง การได้รับคำแนะนำต่างๆจะทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาเป็นไปในทางที่ดี (McGregor et

al., 2014) เมื่อพิจารณาตามมิติพบว่าความแตกฉานทางสุขภาพในด้านครอบครัวสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 9.10, SD = 1.18) เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีบุตรหรือญาติเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ พุฒยสนับสนุนด้านอารมณ์ ข่าวสารทำให้มีความแตกฉานทางสุขภาพที่ดี (จิราพร ชมพิกุล, 2552; สมฤทัย เพชรประยูร, 2555) ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (Mean = 6.99, SD = 1.90) และด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Mean = 7.10, SD = 1.89) มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาที่ต่างกันมาก ตั้งแต่ระดับที่ไม่ได้เรียนหนังสือ จนถึงระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ความสามารถในการอ่าน เข้าใจข้อมูลข่าวสารต่างๆจะลดลง (Oldfield & Dreher, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nijman และคณะ (2014) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความแตกฉานทางสุขภาพด้านการค้นหา การเข้าถึงและการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้มากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาน้อย

การจัดการตนเอง

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.3 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง (ระดับที่ 3) มีคะแนนเฉลี่ย 63.38 คะแนน (SD = 10.50) อธิบายได้ว่า ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำการจัดการตนเองในด้านต่างๆ เช่น การฟื้นฟูสภาพ การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดการความปวด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำทางการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณิ ขอบการไว้ และคณะ (2556) ในการศึกษาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว หลังผ่าตัด 3-6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 97.70 สนับสนุนการศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การจัดการด้านความปวด ความวิตกกังวล จะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น (Oliveira et al., 2012) ผู้ป่วยที่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูงจะทำให้เกิดความตระหนัก สนใจดูแลสุขภาพของตนเอง เฝ้าระวังป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีตามมา (Greene & Hibbard, 2012) ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยบางรายหลังผ่าตัดไประยะเวลาหนึ่ง เมื่ออาการปวดลดลง สามารถทำกิจกรรมได้ดีขึ้นแล้วมักจะละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวท่าทางที่ถูกต้อง (ปฏิบัติเป็นครั้งคราว ร้อยละ 52.7, 40.9 ตามลำดับ) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การศึกษาอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ขาดความรู้ การจดจำและนำข้อมูลไปใช้ลดลง (Oldfield & Dreher, 2010) และกลุ่มตัวอย่างมีบุตรหรือญาติเป็นผู้ดูแล การจัดการตนเองจึงไม่ได้เกิดจากตัวผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.5 มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ระดับที่ 3) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.45 คะแนน (SD = 2.42) อธิบายได้จากหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวผู้ป่วยเมื่อได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตน จะเกิดความตื่นตัว ปฏิบัติตนตามคำแนะนำที่ได้รับทำให้การฟื้นฟูสภาพเร็วขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพโดยเน้นการเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพของตนเองจะทำให้การฟื้นฟูสภาพความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำ (Skolasky, Maggard, Li, Riley Iii, & Wegener, 2015) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหน่วยปฐมภูมิพบว่าผู้ป่วยที่มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองในระดับสูงจะมีภาวะซึมเศร้าลดลง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น (Magnezi, Glasser, Shalev, Sheiber, & Reuveni, 2014) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหากผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อกิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองตามคำแนะนำจะทำให้สามารถฟื้นหายจากโรคเรื้อรังได้ (Barello & Graffigna, 2015) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับที่ 2 ร้อยละ 10.9 เนื่องจากยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ขาดความรู้ในการดูแลตนเองและพบว่ามีความรับผิดชอบระดับที่ 4 ร้อยละ 24.5 คือยอมรับเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาสามารถผสมผสานความรู้ประสบการณ์ แสดงออกซึ่งความรับผิดชอบในการจัดการตนเองได้ ซึ่งความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยจะแตกต่างกันไปตาม อารมณ์ ความนึกคิดและพฤติกรรม การเข้าไปมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น เกิดการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี (Barello et al., 2015; Menichetti & Graffigna, 2016)

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.93 คะแนน (SD = 0.94) จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน อธิบายได้จาก หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตนในการฟื้นฟูสภาพ เมื่อผู้ป่วยนำไปปฏิบัติแล้วเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น อาการปวดหลังลดลง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เพิ่มขึ้น กลับไปทำงานได้ตามปกติ เป็นไปตามความคาดหวังทำให้มีความพึงพอใจต่อการดูแล คะแนนการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางจึงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นหากได้รับคำแนะนำให้ข้อมูลที่ชัดเจน เข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยมีการสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพจะทำให้ความพึงพอใจต่อระบบบริการเพิ่มขึ้น (Little et al., 2001) การรับรู้ถึงการได้รับการดูแลที่ดีมีความสัมพันธ์กับการเกิด

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเจ็บป่วยของตนเองได้ (Jerojke et al., 2014) นอกจากนี้ยังพบว่าการนำรูปแบบการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง การฟื้นฟูสภาพเร็วขึ้น (Ekman et al., 2012) เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ด้านความสนใจในผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและชีวิตส่วนตัวมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 5.40, SD = 0.92) อาจเนื่องมาจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพใช้เวลาสั้น การสื่อสารส่วนมากเน้นไปที่การสอบถามอาการหลังผ่าตัดมากกว่าและการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเป็นการให้จากบุคลากรทางการแพทย์ฝ่ายเดียวขาดการประเมินสอบถามถึงความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายรู้สึกเกรงใจไม่กล้าสอบถามปัญหาหรือพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์ มีความยากลำบากในการอธิบายออกมาเป็นคำพูดจึงไม่กล้าซักถาม

คุณภาพชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 0.75 คะแนน (SD = 0.13) จากคะแนนเต็ม 1 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจำนวน 69 ราย พบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีโดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 81.91 ± 16.18 (อินทรา รูปสว่าง และคณะ, 2552) เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวโดยรวมมีคะแนนดีกว่ากลุ่มที่ไม่ผ่าตัด (Tosteson et al., 2011; Whitmore et al., 2015) การศึกษานี้เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในรายด้านพบว่า มิติหลักด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ามิติหลักด้านจิตสังคม (Mean = 0.62, SD = 0.15; 0.44, SD = 0.13 ตามลำดับ) เนื่องจากในระยะเวลา 3-6 เดือนหลังการผ่าตัดเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ อาการปวดหลัง ปวดเสียวขาลดลงหรือหมดไป (Boskovic, Cigic, Grajic, Todorovic-Tomasevic, & Knezevic, 2010; Whitmore et al., 2015) ในด้านร่างกายพบว่ามิตีย่อยด้านการรับรู้ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 0.87, SD = 0.08) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน และการสื่อสารทำให้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด รองลงมาคือด้านความเจ็บปวด (Mean = 0.75, SD = 0.20) หลังการผ่าตัดระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย ทำให้ไม่รู้สึกรบกวนรำคาญ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี อ่อนมี (2556) ในระยะการมาตรวจติดตามการรักษาครั้งแรกหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวพบว่าร้อยละ 52 มีระดับความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย (0-3 คะแนน) และการศึกษาติดตามหลังผ่าตัด 3-6 เดือน พบว่าร้อยละ 48.8 ไม่มีอาการปวดหลัง, ร้อยละ 58.1 ไม่มีอาการปวดเสียวขา (สุวรรณิ ชอบการไร่ และคณะ, 2556) ส่วนมิติหลักด้านจิตสังคมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 0.44 (SD = 0.13) เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังกลัวการเคลื่อนไหว การทำ

กิจกรรมที่จำกัด กลัวการกลับเป็นซ้ำ ผลลัพธ์ของการผ่าตัดไม่เป็นดังที่คาดหวัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Anderson et al., 2015; Archer, Seebach, Mathis, Riley Iii, & Wegener, 2014) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านสัมพันธภาพ (Mean = 0.69, SD = 0.09) อาจเกิดจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคงต้องดูแลตนเองที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพทำให้พบพบาพในครอบครัวและพบาพทางด้านสังคมลดลง (Williamson, Bulley, & Coutts, 2008)

2. อำนาจในการร่วมทำนายของปัจจัยภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ผลการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุแบบขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ร้อยละ 42.8 ($R^2 = 0.428$, $F = 15.578$, $p < 0.05$)

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้มากที่สุด ($\beta = 0.385$, $p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ (สุวรรณิ ชอบการไรและคณะ, 2556) ในการประเมิน 3 เดือนหลังการผ่าตัดผู้ป่วยร้อยละ 100 จะมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้ด้วยตนเองในระดับปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาผลลัพธ์และคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลดการบีบอัดของกระดูกสันหลังในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 6, 12 เดือน พบว่าหลังผ่าตัดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของหลังลดลงเมื่อเทียบกับก่อนผ่าตัด (13.1 ± 5.7 , 8.6 ± 5.6 , 7.4 ± 5.6 , $p < 0.001$ ตามลำดับ) และพบว่าคุณภาพชีวิตในระยะ 6, 12 เดือนหลังผ่าตัดดีกว่าระยะก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การผ่าตัดทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ($p < 0.01$) ระดับความปวดที่ลดลง ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นหลังการผ่าตัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับระยะก่อนผ่าตัด (Heider, Kitze, Zieger, Riedel-Heller, & Angermeyer, 2007; Saban & Penckofer, 2007; Whitmore et al., 2015) ดังนั้นหากต้องการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการผ่าตัดจะต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดี โดยมีการประเมินภาวะการทำหน้าที่ก่อนและหลังการผ่าตัด เพื่อให้ทราบถึงปัญหาข้อจำกัด ความสามารถในการทำกิจกรรม พร้อมทั้งส่งเสริมโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตามบริบทของแต่ละบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างรวดเร็ว สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการผ่าตัดตามมา

ปัจจัยความแตกต่างทางสุขภาพมีน้ำหนักในการทำนายคุณภาพชีวิตรองลงมา ($\beta = 0.209$ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Halverson และคณะ (2015) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังพบว่าความแตกต่างทางสุขภาพในด้านความสามารถในการอ่านคำแนะนำการใช้ยา ความเข้าใจคำแนะนำจากทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับคุณภาพชีวิต ($p < 0.0001$) ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางสุขภาพสูงจะมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย การทำกิจกรรม อารมณ์ สังคม สูงกว่ากลุ่มที่มีความแตกต่างทางสุขภาพต่ำ ความแตกต่างทางสุขภาพยังสามารถทำนายผลกระทบของโรคเรื้อรังต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางสุขภาพสูงจะมีระดับคะแนนในด้านความปวด/ความไม่สุขสบายน้อยกว่ากลุ่มที่มีความแตกต่างทางสุขภาพต่ำถึง 3.27 เท่า ($p = 0.012$) (Wang, Kane, Xu, & Meng, 2015) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Smith, Curtis, Wardle, von Wagner, และ Wolf (2013) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีระดับความแตกต่างทางสุขภาพต่ำจะมีคะแนนสุขภาพด้านร่างกายลดลงร้อยละ 13 ($\beta = 0.13$, $p < 0.001$) ผู้ป่วยที่มีระดับความแตกต่างทางสุขภาพต่ำ มีโอกาสที่จะกลับมาได้รับการรักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังจำหน่าย มากกว่ากลุ่มที่ระดับความแตกต่างทางสุขภาพสูงถึง 1.46 เท่า (95% CI: 1.04, 2.05) (Mitchell, Sadikova, Jack, & Paasche-Orlow, 2012) ดังนั้นหากต้องการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรมีการประเมินและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความแตกต่างทางสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงมูลสุขภาพ เข้าใจคำแนะนำอย่างลึกซึ้งและนำความรู้ที่ได้จากบุคลากรไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเป็นอีกตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ ($\beta = 0.161$, $p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Magnezi และคณะ (2014) ที่พบว่าความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ($r = 0.39$, $p < 0.0001$) การมีส่วนร่วมรับผิดชอบในกระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจะทำให้เกิดมุมมองที่ดี มีความหวัง รับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Skolasky, Mackenzie, Riley, & Wegener, 2009) สนับสนุนการศึกษาเชิงทดลองโปรแกรมการให้คำปรึกษาในการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเองโดยเน้นความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและบุคลากรผู้ดูแล พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมและคะแนนคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรม (Skolasky et al., 2015) การที่ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองจะนำไปสู่การปฏิบัติการจัดการสุขภาพทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีตามมา ลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Greene, Hibbard, Sacks, Overton, & Parrotta, 2015) เกิดการร่วมมือมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมถึงการป้องกันความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (Barello et al., 2015; Menichetti & Graffigna, 2016)

การจัดการตนเองในการศึกษารุ่นนี้ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังได้ ($\beta = 0.136, p > 0.05$) แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า ปวดสะโพกหรือปวดหลังเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายและการจัดการตนเองจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (Walsh et al., 2013) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า หากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในระดับต่ำจะทำให้สุขภาพด้านร่างกายต่ำลงร้อยละ 19 ($\beta = 0.19, p < 0.01$) (Smith et al., 2013) ทั้งนี้อาจเนื่องจากแม้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน แต่ในการแสดงออกถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองนั้นก็ยังคงขาดความมั่นใจ ทักษะในการเริ่มพฤติกรรมใหม่ การปฏิบัติตนจึงเป็นเพียงการจัดการตามอาการ ยังไม่ครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Skolasky, Mackenzie, Wegener, และ Riley (2008) ถึงความร่วมมือในการทำกายภาพบำบัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังในระยะพักฟื้นพบว่าความร่วมมือของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีระดับการแสดงออกในการจัดการสุขภาพสูงจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการต่างๆลดลง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การศึกษานี้พบว่าบางรายมีการปฏิบัติตนตามคำแนะนำไม่สม่ำเสมอ มักจะเพเลอหรือมีความเคยชินกับพฤติกรรมเดิม อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกาย ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารจดจำคำแนะนำและนำข้อมูลไปใช้ลดลงตามสภาพ (Oldfield & Dreher, 2010) ผู้ป่วยอาจลืมคำแนะนำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทำให้การปฏิบัติตนไม่สม่ำเสมอ การขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด อีกทั้งส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีบุตรหรือคู่สมรสเป็นผู้ดูแลจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้การจัดการสุขภาพไม่ได้เกิดจากตัวผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรม ทักษะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษาได้อย่างมั่นคงมีคุณภาพ

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางในการศึกษารุ่นนี้ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ($\beta = 0.066, p > 0.05$) แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในข้อมูลการวินิจฉัยโรค การดูแลรักษาความต้องการทางด้านอารมณ์ จิตสังคม ความพึงพอใจของผู้ป่วยจะทำให้ความแปรปรวนทางอารมณ์ลดลง ทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Mallinger, Griggs, & Shields, 2005) การศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางพบว่า การรับรู้การดูแลอย่างมีคุณภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ดี ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ (Jeroftke et al., 2014) การศึกษารุ่นนี้อธิบายได้จากบริบทการดูแลของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากการดูแลในต่างประเทศ แม้โรงพยาบาลจะมีนโยบายประกัน

คุณภาพ เน้นการดูแลแบบองค์รวม แต่พบว่ายังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามนโยบายอาจเนื่องจาก ภาวการณ์ขาดแคลนบุคลากรและการดูแลจากทีมสุขภาพเป็นผู้วางแผน แต่ขาดการเข้ามามีส่วนร่วมจากผู้ป่วยและสมาชิกผู้ดูแล ประกอบกับการสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยใช้เวลาสั้น การพูดคุยเน้นไปที่การสอบถามอาการหลังการรักษา ขาดการพูดคุยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษากับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพจะมีย่อยเพราะผู้ป่วยมีความกลัวหรือเกรงใจที่จะถามคำถามกับแพทย์ ทั้งนี้สัมพันธภาพและการสื่อสารก็ขึ้นกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ความต้องการ สภาพจิตใจ การรับรู้ การศึกษา สภาพสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจของแต่ละบุคคลซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบท (Farin, Gramm, & Schmidt, 2013; Verlinde, de Laender, de Maesschalck, Deveugele, & Willems, 2012) ดังนั้นการประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางจะทำให้ทราบถึงความเป็นบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม ความคาดหวังของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแล และยังสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการดูแล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงระบบการดูแลให้ผู้ป่วยเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการอย่างเป็นระบบของ Donabedian (1988) ที่มองความสัมพันธ์ของโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อม การทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย การศึกษาครั้งนี้ปัจจัยด้านโครงสร้างจึงหมายถึงสมรรถนะด้านจิตสังคมของผู้ป่วยที่พร้อมในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวโดยประเมินจาก ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพในการเข้าถึงเข้าใจข้อมูลสุขภาพและนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลตนเอง ร่วมกับการจัดการตนเองให้เกิดทักษะ ความสามารถในการปรับพฤติกรรมมีความมั่นคงทางสุขภาพ โดยมีกระบวนการการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วม ซึ่งกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางก็เป็นการดูแลที่เน้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยคำนึงถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพผ่านการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง นำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิผลนั่นคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาครั้งนี้ได้ข้อสรุปว่า ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีการประเมินเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดี มีความแตกฉานทางสุขภาพสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพได้อย่างมีวิจารณญาณ ส่งเสริมให้เกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะพักฟื้นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพอย่างสมบูรณ์ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีหลังผ่าตัดตามมา

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมต่ำกว่าด้านร่างกาย พยาบาลจึงควรมุ่งเน้นสนับสนุนให้การดูแลด้านจิตสังคม โดยการเน้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลกับทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านจิตสังคมและด้านร่างกายเพิ่มขึ้น

1.2 ควรมีการประเมินภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ทราบถึงข้อจำกัด ปัญหา จิตความสามารถของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการผ่าตัด

1.3 การจัดการตนเองและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ แต่ปัจจัยทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ดังนั้นจึงควรมีการประเมินและวางแผนการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมร่วมกับการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางซึ่งจะมีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นหลังการผ่าตัด

1.4 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดยเน้นการดูแลให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีหลังผ่าตัด เพิ่มความแตกฉานทางสุขภาพในด้านการประเมินความน่าเชื่อถือและการเข้าถึงข้อมูลเพื่อสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองในทุกๆระยะของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.5 พยาบาลควรมีการนำแนวคิดการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลตามบริบทของผู้ป่วย เน้นความเป็นบุคคลและครอบครัว ผ่านกระบวนการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพโดยการพินิจความเป็นบุคคลเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการ เกิดการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกมิติต่อไป

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในทุกๆระยะของการรักษา

2.2 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมมากขึ้น เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจ พัฒนาการสร้างสัมพันธภาพ การติดต่อสื่อสาร แนะนำแนวทางการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยนำไปใช้ในกระบวนการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

2.3 ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการพยาบาลเพื่อเพิ่มภาวะการทำหน้าที่หลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โปรแกรมส่งเสริมความแตกฉานทางสุขภาพ โปรแกรมส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในอนาคต เป็นการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาลให้ก้าวหน้าและเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวต่อไป

2.4 ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มเดิมในช่วงเวลาการติดตามหลังการผ่าตัดที่มากขึ้น เช่น 1, 2 หรือ 5 ปี เพื่อติดตามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในระยะยาว ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงปัญหา ภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ ข้อมูลที่ได้จะทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะยาวต่อไป

PREDICTORS OF QUALITY OF LIFE AMONG POST LUMBAR SURGERY PATIENTS

LADDAWAN HIMKHUN 5736831 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPORN DANAIDUTSADEEKUL,
D.N.S., NAPAPORN WANITKUN, PhD. (GERONTOLOGICAL NURSING),
CHOLAVECH CHAVASIRI, M.D.

EXTENDED SUMMARY**Background and Significance of the Problem**

Lumbar degenerative disease is a hidden but significant chronic threat that frequently occurs in both male and female people of working age people and the elderly with greater prevalence in patients aged 40 to 80 years and up (Hoy et al., 2012; Yoshihara & Yoneoka, 2015). The disease occurs degeneratively as a result of age and abnormal work postures. In effect, patients experience chronic back pain. In some cases the back pain goes to the legs where it results in weak limbs and numbness in the feet or buttocks. These symptoms are health problems that affect the lifestyles and quality of life of patients (Chou, 2010; Jakola et al., 2010). Surgery, however, is a treatment that offers positive results. Surgery can reduce back pain, leg pain and problems with back function while at the same time effectively improving patient activities and leading to improved quality of life (Aalto et al., 2006; Kovacs, Urrútia & Alarcón, 2011; Pekkanen et al., 2013; Whitmore et al., 2015). Nevertheless, despite good surgical outcomes, patients can experience physical, mental, emotional and lifestyle problems during recovery, which can lead to subsequent complications. At six weeks and up to 3-6 months after surgery, patients can still have movement and self-care limitations, with back pain and stiffness of the back being encountered symptoms.

These symptoms reduce the quality of life in patients. And in some cases, physical therapy is necessary to rehabilitate patients and decrease pain (DeBerard, Lacaille, Spielmans, Colledge & Parlin, 2009; Gu et al., 2009; Oosterhuis et al., 2014; Pekkanen et al., 2013). Moreover, limitations to the abilities of the patients to participate in activities cause anxiety, decreases social interaction, create depression and damage their quality of life (Chaichana, Mukherjee, Adogwa, Cheng & McGirt, 2011; Miller et al., 2015; van de Water, Eadie & Hurley, 2011). And if patients fail to act properly after surgery, herniated disc or loosening of attachment screws can necessitate additional surgery (Chan & Peng, 2011; Pumberger et al., 2012; Weiner & Nordin, 2010; Feinglass, Thompson & Baker, 2010). Therefore, prevention of complications is a significant factor in allowing patients to achieve recovery and return to a quality lifestyle.

Quality of life is a standard used in the assessment of patient care outcomes. In creating positive care outcomes in line with the systematic quality assessment concept of Donabedian (1988) consisting of relationships between structure, process and outcomes, evaluation of the factors found patients themselves to be an important structural factor in their own health care and unchangeable factors such as elderly stage in addition to medical personnel (Imagama et al., 2011; Suri, Rainville, Kalichman & Katz, 2010) and co-morbidities (Battié, Jones Schopfloch & Hu, 2012; Robert Whitmore et al., 2012) correlate with post-surgery complications that lead to decreased activity, slow recovery and lower quality of life after surgery (Soriano et al., 2010; Mendenhall et al., 2014; Perez-Cruet et al., 2014) with changeable factors being the capabilities of patients such as functional status. According to a study, patients have low physical functional status before surgery but less pain, improved physical functional status, greater participation in activities and better quality of life at three months post-surgery (Pekkanen et al., 2013). Furthermore, longitudinal studies conducted from 1-7 years after surgery found pain and flaws in back function to decrease and the overall capabilities of patients to participate in activities as quality of life increased (Henelius, Remes, Lamberg, Schlenzka & Poussa, 2008; Jansson, Németh, Granath, Jönsson & Blomqvist, 2009; Silverplats et al., 2011). However, some studies found the patients to experience difficult mobility and limitations in daily activities that affected quality of life during

the three-month period after surgery (Abbott, Tyni-Lenné & Hedlund, 2011). Meanwhile, health literacy is a capability that differs in each person based on learning skills, access, understanding and application of information caring for personal health (World Health Organization, 2009). According to a study conducted by Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern and Crotty (2011), low health literacy was found to impact access to health services such as prolonged hospitalization, more frequent ER treatment and, in elderly patients, increased mortality, while high health literacy in patients concurs with good self-care abilities, consistent behavior modification practices in line with recommendations and positive health outcomes (Lubetkin, Lu & Gold, 2010). Furthermore, studies conducted in chronic patients found high health literacy to result in good self-care and good quality of life in patients (Briggs et al., 2010; Song et al., 2012; Welbie & Wittink, 2011; Wolf et al., 2010). However, a study conducted in patients with chronic lower back pain found that health literacy does not improve the self-care capabilities of patients ($p > 0.05$) (Carmerini & Schulz, 2015). Meanwhile, self-management is another important factor. According to studies conducted in chronically ill patients, patients with good self-management have good quality of life and can live normally with their illnesses (Bishop, Frain & Tschopp, 2008; Hibbard, Mahoney, Stock & Tusler, 2007; Shneerson, Taskila, Greenfield & Gale, 2015). Concurrently, studies conducted in lower back pain patients found that patients who received a coping program involving self-management had improved abilities to engage in activities and 0.8 times greater perceived self-efficacy, up to 1.3 times physical quality of life and increased quality of life by 59 percent ($p < 0.001$) (van Hooff et al., 2010). Furthermore, the increased expression of self-management was correlated with knowledge and effective communication between patients and caregivers with good quality of life (Lubetkin et al., 2010).

Apart from structural factors, care systems also are correlated with outcomes. At present, the patient-centred Nursing (PCN) framework of McCormack & McCance (2010) take into consideration the building of relationships between persons and participation in patient care with patient engagement as a related factor. According to studies conducted in patients with chronic lower back pain, engaged patients have good quality of life ($p < 0.001$) (Mason, Mathias & Skevington, 2008). Furthermore, a study in patients accessing primary care units found patients with responsibility for

their own health to be less depressed with better function and quality of life (Magnezi, Glasser, Shaleve, Shieber & Reuveni, 2014). In addition, a study conducted in participation and responsibility in the self-care processes of post-lumbar surgery patients found positive correlations between positive attitudes, hope, perceived self-care efficacy (Skolasky, Mackenzie, Riley & Wegener, 2009) and relationships between patients and health teams as factors that bring about cooperation in health care and good results. In the person-centred care processes, the service provider is required to understand the contexts and differences in individuals, while the service recipients have to perceive person-centred care and care that respects individuality (Alharbi, Carlstrom, Ekman & Olsson, 2014; Alharbi, Carlstrom, Ekman, Jarneborn & Olsson, 2014). Studies have been conducted on treatment experiences in patient wards employing patient-centred care and found that patients acknowledge and perceive person-centered care, feel that health personnel viewed them as individuals and that care was holistic care involving physical, mental and environmental aspects and not only treatment of the disease (Alharbi, Carlstrom, Ekman, Jarneborn & Olsson, 2014). Similarly, a study conducted by Jerofke, Weiss and Yakusheva (2014) in patients post-cancer and heart surgery under the person-centred care concept found that perceived quality of care in patients was correlated with good self-care behaviors, improved nursing care capabilities and patient management of their own disease, leading to good quality of life. However, there is a dearth of studies conducted in person-centred care. Most of these have focused on provision of knowledge and recommendations. Post-care evaluation continues to be insufficient. Furthermore, it has been found that perceived person-centred care is understood differently between nurses and patients (Poochikian-Sarkissian, Sinani, Ferguson-Pare & Doran, 2010).

Good quality of life is the objective of post-lumbar surgery patients. However, many factors are involved in bringing about positive outcomes. In systematic evaluation of service quality, in addition to health teams, patients are an important structural factor consisting of various changeable factors such as functional status, health literacy and self-management. This is because lumbar degenerative disease is a chronic disease that affects patients physically, psychologically, emotionally and socially. Therefore, effective and specialized care processes are important. Person-centered care has related factors composed of responsibility to

patient health and perceived person-centered care. Furthermore, few longitudinal studies have been conducted in quality of life among post-lumbar surgery patients, and the majority of the aforementioned studies involved demographic factors on symptoms and treatment. These studies were conducted abroad where care setting are different from those in Thailand. With the few studies conducted in the capabilities of patients and person-centered care and some of the studied factors producing inconsistent findings, the researcher became interested in conducting a study in the functional status, health literacy, self-management, patient engagement and perceived person-centred care on the quality of life of post-lumbar surgery patients over a follow-up check-up period after surgery at 3-6 months in order to use the information obtained to develop patient care guidelines.

Research Objectives

1. To study quality of life among post-lumbar surgery patients.
2. To study the joint predictive power of functional status, health literacy, self-management, patient engagement and perceived person-centred care on the quality of life of post-lumbar surgery patients.

Research Questions

1. What is the quality of life of post-lumbar surgery patients?
2. Can functional status, health literacy, self-management, patient engagement and perceived person-centred care predict quality of life among post-lumbar surgery patients and how?

Research Hypothesis

Functional status, health literacy, self-management, patient engagement and perceived person-centred care can predict quality of life among post-lumbar surgery patients.

Conceptual Framework

The present study employed the systematic service quality evaluation conceptual framework of Donabedian (1988) combined with the Person-Centred Nursing (PCN) framework of McCormack and McCance (2010) to describe the natural complexities in the care of post-lumbar surgery patients. Donabedian (1988) viewed the relationship of three components, namely, structure, process and outcomes. Post-lumbar surgery patients have to care for themselves in many aspects in order to restore their health and prevent complications. Therefore, the structural factor of patients on psychosocial capabilities for rehabilitation was evaluated based on physical functional status and health literacy in understanding and applying health information for self-care to create good health along with self-management to build the skills and capabilities for behavior modification to the result of health stability. Accordingly, person-centred care emphasizes the engagement of patients in personal health with consideration for the relationships between patients and health teams through perceived person-centred care in order to lead to effective outcome, which is good quality of life for post-lumbar surgery patients.

Research Scope

The present research was conducted to study the joint predictive power of functional status, health literacy, self-management, patient engagement and perceived person-centered care to quality of life among male and female post-lumbar surgery patients (L1-S1) aged 18 years and up accessing post-surgery check-up at 3-6 months at the Orthopedic Examination and Treatment Outcome Check-up Unit (Siamin Cast Room 104), Siriraj Hospital, Bangkok. Data collection was performed from June-November 2016, and the entire sample group consisted of 116 subjects.

Population and Sample Group

The population in the present study consisted of male and female patients aged 18 years and up post-lumbar surgery (L1-S1) for the first time caused by degenerative disease

The sample group in the present study consisted of post-lumbar surgery patients with the same characteristics as the population. The subjects received post-surgery check-ups at 3-6 months at the Orthopedic Examination and Treatment Outcome Check-up Unit (Siamin Cast Room 104), Siriraj Hospital. The sample group was selected by random sampling by computer with the qualifications set as follows:

Inclusion Criteria:

1. Scheduled surgery (by doctor in elective cases).
2. Full cognitive function without communication impairments; ability to understand Thai and personally respond and provide opinions. Patients aged above 60 years were subjected to GP-COG cognitive testing in Thailand where a test score of 9 points means normal knowledge and understanding.

Exclusion Criteria:

1. Paraplegia, spinal injury patients, patients with spinal infection or spinal metastasis or congenital birth.
2. Patients suffering from post-surgery complications within the preceding 3-6 months such as surgical wound infection, loose steel brace, loose screws, heart disease, diabetes mellitus or severe uncontrollable blood pressure symptoms.

The size of the sample group was calculated by the power analysis method. For multiple regression statistics coefficients, the power of test was set at 0.80 and level of significance was set at 0.05. Since the literature review did not encounter similar studies, the researcher set the correlation size between variables as the medium effect size = 0.13, which is a suitable size for sample groups in nursing research (Polit & Beck, 2008), with five predictive factors. The aforementioned values were calculated by using the G*Power 3.1 computer program package to produce a total of 105 subjects for the sample group. In order to prevent data losses and incompleteness, the sample group was increased by ten percent (Polit & Hungler, 1999) based on the aforementioned inclusion criteria. Hence, the size of the sample group in the present study was 116 subjects.

Research Instrumentation

The instruments used in the research consisted of the Thai version of the General Practitioner's Assessment of Cognition Form (GP-COG) by Jiranan Griffith et al., (2013). The first section was used to evaluate patients aged 60 years and up. It contains six questions for screening persons with cognitive deficiencies out from the research (a score of 9 means normal cognition).

Measurement Instruments for the Study Variables

Part 1 – The Demographic, Sickness and Treatment Received Data Questionnaires are composed of the Demographic Data Questionnaire containing gender, age, current weight, height, body mass index, chronic disease, marital status, highest level of educational attainment, current occupation, treatment entitlements, mean monthly patient income, mean monthly family income, sufficiency of income to expenditures, co-inhabitants with the patient, persons responsible for caring for the patient, smoking history, self-care post-lumbar surgery, self-care confidence post-surgery; Sickness and Treatment Received Information Questionnaire containing diagnosis, type of surgery, spinal surgery level, date of surgery, duration of hospitalization and post-surgery check-up duration.

Part 2 – The Quality of Life Questionnaire – The Assessment of Quality of Life Questionnaire (AQoL-8D), developed by Richardson, James, Sinha, Iezzi and Khan (2011), was used with instrument reliability (Cronbach's alpha coefficient) at 0.96. The questionnaire consisted of 35 questions for evaluating two main dimensions, namely, physical super dimensions, composed of sub-dimensions such as independent living, sense and pain; and psychosocial super dimensions, composed of sub-dimensions such as mental health, happiness, self-worth, coping and relationships. The questionnaire was translated into Thai by systematic translation with evaluated content validity indices (CVI) on concurrence of instrument definitions, redundancy of questions and clarity of language at 0.99, 0.98 and 0.86, respectively. The questions are ordinal scale questions with each question scored based on the answer scale. Scores were translated using the AQOL-8D Utility Algorithm (Weighted) program with total score ranging from 0-1 points. A high score means higher quality of life. Lastly, Cronbach's alpha coefficient for the questionnaire was equal to 0.90.

Part 3 – The Patient Engagement Scale – The Patient Health Engagement Scale (PHE-scale) developed by Graffigna, Barelo, Bonanomi and Lozza (2015) was used with ordinal alpha via empirical copula score = 0.85. Test-retest reliability produced intra-class correlation coefficient = 0.95 (CI = 0.90-0.97) (Graffigna et al., 2015). The questionnaire was translated into Thai by systematic translation with content validity indices (CVI) on concurrence of instrument definitions, redundancy of questions and clarity of language at 1.00, 0.88 and 0.80, respectively. The questionnaire is composed of five questions on a seven-level ordinal scale. A high score means higher engagement in health. In the present study, the questionnaire's Cronbach's alpha coefficient was 0.75.

Part 4 – The Self-management Questionnaire – The Patient Activation Measure (PAM 13), developed by Judith Hibbard, Stokard, Mahoney and Tusler (2004), was used. The instrument reliability Cronbach's alpha coefficient ranged from 0.80-0.90 (Lubetkin et al., 2010; Nijman, Hendriks, Brabers, deJong & Rademakers, 2014). The questionnaire was approved by Insignia Health, and the Thai version was translated by Sirinan Chuchert (Sirinan Chuchert et al., 2016) and Thimaporn Suetrong (Thimaporn Suetrong et al., 2016) with Cronbach's alpha coefficient at 0.78. The questionnaire consisted of 13 Likert scale questions with total scores ranging from 0-100 points calculated by the PAM score calculation program. A high score indicates a high level of self-management. Levels of management are divided into the following four levels: Level 1 (score ≤ 47), Level 2 (score 47.1-55.1), Level 3 (55.2-72.4) and Level 4 (≥ 72.5). In the present study, the Cronbach's alpha coefficient score equaled 0.83.

Part 5 – Health Literacy Evaluation Form – The Health Literacy Evaluation Form developed by Chare Wichathai et al., (2014) was used. The reliability score of the questionnaire was based on Cronbach's alpha coefficient ranging from 0.76-0.90. At total of 29 questions measured seven basic factors, namely, perception of basic rights, healthcare service access abilities, communication skills for obtaining requirements from health personnel, familial health, ability to access health information, evaluation of health information reliability and personal engagement in health. The questions consisted of 11-level Likert scale questions ranging from 0-10. A

higher score indicated greater health literacy. In the present study, the Cronbach's alpha coefficient score equaled 0.92.

Part 6 – The Perceived Person-Centred Care Evaluation Form – The Consultation Care Measure (CCM) developed by Little et al., (2001) was used. The reliability score based on the Cronbach's alpha Coefficient ranged from 0.84-0.96. The Thai version was translated by Sirinan Chuchert (Sirinan Chuchert et al., 2016) and Thimaporn Suetrong (Thimaporn Suetrong et al., 2016) with a Cronbach's alpha coefficient score of 0.97. The questionnaire consisted of 21 questions covering five separate components, namely, communication and partnership, personal relationship, health promotion, positive and clear approach to the problem and interests in impact on life. A 7-level Likert scale was used with total scores ranging from 1-7 points. A higher score indicated higher perceived person-centred care. In the present study, Cronbach's alpha coefficient score equaled 0.96.

Part 7 – The Functional Status Evaluation Form – The Japanese Orthopedic Association Score (JOA Score) Questionnaire developed by the Japanese Orthopedic Association in 1996 to assess post-lumbar surgery was used (Japanese Orthopedic Association, 1996 cited in Osawa, Ogura, Hayashida, Mori & Hase, 2003). The reliability score based on Cronbach's alpha coefficient equaled 0.81 (Azimi, Mohammadi & Montazeri, 2012). The questionnaire consisted of 14 questions evaluating four dimensions, namely, visible symptoms, clinical signs, restriction in activities and urinary bladder function. A higher score indicates a higher functional status, while the lowest score is -6 and the highest 29 points. In the present study, Cronbach's alpha coefficient equaled 0.77.

Data Collection Methodology

The researcher was approved by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects for data collection on this occasion. The researcher personally collected data according to the following procedures: The researcher submitted a draft to the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University. After approval was granted for conducting the research, the researcher drafted a graduate

letter of introduction of Mahidol University to the Director of Siriraj Hospital to explain the objectives of the study and request permission to collect data for the research. Data collection was commenced by submitting a letter to request permission and contact the heads of the Orthopedic Surgery Department, Physical Therapy Department, Nursing Department, Surgical Nursing Section and Orthopedic Examination and Treatment Outcome Check-up Unit (Siamin Cast Room 104) and related nurses and staff to explain the objectives of the research, data collection details and request data collection assistance. The researcher collected data during government hours, and selected the sample group from a list of persons who came for treatment and check-ups based on the inclusion criteria for the sample group with random sampling by computer. Next, the researcher met with the sample group, gave an introduction and explained the research objectives and protection of rights for the sample group. The researcher then asked for cooperation in completing questionnaires and signing the informed consent form in research participation. The researcher also gave explanations on how to complete questionnaires and any additional areas where the sample group did not understand. In total, approximately 60 minutes were required to answer the questionnaires. After the research participants had completed the questionnaires, the researcher collected the questionnaires, verified data accuracy and integrity, then subjected the data to statistical analysis.

Protecting the rights of the Sample Group

The present research was approved by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects. The researcher protected the rights of all subjects, beginning by providing an introduction to explain the objectives and procedures of the research and the rights of the research participants. The participants were allowed to consent or refuse to take part in the research willingly without impacting treatments. Furthermore, the present research did not create any risk for any research participants. The participants might not directly benefit from the research, as overall benefits are created in the future on treatment for post-lumbar surgery patients as well as for research purposes. In addition, the data obtained in the present study are considered confidential information, and information is only presented from an

aggregate perspective. Moreover, the research participants could ask for information or about doubts at any time throughout the course of the study without any coercion, and the participants were free to withdraw from the research at any time.

Data Analysis

Demographic data was analyzed by statistical distribution of frequency, percentage, mean and standard deviation with minimum and maximum values. And functional status, health literacy, self-management, patient engagement and perceived person-centred care as well as quality of life were analyzed by using percentage, mean, standard deviation and range. Furthermore, the prediction power of the variables were analyzed by using enter multiple regression analysis.

Research Findings

1. There were 116 subjects in the present study. Six subjects with outlying information were excluded, thereby leaving a total of 110 subjects in the research. There were more females than males (70.9%) with a mean age of 58.8 years (SD = 13.00). The majority of the subjects were married (60.9%), had completed primary education (42.7%), were unemployed (54.5%), lived with a child and exercised civil servant/government enterprise treatment entitlements in treatment (57.3%). Furthermore, up to 67.3 percent of subjects had a chronic disease with hypertension the most frequently encountered, and the body mass index of the majority of subjects was within the range of Type 1 Obesity (28.2%). The majority of subjects were diagnosed with spinal stenosis (41.8%) with the most encountered pathology being at L4-5 (75.5%) The subjects received decompressive laminectomy the most (53.6%) for the first time with surgery on only one spinal segment (60%). The mean time of hospitalization was 7.11 days (SD = 3.56).

2. The functional status of the sample group ranged from medium to high with scores ranging from 14-29 ($\bar{x}$ = 21.37, SD = 3.52). Overall health literacy was high ($\bar{x}$ = 8.02, SD = 1.93). Furthermore, when viewed in terms of individual aspects, family health was found to have the highest mean score ($\bar{x}$ = 9.10, SD = 1.18).

Furthermore, self-management scored Level 3 ($\bar{x} = 63.38$, $SD = 10.50$) and patient engagement in health also scored Level 3 ($\bar{x} = 15.55$, $SD = 2.42$). Perceived person-centred care was high ($\bar{x} = 5.93$, $SD = 0.94$). Moreover, on individual aspects, communication and partnership scored the highest mean ($\bar{x} = 6.07$, $SD = 0.88$). The quality of life of post-lumbar surgery patients ranged within the good level ($\bar{x} = 0.75$, $SD = 0.13$). According to the findings, physical super dimensions ($\bar{x} = 0.62$, $SD = 0.15$) scored a higher mean than psychosocial super dimensions ($\bar{x} = 0.44$, $SD = 0.13$). In physical super dimensions, sense scored the highest mean ($\bar{x} = 0.87$, $SD = 0.08$), while for psychosocial super dimensions happiness scored the highest mean ($\bar{x} = 0.84$, $SD = 0.06$).

3. Functional status and self-management were found to be positively correlated with a moderate degree for the quality of life of post-lumbar surgery patients ($r = 0.526$, $p = 0.000$; $r = 0.510$, $p = 0.000$; respectively). Meanwhile, health literacy, patient engagement and perceived person-centred care were found to be positively correlated to a low degree with the quality of life of post-lumbar surgery patients ($r = 0.402$, $p = 0.000$; $r = 0.321$, $p = 0.001$; $r = 0.320$, $p = 0.001$; respectively).

4. Functional status, health literacy, self-management, patient engagement and perceived person-centred care were also able to predict the quality of life of post-lumbar surgery patients by 42.8 percent ($R^2 = 0.428$, $F = 15.578$, $p < 0.05$). Functional status was the variable with the greatest weight in predicting patient quality of life ($\beta = 0.385$, $p < 0.05$), followed by health literacy and patient engagement ($\beta = 0.209$, 0.161 , $p < 0.05$, respectively), while self-management and perceived person-centred care were unable to predict the quality of life of post-lumbar surgery patients ($p > 0.05$).

Discussion of the Research Findings

1. Functional Status, Health Literacy, Self-management, Patient Engagement and Perceived Person-Centred Care on the Quality of Life of Post-lumbar Surgery Patients

The sample group consisted of 110 subjects, 70.9 percent of whom were females. This can be explained in that older women, particularly post-menopausal women, have decreased bone mass and more osteoporosis cases than men (Gammage, Gasparotto, Mack & Klentrou, 2012; Leslie et al., 2014). Furthermore, the mean age of the subjects was 58.80 years (SD = 13.04). The aforementioned finding concurred with a previous study in that the majority of lumbar surgery patients had a mean age of 56.50 years (SD = 15.23) (Pacharee Butsaenkote et al., 2016). In addition, an international study found that lumbar surgery patients were aged from 18-93.7 years with a mean age of 58.5 years (SD = 15.7) (Gautschi et al., 2016). Accordingly, increased age decreases spinal disc synthesis, leading to narrowed spinal disc spaces and causing subsequent back pain (Devine, Schenk-Kisser & Skelly, 2012).

Functional Status

The functional status of the sample group ranged from moderate to highest (14-29 points) with a mean score of 21.37 points (SD = 3.52). In other words, the patients had less back pain and leg pain with better engagement in activities. The findings concurred with a study conducted by Inthira Roopsawang et al., (2009) to monitor the conditions of patients at three months post-surgery and found the patients to have a low degree of limitations in their abilities to engage in activities (88.4%). Furthermore, a study by Whitmore et al., (2015) found that patients' physical functional status and quality of life improved after one month post-surgery ($p < 0.001$) and that patients' physical functional status and quality of life improved more at 3-6 months check-up after surgery than at one month ($p < 0.001$). The present study found that patients continue to encounter limitations in various activities such as walking, sitting, bathing, leaning forward, lifting or carrying heavy items. This might have been due to the continued presence of back pain, leg pain, leg spasms, numbness and muscle weakness or presence of treatment limitations. In particular, leaning forward and lifting heavy items affected the spinal discs and caused increased pain. This

concurred with a study conducted by Machado et al., (2016) that found that 75.2 percent of patients had experienced leg pain and numbness before surgery, but only 15.3 percent experienced the aforementioned symptoms at three months after surgery but that some subjects continued to experience symptoms of leg pain up to six months after surgery and that some subjects experienced even greater pain and numbness (16.2%, 18% and 21% at 12, 24 and 5 years after surgery, respectively).

Health Literacy

In the present study, the sample group scored high on health literacy with a mean of 8.02 (SD = 1.93; Range = 0-10) from a total score of 10 points. This is because the sample group received preparations and recommendations, before and after surgery, about the treatment of the disease and actions to take after surgery combined with pre-discharge planning. Therefore, health literacy scores were high. Recommendations positively guided treatment results (McGregor et al., 2014). Upon evaluating individual dimensions, it was found that health literacy on family health scored the highest mean (Mean = 9.10, SD = 1.18) because the majority of patients had children or relatives as caregivers to assist them and provide emotional support as well as news. This led to high health literacy (Jirapon Chompikul, 2009; Somruthai Phetchprayoon, 2012). Meanwhile, health information reliability (Mean = 6.99, SD = 1.90) and access to health information (Mean = 7.10, SD = 1.89) scored low. This is caused by the fact that the patients had very different levels of education, ranging from no education to bachelor's degree or above, compounded with the fact that the majority of the patients were elderly with decreased ability to comprehend news and information (Oldfield & Dreher, 2010). The aforementioned findings concurred with a study conducted by Nijman et al., (2014) that found that highly educated patients to have higher health literacy on searching, accessing and using health information than poorly educated patients.

Self-Management

In the present study, 57.3 percent of the subjects scored Level 3 on self-management with a mean score of 63.38 points (SD = 10.50). The finding can be explained in that the patients received self-management recommendations in various areas such as rehabilitation, exercise, complications prevention, pain management, behavior modification and proper movement postures. The finding concurred with a

study by Suwannee Chopkarnrai et al., (2013) on the self-care behaviors of patients at 3-6 months post-lumbar surgery that found that up to 97.70 percent of patients had a high level of self-care, supporting a study conducted in back pain patients after receiving a program on self-care engagement and pain and anxiety management that lead to faster and more effective recovery after surgery and improved ability to engage in activities (Oliveira et al., 2012). Patients with a high level of self-management have awareness and are interested in caring for personal health to monitor and prevent potential abnormalities, leading to positive health outcomes (Greene & Hibbard, 2012). Furthermore, the study also found that some patients regularly neglected to follow recommendations after a period after surgery. And when pain had decreased and they were able to perform activities better, especially on exercise and proper movement postures (occasionally practiced by 52.7% and 40.9%, respectively). This might have been caused by the fact that the majority of the sample group was elderly with low education, which caused the patients to lack knowledge and be less capable of remembering and applying information (Oldfield & Dreher, 2010). Additionally, as the sample group had children or relatives as caregivers, self-management did not truly occur in the patients.

Patient Engagement

In the present study, 64.5 percent of the sample group scored Level 3 on engagement in health with a mean score of 15.45 points (SD = 2.42). In other words, the patients had awareness and paid attention to their own abnormalities, which resulted in adaptation to the illness and adherence to proper behaviors. However, the patients were unable to sustainably maintain health management and behaviors, because the patients at this stage lacked complete understanding of the disease and treatment. The patients continued to require management by health personnel together with patient engagement (Graffigna & Barelo, 2015). The finding concurred with a study conducted in post-lumbar surgery patients who received a health consultation and advice program with emphasis on participation and responsibility for their own health in that patients' recovery and ability to engage in activities were better than patients who were not given advice (Skolasky, Maggard, Li, Riley Iii & Wegner, 2015). Similarly, a study conducted in patients who received care in primary care units that found that patients with high engagement in their own health had less depression and

better physical function (Magnezi, Glasser, Shalev, Sheiber & Reuveni, 2014). If chronic disease patients are engaged in their own healthcare in line with recommendations, patients will succeed in recovering from their chronic illnesses (Barello & Graffigna, 2015). Furthermore, the study found that 10.9 percent of patients scored Level 2 on patient engagement. This is because the patients still had concerns about their disease and lacked self-care knowledge. In addition, 24.5 percent of patients scored Level 4 on patient engagement; the patients accepted and had understanding about the disease and treatment and were able to integrate knowledge and experience and demonstrate responsibility in self-management. Accordingly, the engagement of each patient differed with temperament, cognition and behaviors, and patient engagement in self-care in continuous treatment can build confidence in patients, lead to effective decisions and positive behavior modifications (Barello et al., 2015; Menichetti & Graffigna, 2016).

Perceived Person-centred Care

The sample group scored high on perceived person-centred care with a mean score of 5.93 (SD = 0.94) out of a total score of seven points. The finding can be explained in that after surgery patients received knowledge and recommendations on behaviors during recovery. As the patients practiced and perceived the outcomes with decreased back pain and increased ability to engage in activities and return to normal work according to their expectations, the patients became satisfied with the care provided, leading to increased perceived person-centred care. The finding concurred with a previous study that found that patients self-care abilities increased when provided with clear information and recommendations, reaching the problems of the patients and building of relationships and communication between the patients and health personnel, satisfaction toward care service systems increased (Little et al., 2001). Perceived person-centred care is correlated with the occurrence of self-care behaviors to allow patients to successfully manage their own sickness (Jerofke et al., 2014). Furthermore, it was found that application of person-centred care in caring for chronic disease patients can decrease the duration of hospitalization and speed up recovery (Ekman et al., 2012). Upon evaluating individual aspects, it was found that attention to family and personal life impacts scored lowest (Mean = 5.40, SD = 0.92). This might have been due to the fact that the relationship building between patients

and health personnel lasted over a short span of time with communication focused on inquiries about post-surgery symptoms rather than recommendations about behaviors. The aforementioned involved provision of information from health teams alone without inquiries on the requirements of each patient, which had different contexts. At the same time, some patients were overly courteous and did not dare to inquire about problems or discuss issues with medical personnel or had difficulty describing their problems in words and, therefore, did not make inquiries.

Quality of Life

In the present study, the overall quality of life of the sample group was good with a mean score of 0.75 (SD = 0.13) from a total score of one point. The finding concurred with a study conducted in 69 post-lumbar surgery patients, which found that patients had good health status after surgery with a mean quality of life score of 81.91 ± 16.18 (Inthira Roopsawang et al., 2009). Similarly, studies conducted abroad found that the overall quality of life score of post-lumbar surgery patients was higher than that of patients who did not have surgery (Tosteson et al., 2011; Whitmore et al., 2015). In the present study, upon evaluating individual quality of life aspects, it was found that physical super dimensions had a higher mean score than psychosocial super dimensions (Mean = 0.62, SD = 0.15; 0.44, SD = 0.13, respectively). This is because, at 3-6 months after surgery, the patients were in a physically-recovered stage that enabled them to engage in daily activities and have less or no more back pain or leg spasms (Boskovic, Cigic, Grajic, Todorovic-Tomasevic & Knezevic, 2010; Whitmore et al., 2015). For physical dimensions, senses in the sub-dimension were found to score the highest mean (Mean = 0.87, SD = 0.08). This is because the majority of patients had no sight, auditory or communication difficulties that could hinder post-surgery recovery. Second to the aforementioned score, pain (Mean = 0.75, SD = 0.20) was low in the sample group after surgery, leading to no suffering. The aforementioned finding concurred with a study conducted by Supawadee Onmee (2013) in patients accessing the first check-up after surgery that found that up to 52 percent of patients had a low level of pain (0-3 points) and a study on follow-up at 3-6 months after surgery that found that 48.8 percent of patients experienced no back pain and 58.1 percent of patients experienced no leg spasms (Suwannee Chopkarnrai et al., 2013). Meanwhile, psychosocial superdimensions scored a low mean of 0.44

(SD = 0.13) because after surgery patients were afraid of movements and had limited participation in activities due to fears about recurrences, along with unsatisfactory surgery outcomes and subsequent anxiety and depression (Anderson et al., 2015; Archer, Seebach, Mathis, Riley Iii & Wegener, 2014). The least mean score on psychosocial sub-dimensions was relationship (Mean = 0.69, SD = 0.09). This might have been caused by the fact that the patients had to care for themselves at home after surgery in order to recover, which reduced their familial and social roles (Williamson, Bulley & Coutts, 2008).

2. Predictive Power of Functional Status, Health Literacy, Patient Engagement and Perceived Person-Centred Care on the Quality of Life of Post-lumbar Surgery Patients

Enter multiple regression analysis found that functional status, health literacy, self-management, patient engagement and perceived person-centred care can predict the quality of life of post-lumbar surgery patients by 42.8 percent ($R^2 = 0.428$, $F = 15.578$, $p < 0.05$).

In the present study, functional status was the factor most capable of predicting the quality of life of patients ($\beta = 0.385$, $p < 0.05$). The finding concurred with a study conducted by Suwannee Chopkarnrai (2013) on evaluation at three months after surgery, which found that 100 percent of patients to have normal activities of daily living (ADL). Congruently, a study conducted on the outcomes and quality of life of laminectomy patients at six and twelve months before and after surgery found that faults in back function decreased after surgery relative to that before surgery (13.1 ± 5.7 , 8.6 ± 5.6 , 7.4 ± 5.6 , $p < 0.001$, respectively) and that quality of life at six and twelve months after surgery was better than that before surgery ($p < 0.001$). Surgery improved patient functional status and decreased loss of abilities to engage in activities ($p < 0.01$) as well as pain. Improved physical functional status after surgery provide patients with a better quality of life when compared to quality of life before surgery (Heider, Kitze, Zieger, Riedel-Heller & Angermeyer, 2007; Saban & Penkofer, 2007; Whitmore et al., 2015). Therefore, if good quality of life is desired in patients, it is necessary to promote good functional status in patients by evaluating functional status before and after surgery in order to have awareness about the problems and limitations in the patients' abilities to engage in activities as

well as promote patient recovery programs based on the contexts of each patient in order to provide rapid recovery and return to normal lifestyle with good quality of life.

The finding concurred with a study conducted by Halverson et al., (2015) in chronic disease patients that found that health literacy on reading medication usage directions and understanding of health team recommendations correlated to a high degree with quality of life ($p < 0.0001$). Patients with a high level of health literacy have a higher physical, emotional and social quality of life than patients with low health literacy. Furthermore, health literacy can also predict the impacts of chronic diseases to the quality of life of patients. It was found that patients with a high level of health literacy have less pain/discomfort than patients with low health literacy by up to 3.27 times ($p = 0.012$) (Wang, Kane, Xu & Meng, 2015). Similarly, a study conducted by Smith, Curtis, Wardle, von Wagner and Wolf (2013) in chronic disease patients found that patients with low health literacy had less physical health score by 13 percent ($\beta = 0.13$, $p < 0.001$) and that chronic disease patients with low health literacy were more likely to receive repeat treatment within 30 days after discharge than patients with high health literacy by up to 1.46 times (95% CI: 1.04, 2.05) (Mitchell, Sadikova, Jack & Paasche-Orlow, 2012). Therefore, if good quality of life in patients is desired, it is appropriate to promote patients with health literacy in order for patients to be able to access information, have deep understanding about recommendations and apply knowledge obtained from personnel in caring for personal health and achieving good quality of life.

Patient engagement is another variable capable of predicting quality of life ($\beta = 0.161$, $p < 0.05$). The finding concurred with a study conducted by Magnezi et al., (2014) finding patient engagement in caring for personal health to be correlated with improvements in physical and emotional quality of life ($r = 0.39$, $p < 0.0001$). Patient engagement in self-care processes provided patients with good perspectives, hope, knowledge and self-care abilities (Skolasky, Mackenzie, Riley & Wegener, 2009). The aforementioned finding also supported an experimental study on a health modification consultation program with emphasis on patients and caregiver personnel in caring for patients' health, which found that patients who received the program had greater ability to engage in activities and better quality of life than the group that did not receive the program (Skolasky et al., 2015). Presence of patient engagement leads to

health management reforms that subsequently lead to positive health outcomes, reduced medical expenses and good quality of life (Greene, Hibbard, Sacks, Overton & Parrotta, 2015) as well as cooperation and sustained good healthcare behaviors that cover prevention of illnesses that potentially can occur in the future.

However, self-management in the present study was not able to predict the quality of life of post-lumbar surgery patients ($\beta = 0.136$, $p > 0.05$). The aforementioned finding differed from another study in patients with chronic knee, hip or back pain that received an exercise and self-management program that found that patients who received the program had a better quality of life than patients who did not (Walsh et al., 2013). Furthermore, a study conducted in chronic disease patients found that low-self management in patients decreased physical health by 19 percent ($\beta = 0.19$, $p < 0.01$) (Smith et al., 2013). The cause for the aforementioned finding might be that the patients received recommendations for self-care while at hope but lacked the confidence and skills in engaging in new self-care behaviors, leading to symptomatic management without covering proper self-care behavior modification. The aforementioned finding concurred with a study by Skolasky, Mackenzie, Wegener and Riley (2008) on the physical therapy cooperation of post-spinal surgery patients in the recovery stage, which found that patients had different degrees of participation with the group demonstrating high health management having decreased anxiety about symptoms and increased perceived self-care abilities, all of which impact patients' self-care behaviors. The present study found that some subjects had inconsistent adherence to recommendations and frequently act without awareness or reverted to their previous habits. Furthermore, the majority of patients consisted of elderly patients with physical degeneration and decreased understanding of news and information and memory of recommendations and information due to their conditions (Oldfield & Dreher, 2010). Therefore, patients might forget the recommendations on complication prevention, leading to inconsistent behaviors and lack of confidence in behaviors after surgery. Moreover, the majority of patients had children or spouses as caretakers to help manage their illness, causing for health management to not truly result from the patients. Therefore, promotion for proper and sustained self-management in patients can cause patients to have behaviors and skills that enable

them to successfully adjust to changes resulting from sickness and treatment sustainably and with quality.

Furthermore, perceived person-centred care in the present study was not able to predict quality of life ($\beta = 0.066$, $p > 0.05$). The finding differed from previous studies that found that perceived person-centered care was positively correlated with satisfaction in disease diagnosis information, treatment and emotional, mental and social needs. Patient satisfaction decreased emotional turmoil and provide healthcare experience that lead to good quality of life (Mallinger, Griggs & Shields, 2005). A study conducted in chronic disease patients under the person-centered conceptual framework found that perceived quality care was correlated with positive behaviors enabling patients to manage their own illnesses (Jerofke et al., 2014). The findings of the present study can be explained in that the care contexts of the sample group differed from care provided abroad. Although the hospital has quality assurance policies with emphasis on holistic care, the hospital is unable to successfully meet the policies due to a personnel shortage and care planned by health teams without participation by patients and caregiver members. In addition, the relationship building and communication between personnel and patients only lasted in short spans of time with communication focused on symptom inquiries after treatment without communication about the impacts of the disease and treatment on the daily living of the patients, families and environment. In particular, communication between elderly patients and health personnel are lacking due to fear or overconsideration preventing inquiries to doctors. Accordingly, relationships and communication are also dependent on experience with illness, needs, mental state, perception, education, social status and the economic conditions of each person, which are different according to contexts (Farin, Gramm & Schmidt, 2013; Verlinde, de Laender, de Maesschalk, Deveugele & Willems, 2012). Therefore, evaluation of perceived person-centred care can provide knowledge about the physical, mental, emotional, social and environmental conditions of individuals as well as the expectations of patients and caregivers while also providing a reflection on care quality in order to use information obtained to improve care systems and provide patients with a good quality of life.

The present study supports the systematic service quality evaluation concept of Donabedian (1988) that viewed the direct and indirect relationships

existing between structures, processes and outcomes. Care outcomes are dependent on numerous factors. In the present study, structural factors meant ready capabilities for the recovery of post-lumbar surgery patients. Functional status and health literacy were evaluated on access to health information and application of information for self-care conjunctively with self-management to create behavior modification skills and abilities to ensure health stability with care processes focused on participation in nursing processes with person-centred care as care that prioritizes patient engagement in their own health. The relationship between patients and health teams were considered through perceived person-centred care leading to effective outcomes such as good quality of life. Accordingly, the present study surmised that functional status, health literacy and patient engagement are factors that influence patient quality of life. Therefore, readiness evaluation should be conducted to ensure good functional status in patients along with health literacy in order to enable well-informed application of information in healthcare and promote patient engagement in treatment processes before surgery up to the recovery period in order to prevent complications, provide complete recover and lead to good quality of life.

Recommendations and Application of the Research Findings

1. Nursing Practice

1.1 The finding revealed that, psychosocial dimension was lower than physical dimension. Nurses should be focusing on the relationship between patients, families, caregivers and healthcare teams to encourage quality of life.

1.2 Nurses should evaluate functional status, health literacy and patient engagement before and after surgery in order to obtain knowledge about the limitations, problems and capabilities of patients and use information obtained to provide appropriate nursing care to patients.

1.3 Self-management and perceived person-centred care were positively correlated quality of life. Furthermore, nurses should be manage them in order to promoting quality of life

1.4 A program promoting quality of life in post-lumbar surgery patients should be created with focus on good functional status in patients and increased health literacy on reliability evaluation and access to information in order for patients to be able to apply the aforementioned in self-care and promote patient engagement in order to achieve proper and effective self-care leading to improved quality

1.5 Nurses should apply the Person-Centred Nursing (PCN) framework in nursing processes based on the individual contexts of patients with emphasis on individuality and families through communication and relationship building to meet needs and create appropriate self-care that lead to improved quality of life in all dimensions.

2. Future Research

2.1 Studies should be conducted to compare the quality of life of patients before and after lumbar surgery in order to use information obtained in caring for patients in every stage of treatment.

2.2 Further studies should be conducted on the Person-Centred Nursing (PCN) framework in order for health personnel to gain knowledge and understanding in addition to developing relationships and communication with the provision of self-care guidelines for patients to achieve self-care leading to good quality of life.

2.3 Experimental studies should be conducted to develop a nursing program or model to increase functional status after lumbar surgery, promote health literacy and engagement of post-lumbar surgery patients in the future in order to develop nursing research and maximize benefits to post-lumbar surgery patients.

2.4 Continuous studies should be conducted in the same group of patients over a longer follow-up period after surgery such as one, two or five years after surgery in order to provide long-term monitoring of the quality of life of post-lumbar surgery patients and, therefore, provide knowledge about the problems, complications and recurrences and information to enable planning by multidisciplinary teams to provide long-term care for the aforementioned group of patients.

รายการอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). รายงานสถิติโรค พ.ศ. 2555 สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2558, จาก <http://203.157.32.40/statreport/2555/Statistic2555.pdf>
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *บัญชีรายการศัลยกรรมที่มีค่าใช้จ่ายสูง*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โอ-วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2555*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2558, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/ill55/ill-full2555.pdf>
- กานดา กาญจนโพธิ์. (2552). *ความปวดความสามารถในการทำกิจกรรมและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดยาเข้าไขสันหลัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรนนท์ กริฟฟิธส์, สุภาวดี พุฒิน้อย, และ เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี (2556). *แบบประเมินความรู้ความเข้าใจจีพีค็อก (ฉบับภาษาไทย): ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น: รายงานการวิจัย = The General practitioner assessment of cognition; GPCOG (Thai Version): validity and reliability. Paper presented at the Rewinding the Aging Clock, Hong Kong.*
- จิราพร ชมพิกุล, ดุชนิ คำมี, เกรียงศักดิ์ ซื่อเลื่อม, และ ปราณี สุทธิสุนทร. (2552). *รายงานการวิจัย (ฉบับสมบูรณ์) สัมพันธภาพในครอบครัวไทย*. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิภา ขอยืนยง. (2556). *ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธิดาภรณ์ ชื่อดร่ง, สุพร ดนัยดุขฎิกุล, นภาพร วาณิชย์กุล, และ ตริ ปาญประเสริฐพงษ์. (2559). *เปรียบเทียบดัชนีมวลกาย ความเครียดเรื้อรัง ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางระหว่างผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำและผู้ที่ไม่เป็นซ้ำ*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(1), 83-93.

- นภาพร วาณิชชัญกุล, สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์, จเร วิชาไทย, บุศราภรณ์ เพชรรุ่ง, สายชล คล้อยเอี่ยม, รอย แบทเทอร์แฮม, และ ริชาร์ด ออสบอร์น. (2557). *ความแตกฉานทางสุขภาพของคนไทย*. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- บังอรศรี จินดาวงค์. (2556). *ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น*. เอกสารนำเสนอในที่ประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับมหาดบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 15 ห้องประชุมชั้น 1 วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 กันยายน 2557, จาก <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/57/grc15/files/mmp88.pdf>
- บุญเรียง พิสมัย, มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ, และ สุภาพ เอื้ออารี. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(2), 54-67.
- พัชรี บุตรแสนโคตร, อรพรรณ โตสิงห์, วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวณิชย์, และ ชลเวช ชวศิริ. (2559). อิทธิพลของโรคร่วม คั่งนี้มีผลกาย และภาวะซึมเศร้า ต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(1), 129-141.
- เยาวลักษณ์ โพธิ์ดารา, เพ็ญศิริ คำรงภักดากร, อนันตศักดิ์ พันธุ์พุด, ชมพูนุช พุมพิง, และ สงกรานต์ นักบุญ. (2557). ความรู้ที่ทรงอำนาจของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ: ทางเลือกและสิทธิของผู้ป่วยตามการรับรู้ของสตรีอีสานที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(3), 6-13.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- วรัท ทรรสนะวิภาส. (2557). *The textbook of spine (Vol. 2)*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปีดิกส์แห่งประเทศไทย.
- วัชร เลอमानกุล, และ ปราณี มีแต้ม. (2548). Properties testing of the retranslated SF-36 (Thai version). *The Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*, 9, 69-88.
- สมฤทัย เพชรประยูร. (2555). อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความแตกฉานด้านสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สิรินันท์ ชูเชิด, นภาพร วาณิชกุล, สุพร คณัยคุญิกุล, และ ชัยวุฒิ ยศธาสโรดม. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานทางสุขภาพ ความรุนแรงของโรค ความรับผิดชอบของผู้ป่วยและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(1), 94-106.
- สุภาวดี อ่อนมี. (2556). *อาการปวด สภาวะอารมณ์ และภาวะโรคร่วมทำนายภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณิ ขอบการไร้, วัลย์ดา ฉันทะเรืองวณิช, อรพรรณ โตสิงห์, และ ธเนศ วรรณอภิสิทธิ์. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(3), 68-79.
- อานันตี วรรณศรี, จเร วิษาไทย, อนุชิต หิรัญกิตติ, บรรจง สร้อยคำ, และ รอย แบทเทอร์แฮม. (2558). โครงการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ อุบลราชธานี. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2558, จาก http://www.researchgate.net/publication/279525733_Development_of_Health_Literacy_in_Older_Adults_in_Mueangsikhai_Subdistrict_Warin_Chamrap_District_Ubonratchathani
- อินทรา รูปสว่าง, สุภาพ อารีเอื้อ, และ พรรณวดี พุฒินะ. (2552). การติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังก่อนและหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 15(3), 344-360.
- อำนวยการ อนุชนันท์. (2542). *เรื่องของกระดูกสันหลังที่ควรรู้*. กรุงเทพมหานคร: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Aalto, T. J., Malmivaara, A., Kovacs, F., Herno, A., Alen, M., Salmi, L., et al. (2006). Preoperative predictors for postoperative clinical outcome in lumbar spinal stenosis: systematic review. *Spine*, 31(18), E648-E663.
- Abbott, A. D., Tyni-Lenne, R., & Hedlund, R. (2010). Early rehabilitation targeting cognition, behavior, and motor function after lumbar fusion: a randomized controlled trial. *Spine*, 35(8), 848-857.

- Abbott, A. D., Tyni-Lenné, R., & Hedlund, R. (2011). Leg pain and psychological variables predict outcome 2–3 years after lumbar fusion surgery. *European Spine Journal*, 20(10), 1626-1634.
- Ackerman, I. N., Busija, L., Tacey, M. A., Bohensky, M. A., Ademi, Z., Brand, C. A., & Liew, D. (2014). Performance of the Assessment of Quality of Life Measure in People with Hip and Knee Joint Disease and Implications for Research and Clinical Use. *Arthritis Care & Research*, 66(3), 481-488.
- Alshami, A. M. (2015). Prevalence of spinal disorders and their relationships with age and gender. *Saudi Medical Journal*, 36(6), 725-730.
- Alharbi, T., Carlstrom, E., Ekman, I., & Olsson, L.-E. (2014). Implementation of person-centred care: management perspective. *Journal of hospital administration*, 3(3), 107 - 120.
- Alharbi, T. S. J., Carlström, E., Ekman, I., Jarneborn, A., & Olsson, L.-E. (2014). Experiences of person-centred care - patients' perceptions: qualitative study. *BioMed Central Nursing*, 13(1), 28.
- Allvin, R., Berg, K., Idvall, E., & Nilsson, U. (2007). Postoperative recovery: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 552-558.
- Anderson, J. T., Haas, A. R., Percy, R., Woods, S. T., Ahn, U. M., & Ahn, N. U. (2015). Clinical depression is a strong predictor of poor lumbar fusion outcomes among workers' compensation subjects. *Spine (Phila Pa 1976)*, 40(10), 748-756.
- Archer, K. R., Seebach, C. L., Mathis, S. L., Riley Iii, 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.
- Azimi, P., Mohammadi, H., & Montazeri, A. (2012). An outcome measure of functionality and pain in patients with lumbar disc herniation: a validation study of the Japanese Orthopedic Association (JOA) score. *Journal of Orthopaedic Science*, 17(4), 341-345.
- Bae, H. W., Rajaei, S. S., & Kanim, L. E. (2013). Nationwide Trends in the Surgical Management of Lumbar Spinal Stenosis. *Spine (Phila Pa 1976)*, 38(11), 916-926.

- 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.
- Barello, S., & Graffigna, G. (2014). Engaging patients to recover life projectuality: an Italian cross-disease framework. *Quality of Life Research*, 24(5), 1087-1096.
- Barello, S., & Graffigna, G. (2015). Engaging patients to recover life projectuality: an Italian cross-disease framework. *Quality of Life Research*, 24(5), 1087-1096.
- Barello, S., Graffigna, G., Vegni, E., Savarese, M., Lombardi, F., & Bosio, A. C. (2015). 'Engage me in taking care of my heart': a grounded theory study on patient-cardiologist relationship in the hospital management of heart failure. *BioMed central Journal Open*, 5(3), e005582.
- Bateman, D. K., Millhouse, P. W., Shahi, N., Kadam, A. B., Maltenfort, M. G., Koerner, J. D., & Vaccaro, A. R. (2015). Anterior lumbar spine surgery: a systematic review and meta-analysis of associated complications. *The Spine Journal*, 15(5), 1118-1132.
- Battié, M. C., Jones, C. A., Schopflocher, D. P., & Hu, R. W. (2012). Health-related quality of life and comorbidities associated with lumbar spinal stenosis. *The Spine Journal*, 12(3), 189-195.
- Berit Bentsen, S., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., & Inger Strand, L. (2009). Pain and Disability in Chronic Low Back Pain Patients Treated Using Instrumented Fusion. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 17(4), 358-368.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Bible, J. E., Biswas, D., Miller, C. P., Whang, P. G., & Grauer, J. N. (2010). Normal Functional Range of Motion of the Lumbar Spine During 15 Activities of Daily Living. *Clinical Spine Surgery*, 23(2), 106-112.
- Bishop, A., Foster, N. E., Thomas, E., & Hay, E. M. (2008). How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. *PAIN*, 135.

- Bishop, M., Frain, M. P., & Tschopp, M. K. (2008). Self-Management, Perceived Control, and Subjective Quality of Life in Multiple Sclerosis: An Exploratory Study. *Rehabilitation Counseling Bulletin*.
- Bohl, D. D., Webb, M. L., Lukasiewicz, A. M., Samuel, A. M., Basques, B. A., Ahn, J., et al. (2015). Timing of Complications Following Spinal Fusion Surgery. *Spine (Phila Pa 1976)*.
- Boskovic, K., Cigic, T., Grajac, M., Todorovic-Tomasevic, S., & Knezevic, A. (2010). The quality of life of patients after a lumbar microdiscectomy: a four-year monitoring study. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 112(7), 557-562.
- Bostock, S., & Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *British Medical Journal*, 344.
- Brazier, J., Jones, N., & Kind, P. (1993). Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. *Quality of Life Research*, 2(3), 169-180.
- Brendan McCormack, & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Briggs, A. M., & Jordan, J. E. (2010). The importance of health literacy in physiotherapy practice. *Journal of Physiotherapy*, 56.
- Briggs, A. M., Jordan, J. E., Buchbinder, R., Burnett, A. F., O'Sullivan, P. B., Chua, J. Y. Y., et al. (2010). Health literacy and beliefs among a community cohort with and without chronic low back pain. *PAIN*, 150(2), 275-283.
- Brislin, R. W. (1970). Back-Translation for Cross-Cultural Research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216.
- Brodaty, H., Pond, D., Kemp, N. M., Luscombe, G., Harding, L., Berman, K., & Huppert, F. A. (2002). The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3), 530-534.
- Brodaty, H., Pond, D., Kemp, N. M., Luscombe, G., Harding, L., Berman, K., & Huppert, F. A. (2002). The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3), 530-534.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2010). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice*: Elsevier Health Sciences.

- Camerini, A.-L., & Schulz, P. J. (2015). Health Literacy and Patient Empowerment: Separating Con-joined Twins in the Context of Chronic Low Back Pain. *PLoS ONE*, 10(2), e0118032.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*: Russell Sage Foundation.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., et al. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of clinical oncology*, 11(3), 570-579.
- Center for advance health. (2010). A New Definition of Patient Engagement: What is Engagement and Why is it Important?
- Chahoud, J., Kanafani, Z., & Kanj, S. S. (2014). Surgical Site Infections Following Spine Surgery: Eliminating the Controversies in the Diagnosis. *Frontiers in Medicine*, 1, 7.
- 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: clinical article. *Journal of Neurosurgery: Spine*, 14(2), 261-267.
- Chan, C.-w., & Peng, P. (2011). Failed back surgery syndrome. *Pain Medicine*, 12(4), 577-606.
- Chaveepojnkamjorn, W., Pichainarong, N., Schelp, F. P., & Mahaweerawat, U. (2008). Quality of life and compliance among type 2 diabetic patients. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 39(2), 328-334.
- Chen, E., Tong, K. B., & Laouri, M. (2010). Surgical treatment patterns among Medicare beneficiaries newly diagnosed with lumbar spinal stenosis. *The Spine Journal*, 10(7), 588-594.
- Chou, R. (2010). Low back pain (chronic). *British Medical Journal Clinical Evidence*, 2010, 1116.
- Chow, A., Mayer, E. K., Darzi, A. W., & Athanasiou, T. (2009). Patient-reported outcome measures: the importance of patient satisfaction in surgery. *Surgery*, 146(3), 435-443.

- Cobo Soriano, J., Sendino Revuelta, M., Fabregate Fuente, M., Cimarra Díaz, I., Martínez Ureña, P., & Deglané Meneses, R. (2010). Predictors of outcome after decompressive lumbar surgery and instrumented posterolateral fusion. *European Spine Journal*, 19(11), 1841-1848.
- Cong, M. L., Gong, W. M., Zhang, Q. G., Sun, B. W., Liu, S. H., Li, L., et al. (2010). Urodynamic study of bladder function for patients with lumbar spinal stenosis treated by surgical decompression. *Journal of International Medical Research*, 38(3), 1149-1155.
- Coons, S., Rao, S., Keininger, D., & Hays, R. (2000). A Comparative Review of Generic Quality-of-Life Instruments. *Pharmacoeconomics*, 17(1), 13-35.
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., et al. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61(2-3), 267-276.
- Coulter, A. (2011). *Engaging patients in healthcare*: McGraw-Hill Education (United Kingdom).
- Coulter, A. (2012). Patient Engagement—What Works? *The Journal of Ambulatory Care Management*, 35(2), 80-89.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2006). London, England: The Health Foundation and Picker Institute Europe.
- Cramer, D. E., Maher, P. C., Pettigrew, D. B., & Kuntz, C. t. (2009). Major neurologic deficit immediately after adult spinal surgery: incidence and etiology over 10 years at a single training institution. *Journal of Spinal Disorders and Techniques*, 22(8), 565-570.
- Creer, T. L. (2000). Self-management and the control of chronic pediatric illness. *Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: Concepts, methods, and interventions*, 95-129.
- Dajpratham, P., Kuptniratsaikul, V., Kovindha, A., Kuptniratsaikul, P. S.-a., & Dejnuntarat, K. (2009). Prevalence and management of poststroke spasticity in Thai stroke patients: a multicenter study. *Medical journal of the Medical Association of Thailand*, 92(10), 1354.

- Davis, T. C., Crouch, M., Long, S. W., Jackson, R. H., Bates, P., George, R. B., & Bairnsfather, L. E. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family medicine*, 23(6), 433-435.
- De la Garza-Ramos, R., Bydon, M., Abt, N. B., Sciubba, D. M., Wolinsky, J.-P., Bydon, A., et al. (2015). The Impact of Obesity on Short- and Long-term Outcomes After Lumbar Fusion. *Spine (Phila Pa 1976)*, 40(1), 56-61.
- de Schepper, E. I. T., Damen, J., van Meurs, J. B. J., Ginai, A. Z., Popham, M., Hofman, A., et al. (2010). The Association Between Lumbar Disc Degeneration and Low Back Pain: The Influence of Age, Gender, and Individual Radiographic Features. *Spine (Phila Pa 1976)*, 35(5), 531-536.
- DeBerard, M. S., LaCaille, R. A., Spielmans, G., Colledge, A., & Parlin, M. A. (2009). Outcomes and presurgery correlates of lumbar discectomy in Utah Workers' Compensation patients. *The Spine Journal*, 9(3), 193-203.
- Debra, d. S. (2014). *Helping measure person-centred care*. London WC2E 9RA: The Health Foundation.
- Delitto, A., Piva, S. R., Moore, C. G., Fritz, J. M., Wisniewski, S. R., Josbeno, D. A., et al. (2015). Surgery Versus Nonsurgical Treatment of Lumbar Spinal StenosisA Randomized TrialSurgery Versus Nonsurgical Treatment of Lumbar Spinal Stenosis. *Annals of Internal Medicine*, 162(7), 465-473.
- DePalma, M. J., Ketchum, J. M., & Saullo, T. (2011). What Is the Source of Chronic Low Back Pain and Does Age Play a Role? *Pain Medicine*, 12(2), 224-233.
- Devin, C. J., Mendenhall, S. K., Bible, J. E., Shau, D. N., & McGirt, M. J. (2014). Preoperative Predictors of Three-Month and One-Year Change in Quality of Life (EQ-5D) Following Multilevel Lumbar Laminectomy and Fusion. *The Spine Journal*, 14(11, Supplement), S178-S179.
- DeVine, J. G., Schenk-Kisser, J. M., & Skelly, A. C. (2012). Risk factors for degenerative spondylolisthesis: a systematic review. *Evidence-Based Spine-Care Journal*, 3(2), 25-34.
- Deyo, R. A. (2010). Treatment of lumbar spinal stenosis: a balancing act. *The Spine Journal*, 10(7), 625-627.

- 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., Hickam, D., Duckart, J. P., & Piedra, M. (2013). Complications after surgery for lumbar stenosis in a veteran population. *Spine (Phila Pa 1976)*, 38(19), 1695-1702.
- 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. *The Journal of the American Medical Association*, 303(13), 1259-1265.
- Dianne Liddle, S., Gracey, J. H., & David Baxter, G. (2007). Advice for the management of low back pain: A systematic review of randomised controlled trials. *Manual Therapy*, 12(4), 310-327.
- Dingley, C., & Roux, G. (2014). The Role of Inner Strength in Quality of Life and Self-Management in Women Survivors of Cancer. *Research in nursing & health*, 37(1), 32-41.
- Doi, T., Harimaya, K., Matsumoto, Y., Tono, O., Tarukado, K., & Iwamoto, Y. (2011). Endoscopic decompression for intraforaminal and extraforaminal nerve root compression. *Journal of Surgical Research*.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Drury, T., Ames, S. E., Costi, K., Beynnon, B., & Hall, J. (2009). Degenerative Spondylolisthesis in Patients With Neurogenic Claudication Effects Functional Performance and Self-Reported Quality of Life. *Spine (Phila Pa 1976)*, 34(25), 2812-2817.
- Easterlin, R. A. (2003). Explaining happiness. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(19), 11176-11183.
- Edvardsson, D., Koch, S., & Nay, R. (2009). Psychometric evaluation of the English Language Person-Centered Climate Questionnaire--Patient version. *Western Journal of Nursing Research*, 31(2), 235-244.
- Edvardsson, D., Sandman, P.-O., & Rasmussen, B. (2008). Swedish language Person-centred Climate Questionnaire – patient version: construction and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 302-309.

- Eikelenboom, N., van Lieshout, J., Wensing, M., Smeele, I., & Jacobs, A. E. (2013). Implementation of personalized self-management support using the self-management screening questionnaire SeMaS; a study protocol for a cluster randomized trial. *Trials*, 14, 336.
- Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L. E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*, 33(9), 1112-1119.
- Ekman, P., Möller, H., Shalabi, A., Yu, Y., & Hedlund, R. (2009). A prospective randomised study on the long-term effect of lumbar fusion on adjacent disc degeneration. *European Spine Journal*, 18(8), 1175-1186.
- Elgafy, H., Bransford, R. J., McGuire, R. A., Dettori, J. R., & Fischer, D. (2010). Blood loss in major spine surgery: are there effective measures to decrease massive hemorrhage in major spine fusion surgery? *Spine (Phila Pa 1976)*, 35(9 Suppl), S47-56.
- Fairbank, J. C. T., & Pynsent, P. B. (2000). The Oswestry Disability Index. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(22), 2940-2953.
- Farin, E., Gramm, L., & Schmidt, E. (2013). Predictors of communication preferences in patients with chronic low back pain. *Patient Prefer Adherence*, 7, 1117-1127.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 502-508.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1985). Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 15-24.
- Friedly, J., Standaert, C., & Chan, L. (2010). Epidemiology of spine care: the back pain dilemma. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 21(4), 659-677.
- Fritz, J. M., & Irrgang, J. J. (2001). A comparison of a modified Oswestry low back pain disability questionnaire and the Quebec back pain disability scale. *Physical therapy*, 81(2), 776-788.
- Fujiwara, A., Kobayashi, N., Saiki, K., Kitagawa, T., Tamai, K., & Saotome, K. (2003). Association of the Japanese Orthopaedic Association Score With the Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire, and Short-Form 36. *Spine (Phila Pa 1976)*, 28(14), 1601-1607.

- Furlan, A. D., Pennick, V., Bombardier, C., van Tulder, M., & Group, f. t. E. B. o. t. C. B. R. (2009). 2009 Updated Method Guidelines for Systematic Reviews in the Cochrane Back Review Group. *Spine (Phila Pa 1976)*, 34(18), 1929-1941.
- Gammage, K. L., Gasparotto, J., Mack, D. E., & Klentrou, P. (2012). Gender differences in osteoporosis health beliefs and knowledge and their relation to vigorous physical activity in university students. *Journal of American College Health*, 60(1), 58-64.
- Gardiner, R. A., Yaxley, J., Coughlin, G., Dungleison, N., Occhipinti, S., Younie, et al. (2012). A randomised trial of robotic and open prostatectomy in men with localised prostate cancer. *BioMed Central Cancer*, 12, 189-189.
- Garg, R. K., & Somvanshi, D. S. (2011). Spinal tuberculosis: a review. *The journal of spinal cord medicine*, 34(5), 440-454.
- Gautschi, O. P., Smoll, N. R., Joswig, H., Corniola, M. V., Schaller, K., Hildebrandt, G., & Stienen, M. N. (2016). Influence of age on pain intensity, functional impairment and health-related quality of life before and after surgery for lumbar degenerative disc disease. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 150, 33-39.
- Gibson, J., & Waddell, G. (2007). Surgical interventions for lumbar disc prolapse. *The Cochrane Library*.
- Glassman, S. D., Carreon, L. Y., Djurasovic, M., Dimar, J. R., Johnson, J. R., Puno, R. M., & Campbell, M. J. (2009). Lumbar fusion outcomes stratified by specific diagnostic indication. *The Spine Journal*, 9(1), 13-21.
- Gore, M., Sadosky, A., Stacey, B. R., Tai, K.-S., & Leslie, D. (2012). The Burden of Chronic Low Back Pain: Clinical Comorbidities, Treatment Patterns, and Health Care Costs in Usual Care Settings. *Spine (Phila Pa 1976)*, 37(11), E668-E677.
- Graffigna, G., & Barelo, S. (2015). Modelling patient engagement in healthcare: Insight for research and pratice. *Patient Engagement: A Consumer-Centered Model to Innovate Healthcare*, eds Graffigna G., Barelo S., Triberti S., editors.(Warsaw: De Gruyter Open, 27-43.
- Graffigna, G., Barelo, S., Bonanomi, A., & Lozza, E. (2015). Measuring patient engagement: Development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. *Frontiers in Psychology*, 6.

- Graffigna, G., Barello, S., Libreri, C., & Bosio, C. A. (2014). How to engage type-2 diabetic patients in their own health management: implications for clinical practice. *BioMed Central Public Health*, 14, 648.
- Greene, J., & Hibbard, J. H. (2012). Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *The Journal of General Internal Medicine*, 27(5), 520-526.
- Greene, J., Hibbard, J. H., Sacks, R., Overton, V., & Parrotta, C. D. (2015). When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Affairs*, 34(3), 431-437.
- Gu, Y., Chen, L., Yang, H.-L., Chen, X.-Q., Dong, R.-B., Han, G.-S., et al. (2009). Efficacy of surgery and type of fusion in patients with degenerative lumbar spinal stenosis. *Journal of Clinical Neuroscience*, 16(10), 1291-1295.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622-629.
- Hadjipavlou, A. G., Tzermiadianos, M. N., Bogduk, N., & Zindrick, M. R. (2008). The pathophysiology of disc degeneration: a critical review. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 90(10), 1261-1270.
- Häkkinen, A., Kautiainen, H., Järvenpää, S., Arkela-Kautiainen, M., & Ylinen, J. (2007). Changes in the total Oswestry Index and its ten items in females and males pre-and post-surgery for lumbar disc herniation: a 1-year follow-up. *European Spine Journal*, 16(3), 347-352.
- Halverson, J. L., Martinez-Donate, A. P., Palta, M., Leal, T., Lubner, S., Walsh, M. C., et al. (2015). Health Literacy and Health-Related Quality of Life Among a Population-Based Sample of Cancer Patients. *Journal of health communication(ahead-of-print)*, 1-10.
- Harvey, C. V. (2005). Spinal Surgery Patient Care. *Orthopaedic Nursing*, 24(6), 426-440.
- Hawthorne, G., Richardson, J., & Osborne, R. (1999). The Assessment of Quality of Life (AQoL) instrument: a psychometric measure of Health-Related Quality of Life. *Quality of Life Research*, 8(3), 209-224.

- Hayashi, H., Murakami, H., Demura, S., Kato, S., Yoshioka, K., Shinmura, K., et al. (2015). Surgical site infection after total en bloc spondylectomy: risk factors and the preventive new technology. *The Spine Journal*, 15(1), 132-137.
- Heider, D., Kitze, K., Zieger, M., Riedel-Heller, S., & Angermeyer, M. (2007a). Health-related quality of life in patients after lumbar disc surgery: a longitudinal observational study. *Quality of Life Research*, 16(9), 1453-1460.
- Heider, D., Kitze, K., Zieger, M., Riedel-Heller, S. G., & Angermeyer, M. C. (2007b). Health-related quality of life in patients after lumbar disc surgery: a longitudinal observational study. *Quality of Life Research*, 16(9), 1453-1460.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., et al. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20(10), 1727-1736.
- Hibbard, J. H., & Greene, J. (2013). What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Affairs*, 32(2), 207-214.
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R., & Tusler, M. (2007). Do Increases in Patient Activation Result in Improved Self-Management Behaviors? *Health services research*, 42(4), 1443-1463.
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stockard, J., & Tusler, M. (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health services research*, 40(6p1), 1918-1930.
- Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers. *Health services research*, 39(4 Pt 1), 1005-1026.
- Hiett, J., Chan, D., Clarke, A., Challinor, H., & Hourigan, P. (2015). Returning to work and driving after spinal surgery: A web-based survey investigating the opinions of UK spinal surgeons. *International Journal of Therapy And Rehabilitation*, 22(4), 181-186.

- Hiett, J. M., Chan, D., Clarke, A., Challinor, H., & Hourigan, P. (2015). Research. Returning to work and driving after spinal surgery: A webbased survey investigating the opinions of UK spinal surgeons. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 22(4), 181-186.
- Hironobu Sakaura, Tomoya Yamashita, Toshitada Miwa, Kenji Ohzono, & Tetsuo Ohwada. (2013). Outcomes of 2-level posterior lumbar interbody fusion for 2-level degenerative lumbar spondylolisthesis. *Journal of Neurosurgery: Spine*, 19(1), 90-94.
- Hoy, D., Bain, C., Williams, G., March, L., Brooks, P., Blyth, F., et al. (2012). A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis & Rheumatism*, 64(6), 2028-2037.
- Hu, S. S. (2004). Blood loss in adult spinal surgery. *European Spine Journal*, 13(Suppl 1), S3-S5.
- Hudon, C., Fortin, M., Haggerty, J. L., Lambert, M., & Poitras, M. E. (2011). Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 155-164.
- Imagama, S., Matsuyama, Y., Hasegawa, Y., Sakai, Y., Ito, Z., Ishiguro, N., & Hamajima, N. (2011). Back muscle strength and spinal mobility are predictors of quality of life in middle-aged and elderly males. *European Spine Journal*, 20(6), 954-961.
- Institute of Medicine of the National Academies. (2004). *Health Literacy: A prescription to end confusion*. The National Academies Press: Washington, DC.
- Ira B.Wilson, & Paul D. Cleary. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *Journal of the American Medical*, 273(1), 59-65.
- Jacobs, W. C. H., Rubinstein, S. M., Koes, B., van Tulder, M. W., & Peul, W. C. (2013). Evidence for surgery in degenerative lumbar spine disorders. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 27(5), 673-684.
- Jacobs, W. H., van Tulder, M., Arts, M., Rubinstein, S., van Middelkoop, M., Ostelo, R., et al. (2011). Surgery versus conservative management of sciatica due to a lumbar herniated disc: a systematic review. *European Spine Journal*, 20(4), 513-522.

- Jakola, A. S., Sørli, A., Gulati, S., Nygaard, Ø. P., Lydersen, S., & Solberg, T. (2010). Clinical outcomes and safety assessment in elderly patients undergoing decompressive laminectomy for lumbar spinal stenosis: a prospective study. *BioMed Central Surgery*, 10(1), 34.
- Jansson, K.-Å., Németh, G., Granath, F., Jönsson, 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(2), 210-216.
- Jay, B., & Ahn, S. H. (2013). Vertebroplasty. *Seminars in Interventional Radiology*, 30(3), 297-306.
- Jeff Richardson, Angelo Iezzi, Munir A.Khan, & Aimee Maxwell. (2014). Validity and reliability of the Assessment of Quality of Life (AQoL)-8D multi-attribute utility instrument. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 7(1), 85-96.
- Jenkinson, C., Coulter, A., & Bruster, S. (2002). The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(5), 353-358.
- Jerofke, T., Weiss, M., & Yakusheva, O. (2014). Patient perceptions of patient-empowering nurse behaviours, patient activation and functional health status in postsurgical patients with life-threatening long-term illnesses. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1310-1322.
- Jirarattanaphochai, K., Jung, S., Sumananont, C., & Saengnipanthkul, S. (2005). Reliability of the Roland - Morris Disability Questionnaire (Thai version) for the evaluation of low back pain patients. *Journal of the medical association of Thailand*, 88(3), 407-411.
- Jiya, T. U., Smit, T., Van Royen, B., & Mullender, M. (2011). Posterior lumbar interbody fusion using non resorbable poly-ether-ether-ketone versus resorbable poly-L-lactide-co-D, L-lactide fusion devices. Clinical outcome at a minimum of 2-year follow-up. *European Spine Journal*, 20(4), 618-622.
- Johnson, J. A., & Coons, S. J. (1998). Comparison of the EQ-5D and SF-12 in an adult US sample. *Quality of Life Research*, 7(2), 155-166.

- Kalanithi, P. S., Patil, C. G., & Boakye, M. (2009). National complication rates and disposition after posterior lumbar fusion for acquired spondylolisthesis. *Spine (Phila Pa 1976)*, 34(18), 1963-1969.
- Kamper, S. J., Ostelo, R. W., Rubinstein, S. M., Nellensteijn, J. M., Peul, W. C., Arts, M. P., & van Tulder, M. W. (2014). Minimally invasive surgery for lumbar disc herniation: a systematic review and meta-analysis. *European Spine Journal*, 23(5), 1021-1043.
- Kanaan, S. F. P. T. P., Arnold, P. M. M. D., Burton, D. C. M. D., Yeh, H.-W. P., Loyd, L. P. T., & Sharma, N. K. P. T. P. (2015). Investigating and Predicting Early Lumbar Spine Surgery Outcomes. *Journal of Allied Health*, 44(2), 83-90.
- Khan, M. A., Richardson, J., & O'Brien, P. (2012). The effect of obesity upon Health Related Quality of Life (HRQoL): A comparison of the AQoL-8D and SF-36 instruments. *Farneconomia. Health economics and therapeutic pathways*, 13(2), 69-82.
- Khoo, L. T., & Fessler, R. G. (2002). Microendoscopic decompressive laminotomy for the treatment of lumbar stenosis. *Neurosurgery*, 51(5), S2-146.
- Kim, H.-Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 38(1), 52-54.
- Kim, J., & Shin, W. (2014). How to Do Random Allocation (Randomization). *Clinics in Orthopedic Surgery*, 6(1), 103-109.
- Knutsdottir, S., Thorisdottir, H., Sigvaldason, K., Jónsson, H., Björnsson, A., & Ingvarsson, P. (2012). Epidemiology of traumatic spinal cord injuries in Iceland from 1975 to 2009. *The journal of spinal cord medicine*, 50(2), 123-126.
- Kobayashi, H., Takemura, Y., & Kanda, K. (2011). Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 419-425.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S., & von Wagner, C. (2016). Aging and Functional Health Literacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(3), 445-457.
- Koreckij, T. D., & Fischgrund, J. S. (2015). Degenerative Spondylolisthesis. *Journal of Spinal Disorders & Techniques*, 28(7), 236-241.

- Kovacs, F. M., Urrutia, G., & Alarcon, J. D. (2011). Surgery versus conservative treatment for symptomatic lumbar spinal stenosis: a systematic review of randomized controlled trials. *Spine (Phila Pa 1976)*, 36(20), E1335-1351.
- Kovacs, F. M., Urrútia, G., & Alarcón, J. D. (2011). Surgery Versus Conservative Treatment for Symptomatic Lumbar Spinal Stenosis: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Spine (Phila Pa 1976)*, 36(20), E1335-E1351.
- Kowitlawakul, Y., Zhi, T. J., Qin, H. S., Mani, L. R. N., Yobas, P., & Fai, C. M. (2014). Assessing patient satisfaction with healthcare services at outpatient Urology Department of a tertiary hospital in Singapore. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 2(3), 393-399.
- Koyanagi, A., Stickley, A., Garin, N., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., Leonardi, M., et al. (2015). The association between obesity and back pain in nine countries: a cross-sectional study. *BioMed Central Public Health*, 15, 123.
- Kunkel, S., Rosenqvist, U., & Westerling, R. (2007). The structure of quality systems is important to the process and outcome, an empirical study of 386 hospital departments in Sweden. *BioMed Central Health Services Research*, 7, 104-104.
- Lawrence, V. A., Hazuda, H. P., Cornell, J. E., Pederson, T., Bradshaw, P. T., Mulrow, C. D., & Page, C. P. (2004). Functional independence after major abdominal surgery in the elderly. *Journal of the American College of Surgeons*, 199(5), 762-772.
- Lee, B. H., Lee, S.-H., & MAENG, D. H. (2010). Two-level anterior lumbar interbody fusion with percutaneous pedicle screw fixation: a minimum 3-year follow-up study. *Neurologia medico-chirurgica (Tokyo)*, 50(8), 645-650.
- Lee, L., Tran, T., Mayo, N. E., Carli, F., & Feldman, L. S. (2013). What does it really mean to “recover” from an operation? *Surgery*, 155(2), 211-216.
- Lee, M. J., Konodi, M. A., Cizik, A. M., Bransford, R. J., Bellabarba, C., & Chapman, J. R. (2012). Risk factors for medical complication after spine surgery: a multivariate analysis of 1,591 patients. *Spine Journal*, 12(3), 197-206.
- Leidy, & Nancy kline. (1994). Functional Status and the Forward Progress of Merry-Go-Rounds: Toward a Coherent Analytical Framework. *Nursing Research*, 43(4), 196-202.

- Leslie, W. D., Langsetmo, L., Zhou, W., Goltzman, D., Kovacs, C. S., Prior, J., et al. (2014). Choice of Lumbar Spine Bone Density Reference Database for Fracture Prediction in Men and Women: A Population-Based Analysis. *Journal of Clinical Densitometry*, 17(2), 295-300.
- Leurmarnkul, W., & Meetam, P. (2005). Properties testing of the retranslated SF-36 (Thai version). *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*, 29(1-2), 69-90.
- Liebelt, B., & Blacklock, J. B. (2015). Herniated Discs of the Spine. In A. Agrawal & G. Britz (Eds.), *Emergency Approaches to Neurosurgical Conditions* (pp. 169-174): Springer International Publishing.
- Lis, A. M., Black, K. M., Korn, H., & Nordin, M. (2007). Association between sitting and occupational LBP. *European Spine Journal*, 16(2), 283-298.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., et al. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal Clinical Evidence*, 323(7318), 908-911.
- Lorig, K. (1993). Self-management of chronic illness: A model for the future. *Generations*, 17(3), 11.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 26(1), 1-7.
- Lubetkin, E. I., Lu, W.-H., & Gold, M. R. (2010). Levels and correlates of patient activation in health center settings: building strategies for improving health outcomes. *Journal of health care for the poor and underserved*, 21(3), 796-808.
- Lurie, J. (2000). A Review of Generic Health Status Measures in Patients With Low Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(24), 3125-3129.
- Lurie, J. D., Tosteson, T. D., Tosteson, A., Abdu, W. A., Zhao, W., Morgan, T. S., & Weinstein, J. N. (2015). Long-term Outcomes of Lumbar Spinal Stenosis: Eight-Year Results of the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT). *Spine (Phila Pa 1976)*, 40(2), 63-76.

- Ma, Y., Passias, P., Gaber-Baylis, L. K., Girardi, F. P., & Memtsoudis, S. G. (2010). Comparative in-hospital morbidity and mortality after revision versus primary thoracic and lumbar spine fusion. *Spine Journal*, 10(10), 881-889.
- Machado, G. C., Witzleb, A. J., Fritsch, C., Maher, C. G., Ferreira, P. H., & Ferreira, M. L. (2016). Patients with sciatica still experience pain and disability 5 years after surgery: A systematic review with meta-analysis of cohort studies. *European Journal of Pain*, n/a-n/a.
- McCormack, B. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- McCormack, L., Thomas, V., Lewis, M. A., & Rudd, R. (2017). Improving low health literacy and patient engagement: A social ecological approach. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 8-13.
- Magnezi, R., Glasser, S., Shalev, H., Sheiber, A., & Reuveni, H. (2014). Patient activation, depression and quality of life. *Patient Education and Counseling*, 94(3), 432-437.
- Mallinger, J. B., Griggs, J. J., & Shields, C. G. (2005). Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Education and Counseling*, 57(3), 342-349.
- Mancuso, C. A., Stal, M., Duculan, R., & Girardi, F. P. (2014). Physical and Psychological Comorbidity Independently Associated With Spine-Related Disability. *Spine (Phila Pa 1976)*, 39(23), 1969-1974.
- Mason, V. L., Mathias, B., & Skevington, S. M. (2008). Accepting low back pain: is it related to a good quality of life? *Clinical Journal of Pain*, 24(1), 22-29.
- Mayberry, R., Willock, R. J., Boone, L., Lopez, P., Qin, H., & Nicewander, D. (2010). A High Level of Patient Activation Is Observed But Unrelated to Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 23(3), 171-176.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479.

- McGregor, A. H., Probyn, K., Cro, S., Doré, C. J., Burton, A. K., Balagué, F., et al. (2014a). Rehabilitation following surgery for lumbar spinal stenosis: a cochrane review. *Spine (03622436)*, 39(13), 1044-1054.
- McGregor, A. H., Probyn, K., Cro, S., Doré, C. J., Burton, A. K., Balagué, F., et al. (2014b). Rehabilitation Following Surgery for Lumbar Spinal Stenosis: A Cochrane Review. *Spine (Phila Pa 1976)*, 39(13), 1044-1054.
- McMillan, S. S., Kendall, E., Sav, A., King, M. A., Whitty, J. A., Kelly, F., & Wheeler, A. J. (2013). Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. *Medical Care Research and Review*, 1077558713496318.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advance Nursing*, 18(1), 32-38.
- Mendenhall, S. K., Bible, J. E., Kelly, P. D., Sivasubramaniam, P., Shau, D., McGirt, M. J., & Devin, C. J. (2014). 136 Preoperative Predictors of 3-Month and 1-Year Change in Quality of Life (EQ-5D) Following Multilevel Lumbar Laminectomy and Fusion. *Neurosurgery*, 61, 204.
- Menichetti, J., & Graffigna, G. (2016). "PHE in Action": Development and Modeling of an Intervention to Improve Patient Engagement among Older Adults. *Frontiers in Psychology*, 7, 12.
- Meredith, D. S., Huang, R. C., Nguyen, J., & Lyman, S. (2010). Obesity increases the risk of recurrent herniated nucleus pulposus after lumbar microdiscectomy. *The Spine Journal*, 10(7), 575-580.
- Mihalopoulos, C., Chen, G., Iezzi, A., Khan, M. A., & Richardson, J. (2014). Assessing outcomes for cost-utility analysis in depression: comparison of five multi-attribute utility instruments with two depression-specific outcome measures. *The British Journal of Psychiatry*, 205(5), 390-397.

- Miller, J. A., Derakhshan, A., Lubelski, D., Alvin, M. D., McGirt, M. J., Benzel, E. C., & Mroz, T. E. (2015). The impact of preoperative depression on quality of life outcomes after lumbar surgery. *The Spine Journal*, 15(1), 58-64.
- Mitchell, S. E., Sadikova, E., Jack, B. W., & Paasche-Orlow, M. K. (2012). Health Literacy and 30-Day Postdischarge Hospital Utilization. *Journal of health communication*, 17(sup3), 325-338.
- Modic, M. T., & Ross, J. S. (2007). Lumbar Degenerative Disk Disease 1. *Radiology*, 245(1), 43-61.
- Morag Farquhar. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 502-508.
- Morgen, S. S., Lund-Andersen, C., Larsen, C. F., Engelholm, S. A., & Dahl, B. (2013). Prognosis in Patients with Symptomatic Metastatic Spinal Cord Compression: Survival in Different Cancer Diagnosis in a Cohort of 2321 Patients. *Spine (Phila Pa 1976)*, 38(16), 1362-1367.
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-354.
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 24(1), 67-74.
- Murphy, P. W., Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., & Decker, B. C. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine (REALM): a quick reading test for patients. *Journal of Reading*, 124-130.
- Mylona, E., Samarkos, M., Kakalou, E., Fanourgiakis, P., & Skoutelis, A. (2009). *Pyogenic vertebral osteomyelitis: a systematic review of clinical characteristics*. Paper presented at the Seminars in Arthritis and Rheumatism.
- Nath, R., Middha, S., Gupta, A. K., & Nath, R. (2012). Functional outcome of surgical management of degenerative lumbar canal stenosis. *Indian Journal of Orthopaedics*, 46(3), 285-290.

- Nazari, J., Pope, M. H., & Graveling, R. A. (2012). Reality about migration of the nucleus pulposus within the intervertebral disc with changing postures. *Clinical Biomechanics*, 27(3), 213-217.
- Newhouse, R., Barksdale, D. J., & Miller, J. A. (2015). The patient-centered outcomes research institute: research done differently. *Nursing Research*, 64(1), 72-77.
- Nielsen, P. R., Jørgensen, L. D., Dahl, B., Pedersen, T., & Tønnesen, H. (2010). Prehabilitation and early rehabilitation after spinal surgery: randomized clinical trial. *Clinical Rehabilitation*, 24(2), 137-148.
- Nijman, J., Hendriks, M., Brabers, A., de Jong, J., & Rademakers, J. (2014). Patient Activation and Health Literacy as Predictors of Health Information Use in a General Sample of Dutch Health Care Consumers. *Journal of health communication*, 19(8), 955-969.
- Nordin, M., Welser, S., Campello, M. A., & Pietrek, M. (2002). Self-care techniques for acute episodes of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 16(1), 89-104.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Oh, T., Scheer, J. K., Fakurnejad, S., Dahdaleh, N. S., & Smith, Z. A. (2015). Minimally invasive spinal surgery for the treatment of traumatic thoracolumbar burst fractures. *Journal of Clinical Neuroscience*, 22(1), 42-47.
- Oldfield, S. R., & Dreher, H. M. (2010). The Concept of Health Literacy Within the Older Adult Population. *Holistic Nursing Practice*, 24(4), 204-212.
- Oliveira, V. C., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Pinto, R. Z., Refshauge, K. M., & Ferreira, M. L. (2012). Effectiveness of self-management of low back pain: Systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care & Research*, 64(11), 1739-1748.
- Ono, R., Higashi, T., Takahashi, O., Tokuda, Y., Shimbo, T., Endo, H., et al. (2012). Sex differences in the change in health-related quality of life associated with low back pain. *Quality of Life Research*, 21(10), 1705-1711.
- Oosterhuis, T., Costa, L. O., Maher, C. G., de Vet, H. C., van Tulder, M. W., & Ostelo, R. W. (2014). Rehabilitation after lumbar disc surgery. *The Cochrane Library*.

- Osawa, T., Ogura, T., Hayashida, T., Mori, M., & Hase, H. (2003). Evaluation of lumbosacral nerve root lesions using evoked potentials recorded by a surface electrode technique. *Spine (Phila Pa 1976)*, 28(5), 496-501.
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BioMed Central Public Health*, 13, 658-658.
- Ostelo, R., Costa, L., Maher, C., de Vet, H., & van Tulder, M. (2008). Rehabilitation after lumbar disc surgery (Review).
- Ostelo, R. W., Vlaeyen, J. W., van den Brandt, P. A., & de Vet, H. C. (2005). Residual complaints following lumbar disc surgery: prognostic indicators of outcome. *PAIN*, 114(1-2), 177-185.
- Ostelo, R. W. J. G., Vlaeyen, J. W. S., van den Brandt, P. A., & de Vet, H. C. W. (2005). Residual complaints following lumbar disc surgery: prognostic indicators of outcome. *PAIN*, 114(1-2), 177-185.
- Overdevest, G. M., Luijsterburg, P. A., Brand, R., Koes, B. W., Bierma-Zeinstra, S. M., Eekhof, et al. (2011). Design of the Verbiest trial: cost-effectiveness of surgery versus prolonged conservative treatment in patients with lumbar stenosis. *BioMed Central Musculoskeletal Disorder*, 12(1), 57.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 45-60.
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541.
- Parker, S. L., Godil, S. S., Zuckerman, S. L., Mendenhall, S. K., Devin, C. J., & McGirt, M. J. (2015). Extent of Preoperative Depression Is Associated with Return to Work After Lumbar Fusion for Spondylolisthesis. *World Neurosurgery*, 83(4), 608-613.
- Pekkanen, L. (2013). *Health-Related Quality of Life and Functioning in Patients with Spinal Fusion*: Tampere University Press.
- Pekkanen, L., Neva, M., Kautiainen, H., Vihtonen, K., Kyrölä, K., Marttinen, I., et al. (2013). Decreased disability is associated with improved perceived quality of life following spinal fusion. *Disability and Rehabilitation*, 35(16), 1364-1370.

- Pekkanen, L., Neva, M. H., Kautiainen, H., Dekker, J., Piitulainen, K., Wahlman, M., & Hakkinen, A. (2013). Disability and health-related quality of life in patients undergoing spinal fusion: a comparison with a general population sample. *BioMed Central Musculoskeletal Disorders*, 14, 211.
- Perez-Cruet, M. J., Hussain, N. S., White, G. Z., Begun, E. M., Collins, R. A., Fahim, D. K., et al. (2014). Quality-of-life outcomes with minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion based on long-term analysis of 304 consecutive patients. *Spine (Phila Pa 1976)*, 39(3), E191.
- Perez-Cruet, M. J., Hussain, N. S., White, G. Z., Begun, E. M., Collins, R. A., Fahim, D. K., et al. (2014). Quality-of-Life Outcomes With Minimally Invasive Transforaminal Lumbar Interbody Fusion Based on Long-Term Analysis of 304 Consecutive Patients. *Spine*, 39(3), E191-E198.
- Pieper, B., Sieggreen, M., Freeland, B., Kulwicki, P., Frattaroli, M., Sidor, D., et al. (2006). Discharge Information Needs of Patients After Surgery. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 33(3), 281-290.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*: Lippincott.
- Poochikian-Sarkissian, S., Sidani, S., Ferguson-Pare, M., & Doran, D. (2010). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. *Canadian journal of neuroscience nursing*, 32(4), 14-21.
- Prasithsirikul, W. (2007). Psychometric properties of WHOQOL-BREF-THAI in patients with HIV/AIDS. *Journal of the medical association of Thailand*, 90(11), 2449-2460.
- Pumberger, M., Chiu, Y., Ma, Y., Girardi, F., Vougioukas, V., & Memtsoudis, S. (2012). Perioperative mortality after lumbar spinal fusion surgery: an analysis of epidemiology and risk factors. *European Spine Journal*, 21(8), 1633-1639.
- Quante, M., Kesten, H., Richter, A., & Halm, H. (2012). [Transforaminal lumbar interbody fusion for the treatment of degenerative spondylolisthesis]. *Der Orthopade*, 41(2), 153-162.

- Rabin, R., Oemar, M., Oppe, M., Janssen, B., & Herdman, M. (2011). EQ-5D-5L user guide. *Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Rotterdam: EuroQol Group, 22.*
- Rademakers, J., Nijman, J., van der Hoek, L., Heijmans, M., & Rijken, M. (2012). Measuring patient activation in The Netherlands: translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13). *BioMed Central Public Health, 12*, 577.
- Rajaei, S. S., Bae, H. W., Kanim, L. E., & Delamarter, R. B. (2012). Spinal fusion in the United States: analysis of trends from 1998 to 2008. *Spine (Phila Pa 1976), 37*(1), 67-76.
- Rajaei, S. S., Bae, H. W., Kanim, L. E. A., & Delamarter, R. B. (2012). Spinal Fusion in the United States: Analysis of Trends From 1998 to 2008. *Spine (Phila Pa 1976), 37*(1), 67-76.
- Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review, 70*(4), 351-379.
- Ren, H. Y. (2009). *The development of coronary heart disease self-management scale and health education research*. Chongqing: Chongqing Medical University.
- Richardson, James, J. R., Sinha, K., Iezzi, A., & Khan, M. (2011). *Modelling the Utility of Health States with the Assessment of Quality of Life (AQoL) 8D Instrument: Overview and utility scoring algorithm*: Monash University, Business and Economics, Centre for Health Economics.
- Richardson, J., Khan, M. A., Iezzi, A., & Maxwell, A. (2015). Comparing and explaining differences in the magnitude, content, and sensitivity of utilities predicted by the EQ-5D, SF-6D, HUI 3, 15D, QWB, and AQoL-8D multiattribute utility instruments. *Medical Decision Making, 35*(3), 276-291.
- Roland Martin, & Richard, M. (1983). A Study of the Natural History of Back Pain: Part I: Development of a Reliable and Sensitive Measure of Disability in Low-Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976), 8*(2), 141-144.

- Rowlands, G., Shaw, A., Jaswal, S., Smith, S., & Harpham, T. (2015). Health literacy and the social determinants of health: a qualitative model from adult learners. *Health promotion international*.
- Roy, C. (1984). The Roy adaptation model. *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*, 6/e, 291.
- Rubin, D. I. (2007). Epidemiology and risk factors for spine pain. *Neurologic Clinics*, 25(2), 353-371.
- Ruggeri, A., Pichierri, A., Marotta, N., Tarantino, R., & Delfini, R. (2012). Laminotomy in adults: technique and results. *European Spine Journal*, 21(2), 364-372.
- Saban, K. L., & Penckofer, S. M. (2007). Patient Expectations of Quality of Life Following Lumbar Spinal Surgery. *Journal of Neuroscience Nursing*, 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.
- Sadosky, A. B., Taylor-Stokes, G., Lobosco, S., Pike, J., & Ross, E. (2013). Relationship between self-reported low-back pain severity and other patient-reported outcomes: results from an observational study. *Journal of Spinal Disorders & Techniques*, 26(1), 8-14.
- Sae-jung Surachai, H. T., Jirattanapochai Kitt., (2002). Reliability of Thai Version of Oswestry Questionnaire for the Evaluation of Low Back Pain Patients. *Srinagarind Medical Journal*, 17.
- Sajid, M., Tonsi, A., & Baig, M. (2008). Health-related quality of life measurement. *International journal of health care quality assurance*, 21(4), 365-373.
- Schizas, C., Foko'o, N., Matter, M., Romy, S., & Munting, E. (2009). Lymphocoele: a rare and little known complication of anterior lumbar surgery. *European Spine Journal*, 18(2), 228-231.
- Schmitt, A., Gahr, A., Hermanns, N., Kulzer, B., Huber, J., & Haak, T. (2013). The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 138-138.

- Shalansky, S. J., Levy, A. R., & Ignaszewski, A. P. (2004). Self-reported Morisky score for identifying nonadherence with cardiovascular medications. *Annals of Pharmacotherapy*, 38(9), 1363-1368.
- Shneerson, C., Taskila, T., Greenfield, S., & Gale, N. (2015). A survey investigating the associations between self-management practices and quality of life in cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 1-8.
- Silva, D. d. (2014). *Helping measure person-centred care*. London WC2E 9RA: The Health Foundation.
- Silverplats, K., Lind, B., Zoega, B., Halldin, K., Gellerstedt, M., Rutberg, L., & Brisby, H. (2011). Health-related quality of life in patients with surgically treated lumbar disc herniation: 2-and 7-year follow-up of 117 patients. *Acta orthopaedica*, 82(2), 198-203.
- Skolasky, R. L., Green, A. F., Scharfstein, D., Boulton, C., Reider, L., & Wegener, S. T. (2011). Psychometric Properties of the Patient Activation Measure Among Multi-morbid Older Adults. *Health services research*, 46(2), 457-478.
- Skolasky, R. L., Mackenzie, E. J., Riley, L. H., 3rd, & Wegener, S. T. (2009). Psychometric properties of the Patient Activation Measure among individuals presenting for elective lumbar spine surgery. *Quality of Life Research*, 18(10), 1357-1366.
- Skolasky, R. L., Mackenzie, E. J., Wegener, S. T., & Riley, L. H. (2011). Patient activation and functional recovery in persons undergoing spine surgery. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 93(18), 1665-1671.
- Skolasky, R. L., Mackenzie, E. J., Wegener, S. T., & Riley, L. H. I. (2008). Patient Activation and Adherence to Physical Therapy in Persons Undergoing Spine Surgery. *Spine (Phila Pa 1976)*, 33(21), E784-E791.
- Skolasky, R. L., Maggard, A. M., Li, D., Riley Iii, L. H., & Wegener, S. T. (2015). Health Behavior Change Counseling in Surgery for Degenerative Lumbar Spinal Stenosis. Part I: Improvement in Rehabilitation Engagement and Functional Outcomes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(7), 1200-1207.

- Skolasky, R. L., Wegener, S. T., Maggard, A. M., & Riley, L. H. I. (2014). The Impact of Reduction of Pain After Lumbar Spine Surgery: The Relationship Between Changes in Pain and Physical Function and Disability. *Spine (Phila Pa 1976)*, 39(17), 1426-1432.
- Slater, P. F., McCormack, B., Parlour, R., Gallen, A., & Kavanagh, P. (2014). The relationship between positive patient experience in acute hospitals and person-centred care. *International Journal of Research in Nursing*, 5(1), 27-36.
- Smith, S. G., Curtis, L. M., Wardle, J., von Wagner, C., & Wolf, M. S. (2013). Skill Set or Mind Set? Associations between Health Literacy, Patient Activation and Health. *PLoS ONE*, 8(9), e74373.
- Smith, W. D., Christian, G., Serrano, S., & Malone, K. T. (2012). A comparison of perioperative charges and outcome between open and mini-open approaches for anterior lumbar discectomy and fusion. *Journal of Clinical Neuroscience*, 19(5), 673-680.
- Song, L., Mishel, M., Bensen, J. T., Chen, R. C., Knafl, G. J., Blackard, B., et al. (2012). How does health literacy affect quality of life among men with newly diagnosed clinically localized prostate cancer? *Cancer*, 118(15), 3842-3851.
- Soriano, J. C., Revuelta, M. S., Fuente, M. F., Díaz, I. C., Ureña, P. M., & Meneses, R. D. (2010). Predictors of outcome after decompressive lumbar surgery and instrumented posterolateral fusion. *European Spine Journal*, 19(11), 1841-1848.
- Starfield, B. (2011). Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? *The Permanente Journal*, 15(2), 63-69.
- Steward, D. J., & Volgyesi, G. (1978). Stabilometry: A new tool for the measurement of recovery following general anaesthesia for out-patients. *Canadian Anaesthetists' Society Journal*, 25(1), 4-6.
- Stewart, M. (2003). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*: Radcliffe Publishing.
- Stewart MA, Brown JB, & McWhinney IR (1995). Patient-Centred Medicine: transforming the clinical method.

- Stienen, M. N., Smoll, N. R., Hildebrandt, G., Schaller, K., & Gautschi, O. P. (2014). Influence of smoking status at time of surgery for herniated lumbar disk on postoperative pain and health-related quality of life. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 122, 12-19.
- Street Jr, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295-301.
- Strömqvist, F., Ahmad, M., Hildingsson, C., Jönsson, B., & Strömqvist, B. (2008). Gender differences in lumbar disc herniation surgery. *Acta orthopaedica*, 79(5), 643-649.
- Strömqvist, F., Jönsson, B., & Strömqvist, B. (2012). Dural lesions in decompression for lumbar spinal stenosis: incidence, risk factors and effect on outcome. *European Spine Journal*, 21(5), 825-828.
- Strömqvist, F., Strömqvist, B., Jönsson, B., & Karlsson, M. (2015). Gender differences in patients scheduled for lumbar disc herniation surgery: a National Register Study including 15,631 operations. *European Spine Journal*, 1-6.
- Suri, P., Rainville, J., Kalichman, L., & Katz, J. N. (2010). Does This Older Adult With Lower Extremity Pain Have the Clinical Syndrome of Lumbar Spinal Stenosis? *Journal of the American Medical Association*, 304(23), 2628-2636.
- Tariq Saleem J Alharbi, Eric Carlström, Inger Ekman¹, Anders Jarneborn, & Lars-Eric Olsson¹Alharbi. (2014). Experiences of person-centred care - patients' perceptions: qualitative study. *BioMed Central Nursing*, 13, 28-28.
- Tarulli, A. W. (2015). Disorders of the Cauda Equina. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 21(1, Spinal Cord Disorders), 146-158.
- Taylor, V. H., Forhan, M., Vigod, S. N., McIntyre, R. S., & Morrison, K. M. (2013). The impact of obesity on quality of life. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27(2), 139-146.
- Tosteson, A. N., Tosteson, T. D., Lurie, J. D., Abdu, W., Herkowitz, H., Andersson, G., et al. (2011). Comparative Effectiveness Evidence from the Spine Patient Outcomes Research Trial: Surgical vs. Non-Operative Care for Spinal Stenosis, Degenerative Spondylolisthesis and Intervertebral Disc Herniation. *Spine (Phila Pa 1976)*, 36(24), 2061.

- Triberti, S., & Barello, S. (2016). The quest for engaging Aml: Patient engagement and experience design tools to promote effective assisted living. *Journal of Biomedical Informatics*, 63, 150-156.
- Truszczyńska, A., Rapala, K., Truszczyński, O., Tarnowski, A., & Lukawski, S. (2013). Return to work after spinal stenosis surgery and the patient's quality of life. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26(3), 394-400.
- Ulrich, N. H., Kleinstück, F., Woernle, C. M., Antoniadis, A., Winklhofer, S., Burgstaller, J. M., et al. (2015). Clinical outcome in lumbar decompression surgery for spinal canal stenosis in the aged population: a prospective swiss multicenter cohort study. *Spine (03622436)*, 40(6), 415-422.
- Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Suominen, T., & Puukka, P. (2009). Nursing advocacy in procedural pain care. *Nursing Ethics*, 16(3), 340-362.
- van de Water, A. T., Eadie, J., & Hurley, D. A. (2011). Investigation of sleep disturbance in chronic low back pain: an age-and gender-matched case-control study over a 7-night period. *Manual therapy*, 16(6), 550-556.
- van der Eijk, M., Faber, M. J., Ummels, I., Aarts, J. W. M., Munneke, M., & Bloem, B. R. (2012). Patient-centeredness in PD care: Development and validation of a patient experience questionnaire. *Parkinsonism & Related Disorders*, 18(9), 1011-1016.
- van Hooff, M. L., van der Merwe, J. D., O'Dowd, J., Pavlov, P. W., Spruit, M., de Kleuver, M., & van Limbeek, J. (2010). Daily functioning and self-management in patients with chronic low back pain after an intensive cognitive behavioral programme for pain management. *European Spine Journal*, 19(9), 1517-1526.
- van Tulder, M., Furlan, A., Bombardier, C., Bouter, L., & Group, t. E. B. o. t. C. C. B. R. (2003). Updated Method Guidelines for Systematic Reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine (Phila Pa 1976)*, 28(12), 1290-1299.
- Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M., & Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 12.
- Walker L.O. & Avant K.C. (2005). *Strategies for Theory Construction in Nursing 4rd ed.* New Jersey: Pearson Prentice Hall.

- Walsh, N., Cramp, F., Palmer, S., Pollock, J., Hampson, L., Gooberman-Hill, R., et al. (2013). Exercise and self-management for people with chronic knee, hip or lower back pain: a cluster randomised controlled trial of clinical and cost-effectiveness. Study protocol. *Physiotherapy*, 99(4), 352-357.
- Wang, C., Kane, R. L., Xu, D., & Meng, Q. (2015). Health literacy as a moderator of health-related quality of life responses to chronic disease among Chinese rural women. *BioMed Central Women's Health*, 15, 34.
- Ware, J. E., Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Watters Iii, W. C., Baisden, J., Gilbert, T. J., Kreiner, S., Resnick, D. K., Bono, C. M., et al. (2008). Degenerative lumbar spinal stenosis: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of degenerative lumbar spinal stenosis. *The Spine Journal*, 8(2), 305-310.
- Weiner, S. S., & Nordin, M. (2010). Prevention and management of chronic back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24(2), 267-279.
- Weinstein, J. N., Lurie, J. D., Tosteson, T. D., Tosteson, A. N., Blood, E., Abdu, W. A., et al. (2008). Surgical versus non-operative treatment for lumbar disc herniation: four-year results for the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT). *Spine (Phila Pa 1976)*, 33(25), 2789.
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., et al. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.
- Welbie, M., & Wittink, H. (2011). Briggs et al., Health literacy and beliefs among a community cohort with and without chronic low back pain [Pain 2010;150:275–283]. *PAIN®*, 152(10), 2443-2444.
- Werner, B. C., Shen, F. H., & Shimer, A. L. (2011). Infections After Lumbar Spine Surgery: Avoidance and Treatment. *Seminars in Spine Surgery*, 23(2), 142-150.
- West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). *Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies*.

- Whitmore, R. G., Curran, J. N., Ali, Z. S., Mummaneni, P. V., Shaffrey, C. I., Heary, R. F., et al. (2015). Predictive value of 3-month lumbar discectomy outcomes in the NeuroPoint-SD Registry. *Journal of Neurosurgery Spine*, 23(4), 459-466.
- Whitmore, R. G., Stephen, J., Stein, S. C., Campbell, P. G., Yadla, S., Harrop, J. S., et al. (2012). Patient comorbidities and complications after spinal surgery: a societal-based cost analysis. *Spine (Phila Pa 1976)*, 37(12), 1065-1071.
- WHOQoL Group. (1997). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(03), 551-558.
- Williamson, E., White, L., & Rushton, A. (2006). A survey of post-operative management for patients following first time lumbar discectomy. *European Spine Journal*, 16(6), 795.
- Williamson, J., Bulley, C., & Coutts, F. (2008). What do patients feel they can do following lumbar microdiscectomy? A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 30(18), 1367-1373.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Journal of the American Medical*, 273(1), 59-65.
- Wilson, J., Singh, A., Craven, C., Verrier, M., Drew, B., Ahn, H., et al. (2012). Early versus late surgery for traumatic spinal cord injury: the results of a prospective Canadian cohort study. *Spinal Cord*, 50(11), 840-843.
- Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J., & Baker, D. W. (2010). In search of 'low health literacy': Threshold vs. gradient effect of literacy on health status and mortality. *Social Science & Medicine*, 70(9), 1335-1341.
- World Health Organization. (1948). health. Retrieved July 10, 2014, from <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>
- World Health Organization. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- World Health Organization. (2009). Health literacy and health behaviour Retrieved July 10, 2014, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>

- Yadla, S., Malone, J., Campbell, P. G., Maltenfort, M. G., Harrop, J. S., Sharan, A. D., et al. (2010). Obesity and spine surgery: reassessment based on a prospective evaluation of perioperative complications in elective degenerative thoracolumbar procedures. *The Spine Journal*, 10(7), 581-587.
- Yong-Hing, K., & Kirkaldy-Willis, W. (1983). The pathophysiology of degenerative disease of the lumbar spine. *The Orthopedic clinics of North America*, 14(3), 491-504.
- Yoshihara, H., & Yoneoka, D. (2013). Incidental dural tear in lumbar spinal decompression and discectomy: analysis of a nationwide database. *Archives of Orthopaedic & Trauma Surgery*, 133(11), 1501-1508.
- Yoshihara, H., & Yoneoka, D. (2015). National trends in the surgical treatment for lumbar degenerative disc disease: United States, 2000 to 2009. *The Spine Journal*, 15(2), 265-271.
- Zanoli, G., Strömqvist, B., Padua, R., & Romanini, E. (2000). Lessons Learned Searching for a HRQoL Instrument to Assess the Results of Treatment in Persons With Lumbar Disorders. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(24), 3178-3185.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800.



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ GP-COG (ฉบับภาษาไทย)

2. เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรที่ศึกษา 7 ชุด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการจัดการตนเอง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่

ผู้ประเมิน ☒ ผู้วิจัย ☐ ผู้เข้าร่วมการวิจัย
 เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....
 วันที่บันทึกข้อมูล.....

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ GP-COG (ฉบับภาษาไทย)

The General Practitioner Assessment of Cognition

ตอนที่ 1 แบบประเมินผู้ป่วย

ชื่อและที่อยู่ (การทดสอบการระลึกได้)

1. ฉันกำลังจะบอกชื่อและที่อยู่ให้กับคุณ หลังจากที่คุณไปแล้วฉันต้องการให้คุณพูดซ้ำตามที่ฉันพูดให้จำชื่อและที่อยู่ไว้เพราะว่าฉันกำลังจะขอให้คุณบอกฉันอีกครั้งในอีกไม่กี่นาทีนี้

: สมชาย ใจดี บ้านเลขที่ 42 ถนนสุขุมวิท จังหวัดกรุงเทพ

(อนุญาตให้ผู้ถูกทดสอบลองพูดสูงสุด 4 ครั้ง แต่ยังไม่จำเป็นต้องให้คะแนน)

การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา (Time Orientation) ถูกต้อง /ไม่ถูกต้อง

2. วันนี้วันที่เท่าไร (วันที่.....)

☐ ถูกต้อง

☐ ไม่ถูกต้อง

การวาดนาฬิกา (วัดความสามารถทางด้านสหสัมพันธ์ทางด้านสายตา)

- ให้ใช้กระดาษที่พิมพ์ที่เป็นรูปวงกลม

3. กรุณาใส่ตัวเลขที่แสดงเวลาเป็นชั่วโมงลงในหน้าปัดนาฬิกาให้ถูกต้องตามตำแหน่ง (ควรเว้นระยะห่าง / ช่องว่างให้เหมาะสมด้วย)

☐ ถูกต้อง

☐ ไม่ถูกต้อง

4. กรุณาเขียนเข็มนาฬิกาแสดงเวลา 11.10 นาฬิกา ลงในรูปวงกลมหน้าปัดที่เป็นนาฬิกา

☐ ถูกต้อง

☐ ไม่ถูกต้อง

ข่าวสารข้อมูล (Information)

.

.

.

การระลึกได้ (Recall)

6. ให้คุณบอกฉันเกี่ยวกับชื่อและที่อยู่ ที่ฉันบอกให้คุณจำไปเมื่อสักครู่นี้

ชื่อ

☐ ถูกต้อง

☐ ไม่ถูกต้อง

นามสกุล

☐ ถูกต้อง

☐ ไม่ถูกต้อง

ผู้ประเมิน ☐ ผู้วิจัย ☒ ผู้เข้าร่วมการวิจัย
 เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....
 วันที่บันทึกข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย × ลงใน วงกลม หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของคุณ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด ในข้อคำถามที่ 1-16

1. เพศ ① ชาย ② หญิง
2. อายุ.....ปี
3. น้ำหนักปัจจุบัน.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/ตารางเมตร
4. โรคประจำตัว (ICD 10) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ① ไม่มี ① เบาหวาน (E10) ② ความดันโลหิตสูง (I10)
 ③ ไขมันในเลือดสูง (E78.5) ④ โรคหลอดเลือดสมอง (I64) ⑤ ไตวายเรื้อรัง (N18)
 ⑥ เกาต์ (M10) ⑦ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44) ⑧ หอบหืด (J45)
 ⑨ อื่นๆ.....
5. สถานภาพสมรส ① โสด ② คู่ ③ หม้าย ④ หย่า/แยกกันอยู่
6. ระดับการศึกษาสูงสุด
 ① ไม่ได้เรียนหนังสือ ① ประถมศึกษา ② มัธยมศึกษา ③ ปวช.
 ④ ปวส. ⑤ อนุปริญญา ⑥ ปริญญาตรี ⑦ สูงกว่าปริญญาตรี

16. โดยสรุปแล้ว คุณมีความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังมากน้อยเพียงใด

- ① ไม่มีความมั่นใจเลย
- ② มั่นใจเล็กน้อย
- ③ มั่นใจปานกลาง
- ④ มั่นใจมาก
- ⑤ มั่นใจอย่างเต็มที่

ผู้ประเมิน ☒ ผู้วิจัย ☐ ผู้เข้าร่วมการวิจัย
 เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....
 วันที่บันทึกข้อมูล.....

ข้อคำถามที่ 17-22 (ผู้วิจัยประเมินและรวบรวมจากเวชระเบียนของผู้ป่วย)

17. การวินิจฉัยโรค (ICD 10)
 - ① Degenerative disc disease (M51.36) ② Lumbar Spinal stenosis (M48.06)
 - ③ Lumbar Herniation disc (M51.9) ④ Spondylolisthesis (M43.16)
 - ⑤ Lumbar Spinal stenosis (M48.06) + Spondylolisthesis (M43.16)
 - ⑥ อื่นๆ ระบุ.....
18. ชนิดของการผ่าตัดที่ได้รับ (ICD 9)
19. จำนวนปล้องกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด (Level)
 - ① ② ③ ④ ⑤
20. วันที่ผ่าตัด.....
21. ระยะเวลาอนโรงพยาบาล.....วัน
22. ระยะเวลาติดตามหลังการผ่าตัด.....เดือน

ผู้ประเมิน ☐ ผู้วิจัย ☐ ผู้เข้าร่วมการวิจัย

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (Quality of Life)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ จะถามคุณเกี่ยวกับความรู้สึกของคุณในเรื่องสุขภาพ อารมณ์ และความ เป็นอยู่ต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ในช่วง 7 วัน ที่ผ่านมา โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ เมื่อ อ่านข้อคำถามแต่ละข้อและคำตอบที่มีให้คุณเลือก ขอให้คุณเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึก หรือ คำตอบที่คุณว่าเหมาะสมกับตัวคุณมากที่สุดเพียง 1 ข้อ และกรุณาทำเครื่องหมาย X ในวงกลมหน้า ข้อคำตอบนั้นๆ

ตัวอย่าง ถ้าคุณนอนหลับได้ยาก นอนหลับๆ ตื่น ๆ อย่างน้อย 2-3 วัน ใน 1 สัปดาห์ แสดงว่าคุณ เผชิญกับปัญหาการนอนก่อนข้างบ่อย

ข้อ 12. คุณมีปัญหาในการนอนหลับ บ่อยครั้งเพียงใด

- ① ไม่เคยเลย
- ② แทบจะไม่เคย
- ③ บางครั้ง
- ④ ~~บ่อยครั้ง~~
- ⑤ ตลอดเวลา

ดังนั้น คำตอบที่ใกล้เคียงกับการนอนหลับของคุณ คือ ข้อ 4 ดังตัวอย่าง

1. คุณมีเรี่ยวแรงมากน้อยเพียงใดในการทำสิ่งต่างๆ ที่คุณต้องการ

- ① ฉันมีเรี่ยวแรงเต็มที่ตลอดเวลา
- ② โดยส่วนใหญ่ ฉันมีเรี่ยวแรงเต็มที่
- ③ ฉันมีเรี่ยวแรงบ้าง เป็นครั้งคราว
- ④ โดยส่วนใหญ่ ฉันรู้สึกเหนื่อยและไม่มีเรี่ยวแรง
- ⑤ ฉันรู้สึกเหนื่อยและไม่มีเรี่ยวแรงเลย

2. คุณรู้สึกเหมือนถูกแยกตัวออกจากสังคมบ่อยครั้งเพียงใด

- ① ไม่เคยเลย
- ② แทบจะไม่เคย
- ③ เป็นบางครั้ง
- ④ บ่อยครั้ง

3. ลองคิดถึงความยากง่ายในการออกนอกบ้านไปไหนมาไหนด้วยตัวเองตามลำพัง เช่น จับจ่ายซื้อของ การไปเยี่ยมคนอื่นๆ

- ① เป็นเรื่องง่ายและสนุก
- ② ไม่มีความยากลำบากเลย
- ③ มีความยากลำบากเล็กน้อย
- ④ มีความยากลำบากปานกลาง
- ⑤ มีความยากลำบากมาก
- ⑥ ไม่สามารถออกไปนอกบ้านด้วยตัวเองได้ ยกเว้นมีคนอื่นคอยช่วยเหลือ

33. ท่านรู้สึกหดหู่ บ่อยครั้งเพียงใด

- ① ไม่เคยเลย
- ② แทบจะไม่เคย
- ③ เป็นบางครั้ง
- ④ บ่อยครั้ง
- ⑤ บ่อยมาก
- ⑥ ตลอดเวลา

34. ความสัมพันธ์ลึกซึ้งกับคนใกล้ชิด (ความรัก หรือเพศสัมพันธ์) ทำให้คุณ

- ① มีความสุขมาก
- ② โดยรวมๆ มีความสุข
- ③ ไม่สุขหรือทุกข์
- ④ โดยรวมๆ ไม่มีความสุข
- ⑤ ไม่มีความสุขอย่างมาก

35. ในช่วง 7 วัน ที่ผ่านมา คุณรู้สึกสิ้นหวัง หมดกำลังใจ บ่อยครั้งเพียงใด

- ① ไม่เลย
- ② นานๆครั้ง
- ③ เป็นบางครั้ง
- ④ บ่อยครั้ง
- ⑤ ตลอดเวลา

ผู้ประเมิน ☐ ผู้วิจัย ☒ ผู้เข้าร่วมการวิจัย
 เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....
 วันที่บันทึกข้อมูล.....

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย

คำชี้แจง การตอบแบบสอบถามมีเป้าหมายเพื่อประเมินความคิด ความรู้สึกและการปฏิบัติตัวในการจัดการความเจ็บป่วยของคุณ จำนวน 5 ข้อ

กรุณาทำเครื่องหมาย **X** ลงในหมายเลขที่ตรงกับข้อความซึ่งตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว แต่หากพิจารณาแต่ละข้อความแล้ว คุณมีความรู้สึกก้ำกึ่งระหว่างสองข้อความ กรุณาทำเครื่องหมาย **X** ลงในหมายเลขที่อยู่ระหว่างสองข้อความนั้น

ตัวอย่าง หากคุณคิดเกี่ยวกับสุขภาพของคุณว่า บางครั้งคุณไม่เคยคิดถึงความเจ็บป่วยของคุณ แต่ขณะเดียวกัน คุณได้เตรียมเพื่อรับมือกับความเจ็บป่วยของคุณ (ให้คุณทำเครื่องหมาย **X** ที่หมายเลข ②)

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคุณเป็นอย่างไร

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
ฉันไม่เคยคิดถึง ความเจ็บป่วย ของฉัน	~~X~~	ฉันเตรียมรับมือ กับความเจ็บป่วย ของฉัน		ฉันเข้าใจ ความเจ็บป่วยของฉัน อย่างลึกซึ้ง		แม้จะเจ็บป่วย ชีวิตฉันก็ยังดี

5. ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคุณเป็นอย่างไร

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
ฉันรู้สึกกดดัน จากความ เจ็บป่วยของฉัน		ฉันอารมณ์เสียทุก ครั้งเมื่อมีอาการใหม่ เกิดขึ้น		ฉันยอมรับความ เจ็บป่วยของฉันได้		ชีวิตของฉันยัง มีความหมาย ถึงแม้ฉันจะ เจ็บป่วย

ผู้ประเมิน ☐ ผู้วิจัย ☒ ผู้เข้าร่วมการวิจัย

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการจัดการตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามการจัดการตนเอง

จุดประสงค์เพื่อประเมินการแสดงออกในการดูแลจัดการภาวะสุขภาพของคุณ จำนวน 13 ข้อ

โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วตอบให้ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุดเพียง

คำตอบเดียว โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่คุณเลือก

การเลือกตอบให้ถี่ถ้วน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริง

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงมาก

ข้อ	คำถาม	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	เห็ น ด้วย (3)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)
1	โดยสรุป คุณคือคนที่รับผิดชอบในการจัดการความเจ็บป่วยของตนเอง				
2	สิ่งสำคัญในการตัดสินใจดูแลสุขภาพและความสามารถในการทำงานของคุณคือการดูแลสุขภาพด้วยตัวคุณเอง				
3	คุณมั่นใจว่า คุณสามารถปฏิบัติตนในการป้องกันหรือบรรเทา อาการหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของคุณได้				
.					
.					
.					
13	คุณ มั่น ใจว่า คุณ สามารถคงการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตในเรื่องอาหารและการออกกำลังกายแม้ว่าคุณอยู่ในช่วงเวลาที่ตึงเครียด				

ผู้ประเมิน ☐ ผู้วิจัย ☒ ผู้เข้าร่วมการวิจัย

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความแตกต่างทางสุขภาพ

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามคุณเกี่ยวกับทักษะความสามารถทางด้านสติปัญญา และทักษะทางสังคม ในการประยุกต์ วิเคราะห์ ทำความเข้าใจและนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้จากการอ่าน การ

เมื่ออ่านข้อคำถามแต่ละข้อและคำตอบที่มีให้คุณเลือก ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกรู้หรือคำตอบ ที่คิดว่าเหมาะสมกับตัวคุณมากที่สุดเพียง 1 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเลือก

โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 เห็นด้วยอย่างยิ่ง

[illegible]

ผู้ประเมิน ☐ ผู้วิจัย ☒ ผู้เข้าร่วมการวิจัย

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ จะถามคุณเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลของบุคลากรทาง การแพทย์ในการเข้าถึงปัญหาผู้ป่วยและการให้ความกระจ่างเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย การสนใจใน ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ สัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล และการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ

เมื่ออ่านข้อคำถามแต่ละข้อและคำตอบที่มีให้คุณเลือก ขอให้คุณเลือกคำตอบที่ตรงกับ ความรู้สึกหรือคำตอบที่คุณว่าเหมาะสมกับตัวคุณมากที่สุดเพียง 1 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องที่ท่านเลือก

การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงมากที่สุด

ไม่เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริงมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบไม่ตรงความจริง

เฉยๆ หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบว่าไม่ใช่ไม่เห็นด้วยและไม่ใช่ เห็นด้วย

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริง

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบได้ตรงความจริงมาก

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นอธิบายความรู้สึกของผู้ตอบตรงความจริงมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย มาก ที่สุด (1)	ไม่ เห็น ด้วย มาก (2)	ไม่ เห็น ด้วย (3)	เฉยๆ (4)	เห็น ด้วย (5)	เห็น ด้วย มาก (6)	เห็น ด้วย มาก ที่สุด (7)
1	แพทย์หรือพยาบาลพูดคุย และสรุปสิ่งที่เป็นปัญหา ร่วมกับคุณ							
2	แพทย์หรือพยาบาลไต่ถาม อารมณ์ความรู้สึกของคุณ							
3	แพทย์หรือพยาบาลสนใจใน แผนการรักษาที่คุณต้องการ							
4	แพทย์หรือพยาบาลสนใจใน ผลกระทบของปัญหา สุขภาพต่อครอบครัวและ ชีวิตส่วนตัวของคุณ							
.								
.								
.								
20	แพทย์หรือพยาบาลสนใจใน สิ่งที่คุณคิดว่าเป็นปัญหา สุขภาพ							
21	แพทย์หรือพยาบาลรู้จักและ เข้าใจคุณดี							

ผู้ประเมิน ☒ ผู้วิจัย ☐ ผู้เข้าร่วมการวิจัย
เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....
วันที่บันทึกข้อมูล.....

ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่

(Clinical Symptoms of Japanese Orthopedic Association Score (JOA score))

คำชี้แจงสำหรับผู้วิจัย แบบประเมินมีเป้าหมายเพื่อ ประเมินอาการ อาการแสดง ความสามารถในการทำกิจกรรม การทำงานของระบบปัสสาวะ หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อคำถามโดยประเมินใน 4 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 ประเมินอาการแสดง (Symptom) ได้แก่ อาการปวดหลังส่วนล่าง อาการปวดขา/ปวดเสียวขา และความสามารถในการเดิน (9 คะแนน) ได้จากการสอบถาม ให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2, 3

มิติที่ 2 ประเมินอาการทางคลินิก (Clinical signs) ได้แก่ การทดสอบ Straight-leg raising test, Sensory disturbance, Motor disturbance (6 คะแนน) ได้จากการตรวจร่างกาย ให้คะแนนในแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2

มิติที่ 3 ประเมินการถูกจำกัดกิจกรรม (Restriction in activities) ได้แก่ ประเมินความสามารถในการพลิกตะแคงตัว การขึ้น การเดิน การทำความสะอาดร่างกาย การนั่งใน 1 ชั่วโมง การยกของ ได้จากการสอบถาม (14 คะแนน) โดยให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2

มิติที่ 4 ประเมินการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary bladder function) ได้จากการสอบถาม (0 คะแนน) ให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็น 0, -3, -6

คะแนนรวม ต่ำสุดคือ -6 คะแนน และคะแนนรวมสูงสุดคือ 29 คะแนน

ในการประเมินถ้าคะแนนสูงถือว่ามีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายปกติ

ในการประเมินให้เลือกคำตอบที่ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องผลการประเมินที่ประเมินได้ จากการสอบถามและการตรวจร่างกาย

สิ่งที่ประเมิน	การประเมิน	คะแนน	ผลการประเมิน
1.อาการปวดหลัง (Low back pain)	ไม่ปวด	3	
	ปวดเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	2	
	ปวดน้อยและบ่อยครั้ง	1	
	ปวดมากเป็นบางครั้ง	1	
	ปวดมากและบ่อยครั้ง	0	
	ปวดมากตลอดเวลา	0	
2. อาการปวดขาและ/ หรือปวดเสียวขา	ไม่ปวด	3	
	มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง	2	
	มีอาการเล็กน้อยและบ่อยครั้ง	1	
	มีอาการรุนแรงเป็นบางครั้ง	1	
	มีอาการรุนแรงและบ่อยครั้ง	0	
	มีอาการรุนแรงตลอดเวลา	0	
3. ความสามารถในการเดิน	ปกติ	3	
	สามารถเดินได้มากกว่า 500 เมตรถึงแม้มีอาการปวด/เสียวและ/หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง	2	
	ไม่สามารถเดินได้มากกว่า 500 เมตร เนื่องจากมีอาการปวด/เสียวและ/หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง	1	
	ไม่สามารถเดินได้มากกว่า 100 เมตรเนื่องจากมีอาการปวด/เสียวและ/หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง	0	
.			
.			
.			
14. การทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ	ปกติ	0	
	ปัสสาวะลำบากเล็กน้อย	-3	
	ปัสสาวะลำบากรุนแรง	-6	

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองการขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

การขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบประเมินความรู้ความเข้าใจ

The General Practitioner Assessment of Cognition (GP-COG)



คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล
เลขที่ 12433
วันที่ 18 พ.ย. 2558
เวลา

ที่ ศธ ๖๓๔๓ (๔).๑/ วจ ๕๔๘

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๑๑๐ ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เรื่อง ยินดีให้ใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจจิต-ค็อก (ฉบับภาษาไทย) : ความตรงและความเที่ยง

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/๐๓๑๔๓ ลงวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๘

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ “แบบประเมินความรู้ความเข้าใจจิต-ค็อก (ฉบับภาษาไทย) : ความตรงและความเที่ยง” ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จิรพันธ์ กรทัพพิทส์ เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว” ของ นางสาวลัดดาวัลย์ หิมคุณ นั้น

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ไม่ขัดข้องและยินดีให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวตามที่เสนอขอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ)

รองคณบดีปฏิบัติการแทน

คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์

Copyright by Mahidol University

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ (ต่อ)

แบบประเมินคุณภาพชีวิต Assessment of Quality of Life (AQOL-8D)

2015-09-08 9:26 GMT+07:00 Angelo Iezzi <angelo.iezzi@monash.edu>:

Hi

Thank you for your registration. Do you wish to use the AQoL-8D or AQoL-6D or AQoL-4D?

You chose the AQoL-7D but that is for visually impaired people.

Best wishes

Angelo

Angelo Iezzi MSc BE (Civil) GradDipLang

Description: AQOL_blu_0.tmp

Check out our comprehensive AQoL website: www.aqol.com.au

Research Fellow

Centre for Health Economics, Level 2, Building 75 Monash University, Clayton VIC

3800 Office: 9905 8413 Fax: 9905 8344 Mob: 0419 338 241

Email: angelo.iezzi@monash.edu

Web: <http://www.buseco.monash.edu.au/centres/che>

----- Forwarded message -----

From: Angelo Iezzi <angelo.iezzi@monash.edu>

Date: 2015-09-11 5:08 GMT+07:00

Subject: RE: AQoL registration

To: พัชร จิตเื้ออั้งกูร <jit.patcharee@gmail.com> Kwanrudee Koponrat

<kwanrudee41@gmail.com>, Laddawan Himkhun <jangtalent@gmail.com>,

montira.kha@student.mahidol.ac.th

Dear Ms Koponrat

Thank you for your reply. All our instruments and algorithms are available for no charge on our website: www.aqol.com.au And thank you also for completing registration forms about your studies. Now, about translation, here a proper translation costs around 30 cents per word.

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ (ต่อ)

By a proper translation I mean

Step 1: a forward translation from English into Thai done by a registered/qualified professional translator

Step 2: someone who knows both Thai and English checks the translation from step 1 – and might make suggestions to the translator in step 1.

Step 3: Another different professional translator (who has not looked at the English translation on the website) translates from the Thai version resulting from steps 1 and 2 and does a back translation into English to see if it makes sense to an English speaking person.

This forward and back translations with checking in between is the best way of doing it. You might see if an academic in the languages department of your university is qualified.

I would suggest that the translation omits any questionnaire name or questionnaire title so that the translator in step 3 doesn't look for an English translation.

Hope that help

Best wishes

Angelo

Angelo Iezzi MSc BE (Civil) GradDipLang

Description: AQOL_blu_0.tmp

Check out our comprehensive AQoL website: www.aqol.com.au

Research Fellow Centre for Health Economics, Level 2, Building 75 Monash University, Clayton VIC 3800 Office: 9905 8413 Fax: 9905 8344 Mob: 0419 338 241

Email: angelo.iezzi@monash.edu

Web: <http://www.buseco.monash.edu.au/centres/che>

From: พัชรี จิตเื้ออั้งกูร์ [mailto:jit.patcharee@gmail.com]

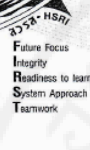
Sent: Wednesday, 9 September 2015 7:56 PM

To: Angelo Iezzi <angelo.iezzi@monash.edu>

Subject: Re: AQoL registration

Copyright by Mahidol University

แบบสอบถามความแตกฉานทางสุขภาพ (Health literacy Questionnaires)



อนาคตมุ่งเน้น
สุขภาพดี
พร้อมเรียนรู้
ระบบก้าวหน้า
จัดการนิรันดร์

หลักสุตรบัณฑิต

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

Health Systems Research Institute (HSRI)

ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ 88/39 ถนนติวานนท์ 14 เขตเมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ : 0 2832 9200 โทรสาร : 0 2832 9201-2
4th Floor, National Health Building, 88/39 Tiwanon 14 Road, Muang District, Nonthaburi 11000 Thailand
Tel. +66 2832 9200 Fax: +66 2832 9201-2 Website : www.hsri.or.th E-mail : hsri@hsri.or.th

คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล

เลขรับ 12104

วันที่ 2 พ.ย. 2558

เวลา

ที่ สวรส. 9๓๓๒๐

๒๖ ๖ ๒๕๖๐

๓๐ ตุลาคม ๒๕๕๘

เรื่อง แจ้งผลการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง ๑. หนังสือที่ ศธ.๐๕๑๓.๐๕/๐๒๕๕๔ ลงวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๕๘ เรื่องขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

๒. หนังสือที่ ศธ.๐๕๑๓.๐๕/๐๒๕๕๖ ลงวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๕๘ เรื่องขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

๓. หนังสือที่ ศธ.๐๕๑๓.๐๕/๐๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๕๘ เรื่องขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

๔. หนังสือที่ ศธ.๐๕๑๓.๐๕/๐๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๕๘ เรื่องขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

ตามที่ ท่าน ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย “แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ” เพื่อประกอบการทำงานวิทยานิพนธ์ รายละเอียดตามหนังสือที่อ้างถึง ๑-๔ นั้น

ในการนี้ ผมมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว เพื่อการทำงานวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาทั้ง ๔ ท่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน คุณปติ เพื่อโปรดทราบ

.....

○ สำเนาเรื่อง เรียน.....

เรื่องถึง เด็กศึกษาวิจัย

Red
๒๓๐๖๕

ขอแสดงความนับถือ

๐๖-3๒

(ทพ.จร วิชาไทย)

ผู้จัดการงานวิจัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ทราบและดำเนินการได้

๐๖-3๒

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล)

คณะพยาบาลศาสตร์

- 2 พ.ย. 2558

ศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล

คณะพยาบาลศาสตร์

- 2 พ.ย. 2558

หลักสุตรบัณฑิต

วิชา

สาขาวิชา

สาขา

ภาวณ ๒๓.๖.๕๘

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ (ต่อ)

แบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย Patient Health Engagement (PHE) Scale

พัชร จิตเอื้ออังกูร <jit.patcharee@gmail.com> 7 พฤศจิกายน 2558 17:33

ถึง : Kwanrudee Koponrat <kwanrudee41@gmail.com>, Laddawan Himkhun <jangtalent@gmail.com>, montira.kha@student.mahidol.ac.th

----- Forwarded message -----

From: Graffigna Guendalina <guendalina.graffigna@unicatt.it>

Date: 2015-08-26 15:58 GMT+07:00

Subject: Re: Wish to ask you for permission to use the "Patient Health Engagement (PHE) Scale."

To: พัชร จิตเอื้ออังกูร <jit.patcharee@gmail.com>

Dear Colleagues,

Thank you for your kind message and for your interest in our work! You are more than welcome in using our scale; we will be more than willing of supporting you in the analysis process, should you need it By the way: I would love to validate the PHE Scale in Thailand; would you be interested in this option? Could we discuss further possible collaborations on this validation project?

I'm looking forward for your feedback in this regard

Best wishes

Guendalina

Prof. Guendalina Graffigna, PHD

Associate Professor Faculty of Psychology Università Cattolica Del Sacro Cuore L.go Gemelli 1, 20123 Milan (Italy)

+39 02.7234.3863 guendalina.graffigna@unicatt.it

https://www.researchgate.net/profile/Guendalina_Graffigna/publications?sorting=recentlyAdded

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ (ต่อ)

แบบประเมินการแสดงผลออกในการดูแลจัดการภาวะสุขภาพตนเอง

Patient Activation Measure (PAM 13)

From: Craig Swanson <cswanson@insigniahealth.com>

Date: 2015-11-11 2:13 GMT+07:00

Subject: RE: ask for permission to use PAM-instrument

To: พัชร จิตเอื้ออังกูร <jit.patcharee@gmail.com> Kwanrudee Koponrat
<kwanrudee41@gmail.com>, Laddawan Himkhun <jangtalent@gmail.com>,
montira.kha@student.mahidol.ac.th

Patcharee:

Thank you for your interest in using PAM in your studies. The best option for small studies like this is to use our online store. Assuming you are doing an academic-caliber study with a clear research design and methodology, and you agree to share the entire de-identified data set of your study, you are eligible for a free research license to use the Patient Activation Measure for your study. This online license option requires that you share your entire de-identified data set with us. We use this data to improve and hone PAM. We do not publish. To take advantage of the free and reduced price PAM licenses, you can simply go to our website and click on the “Research” tab, then “Research Licenses”. Follow the prompts to select the size of license requested from the drop down box and complete the check-out process. Each of you should do this separately...4 separate orders.

The validated Chinese version of PAM we have is traditional Cantonese.

Best Regards, _____

Craig Swanson

(612) 998 6216

cswanson@insigniahealth.com

From: Teresa Belfanti [tbelfanti@insigniahealth.com]

Sent: Thursday, December 03, 2015 6:42 AM

To: Laddawan Himkhan

Subject: Insignia Health Yahoo Store - Order 1288

Laddawan,

Thank you for your online order of a PAM license for your research. Pursuant to the terms of your order, I have attached documents you will need to use PAM:

- PAM survey and coaching guidance (PAM 13 License Package)
- Excel sheet for entering, scoring and tracking PAM survey responses. This sheet automatically calculates PAM scores and levels.
- A copy of your online PAM license for your files.

The research license you selected requires that you share your entire de-identified data set with Insignia Health once your research is complete.

Please feel free to contact me if you have any questions. We look forward to working with you on this effort.

Sincerely,

Teresa Belfanti

Insignia Health, LLC

952.582.4374 tbelfanti@insigniahealth.com

-----Original Message-----

From: Laddawan Himkhun [mailto:StoreOrders@store.aabacosmallbusiness.com]

Sent: Wednesday, November 25, 2015 11:10 PM

To: Teresa Belfanti <tbelfanti@insigniahealth.com>

Subject: Order 1288 from catalog yhst-133902280944007

Date Wed Nov 25 23:09:33 CST 2015

Ship to Laddawan Himkhun

2 siriraj hospital Bangkok noi Bangkok 10700

TH Thailand 66909763755

E-Mail: laddawan.him@mahidol.ac.th

Payment: No charge

Additional Order Details:

PAM: For Academic Research Only

Number of Survey Participants: Free up to 250

Academic Advisor's Name: Suporn Danaidutsadeekul

Academic Advisor's Email: suporn.dan@mahidol.ac.th

Academic Course Name: MASTER OF NURSING SCIENCE PROGRAM IN ADULT
NURSING

Estimated Date of Study Completion: 2016

Estimated Date of Data Delivery to Insignia Health: 2016

Name of Researcher: Laddawan himkhun

Title or Focus of Research Study: PREDICTOR OF QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS
POST LUMBAR SURGERY

Mahidol University

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ (ต่อ)

แบบสอบถามการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง Consultation Care Measure (CCM)

Ask for permission to use Consultation Care Measure (CCM) instrument

Dear, Mr. Paul Little

We are master's degree student in Faculty of Nursing Mahidol University, Thailand. We do our thesis about predictors of quality of life but difference in population. The students name and topics of research are

1. Ms. Kwanrudee Koponrat, the topic of research is Predictors of quality of life among patients with osteoarthritis post knee arthroplasty.
2. Ms. Montira Khamho, the topic of research is Predictors of quality of life among patients head and neck cancer after radiotherapy and chemoradiotherapy.
3. Ms. Laddawan Himkhun. The topic of research is Predictors of quality of life among patients post lumbar surgery.
4. Ms. Patcharee Jitauraungkoon, the topic of research is Predictors of quality of life among patients post coronary artery bypass grafting.

Our advisor is Mrs. Napaporn Wanikun. According to Ms. Sirinan Choocherd use Consultation Care Measure (CCM) instrument to measure perceive person centered care and work under the same advisor. Therefore, we wish to ask for permission to use this instrument in Thai version, which translated by Ms. Sirinan Choocherd in our thesis. We hope you will agree for permission, please.

We are looking for forward from you reply. Thank you so much.

You Sincerely

Ms. Kwanrudee Koponrat

Ms. Montira Khamho

Ms. Laddawan Himkhun

Ms. Patcharee Jitauraungkoon

Little P.S. <P.Little@soton.ac.uk>

8 ธ.ค. 2558

ถึง พัชรี, Kwanrudee, นัน, montira.kha

Of course please do use the measure

BW

P.

Paul Little

Professor of Primary Care Research

University of Southampton _____

From: พัชรี จิตเอื้ออังกร [jit.patcharee@gmail.com]

Sent: 07 December 2015 16:27

To: Little P.S.; พัชรี จิตเอื้ออังกร; Kwanrudee Koponrat; Laddawan Himkhun;
montira.kha@student.mahidol.ac.th

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ (ต่อ)

แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่

(Clinical Symptoms of Japanese Orthopedic Association Score (JOA score))

From: Shin Ichi OTA <ota@joa.or.jp>

Sent: Thursday, September 17, 2015 3:30 PM

To: LADDAWAN HIMKHUN

Cc: 杉山 洋子様

Subject: JOA clinical symptom score

Dear Ms. Laddawan Himkhun

I read your e-mail concerning JOA score.

I am afraid we can not give you an official permission to translate it, for we are not in the situation of evaluating Thai version of JOA score. But if you need its Thai version, please use it on your own responsibility, and do not forget to show the source.

Best Regards,

Shin-Ichi OTA

Secretary General

The Japanee Orthopaedic Association

2-40-8 Hongo Bunkyo-ku Tokyo JAPAN

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม
คุณภาพชีวิต Assessment of Quality of Life (AQoL-8D) และแบบวัดความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
ของผู้ป่วย Patient Health Engagement Scale (PHE-scale)

1. อาจารย์ นายแพทย์มนต์ชัย เรืองชัยนิม
อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรางทิพย์ ฉายพุทธ
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ ดร.สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาวจิตชนา บุญนันท์
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ง

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

๖ ถนนวิภาวดี บางเขน กรุงเทพฯ 10700



โทร +66 2419 2667-72
โทรสาร +66 2411 0162

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI251/2016

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

รหัสโครงการ : 197/2559(EC2)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวอัสลาวัลย์ หิมคุณ / คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย
4. หนังสือยินยอมจากผู้เกี่ยวข้อง
5. แบบบันทึกข้อมูล และแบบสอบถาม
 - The General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG)
 - Quality of Life
 - แบบวัดความรู้ด้านโรคข้อต่อกระดูก
 - แบบสอบถามการจัดกระดูก
 - แบบสอบถามความแตกต่างทางสุขภาพ
 - Clinical Symptoms of Japanese Orthopaedic Association (JOA) score
6. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 7 เมษายน 2559

วันหมดอายุ : 6 เมษายน 2560

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีรวัฒน์ นาคกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

19 เม.ย. 2559

วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

19 เม.ย. 2559

วันที่

ภาคผนวก จ

หนังสือขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูล



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
งานวิจัย สำนักงานคนบตี
2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 0 2419 2680

ที่ ศธ 0517.07/ 7338
วันที่ 16 พฤษภาคม 2559
เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ ศธ 0517.05/03886 ลงวันที่ 21 ธันวาคม 2558

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวลัดดาวัลย์ หิมคุณ รหัสนักศึกษา 5736820 NSAN/ม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เข้าเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (L1-S1) เป็นครั้งแรก ที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย (degenerative disease) ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป มาตรวจติดตามหลังการผ่าตัด 3 ถึง 6 เดือน ณ หน่วยตรวจและติดตามผลการรักษา ออร์โธปิดิกส์ (ห้องเฝือก สยามินทร์ 104) โรงพยาบาลศิริราช เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว" ความละเอียดทั้งแจ้งแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินดียินยอมให้ นางสาวลัดดาวัลย์ หิมคุณ เข้าเก็บข้อมูลได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 7 เมษายน 2559

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุเรนดีวงศ์)
รองคณบดีและผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์ศิริราช
ปฏิบัติงานแทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Copyright by Mahidol University

หนังสือขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

 แบบฟอร์มการขอเก็บข้อมูลและ Clinical Samples สำหรับบุคลากรภายนอก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สำนักงานระดมบังคับาจารย์ บำรุงกมลย์ กรุงเทพฯ 10700 โทรศัพท์ 0 2419 2680 โทรสาร 0 2418 3307	
ส่วนที่ 1: ข้อมูลผู้วิจัย 1.1 ชื่อโครงการ: (ภาษาไทย) ...ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว..... (ภาษาอังกฤษ) ...PREDICTORS OF QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS POST LUMBAR SURGERY..... 1.2 หัวหน้าโครงการ: ...นางสาวสัทธาวิทย์ วัฒนกุล..... 1.3 สถานศึกษา/หน่วยงาน: ...คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล..... โทรศัพท์: ...090-9763755..... E-mail address: ...jangtalent@gmail.com..... 1.4 ผู้ร่วมโครงการวิจัยภายในคณะฯ: ...รศ. นพ.เชาวฤทธิ์ ชาติศิริ..... ตำแหน่ง: ...รองศาสตราจารย์..... สังกัด: ...ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.....	
ส่วนที่ 2: เอกสารประกอบบทพิจารณา ☒ 1. บันทึกข้อความ ขอความอนุเคราะห์พิจารณาการเก็บข้อมูล จำนวน 1 ชุด ☒ 2. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอการรับรอง (ภาษาไทย) จำนวน 1 ชุด ☐ 3. โครงการวิจัย จำนวน 1 ชุด ☐ ภาษาไทย ☐ ภาษาอังกฤษ ☒ 4. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 1 ชุด ☒ 5. หนังสือมอบหมายเป็นรองผู้ร่วมการวิจัย จำนวน 1 ชุด ☒ 6. แบบบันทึกข้อมูลสำหรับการวิจัย จำนวน 1 ชุด ☒ 7. แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด หมายเหตุ เอกสารทั้งหมด อย่างละ 1 ชุด	
ส่วนที่ 3: ตรวจสอบเอกสาร ☒ เอกสารครบ ☐ ขาดเอกสาร ชื่อ: ผู้ตรวจสอบ: ...นางสาวสัทธาวิทย์ วัฒนกุล..... วันที่: 21 มี.ค. 2559 ...ศิริราชพยาบาลศิริราชพยาบาล.....	
ส่วนที่ 3 : การพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ☒ เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval / COA) ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล COA no. ...พร/สคค (E62)..... โครงการพิจารณาโครงการวิจัย ผ่านการรับรอง เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2559	

หนังสือขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

ส่วนที่ 4: การพิจารณาอนุญาตให้เป็นข้อมูล 4.1 การพิจารณาโดยผู้ดำเนินการโรงพยาบาล ☒ อนุญาต กรณีมี COA คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก..... ลงนาม วันที่ (.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช.....) กรณีไม่อนุญาต โปรดส่งเรื่องสืบสวนวิจัย กรณีไม่อนุญาต โปรดส่งเรื่องต่อให้หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล	
4.2 การพิจารณาโดยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ☒ อนุญาต กรณีมี COA คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก..... ลงนาม วันที่ (นางสาวทูนศิริ สุวรรณสร) หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช กรณีไม่ยอมรับ ไม่ประสงค์ร้องเรียนวิจัย	
4.3 การพิจารณาโดยหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธ ☒ อนุญาต กรณีมี COA คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก..... ลงนาม วันที่ (รองศาสตราจารย์ นายนพรัตน์ สุรินทร์ ธนพิพัฒน์ศิริ) หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธ กรณีไม่ยอมรับ ไม่ประสงค์ร้องเรียนวิจัย	
4.4 สรุปผลการพิจารณา ☒ ผู้ดำเนินการโรงพยาบาล หัวหน้าภาควิชา และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล อนุญาต และมี COA ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ☐ ผู้ดำเนินการโรงพยาบาล หัวหน้าภาควิชา และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ไม่อนุญาต ลงนาม วันที่ 12 พ.ค. 2559 (ศาสตราจารย์ ดร. นายนพรัตน์ สุรินทร์ ธนพิพัฒน์ศิริ) รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	
ส่วนที่ 5: การอนุมัติ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วเห็นสมควรให้เก็บข้อมูลได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา ลงนาม วันที่ 13 พ.ค. 2559 (ศาสตราจารย์ นายนพรัตน์ สุรินทร์ ธนพิพัฒน์ศิริ) รองคณบดีและผู้ดำเนินการโรงเรียนแพทย์ศิริราช ปฏิบัติงานแทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	

ภาคผนวก จ

เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยจนกว่าท่านจะเข้าใจดี หรือท่านอาจจะขอเอกสารนี้ไปปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่นเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย: ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย: นางสาวลัดดาวัลย์ หิมคุณ
สถานที่วิจัย: โรงพยาบาลศิริราช
สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ: หอผู้ป่วย 84 ชั้น 3 ตะวันตก-ใต้ แผนกศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช เบอร์โทรศัพท์ 090-9763755 (ติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง)
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย: ไม่มี
ระยะเวลาในการทำวิจัย: 1 ปี (ตั้งแต่เดือน 1 เมษายน 2559 -1 เมษายน 2560)

โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อ

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
 2. ศึกษาอำนาจการร่วมทำนายของ ภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
- ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวครั้งแรก ในระยะการมาตรวจติดตามการรักษา 3 ถึง

6 เดือน สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ ซึ่งท่านมีอิสระในการตัดสินใจจะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการก็ได้

การวิจัยครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 116 ราย โดยเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่มารักษาในโรงพยาบาลศิริราช ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจติดตามการรักษาหลังได้รับการผ่าตัด 3-6 เดือน ในการตอบแบบสอบถามดังกล่าวข้างต้น

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. ขอเชิญท่านตอบแบบสอบถาม 7 ส่วน รวมข้อคำถามทั้งหมด 139 ข้อ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 60 นาที ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ขอเชิญท่านตอบคำถามในข้อคำถามที่ 1-16

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 35 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการแสดงออกในการดูแลจัดการภาวะสุขภาพตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ

จากนั้นผู้วิจัยจะให้ท่านหยุดพัก 10 นาที จึงทำแบบสอบถามต่อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความแตกฉานทางสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 29 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ

หรือท่านจะหยุดพักเมื่อเวลาใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการหรือตอบแบบสอบถามต่อเนื่องโดยไม่หยุดพักตามความสมัครใจของท่าน ทั้งนี้ท่านอาจจะไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบเมื่อใดก็ได้ตามความต้องการของท่านและสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลหรือแจ้งล่วงหน้า การถอนตัวจากโครงการวิจัยของท่านจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่านและการบริการหรือต่อแผนการรักษาของท่านในอนาคตแต่อย่างใด

การตอบแบบสอบถามจะทำในระหว่างรอตรวจในช่วงเวลาก่อนหรือหลังเข้าพบแพทย์ในช่วงรอรับยาหรือในช่วงที่ท่านสะดวกและไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าตรวจ ขณะตอบแบบสอบถามหากถึงเวลาที่ต้องเข้ารับการตรวจ ท่านสามารถเข้ารับการตรวจจากแพทย์ได้ทันที และสามารถกลับมาตอบแบบสอบถามได้อีกหลังพบแพทย์หรือติดต่อกับเจ้าหน้าที่เรียบร้อยแล้วตามความสะดวกของท่าน

2. เมื่อท่านตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของท่านในส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ข้อที่ 17-22 ภายหลังขออนุญาตจากท่านและผู้มีอำนาจในการเก็บข้อมูลแล้ว

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใดๆเนื่องจากเป็นเพียงการตอบแบบสอบถาม แต่อาจทำให้ท่านเสียเวลาบ้างในการเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากปริมาณจำนวนข้อคำถามค่อนข้างมาก ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 60 นาที อาจเกิดความไม่สุขสบาย ความรู้สึกไม่สะดวก อึดอัดไม่สบายใจ ความรู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกเหนื่อยล้าหรือเครียดจากส่วนใดส่วนหนึ่งของข้อความในแบบสอบถามได้หรืออาการไม่พึงประสงค์ เช่น มีอาการปวดหลังและอาการปวดขามากขึ้น ระหว่างตอบแบบสอบถามหากท่านมีอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว ท่านสามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะทำการประเมินอาการท่าน จากนั้นจะให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือท่านโดยปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลของหน่วยงาน หากท่านจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยจะแจ้งให้พยาบาลประจำหน่วยงานและแพทย์เจ้าของไข้ทราบเพื่อให้ท่านได้รับการประเมินอาการและได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม หลังจากท่านหยุดพักและอาการดีขึ้น ผู้วิจัยจะสอบถามความสมัครใจของท่านว่าต้องการตอบแบบสอบถามต่อหรือไม่ ทั้งนี้ท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนการเสร็จสิ้นการวิจัย เมื่อถอนตัวออกจากการวิจัยข้อมูลจะไม่ถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์และไม่ถูกนำเสนอที่ใดรวมทั้งทำลายข้อมูลทันที และไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆกับการรักษาของท่าน ภายหลังตอบแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยจะสังเกตอาการท่านต่ออีกประมาณ 15 นาที หากไม่พบอาการผิดปกติ จึงสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ทั้งนี้การศึกษาวิจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวไม่พบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะยังได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน คือ การตรวจวินิจฉัยโรค การติดตามการรักษา ภายหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางศัลยกรรมกระดูกตามมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลเช่นเดิม การไม่เข้าร่วมจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่าน ต่อการบริการหรือแผนการรักษาพยาบาลของท่านในอนาคต

ข้อมูลส่วนตัวทั้งหมดของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยใช้เพียงข้อมูลที่ได้จากการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ การประเมินภาวะการทำหน้าที่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางและคุณภาพชีวิต ไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-สกุล ประวัติ

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้รหัสในการระบุแทน ชื่อ-สกุล ส่วนของคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างของท่านถือเป็นความลับ ไม่มีการถ่ายรูป วิดีทัศน์ หรือบันทึกเสียงแต่อย่างใด การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอผลการวิจัยออกมาโดยภาพรวม

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวลัดดาวัลย์ หิมคุณ เบอร์โทรศัพท์ 090-976-3755 Email: laddawan.him@student.mahidol.ac.th ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการสร้างแนวทางปฏิบัติ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแล เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
3. เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนางานวิจัยทางการแพทย์กับผู้สนใจทำงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวต่อไป เป็นการขยายขอบเขตองค์ความรู้ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบโดยเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคลแต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลโดยรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ “สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น ๒” เบอร์โทรศัพท์ 02-419-2667-72 โทรสาร 02-411-0162

ท่านได้ทราบถึงสิทธิที่ท่านจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่ท่านจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้รับจากการวิจัยแต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ท่านได้รับทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้และท่านยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(.....)
วันที่.....

ภาคผนวก ข

เอกสารหมายเลข 3ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Consent Form)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

โดยที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางการป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากผู้วิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ามีความสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาโดยไม่คิดมูลค่าและจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้ คือ นางสาวลัดดาวัลย์ หิมคุณ เบอร์โทรศัพท์ 090-9763755 ที่อยู่ 17 หมู่ที่ 2 ต.ขามป้อม อ. เขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี 34170 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ได้ที่

“สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น ๒” เบอร์โทรศัพท์ 02-419-2667-72 โทรสาร 02-411-0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือขอเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

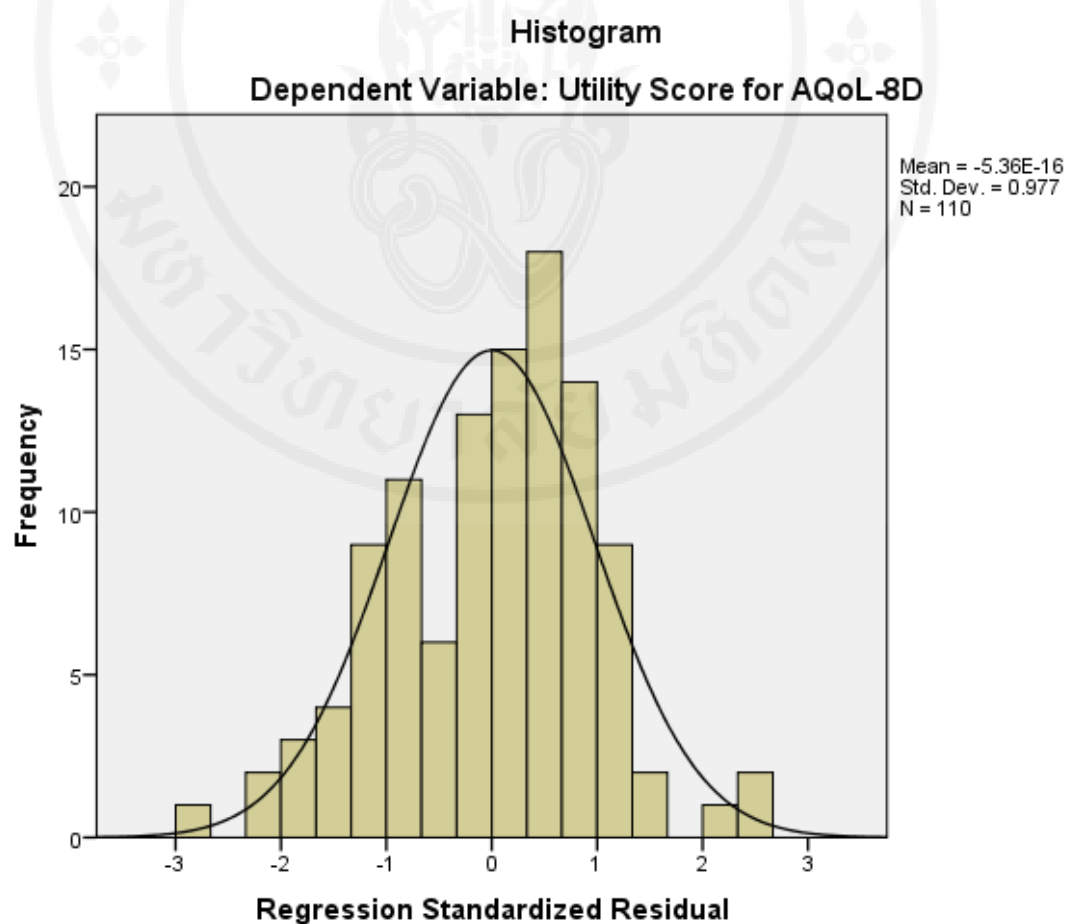
ในกรณีผู้เข้าร่วมวิจัย อ่านหนังสือไม่ออก มีพยานซึ่งไม่มีส่วนได้เสียอยู่ด้วยตลอดระยะเวลาที่มีการให้ข้อมูลและผู้ร่วมเข้าวิจัยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พยานขอยืนยันว่าข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนายินยอมหรือข้อมูลที่ได้รับและเอกสารอื่นได้รับการอธิบายอย่างถูกต้อง และผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทน โดยชอบธรรมแสดงว่าเข้าใจรายละเอียดต่างๆ พร้อมทั้งให้ความยินยอมโดยสมัครใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....
(.....)

ภาคผนวก ข
การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ
(Multiple Regression Analysis)

ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ดังนี้

1. ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal curve)
-ข้อมูลตัวแปรตาม (y) บนค่าของตัวแปรอิสระ (x) มีการแจกแจงเป็นปกติ (รูปภาพที่ 1)



รูปภาพที่ 1 กราฟแสดงการแจกแจงของตัวแปร

-พิจารณาการกระจายข้อมูลของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามจาก ค่าความเบ้ (Skewness) มีค่าน้อยกว่า 2 และค่าความโด่ง (Kurtosis) มีค่าน้อยกว่า 7 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Kim, 2013; West, Finch, & Curran, 1995) ตามตารางที่ 1

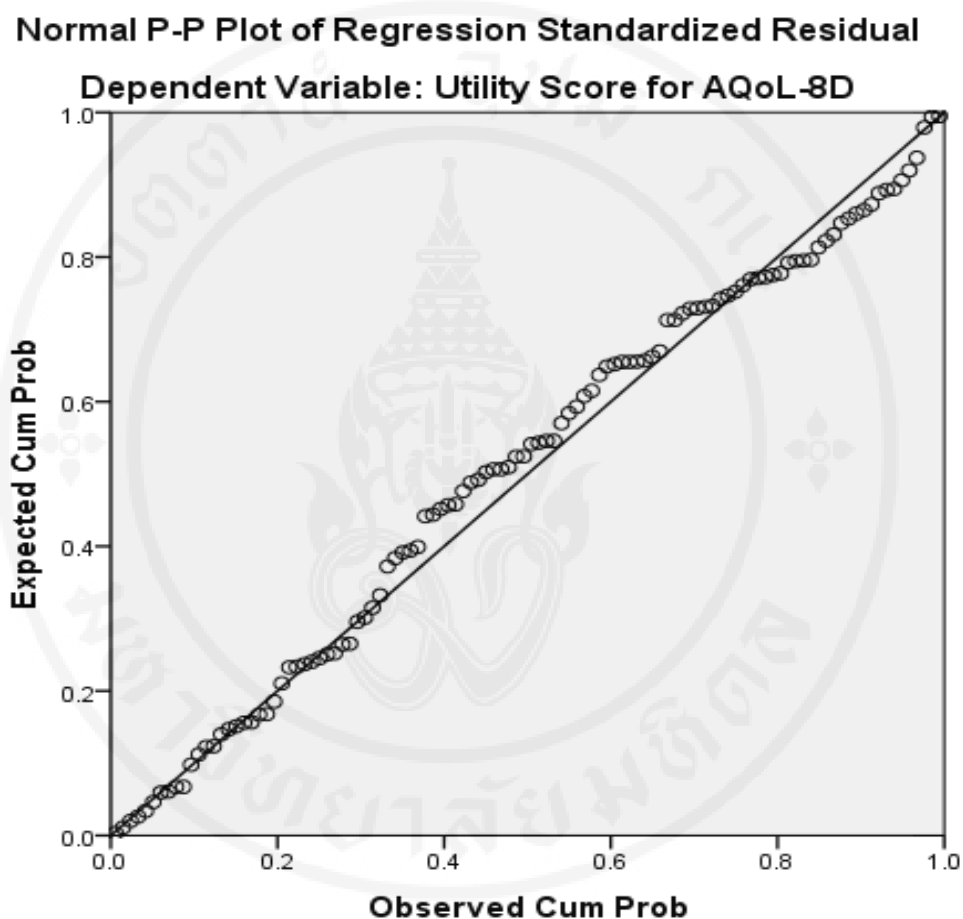
ตาราง 1 ค่าการกระจายข้อมูลของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

Descriptives

		Statistic	Std. Error
SUM_HLC	Mean	8.0277	.09333
	Median	8.0650	
	Skewness	-.209	.230
	Kurtosis	-.607	.457
SUM_PAM	Mean	63.3896	1.00127
	Median	60.6300	
	Skewness	.542	.230
	Kurtosis	-.445	.457
คะแนนรวม B_PHE	Mean	15.55	.231
	Median	16.00	
	Skewness	-.203	.230
	Kurtosis	-.358	.457
SUM_CCMC	Mean	5.9258	.05825
	Median	6.0000	
	Skewness	-.506	.230
	Kurtosis	-.469	.457
SUM_JOA	Mean	21.36	.335
	Median	22.00	
	Skewness	-.112	.230
	Kurtosis	-.686	.457
Utility Score for AQL-8D	Mean	.7501	.01253
	Median	.7564	
	Skewness	-.371	.230
	Kurtosis	-.466	.457

2. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity)

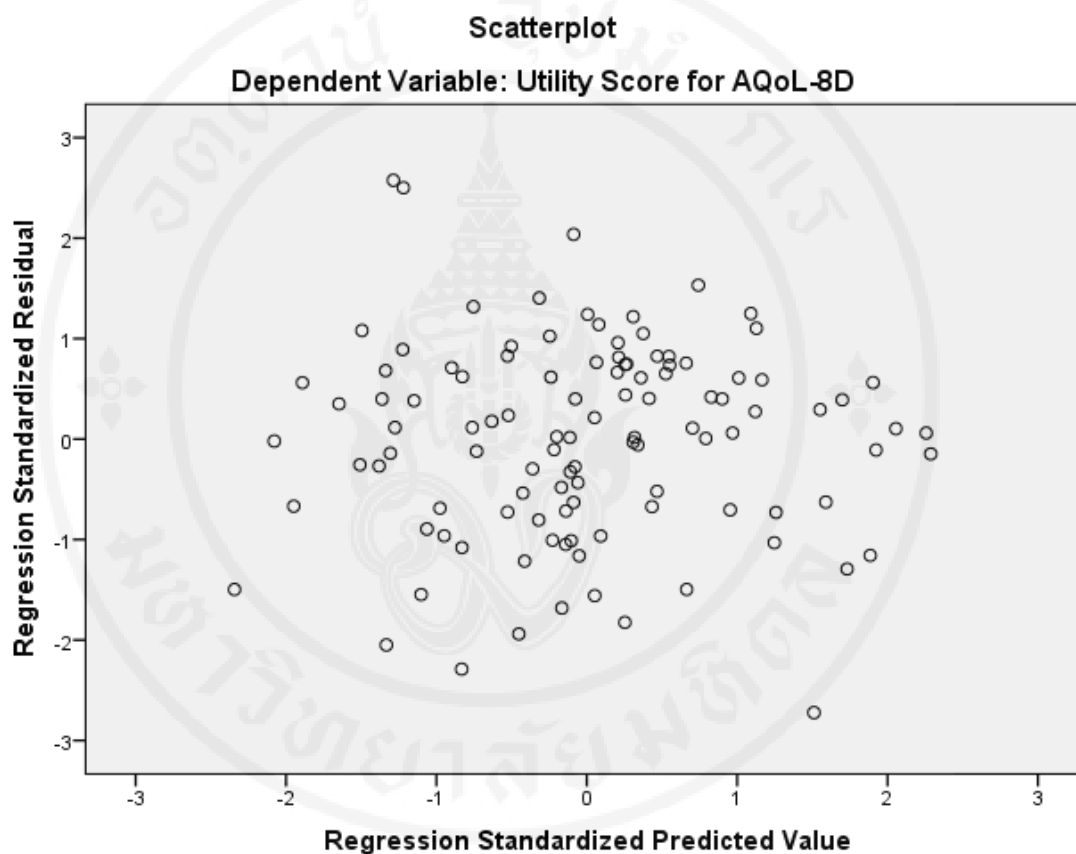
รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (x) และตัวแปรตาม (y) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) (รูปภาพที่ 2)



รูปภาพที่ 2 ภาพการกระจายของค่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น

3. ค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity)

ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟการกระจาย (Scatter Plot) พบว่า ค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระกระจายบริเวณค่าศูนย์ (รูปภาพที่ 3)



รูปภาพที่ 3 ภาพการกระจายของความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน

4. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment) ระหว่างตัวแปรอิสระไม่ได้มีค่าอยู่ในระดับสูงคือ $r < 0.65$ (Burns & Grove, 1997) อ้างอิงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2553) ตามตารางที่ 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ

Correlations

		SUM_JOA	คะแนนรวม HL ทุกด้าน	SUM_PAM	คะแนนรวม B_PHE	คะแนน รวมCCM
SUM_JOA	Pearson	1	.169	.443**	.201*	.199*
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)		.078	.000	.035	.037
	N	110	110	110	110	110
SUM_HLC	Pearson	.169	1	.565**	.124	.478**
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	.078		.000	.198	.000
	N	110	110	110	110	110
SUM_PAM	Pearson	.443**	.565**	1	.360**	.415**
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000
	N	110	110	110	110	110
คะแนนรวม B_PHE	Pearson	.201*	.124	.360**	1	.129
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	.035	.198	.000		.178
	N	110	110	110	110	110
SUM_CCMC	Pearson	.199*	.478**	.415**	.129	1
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	.037	.000	.000	.178	
	N	110	110	110	110	110

5. ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

-มีค่าเฉลี่ยเท่ากับศูนย์ จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุ พบว่า ค่า Standard Predicted Value = 0.000 และค่า standard Residual = 0.000 ดังนั้นค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนจึงเท่ากับศูนย์ ตามตารางที่ 3

ตาราง 3 ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	.5485	.9460	.7501	.08602	110
Residual	-.27676	.26193	.00000	.09931	110
Std. Predicted Value	-2.343	2.278	.000	1.000	110
Std. Residual	-2.722	2.576	.000	.977	110

a. Dependent Variable: Utility Score for AQoL-8D

-ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นอิสระกัน (Autocorrelation) จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุ พบว่า ค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.887 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน ตามตารางที่ 4

ตาราง 4 ค่า Durbin-Watson ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.654 ^a	.428	.401	.10171	.428	15.578	5	104	.000	1.887

a. Predictors: (Constant), คะแนนรวมCCMทั้งฉบับ, คะแนนรวม B_PHE, SUM_JOA, คะแนนรวม HL ทุกด้าน, SUM_PAM

b. Dependent Variable: Utility Score for AQoL-8D

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวลัดดาวัลย์ หิมคุณ
วัน เดือน ปีเกิด	19 ธันวาคม 2523
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2542-2546 พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ทุนสนับสนุนการศึกษา	ทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 3 ตะวันตก-ใต้ โรงพยาบาลศิริราช
ที่อยู่	ตำแหน่ง: พยาบาลปฏิบัติการ 17 หมู่ที่ 2 ต. ขามป้อม อ. เขมราฐ จ.อุบลราชธานี 34170 โทรศัพท์: 090-9763755 E-mail: jangtalent@gmail.com; Laddawan.him@student.mahidol.ac.th