

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการ โขชต่อการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง 3 และชาย 3 ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และ กลุ่มทดลอง 20 ราย ซึ่งมีรายละเอียดของข้อมูลส่วนบุคคลดังแสดงในตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1  
จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
อายุ	$\bar{X}=54.05$ , S.D.=8.73, range=34-69 $\bar{X}=54.80$ , S.D.=8.81, range=40-69				.788
31-40 ปี	1	5	1	5	
41-50 ปี	4	20	7	35	
51-60 ปี	11	55	7	35	
61-70 ปี	4	20	5	25	
เพศ					1*
ชาย	9	45	9	45	
หญิง	11	55	11	55	
สถานภาพสมรส					.487**
โสด	2	10	0	0	
สมรสคู่	18	90	20	100	
ระดับการศึกษา					.716**
ประถมศึกษา	13	65	16	80	
มัธยมศึกษา	5	25	3	15	
ประกาศนียบัตร	1	5	0	0	
ปริญญาตรี	1	5	1	5	

หมายเหตุ. \* สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

\*\* สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test)

จากตารางที่ 1 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.05 ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.80 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีเพศชายร้อยละ 45 และมีเพศหญิงร้อยละ 55 กลุ่มควบคุมร้อยละ 90 และกลุ่มทดลองร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มควบคุมร้อยละ 65 และกลุ่มทดลองร้อยละ 80 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ทดสอบความแตกต่างของอายุ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และจากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์จำแนกตาม เพศ และสถิติฟิชเชอร์จำแนกตาม สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

## ตารางที่ 2

จำนวนร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน บทบาทในครอบครัว สิทธิบัตรในการรักษา และปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
อาชีพ					.701
รับราชการ	3	15	5	25	
เกษตรกรกรรม	4	20	4	20	
ค้าขาย	2	10	1	5	
รับจ้าง	5	25	2	10	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	30	8	40	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน					.795
4,001-6,000 บาท	1	5	1	5	
6,001-8,000 บาท	4	20	7	35	
8,001-10,000 บาท	6	30	4	20	
> 10,000 บาทขึ้นไป	9	45	8	40	
บทบาทในครอบครัว					.075
หัวหน้า	9	45	6	30	
แม่บ้าน	10	50	9	45	
สมาชิกในครอบครัว	0	0	5	25	
ผู้อาศัย	1	5	0	0	
สิทธิบัตรในการรักษา					.115
บัตรประกันสุขภาพ	7	35	12	60	
เบิกได้	10	50	8	40	
ประกันสังคม	3	15	0	0	
ปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาล					.487
มี	0	0	2	10	
ไม่มี	20	100	18	90	

จากตารางที่ 2 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 30 และร้อยละ 40 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมร้อยละ 45 และกลุ่มทดลองร้อยละ 40 มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป กลุ่มควบคุมร้อยละ 50 และกลุ่มทดลองร้อยละ 45 มีบทบาทในครอบครัวเป็นแม่บ้าน กลุ่มควบคุมมีการชำระค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิเบิกตรงจากส่วนราชการ ร้อยละ 50 กลุ่มทดลองมีการชำระค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 60 กลุ่มควบคุมทั้งหมดไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาล กลุ่มทดลองมีปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 10 และจากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติฟิชเชอร์ จำแนกตาม อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในครอบครัว สิทธิบัตรในการรักษา และปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาล พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

## ตารางที่ 3

จำนวนร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตาม ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการได้รับการผ่าตัดใหญ่ ประวัติการใช้ยาประจำตัว ประวัติการใช้ยาลดการอักเสบชนิดไม่มีสเตียรอยด์ และประวัติการสูบบุหรี่

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
ประวัติโรคประจำตัว					1*
มี	11	55	11	55	
ไม่มี	9	45	9	45	
ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล					1*
1-2 ครั้ง	9	45	9	45	
ไม่มี	11	55	11	55	
ประวัติการได้รับการผ่าตัดใหญ่					.730*
1-2 ครั้ง	5	25	7	35	
ไม่มี	15	75	13	65	
ประวัติการใช้ยาประจำตัว					1*
มี	11	55	10	50	
ไม่มี	9	45	10	50	
ประวัติการใช้ยาลดการอักเสบชนิดไม่มีสเตียรอยด์					.091**
มี	14	70	19	95	
ไม่มี	6	30	1	5	
ประวัติการสูบบุหรี่					1**
มี	2	10	1	5	
ไม่มี	18	90	19	95	

หมายเหตุ. \* สถิติไคสแควร์ Chi-square test

\*\* สถิติฟิชเชอร์ Fisher's exact probability test

จากตารางที่ 3 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีประวัติโรคประจำตัว และไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 55 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีประวัติการได้รับการผ่าตัดใหญ่ร้อยละ 75 และร้อยละ 65 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีประวัติการใช้ยาประจำตัวร้อยละ 55 และร้อยละ 50 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีประวัติการใช้ยาลดการอักเสบชนิดไม่มีสเตียรอยด์ ร้อยละ 70 และร้อยละ 95 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 90 และร้อยละ 95 ตามลำดับ และจากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ จำแนกตามประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการได้รับการผ่าตัดใหญ่ ประวัติการใช้ยาประจำตัว และสถิติฟิชเชอร์ จำแนกตามประวัติการใช้ยาลดการอักเสบชนิดไม่มีสเตียรอยด์ และประวัติการสูบบุหรี่ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

จำนวนร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามระยะเวลาของการผ่าตัด

ระยะเวลาของการผ่าตัด(นาที)	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
	$\bar{X}=122.50, S.D.=34.66$		$\bar{X}=142.25, S.D.=47.56$		.249
61-120 นาที	12	60	11	55	
121-180 นาที	7	35	4	20	
181-240 นาที	1	5	5	25	

จากตารางที่ 4 กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาของการผ่าตัดเฉลี่ย 122.50 นาที และกลุ่มทดลองมีระยะเวลาของการผ่าตัดเฉลี่ย 142.25 นาที และจากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล โดยใช้สถิติแมนวิทนี้อยู่ จำแนกตามระยะเวลาของการผ่าตัดพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการโค้ช ดังแสดงในตารางที่ 5-6

ตารางที่ 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการโค้ช

	$\bar{X}$	S.D.	U	p-value
กลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ	0.66	0.10	14.500	.000
กลุ่มที่ได้รับการโค้ช	0.96	0.09		

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ของกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ เท่ากับ 0.66 กลุ่มที่ได้รับการโค้ช เท่ากับ 0.96 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโค้ชและกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดโดยใช้สถิติแมนวิตนีย์ยู พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังของกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$

## ตารางที่ 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการโค้ช

	$\bar{X}$	S.D.	U	p-value
กลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ	0.65	0.12	.000	.000
กลุ่มที่ได้รับการโค้ช	0.98	0.03		

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ของกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ เท่ากับ 0.65 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการโค้ช เท่ากับ 0.98 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโค้ชและกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดโดยใช้สถิติแมนวิทนียู่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังของกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$

## การอภิปรายผล

การศึกษาผลของการ โคชต่อการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการ โคชจากผู้วิจัย ผลการศึกษารายตามสมมติฐานของการศึกษา ดังนี้

**สมมติฐานข้อที่ 1** ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังกลุ่มที่ได้รับการ โคชมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพเมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

**สมมติฐานข้อที่ 2** ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังกลุ่มที่ได้รับการ โคชมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 0.66 ของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 0.96 และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 0.65 ของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 0.98 จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการ โคชสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะ 24 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$  (ตารางที่ 5 และ ตารางที่ 6) ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานของการศึกษา ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ในการโคชต่อการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังกลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการ โคชมีการพัฒนาทักษะการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ซึ่งโคชจะเป็นผู้ให้ข้อมูล สอนการฝึกทักษะการปฏิบัติ การให้คำชี้แนะ การสนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้ความมั่นใจ ให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังผ่าตัด โดยคำนึงถึงความรู้พื้นฐานและประสบการณ์เดิมของกลุ่มทดลอง (Redshow, 2000) ทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการนำความรู้ และทักษะต่างๆ ที่ได้รับจากการปฏิบัติมาใช้ในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด รวมทั้งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จากที่การ โคชเป็นกลยุทธ์ที่ให้ความรู้ทำให้กลุ่มทดลองสามารถพัฒนาความรู้และทักษะของตนเองได้ ดังคำกล่าวของโรมีโร (Romero, 2004) ซีอัส และสคิฟฟิงตัน (Zeus & Skiffington, 2002) และสพอสส์ คลาร์ก และบิวรีการ์ด (Spross, Clarke, & Beauregard, 2001) ที่ว่าโคชต้องมีความรู้และทักษะในเรื่องที่จะสอน เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตัวโคช ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มีความเข้าใจในเรื่องที่ได้รับการสอน และเกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้และฝึกปฏิบัติอย่างตั้งใจ ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง ในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยใช้กระบวนการ โcox ที่ประกอบด้วย การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนการปฏิบัติ การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ โดยโcoxจะเป็นผู้ติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วย รวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นโcox เป็นผู้ฝึกสอนทักษะการปฏิบัติการจัดการกับความเจ็บปวดวิธีไม่ใช้ยา โดยใช้วิธีการหายใจเข้าออกลึกเป็นจังหวะ ทักษะการบริหารการหายใจ ทักษะการไออย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการบริหารกล้ามเนื้อหน้าอกและข้อ ทักษะการจัดการกับความวิตกกังวล ทักษะการใส่และถอดเสื้อผ้าหลัง ทักษะการลุกออกจากเตียงและการลงนอนบนเตียง ทักษะการเดินด้วยเครื่องช่วยเดิน ทักษะการนั่งและลุกออกจากเก้าอี้ ดังการศึกษาของบุศริน เอี้ยวสีหยก (2545) ที่ศึกษาผลของการ โcox ต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก พบว่าผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกกลุ่มที่ได้รับการ โcox มีคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร (2547) ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานในกลุ่มที่ได้รับการ โปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนมีค่าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แผนการ โcox โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลอง การรับฟังความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่ผ่านมา หรือปัญหาของกลุ่มทดลอง ทำให้กลุ่มทดลอง เกิดความรู้สึกไว้วางใจ กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเอง รวมทั้งปัญหาและความต้องการของตนเอง ทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจความรู้สึกของกลุ่มทดลองมากขึ้น ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมได้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการให้ข้อมูล และการฝึกสอนที่มีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของกลุ่มทดลองแต่ละราย ทำให้การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพตรงตามความต้องการของกลุ่มทดลอง โดยข้อมูลที่ให้จะครอบคลุมในเรื่องสภาพความเจ็บป่วย เหตุการณ์ที่จะพบรวมทั้งการปฏิบัติทั้งในระยะก่อนขณะและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจต่อสภาพความเจ็บป่วย และสถานการณ์ที่ตนเองต้องได้พบ นอกจากนั้นยังทำให้ความวิตกกังวลต่างๆ ลดลงได้ ในการฝึกสอนการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ผู้วิจัยใช้คู่มือการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังประกอบการฝึก ซึ่งมีภาพ และคำอธิบายถึงการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นลำดับ ทำให้กลุ่มทดลองเข้าใจได้ง่าย และกลุ่มทดลองยังสามารถนำมาทบทวนได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดความสงสัยหรือจำเนื้อหาไม่ได้ ส่วนกิจกรรมการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพได้เน้นให้กลุ่มทดลองมีการฝึกทักษะการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด 2 วัน เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้อย่างถูกต้องและชำนาญ เนื่องจากกิจกรรมการ

ปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดนั้น มีหลายกิจกรรม เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการฝึกอย่างเป็นลำดับขั้นตอน ไม่เกิดความสับสน ผู้วิจัยจึงได้แบ่งการปฏิบัติเป็น 2 ระยะ คือระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นกิจกรรมที่กลุ่มทดลองยังนอนอยู่บนเตียง เช่น การหายใจเข้าออกกลีอย่างมีจังหวะเพื่อจัดการกับความเจ็บปวด การบริหารการหายใจ การบริหารกล้ามเนื้อขาและข้อ เป็นต้น ส่วนระยะหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง จะเป็นระยะที่แพทย์อนุญาตให้กลุ่มทดลองลุกออกจากเตียงเพื่อเดิน กิจกรรมในระยะนี้ก็จะทำต่อเนื่องจากระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และมีกิจกรรมที่เพิ่มเติม เช่น การลุกออกจากเตียง การเดินด้วยเครื่องช่วยเดิน การนั่งและลุกออกจากเก้าอี้ การลงนอนบนเตียง เป็นต้น ในการฝึกปฏิบัติ จะให้ผู้ป่วยทำตามลำดับ เพื่อง่ายต่อการฝึก และทำให้เกิดความเข้าใจได้ดี และผู้วิจัยยังให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งเชิงบวกและลบคือเมื่อกลุ่มทดลองปฏิบัติได้ถูกต้องก็จะให้คำชมเชย แต่ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องผู้วิจัยจะให้คำชี้แนะ ฝึกสอนซ้ำจนสามารถปฏิบัติได้ พร้อมทั้งกระตุ้นให้กลุ่มทดลองมีการประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อเป็นการปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษามาตามขั้นตอนของกระบวนการ โคอซ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคสื่อสารการเป็นผู้ฟังที่ดิสนใจต่อปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมีความมั่นใจในตัว โคอซ ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะซักถามปัญหา แสดงความคิดเห็น และบอกถึงปัญหาหรือความต้องการของตนเองได้ รวมทั้งผู้วิจัยได้คอยชี้แนะและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยบอกเล่าถึงประสบการณ์เดิมในผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่มาแล้ว ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย มีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงอาการที่อาจจะเกิดขึ้นได้อีก ซึ่งมีผู้ป่วยบางรายมีเสมหะไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้ ร่วมกับมีอาการปวดแผลผ่าตัดในขณะที่ไอขับเสมหะหลังได้รับการผ่าตัดใหญ่ เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ร่วมกันประเมินและวิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพร่วมกับผู้วิจัยได้ (Zeus & Skiffington, 2002) ทำให้ข้อมูลที่ได้นำไปสู่ความตั้งใจในขั้นตอนการฝึกปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังให้ผู้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การผ่าตัดใหญ่ได้ทบทวนถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยปฏิบัติแล้วได้ผล เพื่อที่จะได้นำการปฏิบัตินั้นมาเป็นข้อมูลการปฏิบัติหลังผ่าตัดในครั้งนี้ได้ ส่วนผู้ป่วยที่ยังไม่เคยผ่าตัดใหญ่ ผู้วิจัยยังได้ให้พูดคุยกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับการ โคอซ แล้ว ในบางรายได้บอกเล่าถึงการจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นโดยใช้วิธีการหายใจเข้าออกแบบลึก ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพหลังผ่าตัดและสถานการณ์ที่ตนเองต้องเผชิญ เนื่องจากได้เห็นสภาพและได้รับข้อมูลจากผู้ที่ได้รับการผ่าตัดมาแล้ว ข้อมูลที่ได้จากการซักถามและบอกเล่าถึงปัญหาของผู้ป่วยนี้ ผู้วิจัยยังสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการช่วยเหลือในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาได้

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยในขั้นตอนการประเมินและวิเคราะห์ปัญหา มาวางแผนการปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วยตามความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยขาดความรู้หรือประสบการณ์ ผู้วิจัยให้คำชี้แนะ และให้ข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งเกรียลิช (Grealish, 2000) ได้กล่าวว่า หัวใจสำคัญของเรียนรู้ คือการได้ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติร่วมกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้แจกคู่มือการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง มีเนื้อหาในเรื่องการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งมีรายละเอียดและรูปภาพประกอบชัดเจน เป็นการให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำมาทบทวนได้ตลอดเวลาเมื่อจำเนื้อหาไม่ได้

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ผู้วิจัยได้ติดตามสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง ส่วนในกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือจำไม่ได้ ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้คำชี้แนะ หรือให้คำแนะนำเพิ่มเติม โดยคำนึงถึงความรู้พื้นฐานและประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย การปฏิบัติที่มีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายและให้เวลากับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาการปฏิบัติได้ตามศักยภาพของตนเอง (เกรียงศักดิ์ นิรติพัฒนาศัย, 2546; Zeus & Skiffington, 2002) ผู้ป่วยบางรายที่จำเนื้อหาของการปฏิบัติไม่ได้ ผู้วิจัยจะจัดกลุ่มกิจกรรมเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติ โดยมีการฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องนอนอยู่บนเตียงก่อน หลังจากนั้นจึงจะฝึกการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องออกจากเตียง เช่น การลุกออกจากเตียง การเดินด้วยเครื่องช่วยเดิน การนั่งและการลุกออกจากเก้าอี้ ตามลำดับเป็นต้น และมีการฝึกปฏิบัติจนผู้ป่วยแต่ละรายเข้าใจและปฏิบัติได้เอง ซึ่งในทางปฏิบัติที่ผู้ป่วยจะเกิดทักษะที่ดีได้นั้นจะต้องมีการฝึกฝนและลองปฏิบัติหลายๆ ครั้ง (Zeus & Skiffington, 2002) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมการปฏิบัติก่อนและหลังตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การบริหารกล้ามเนื้อหน้าอกและข้อส่วนมากผู้ป่วยจะหมุนข้อทำไม่ได้ ผู้วิจัยจะฝึกการปฏิบัติในส่วนอื่นก่อนแล้วจึงกลับมาฝึกสอนในส่วนที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วยซึ่งจะเป็นการกระตุ้นความคิด และความรู้สึกของผู้ป่วยให้มีความตื่นตัว เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ข้อมูลย้อนกลับที่ให้นั้นผู้วิจัยใช้การสื่อความหมายที่ชัดเจน และเข้าใจง่าย นอกจากนี้ผู้วิจัยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เกิดกำลังใจที่จะเรียนรู้และพัฒนาทักษะของตน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ภายหลังจากฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

คิดเห็นในการประเมินผลการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยจะได้หาปัญหาและอุปสรรคในขณะปฏิบัติกิจกรรม และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันในการปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติ

การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การโค้ชทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ ดังนั้นการโค้ชจึงเป็นการสอนอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังได้



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved