

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ใส่ขาเทียม ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปของผู้ใส่ขาเทียม
2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพ
5. วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ใส่ขาเทียม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปของผู้ใส่ขาเทียม

1.1 ความหมายของขาเทียม

ขาเทียม (Prosthesis) หมายถึง อุปกรณ์ที่ประดิษฐ์ขึ้นมาเพื่อใช้ส่วนต่อกับส่วนที่เหลือของขา เพื่อทำหน้าที่ชดเชยส่วนที่สูญเสียไป

1.2 สาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการขาขาด มีได้ดังต่อไปนี้

1.2.1 พิกการแต่กำเนิด (Congenital Amputee) (ร้อยละ 3.5) คือ ผู้ที่เกิดมามีความพิการขาดแขน ซึ่งบางครั้งก็ไม่ทราบสาเหตุ มีแพทย์หลายท่านเชื่อว่า เนื่องจากความผิดปกติทางพันธุกรรม

1.2.2 พิกการภายหลัง (Acquired Amputee) หมายถึง เมื่อเกิดมีชาสมบูรณ์ แต่มีสาเหตุต่าง ๆ เกิดขึ้น ทำให้ต้องถูกตัดขาออกไปโดยแพทย์ คือ

1.2.2.1 จากอุบัติเหตุ (Trauma) (ร้อยละ 47.2) ถือได้ว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้คนไทยต้องเสียขา แบ่งออกได้เป็น

- อุบัติเหตุการจราจร ซึ่งมีมากที่สุดและมีได้ทั้งทางบก ทางเรือ และทางอากาศ ทางบกนั้นมีมากที่สุด เพราะมีรถสารพัดชนิด เช่น รถไฟ รถยนต์ เป็นต้น

- อุบัติเหตุจากเครื่องจักรกล ซึ่งนับวันจะมีมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะนอกจากจะมีโรงงานอุตสาหกรรมมากขึ้นแล้ว เกษตรกรเองก็หันมาใช้เครื่องจักรกลมากขึ้นด้วย เช่น เครื่องฉีดยาฆ่าแมลง เครื่องสีข้าว นวดข้าว เป็นต้น

- อุบัติเหตุจากกระแสไฟฟ้าแรงสูง ผู้เคราะห์ร้ายมักเป็นกรรมกรก่อสร้างที่ต้องแบกหามเหล็กเส้นยาว ๆ ใกล้กับสายไฟฟ้าแรงสูง

- อุบัติเหตุจากปืนและวัตถุระเบิด ซึ่งนอกจากจะเป็นพวกทหารหาญที่ต้องทำการสู้รบตามหน้าที่แล้ว ยังมี เช่น ถูกคนร้ายยิง ถูกตำรวจยิง หรือปืนลั่น เป็นต้น

- อุบัติเหตุจากสัตว์ร้าย เช่น ถูกงูกัด ถูกเสือกัด ถูกหมิตะปบ ถูกควายขวิด และ ถูกช้างแทง เป็นต้น

- อุบัติเหตุอื่น ๆ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ตกจากที่สูง ถูกของหนักหล่นทับ เช่น ท่อนซุง หินก้อนใหญ่ ถังแก๊ส และถังน้ำมัน เป็นต้น

1.2.2.2 โรค (ร้อยละ 15.3)

โรคที่ทำให้ต้องตัดขา มีหลายโรค เช่น

- โรคเกี่ยวกับหลอดเลือด ซึ่งมากที่สุด เช่น เบาหวาน หลอดเลือดตีบใน Thromboangiitis obliterans ที่มีแองกรินเกิดขึ้นและไม่ตอบสนองต่อการรักษา

- โรคเรื้อรัง ซึ่งยังมีอยู่มากในประเทศไทย และเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียขา

- โรคอื่น ๆ เช่น กระดูกอักเสบเรื้อรัง (Chronic osteomyelitis) ติดเชื้อรา และแก๊สแองกริน เป็นต้น

1.2.3 เนื้องอก (ร้อยละ 7) เช่น มะเร็งของกระดูกประเภทร้ายแรง

สำหรับขอบเขตของประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกตัดขาจากสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการภายหลังกำเนิด (Acquired Amputee) ที่ทำให้ต้องถูกตัดขาออกไปโดยแพทย์ เนื่องจากอุบัติเหตุ (Trauma) เท่านั้นไม่ใช่ตัดขาจากโรคต่าง ๆ

1.3 เหตุผลและความจำเป็นที่แพทย์ต้องตัดขาผู้ป่วย

1.3.1 เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ (To save the patient's live)

1.3.2 เพื่อความสะดวกในการเคลื่อนไหวหรือการใช้งานของร่างกายให้ดีขึ้น (Improve mobility and function)

1.4 คำศัพท์และความหมายเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

1.4.1 Amputation หมายถึง การตัดอวัยวะขาออกไปจากร่างกาย เป็นการกระทำเพื่อการรักษาและช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยไว้

1.4.2 Amputee หมายถึง ผู้ถูกตัดขา

1.4.3 Stump หมายถึง ตอขาที่เหลือจากการตัด

1.4.4 Prosthesis หมายถึง ขาเทียม

1.5 ระดับของการตัดส่วนขา

1.5.1 Hip disarticulation หมายถึง การตัดผ่านข้อสะโพก (แพทย์จะเอาส่วนขาออกหมด) ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาผ่านข้อสะโพก ปัจจุบันส่วนมากเป็นมะเร็งต้นขา ถ้าอุบัติเหตุ หรือโรคของหลอดเลือดจะไม่ตัดกระดูกต้นขาออกทั้งหมด

1.5.2 Above knee amputation หมายถึง การตัดเหนือเข่าขึ้นไป แต่ไม่ถึงข้อสะโพก หรือเป็นการตัดที่ระดับต้นขา หรือเรียกว่า Ischial bearing amputation

1.5.3 Through knee disarticulation คือ การตัดระดับเข่า หรือตัดผ่านข้อเข่า

1.5.4 Below knee amputation (B.K.amputation) หมายถึง การตัดใต้เข่าลงไป แต่ไม่ถึงข้อเท้า

1.5.5 Syme's amputation หมายถึง การตัดระดับข้อเท้า

1.6 การดูแลผู้ป่วยก่อนการใส่ขาเทียม

ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่จากแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้ใส่ขาเทียมให้เร็วที่สุด ซึ่งแบ่งออกเป็นหลักใหญ่ ๆ ได้ดังนี้

1.6.1 การจัดท่าให้ถูกต้อง (Posture) ในการนอน นั่ง ยืน และการเคลื่อนที่โดยทั่วไป แล้วภายหลังการผ่าตัดนั้น ผู้ป่วยทั่วไปจะรู้สึกสบายด้านนอนในท่าที่งอ Stump เพราะทำให้อาการตึงของกล้ามเนื้อน้อยลง อาการปวดก็จะลดลงด้วย การนอนในท่างอ Stump จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเคยชิน เช่นเดียวกับกับขณะนั่ง ยืน และการเคลื่อนที่ในท่างอ Stump เมื่อเวลาผ่านไปนานเข้าจะเป็นผลให้เกิด Flexion contracture ของข้อนั้น ๆ สำหรับข้อสะโพกถ้านอนในท่าอ้าขาานาน ๆ ก็เกิด Hip abduction contracture ตามมาอีกด้วย เพื่อป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นในช่วงนี้ จึงจำเป็นต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ตระหนักถึงผลเสียหากต่อตัวผู้ป่วยเอง จากท่าที่ไม่ถูกต้อง

1.6.2 การใช้ผ้ายัด (Stump bandaging) เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องใช้วิธีการนี้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อช่วยให้ Stump หดตัวลงเร็วที่สุด การพันนี้เริ่มตั้งแต่ภายหลังผ่าตัดเสร็จและจะพันต่อไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะได้ขาเทียมชนิดถาวร การถอดผ้าจะทำได้ต่อเมื่อตอนอาบน้ำเท่านั้น และจะต้องรีบพันใหม่เมื่อเสร็จ ขนาดของผ้ายัดสำหรับตอระดับได้เข้า คือ ขนาด 4 นิ้ว สำหรับตอขา ระดับเข้าขึ้นไปใช้ขนาด 6 นิ้ว การพันจะต้องมีแรงกดบน Stump ส่วนปลายมากกว่าส่วนโคน โดยพันเป็นรูปเฉียง เพื่อป้องกันการรั่วของเส้นเลือดดำ และการไหลเวียนของน้ำเหลือง เมื่อสังเกตว่าผ้ายัดหย่อนตัวก็จะต้องถอดออก แล้วรีบพันใหม่ทุกครั้งที่ยถอดออก ควรถือโอกาสตรวจสอบและหัดให้ผู้ป่วยตรวจสอบเองด้วย และทำความเข้าใจเป็นประจำ ในการพันจะต้องพันสูงพอสมควร คือ ให้เหนือระดับข้อที่เหลืออยู่เสมอ

1.6.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นของจำเป็นมาก เพราะจะทำให้กล้ามเนื้อของส่วนนั้น และส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ตลอดจนการเคลื่อนไหวของข้อ (Range of motion) ยังคงเดิมหรือดีขึ้น การฝึกทำงานร่วมกันของระบบประสาทกล้ามเนื้อและข้อ (Coordination) และการใช้เครื่องช่วยคนพิการในการเคลื่อนที่ เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่พร้อมจะใช้ขาเทียมได้รวดเร็วและถูกต้อง ยิ่งทำให้เร็วมากที่สุดจะเป็นผลให้ผลการรักษาดีขึ้นเพราะจะทำให้การไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองดีขึ้น ตลอดจนช่วยลดปัญหาการยึดติด และการบวมได้เป็นอย่างดี

1.7 ตอขาที่ดีก่อนจะใส่ขาเทียม

1.7.1 ผ่าตัดดี แผลที่ติดสนิทดี

1.7.2 ความยาวตอขาเหมาะสม

1.7.3 มีความรู้สึก ไม่มีพังผืดยึดปลายประสาท

1.7.4 ไม่มีปมที่จะก่อให้เกิดความเจ็บปวด (Neuroma)

1.7.5 ไม่มีอาการบวม ที่จะเป็นอุปสรรคต่อการใส่ขาเทียม

1.8 ปัญหาของตอขาและการแก้ไข

พบว่าผู้ป่วยที่ใส่ขาเทียมไม่ได้ ปัญหาหลักเกิดจากตอขาจะขอแบ่งปัญหาของตอขาที่เกิดขึ้นเป็น 2 ระยะ ก่อน และหลังใส่ขาเทียม

1.8.1 ปัญหาของตอขา ก่อนใส่ขาเทียม (Preprosthetic problems)

- การติดเชื้อ (Infection) ตอขาที่มีการอักเสบจากติดเชื้อไม่ควรใช้ Rigid dressing และควรได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม เชื้อที่พบบ่อย ๆ คือ Staphylococcus แก้ไขโดยการทำความสะอาดและผ่าเพื่อระบายหนองออกในรายที่จำเป็น

- รอยแตกของตอขา (Maceration) เกิดจากตอขาแห้งเกินไปมักเกิดจากการใช้แอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาดตอขามากเกินไป ควรใช้ครีมทา

- ปวดใน Phantom limb (Phantom pain) อาการเจ็บปวดอยู่ในส่วนของขาที่ถูกตัดไปแล้วโดยหาสาเหตุไม่ได้ อาการที่เกิดขึ้นอาจเป็นความรู้สึกแบบปวดเหมือนถูกบีบรัด ปวดแสบปวดร้อน ปวดเหมือนเป็นตะคริวซึ่งอาจเกิดขึ้นตลอดเวลา หรือเป็น ๆ หาย ๆ หรือเฉพาะเมื่อไปกระตุ้นจุด (Trigger point) ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายขณะถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ หรือแม้แต่ขณะร่วมเพศ อาการปวดชนิดนี้ไม่พบในผู้ป่วยทุกรายแต่จะพบในผู้ป่วยที่ก่อนตัดขานั้นมีความเจ็บปวดอยู่เดิม

สาเหตุของ Phantom pain ไม่มีผู้ใดทราบ เพียงแต่มีผู้ตั้งทฤษฎีไว้ 3 กลุ่ม คือ Peripheral theory Central theory และ Psychological theory

1.8.2 ปัญหาของตอขา หลังใส่ขาเทียม (Postprosthetic problems)

1.8.2.1 ปัญหาของผิวหนัง

เหงื่อที่ออกมาจากบริเวณตอขา กับแรงเสียดสีกับเท้าขาเทียม ทำให้เกิดปัญหาของผิวหนังได้ง่าย ปัญหาของผิวหนังบริเวณตอขาที่พบบ่อย ๆ มีดังนี้

- ต่อมเหงื่ออักเสบ ต่อมไขมันอักเสบ
- Verrucous hyperplasia เกิดจาก Keratin ที่สะสมหนาและแข็ง เมื่อแตกออกทำให้มีเลือดออก ถ้ามีการติดเชื้อแทรกจะบวมแดงและปวด

- ผิวหนังอักเสบจากการแพ้ (Contact dermatitis) สารที่พบว่าทำให้เกิดการแพ้ได้บ่อย คือสารที่ใช้ทำความสะอาดตอขา เช่น สบู่ ผงซักฟอก

- ติดเชื้อรา ปัญหาจากผิวหนังจะป้องกันได้โดยการดูแลตอขาอย่างสม่ำเสมอ และรีบให้การรักษา เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น เช่น ให้ยาปฏิชีวนะในรายที่ติดเชื้อ การแก้ไขเท้าตอขาให้พอดีไม่เสียดสีกับตอขา เป็นต้น

1.8.2.2 Choking effect

การรัดของขอบของเท้าตอขาที่แน่นเกินไป ทำให้มีการบวมของปลายตอและมีแผลตามมาได้ง่าย

1.8.2.3 กระดูกสันหลังคด (Scoliosis)

ผู้ป่วยที่มีขาสองข้างยาวไม่เท่ากันจากการใส่ขาเทียมที่สั้นหรือยาวเกินไป จะทำให้กระดูกสันหลังคด ถ้าปล่อยไว้จะเกิดยึดติด ดังนั้นการแก้ที่ตัวขาเทียมให้ได้ ความยาวที่เหมาะสมร่วมกับการทำกายบริหารยืดกล้ามเนื้อลำตัวทุกวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่กำลังเจริญเติบโตจะช่วยป้องกันได้

1.9 ส่วนประกอบของขาเทียม (Prosthetic components)

โดยทั่วไปขาเทียมจะประกอบไปด้วย

1. เท้าเทียม (Prosthetic foot)
2. ข้อต่อ (Joint)
3. แขนขา (Shank)
4. เบ้า (Socket)
5. ที่ยึดขาเทียม (Suspension)

1.10 หลักในการพิจารณาเลือกส่วนประกอบของขาเทียม ควรพิจารณาถึง มีความมั่นคงทนทาน ใส่สบาย ใช้งานได้ สบาย และผู้ป่วยพอใจ

1.11 การฝึกการใช้ขาเทียม

ผู้ป่วย/ผู้พิการส่วนใหญ่ที่รับขาเทียมไปแล้ว แต่ไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้เต็มที่ บางคนนำไปแขวนหรือไปทิ้งไว้เท่านั้น ที่กล่าวมาแล้วเป็นปัญหาที่สำรวจพบในอดีต อาจเป็นเพราะขาเทียมมีน้ำหนักมากเกินไป รูปทรงไม่สวยไม่ชิน ใช้ไม่ค้ำยันสะดวกมากกว่า เดินทางไม่สะดวก แต่ในปัจจุบันการผลิตมีวิทยาการเทคโนโลยีมากขึ้น จึงทำให้ปัญหาข้างต้นลดลง การฝึกเดินจะมีความสำคัญมากในการที่จะกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดความตระหนักในความสำคัญของขาเทียม

ขั้นตอนการฝึกผู้ป่วย/ผู้พิการ ที่ใส่ขาเทียม

1. ใส่ขาเทียม

การใส่ขาเทียมจะต้องใส่ตอขาเข้าไปในเบ้า ตรงตำแหน่งที่พอเหมาะกับตำแหน่งที่สร้างไว้ ถ้าใส่เข้าไปไม่ถึงความลึกที่ตั้งไว้ หรือมุ่มไม่ถูกต้องจะมีผลทำให้หลุดหลวม และเกิดความเจ็บปวดขึ้นได้

ขั้นตอนในการใส่ขาเทียมมีดังต่อไปนี้

1. ให้ผู้ป่วยยืนหรือนั่งก็ได้ โรยแป้งฝุ่นลงบนตอขา ในกรณีที่ตอขามีเหงื่อหรือเกิดลักษณะนุ่มนิ่ม Flabby ใส่เพียงเล็กน้อยคล้ายกับการผัดหน้าเพื่อลดความผืด ใส่ถุงสต็อกกิเนตครอบคลุมตอขาทั้งหมดและปล่อยขาล้างให้แห้งไว้ อาจใช้วิธีพันผ้ายืดเพื่อบีบให้ขนาดตอขาลดลง โดยผิวน้ำไม่พับลงมาเป็นรอยย่น การใส่ถุงหรือการพันแน่นเกินไปอาจทำให้การดึงเอาผ้ายืดออกทำได้ยาก

2. ในกรณีที่ใช้ลิ้น ให้หมุนลิ้นเข้า-ออก โดยใช้นิ้วมือ ห้ามใช้เข็มเพราะอาจทำให้ลิ้นชำรุด

3. หย่อนส่วนปลายล่างของถุงหรือผ้ายืดลงไปในเบ้า และใช้นิ้วล้วงออกมาทางรูที่กันเบ้า หรือที่ใส่ลิ้น ถ้าล้วงไม่ถึงหรือล้วงลำบาก เช่น ถุงสั้นเกินไป อาจใช้ตะขอลวดเหล็กขนาดเล็กล้วงเข้าไปเกี่ยวปลายถุงออกมาก็ได้

4. ดึงปลายถุงหรือผ้ายืดออกทางช่องนี้ พร้อมกับให้ผู้ป่วยยืนในท่าก้าวขาดีไปข้างหน้าตอขาเทียมเล็กน้อย คล้ายท่าเตรียมตัวขณะตอมวยเพื่อให้การทรงตัวดีขึ้น แต่ก้าวไม่ห่างกันมากนัก คือให้ปลายเท้าขาเทียมอยู่ในแนวของสันเท้าขาดี

5. ใช้มือข้างเดียวกับขาเทียมกดดันขาไว้ไม่ให้งอ และใช้อีกมือหนึ่งคอยดึงถุงออก

6. ตรวจดูตำแหน่งของเอ็นของ Adductor longus ว่าเข้าอยู่ในช่องของเบ้าหรือไม่ ถ้าไม่ตรงตำแหน่งก็ให้หมุนเบ้าเข้า-ออกจนตรงตำแหน่งที่ถูกต้อง ซึ่งจะมีผลให้ปุ่มกระดูก Ischial tuberosity ตกลงในตำแหน่งของมันพอดี

7. ขยับตอขึ้นลงเพื่อเปิดโอกาสให้ดึงถุงออกได้ง่าย และตอขาจะเลื่อนลงไปให้ลึกสุดเร็วขึ้น แล้วดึงถุงหรือผ้ายืดออกจนหมด

8. ขยับตัวและช่วยจัดให้ผิวน้ำเหนือบ่าเข้าที่

9. ใส่ลิ้นกลับที่เดิมในกรณีที่ใช้ลิ้น

จัดการใส่เข็มขัดขาเทียม ในกรณีที่ขาเทียมเหนือบ่าให้ยื่นบิดขาออกเล็กน้อยเพื่อสะดวกในการใส่เข็มขัดทางด้านหน้า ถ้าเป็นขาเทียมได้ขาให้ใส่ตอขาเข้าเบ้าก่อนในท่านั่ง แล้วจึงลุกขึ้นยืนใหม่ ๆ อาจต้องหาที่เตรียมเกาะเพื่อป้องกันการหกล้มเมื่อเสียการทรงตัว การใส่ตอขาเข้าเบ้าในท่านอน จะทำให้ตอขาเข้าไปในเบ้าได้เต็มที่ แล้วจึงค่อยนั่งลงและคาดเข็มขัด เช่นเดียวกับการใส่ลิ้นจะต้องใส่ตอขาแล้วนั่งลง ใส่ลิ้นเข้าที่แล้วยืนขึ้นขยับตอขา เพื่อให้ลิ้นเข้าที่อีกครั้งหนึ่ง

2. วิธีลงน้ำหนักและทรงตัว

การลงน้ำหนักและการทรงตัวทำตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

การยืน

1. ให้ผู้ป่วยยืนหันหน้าเข้าหากระจกในราวขนาน หรือข้างราวขนานก็ได้
2. ขอบในของเท้าห่างกัน 4-6 นิ้ว และให้ลงน้ำหนักลงบนเท้าทั้งสองข้างเท่า ๆ

กันในท่าทรงตัว

3. ซ้อมลงน้ำหนักลงบนขาเทียมและขาดีสลับกันไป จนผู้ป่วยคุ้นกับความรู้สึกของการรับน้ำหนัก ในที่สุดสามารถลงน้ำหนักได้ทั้ง 2 ข้างเท่า ๆ กัน

การอ้าและหุบขา

1. ยืนตัวตรงลงน้ำหนักทั้งหมดบนขาดี เอียงเชิงกรานข้างขาเทียมขึ้นให้ปลายเท้าพื้นพื้นเข้ามาทางด้านใน หน้าต่อขาดี และเหวี่ยงออกด้านข้างสลับกันไปมาในท่าอ้าและหุบขา
2. ยืนตรงเอียงเชิงกรานข้างขาเทียมขึ้นเล็กน้อย แล้วแกว่งขาเทียมเป็นรูปวงกลม

3. ทำสลับกันกับขาดี

3. วิธีฝึกเพื่อเตรียมตัวเดิน

การซ้อมเดินอยู่กับที่

1. ยืนงอเข่าสลับกันทีละข้าง
2. รับน้ำหนักลงบนขาดีแล้วงอเข่าเทียมจนกระทั่งส้นเท้าพ้นจากพื้น แต่บริเวณฝ่าเท้าส่วนหน้ายังต้องแตะพื้นอยู่ เหยียดเข่ากลับมาที่เดิม
3. เหยียดข้อสะโพกเพื่อให้เข่าเหยียดเต็มที่แล้วลงน้ำหนักบนขาเทียม งอเข่าข้างดีจนส้นเท้าพ้นจากพื้นแล้วเหยียดเข่ากลับมาที่เดิม
4. ทำสลับกันคล้ายท่าเดินอยู่กับที่ และเมื่อเดินดีแล้วให้ยกปลายเท้าสูงพ้นจากพื้น 1 นิ้ว ในจังหวะงอเข่าข้างนั้น

การก้าวเดิน

1. ยืนก้าวขาเทียมไปหน้าต่อขาดี 2-4 นิ้ว
2. โน้มเชิงกรานไปข้างหน้าเพื่อให้น้ำหนักไปลงที่ขาเทียม เหยียดสะโพกเพื่อให้เข่าเหยียดตรงอยู่เสมอ เมื่อลงน้ำหนักตัวทั้งหมดลงบนขาเทียมก็ปล่อยให้ขาของขาดีงอคล้ายกับท่าเดินของคนปกติ

3. โน้มตัวกลับมาที่เริ่มต้นแล้วก้าวขากลับมายืนในที่เดิมอีก

4. ทำซ้ำอีก แต่เปลี่ยนเป็นขาข้างดีก้าวไปข้างหน้า

4. วิธีเดินบนพื้นราบ

การเดินไปข้างหน้า

1. ยืนตัวตรง เท้าห่างกัน 4 นิ้ว ลงน้ำหนักบนขาทั้ง 2 ข้าง เท่า ๆ กัน
2. โน้มตัวไปข้างหน้าจนเกือบจะเสียการทรงตัวแล้วจึงก้าวขาดีไปข้างหน้า
3. โน้มตัวไปลงน้ำหนักบนขาดี ให้ขาเทียมงอเข้าแล้วเหวี่ยงขาเทียมไปหน้า

ต่อขาดี

4. ทำซ้ำกันไปเรื่อย ๆ ในจังหวะที่พอดี

การเดินถอยหลัง

1. โดยการก้าวขาเทียมไปหลังเป็นก้าวสั้น ๆ
2. โน้มตัวไปลงน้ำหนักบนขาเทียม โดยต้องระวังอย่าให้เข่าของขาเทียมงอ

ขณะลงน้ำหนัก ด้วยการเหยียดข้อสะโพกข้างใส่ขาเทียมไว้เสมอ

3. ก้าวตามด้วยขาข้างดี

5. วิธีนั่งและลุกจากเก้าอี้

การนั่ง

ในการฝึกต้องใช้เก้าอี้ที่มีพนักรองแขนตัวใหญ่และหนักเพื่อป้องกันการล้ม

1. หันหน้าเข้าหาเก้าอี้ในท่าเฉียง โดยให้ขาเทียมอยู่ด้านนอก
2. หมุนตัวบนขาดีเพื่อหันหลังเข้าไปในเก้าอี้ เมื่อหมุนตัวบนขาดีจนด้านหลัง

ของขาเทียมแตะขอบหน้าของเก้าอี้ ใช้มือจับพนักเก้าอี้ แล้วจึงย่อตัวลงนั่งด้วยการโน้มตัวไปข้างหน้าก่อนแล้วงอสะโพกและเข่าเพื่อย่อตัวลงนั่ง ห้ามพิงเก้าอี้ขณะย่อตัวลงนั่ง เพราะอาจทำให้เก้าอี้เลื่อนไปได้

การลุกจากเก้าอี้

1. งอเข่าข้างดีเพื่อถอยเท้ามาอยู่ใต้เก้าอี้ให้มากที่สุด จะทำให้มีกำลังในการยกตัวขึ้นจากเก้าอี้ดีขึ้น อาจใช้มือช่วยยันต้นขาข้างดีหรือช่วยยันพนักเก้าอี้ขึ้นก็ได้

2. โน้มตัวไปข้างหน้าแล้วเหยียดเข่าและสะโพกหรือยันตัวขึ้นอาจใช้มือช่วยยันตัวขึ้นก็ได้

3. เมื่อลุกขึ้นยืนแล้วให้โน้มตัวไปลงน้ำหนักบนขาเทียม แล้วก้าวขาดีออกเดิน

ต่อไป

6. วิธีขึ้นและลงบันได

วิธีขึ้นบันได

1. วางเท้าข้างดีบนบันไดขั้นแรก แล้วโน้มน้ำหนักลงไปยังขาดี
2. เขยียดขาดีและเข่าเพื่อยกขาเทียมขึ้นมายังบันไดขั้นเดียวกับขาดี ถ้าเป็นขา
ระดับได้เขาจะสามารถก้าวขาขึ้นบันไดเช่นเดียวกับคนปกติ

วิธีลงบันได

1. การฝึกครั้งแรกให้ใช้บันไดขั้นสุดท้ายเพื่อกันอุบัติเหตุ
2. ให้น้ำหนักตัวตกลงบนขาดีก่อน
3. หย่อนขาเทียมโดยการงอข้อสะโพกและเข่าในท่าเข่าเหยียด
4. เปลี่ยนน้ำหนักตัวลงมาที่ขาเทียมโดยให้ขาเทียมอยู่ในท่าเหยียด แล้วก้าว
ขาดีตามลงมาที่ขั้นเดียวกับขาเทียม

7. วิธีขึ้นที่ลาดชัน

1. ลงน้ำหนักบนขาเทียมในท่าเหยียดข้อเอวและข้อเข่าแล้วนำด้วยขาดี
ตามด้วยขาเทียม
2. ขณะก้าวขาเทียมให้งอเข่าเทียมเล็กน้อย
3. การก้าวขาเทียมควรก้าวสั้น ๆ อาจก้าวเลยขาดีผ่านทางด้านหน้าเล็กน้อย
การก้าวสั้นๆ จะช่วยให้การควบคุมการงอของเข่าขณะก้าวได้ง่ายขึ้น และการย้ายน้ำหนักมาลง
บนขาเทียมทำได้สะดวก

8. วิธีลงที่ลาดชัน

1. ลงน้ำหนักบนขาดีแล้วนำด้วยขาเทียม และการก้าวช่วงสั้น ๆ เมื่อสิ้นเท้า
กระทบพื้นให้เหยียดเข่าและสะโพกทันที
2. ย้ายน้ำหนักตัวมาลงที่ขาเทียม
3. ก้าวผ่านขาเทียมลงไปข้างหน้าแล้วงอเข่าเทียมเพื่อก้าวตาม ถ้าที่ไม่ลาดชันนัก
อาจก้าวผ่านขาดีไปข้างหน้า แต่ถ้าเป็นที่ลาดชันมากให้ใช้วิธีก้าวตาม

9. วิธีเก็บของจากพื้น

1. ก้าวขาเทียมไปหน้าต่อขาดี
2. ให้น้ำหนักตัวลงบนขาดี
3. ก้มตัวลงร่วมด้วยการงอสะโพกและเข่าข้างดีเพื่อย่อตัวลง ขาเทียมอาจ
เหยียดออกไปตรง ๆ หรือออกก็ได้
4. จับของที่ต้องการแล้วยันตัวขึ้นด้วยการเหยียดสะโพกทั้งสองและเข่าข้างดี

10. วิธีคุกเข้าและลุกขึ้น

1. ก้าวขาดีไปหน้าต่อขาเทียมและให้เท้าขาเทียมเหยียดไว้
2. ให้น้ำหนักตัวตกลงบนขาดี
3. งอเข้าทั้งสองโดยให้ขาเทียมค่อย ๆ งอลงไปยังพื้นช้า ๆ จนอยู่ในท่าคุกเข้าเต็มที่
4. เมื่อลุกขึ้นให้ฝ่าเท้าและส้นเท้าของขาดีสัมผัสพื้นโดยตลอด
5. โน้มตัวไปข้างหน้าและยันตัวขึ้น โดยการเหยียดเข้าและสะโพกของขาข้างดี อาจใช้มือช่วยยันต้นขาได้อีก เมื่อยกตัวได้พอสมควรให้ขยับขาเทียมมาใกล้ขาดีทางด้านหลัง ทำให้สะดวกในการยืนยิ่งขึ้น

11. วิธีนั่งและลุกขึ้นจากพื้น

การนั่ง

1. ก้าวขาเทียมไปข้างหน้า
2. ให้น้ำหนักตัวตกลงบนขาข้างดี
3. หมุนตัวไปทางขาข้างดี
4. ก้มตัวพร้อมกับงอเข้าและสะโพกเพื่อย่อตัวลงมา ขณะเดียวกันเหยียดแขนโดยใช้มือยันพื้นทางด้านขาดี เพื่อช่วยผ่อนแรงต้นขาในช่วงท้าย ๆ
5. ย่อตัวลงนั่งบนซีทกันขาดี แล้วหมุนตัวกลับมานั่งเต็มที่

การลุกจากพื้น

1. งอขาข้างดีเข้ามาชิดตัว ขณะที่ปลายขาเทียมเหยียดตรงไปข้างหน้า
2. ใช้มือทั้งสองยันพื้นจากด้านหลัง
3. หมุนตัวมาทางด้านขาดี จนกระทั่งขาเทียมเปลี่ยนไปอยู่ทางด้านหลัง และมือทั้งสองเปลี่ยนมาอยู่ด้านหน้าในท่าเตรียมวิ่งออกจากจุดเริ่มต้น
4. ยันตัวด้วยกำลังแขนทั้งสองร่วมกับการเหยียดเข้าและสะโพก ขณะเดียวกันหดขาเทียมเข้ามางออยู่ในระดับเดียวกับขาดี ยันตัวขึ้นจนกระทั่งเข้าเหยียดขึ้นตรงเต็มที่ในท่ายืน

1.12 ปัญหาที่เกิดจากการใช้ขาเทียม

1.12.1 เจ็บที่ต่อขา การแก้ปัญหาเรื่องความเจ็บที่ต่อขาในระยะแรกของการใส่ขาเทียมก็คือ ต้องตรวจสอบสภาพของเท้าขาเทียมอย่างละเอียดว่าทำให้อึดถืดหรือไม่ หากมีส่วนใดที่ไม่พอดี จะต้องแก้ไขที่ตัวเบ้านี้เสียก่อน ส่วนที่ต่อขานั้นจะต้องพิจารณาว่าเจ็บตรงจุดไหน เป็นจุด

ที่เราเจตนาจะให้รับน้ำหนัก (Pressure area) หรือไม่ หรือเป็นจุดที่รับน้ำหนักไม่ได้เลย (Sensitive area) ถ้าเป็นจุดที่เราต้องการให้รับน้ำหนักก็จะต้องดูว่ารับน้ำหนักมากเกินไปหรือเปล่า และมีส่วนอื่นของตอขามาช่วยเฉลี่ยน้ำหนักไปบ้างหรือเปล่า หากทุกอย่างถูกต้องเรียบร้อยแล้ว ก็ให้ผู้ป่วยลองเดินไปสักระยะหนึ่ง ผิวน้ำที่ตอขาจะค่อย ๆ ปรับตัวได้ และความเจ็บก็จะน้อยลงและหายไปในที่สุด หากเป็นผู้ที่ผิวบางควรให้เริ่มใช้ขาเทียมระยะสั้นก่อน โดยให้พักบ่อย ๆ จนกว่าผิวน้ำจะชินต่อแรงกด และต้องกำชับให้หมั่นตรวจดูสภาพของผิวน้ำบริเวณที่ตรงกับสันกระดูกเสมอ หากแสดงอาการซ้ำจะต้องหยุดและแก้ไขทันที อย่างทนเดินจนเกิดเป็นแผลเพราะเมื่อแผลหายแล้วจะเกิดแผลเป็น อันเป็นผลเสียต่อการใช้ขาเทียมต่อไป

1.12.2 ตอขาเล็กและเท้าขาหลวม เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมาก การแก้ปัญหาโดยใช้ถุงสวมตอขา (Stump sock) สวมเพิ่มขึ้นเท่านั้น หากหาถุงที่ทำเฉพาะไม่ได้ จะใช้ถุงเท้าผู้ชายซึ่งหาซื้อได้ทั่วไปแทนก็ได้ เพราะตอขามาตรฐานนั้นจะยาวใกล้เคียงกับเท้าอยู่แล้ว (ประมาณ 6 นิ้ว) ใช้ถุงเท้าสวมโดยให้ส่วนสันของถุงมาอยู่ตรงกระดูกสะบ้าพอดี ให้สวมถุงเพิ่มจนตอขาสวมลงในเท้าได้พอดีก็ถือว่าใช้ได้ อย่างไรก็ตามการใช้ถุงสวมตอขาให้ใหญ่ขึ้นนี้ทำได้ในกรณีที่จำกัด คือสวมเพิ่มได้ไม่มากเพราะส่วนของตอขาที่ยุบเล็กลงมากคือส่วนปลายและส่วนกลาง แต่ส่วนโคนหรือส่วนที่อยู่ใกล้ข้อเข่านั้นจะยุบลงเพียงเล็กน้อย การสวมถุงเพิ่มจะเพิ่มความหนาเท่ากันตลอด ดังนั้นหากเพิ่มจนส่วนปลายของตอขาใหญ่พอดี ส่วนโคนก็จะใหญ่มากเกินไปจนสวมเข้าเทียมไม่เข้า บางคนแก้ปัญหาโดยใช้ผ้าพันแต่ส่วนปลาย ซึ่งไม่สมควรทำเพราะขอบผ้าที่พันจะไม่เรียบ อาจเป็นอันตรายต่อตอขาได้ หากเท้าหลวมมากจนสวมด้วยถุงไม่ได้แล้วควรแก้ที่ตัวเท้าแต่ควรทำโดยช่างขาเทียม

สำหรับผู้ที่ถูกตัดขาเหนือข้อเข่านั้น ตอขาอาจเล็กหรือใหญ่ขึ้นก็ได้และพบได้มากพอ ๆ กัน เหตุที่ตอขาเล็กลงนั้น เพราะยุบจากบวมหลังการผ่าตัด (หมายถึงการยุบในระยะแรก ๆ) และยุบเล็กลงเนื่องจากกล้ามเนื้อลีบเพราะใช้งานน้อย ส่วนตอขาเหนือข้อเข่าที่กลับมีขนาดใหญ่ขึ้นนั้น น้อยรายที่จะเกิดเพราะกล้ามเนื้อใหญ่ขึ้น แต่ส่วนมากจะเกิดเพราะไขมันที่มาสะสมอยู่ ทั้งนี้เพราะผู้ที่ถูกตัดขาในระดับนี้มีความพิการมากพอควร ดังนั้นหลังถูกตัดขาแล้วมักจะเคลื่อนไหวน้อยลง (แต่รับประทานเท่าเดิมหรือมากกว่าเดิมบางคนยิ่งกลุ้มยิ่งกิน) การแก้ปัญหาตอขาที่เล็กลงนั้น ให้ใช้ผ้าล้า หรือผ้าเนื้อนิ่ม ๆ ที่หนาพอประมาณ เย็บเป็นถุงให้พอดีกับตอขานั้น สวมก่อนที่จะใส่ขา ส่วนพวกที่ตอขาใหญ่และใส่ไม่เข้านั้น หากใหญ่ขึ้นเพียงเล็กน้อยอาจใช้วิธีรัดด้วยผ้ายืดอย่างจริงจังดูก่อนก็ได้ แต่ถ้ารัดแล้วไม่ได้ผลก็ต้องทำเท้าขาเทียมใหม่

1.12.3 เกิดแผลที่ตอขา ซึ่งมักจะเกิดกับตอขาได้ข้อเข้ามากกว่าตอขาเหนือข้อเข้า สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดแผลคือ

- เบ้าขาเทียมไม่พอดี ทำให้บริเวณที่รับน้ำหนักไม่ได้ (เช่น ปุ่มกระดูก) ต้องมารับน้ำหนัก เกิดเป็นแผลได้ง่ายมาก หรือขอบของเบ้ากดเนื้อมากเกินไป หรือกระจายจุดรับน้ำหนักไม่ดีพอ ทำให้จุดใดจุดหนึ่งต้องรับน้ำหนักมากเกินไป ก็ทำให้เกิดแผลได้เช่นกัน

- ทำเบ้าขาเทียมถูกต้องดีแล้ว แต่เมื่อใช้ขาไประยะหนึ่ง ตอขาลีบเล็กลงตามเหตุผลที่กล่าวมาแล้วในข้อที่ 2 แต่ไม่ได้รับการแก้ไข ตอขาถึงอยู่ผิดจากที่ที่กำหนดไว้ จุดรับน้ำหนักเปลี่ยนที่ไปหมด ทำให้เกิดแผลได้โดยง่าย โดยปกติแล้วเมื่อตอขาลีบลงจะต้องรีบแก้ไขทันทีดังที่กล่าวมาแล้วในข้อ 2 หากแก้ไขแล้วยังเจ็บอยู่จะต้องกลับไปพบแพทย์และแก้ไขโดยช่างขาเทียม

1.12.4 การซ่อมบำรุง ขาเทียมก็เช่นเดียวกับเครื่องใช้ทุกชนิด ซึ่งเมื่อใช้แล้วก็ต้องมีการชำรุด และต้องมีการซ่อมหรือเปลี่ยนชิ้นส่วนอยู่เสมอ ความคงทนของขาเทียมนั้นมีปัจจัยที่มาเกี่ยวข้องหลายอย่าง เช่น วัสดุที่ใช้ทำ (คุณภาพแตกต่างกันมาก) อาชีพของผู้ใช้ (เดินวันละไม่กี่ก้าวหรือต้องเดินทั้งวัน) สภาพแวดล้อม (เดินแต่บนพื้นเรียบหรือปูพรม หรือต้องย่ำโคลน) ตลอดจนอุปนิสัยใจคือ (เป็นคนถนอมของหรือไม่เอาใจใส่เลย) อย่างไรก็ตามอายุของชิ้นส่วนต่าง ๆ นั้นพอจะบอกได้โดยประมาณ เช่น ตัวของเท้าเทียมแบบ SACH นั้น หากใช้ใส่เดินในเมืองอย่างปกติและทะนุถนอมพอสมควร ไม่น่าไปลุยน้ำ หรือถอดรองเท้าเดิน (ปกติเท้าเทียมมาตรฐานจะต้องใส่อยู่ภายในรองเท้าเสมอ) ไม่ทำงานหนักมาก เช่น ต้องแบกหามหรือป็นป้าย (การป็นป้ายหรือขึ้นลงบันไดมากจะทำให้ปลายเท้าหักเร็ว) ก็น่าจะใช้ได้นานไม่น้อยกว่า 2 ปี ซึ่งหากชำรุดในระยะเวลาที่กล่าวนี้ถือว่าปกติ (ตัวเท้าเทียมนี้เปรียบคล้ายกับยางรถยนต์ ซึ่งจะต้องเปลี่ยนเป็นครั้งคราว) การเปลี่ยนเท้าเทียมนั้นทำได้ง่ายมาก หากไม่มีเหตุแทรกซ้อน เช่น สกรูเป็นสนิมมากจนไขไม่ออก หรือสกรูหักคาอยู่ภายในแล้ว การเปลี่ยนเท้าจะใช้เวลาไม่เกิน 5 นาที อย่างไรก็ตามพบว่ามีผู้ถนอมดีมากสามารถใช้เท้าเทียมอันหนึ่งได้นานถึง 5-6 ปี ก็มี

จากเนื้อหาความรู้ทั่วไปของผู้ใส่ขาเทียมดังกล่าวเบื้องต้น จะเป็นข้อมูลอ้างอิงที่ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถกำหนดขอบเขตในการวิจัย และตีความว่าขาเทียมคืออะไร รวมถึงช่วยในการออกแบบเครื่องมือในการวิจัย ความรู้ทั่วไปของผู้ใส่ขาเทียมดังกล่าวจึงมีความสำคัญมาก และไม่สามารถละเลยได้เพราะเป็นจุดเริ่มต้นของการศึกษาปัญหา การกำหนดขอบเขตการวิจัย และการสร้างเครื่องมือในการวิจัย

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health promotion model)

2.1 ความหมาย

Pender (1987, pp.57–69) ได้เสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion model) ซึ่งสามารถอธิบายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายในการอธิบายการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กระทำอย่างต่อเนื่อง จนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพัฒนาสนับสนุนทางสังคม และการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย หรือการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลประโยชน์โดยตรงต่อการเพิ่มระดับของ ความผาสุก เป็นพฤติกรรมที่กระตุ้นการแสดงออกในด้านดี ได้แก่ การตระหนักในตนเอง (Self awareness) ความพึงพอใจในชีวิต ความสนุกสนานและความยินดี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่พฤติกรรมที่ได้ตอบสนองต่ออิทธิพลหรือสิ่งคุกคามที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม แต่เป็นการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ตนมีสุขภาพดีขึ้น บุคคลที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะค้นหาสิ่งกระตุ้นภายในสิ่งแวดล้อมของตน ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมพฤติกรรมการแสดงออกซึ่งศักยภาพของการเป็นมนุษย์

2.2 องค์ประกอบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender มีรากฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งเน้นความสำคัญของกระบวนการทางสติปัญญา ในการควบคุมพฤติกรรม (Pender, 1987, p.60) ลักษณะโครงสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจะมีส่วนคล้ายกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ของบุคคล (Cognitive–preceptual factors) (2) ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยกระตุ้น (Modifying factors) และ (3) ปัจจัยด้านการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Participation in health–promoting behavior)

2.2.1 องค์ประกอบปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ของบุคคล

ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ของบุคคล (Cognitive–preceptual factors) เป็นปัจจัยจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

2.2.1.1 ความสำคัญของสุขภาพ (Importance of health) Pender (1978) ได้ศึกษานำร่องโดยใช้สเกลวัดการเห็นคุณค่าของสุขภาพ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Wallston, et al., (1976) พบว่า ส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของสุขภาพและจัดลำดับของสุขภาพอยู่ในลำดับต้น ๆ ซึ่งการเห็นคุณค่าของสุขภาพมีผลต่อความบ่อยของการมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่าบุคคลที่ยึดในคุณค่าของสุขภาพสูงโดยเห็นคุณค่าของสุขภาพอยู่ในลำดับต้น ๆ เลือกอ่านเอกสารแผ่นพับที่

เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าบุคคลซึ่งให้คุณค่าของสุขภาพต่ำ ข้อมูลที่สนับสนุนการสังเกตต่อการจัดลำดับคุณค่าของสุขภาพ เป็นผลของการมีพฤติกรรมในการแสวงหาข้อมูล ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการมีความรู้ในเรื่องสุขภาพหรือหัวข้อที่เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น (Pender, 1987, pp.60-61)

2.2.1.2 การรับรู้อำนาจการควบคุม (Perceived control) การรับรู้อำนาจการควบคุมของบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพบุคคล โดยพบว่าบุคคลที่มีอำนาจการควบคุมมาจากภายในมีความบ่อยของการใช้เข็มขัดนิรภัย (William, 1972 cited in Pender, 1982, p.67) และมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ (James & Werner, 1965 cited in Pender, 1982, p.67) มากกว่าบุคคลซึ่งอำนาจการควบคุมที่มาจากภายนอก ในการศึกษาของ Walltson, et. al., (1976) พบว่าความสำเร็จในการลดน้ำหนักขึ้นอยู่กับโครงสร้างของโปรแกรมลดน้ำหนัก ซึ่งเป็นไปตามอำนาจการควบคุมของแต่ละคน บุคคลซึ่งมีอำนาจการควบคุมมาจากภายนอกประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักมากกว่าบุคคลซึ่งมีอำนาจการควบคุมมาจากภายใน ในกลุ่มซึ่งเป็นโปรแกรมนั้นมาจากแรงกระตุ้นจากสังคม ส่วนกลุ่มที่มีอำนาจการควบคุมมาจากภายใน จะประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักมากกว่าบุคคลในกลุ่มที่มีอำนาจการควบคุมมาจากภายนอก ในกลุ่มที่โปรแกรมลดน้ำหนักเกิดจากตนเองโดยตรง

2.2.1.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) เพนเดอร์ได้ปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเดิม (Pender, 1982, p.68) โดยใช้ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองแทนปัจจัยด้านความต้องการความสามารถ (Desire for competence) ซึ่งเพนเดอร์ ให้เหตุผลว่า Competence เป็นความสามารถทั่ว ๆ ไป ของบุคคลของการปฏิบัติต่อกัน หรือต่อการติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพกับสิ่งแวดล้อม ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองมีแนวคิดที่เฉพาะมากกว่าเป็นความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคล ว่าเขาสามารถกระทำพฤติกรรมที่กำหนดได้สำเร็จ เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ (Bandura, 1977 cited in Pender, 1982, p.62) การศึกษาของ Diclemented (1981) Condiotte & Lichtenstein (1981) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่มากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะกลับสูบบุหรี่อีกในระยะติดตาม ภายหลังที่หยุดสูบบุหรี่ไปแล้ว จากการศึกษาจึงสนับสนุนว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่าบุคคลที่มีการรับรู้ในความสามารถของตนเองสูงกว่า จะประสบความสำเร็จและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Pender, 1987, p.63)

2.2.1.4 การให้ความหมายสุขภาพ Pender (1987, p.67) กล่าวถึงความหมายของสุขภาพใน 2 ลักษณะ คือ ลักษณะการปรับตัวหรือการทำให้เกิดความสมดุล (Adaptation or Stability) และลักษณะของการที่บุคคลมีความรู้สึกประสบความสำเร็จในชีวิต มีความสุข ความพึงพอใจ ซึ่งจะมีการกระทำพฤติกรรมเพื่อเพิ่มระดับสุขภาพการมีชีวิตที่ดี ดังนั้นความหมายของสุขภาพที่บุคคลให้จึงมีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล บุคคลที่ให้ความหมายสุขภาพว่าเป็นการปรับตัวหรือความสมดุลมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในการป้องกันสุขภาพมากกว่าที่จะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยหรือการเป็นโรค ส่วนบุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพเป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกประสบความสำเร็จในชีวิต มีความสุข ความพึงพอใจ บุคคลจะมีพฤติกรรมในลักษณะของการส่งเสริมสุขภาพ

2.2.1.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นตัวกำหนดความถี่และความจริงจังของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลซึ่งรับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพดีมีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมน้อยกว่าบุคคลซึ่งรับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี การศึกษาของ Christiansen (1981) ก็พบเช่นเดียวกันว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดีจะมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าบุคคลซึ่งรับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี การศึกษาของ Sydney & Shephard (1976) พบว่าบุคคลที่บ่นหรือพูดถึงสุขภาพของตนเองบ่อย มีความบ่อยในการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการออกกำลังกายน้อยกว่าบุคคลที่พูดถึงสุขภาพของตนเองน้อยกว่า ดังนั้นความรู้สึกที่ดีต่อสุขภาพจึงเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีกิจกรรมเพื่อเพิ่มภาวะสุขภาพ เพิ่มโอกาสในการมีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (Pender, 1987, p.62)

2.2.1.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived benefits of health-promotion behaviors) มีหลายการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อระดับการของการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมนั้น ๆ (Pender, 1987, p.65) จากการศึกษาของ Brunner (1969) พบว่ามีความแตกต่างอย่างชัดเจน ในการรับรู้ประโยชน์ของบุคคล บุคคลที่เห็นประโยชน์ในการทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง จะมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมน้อยกว่าบุคคลที่เห็นประโยชน์น้อย โดยบุคคลที่เห็นประโยชน์น้อยจะเข้าร่วมกิจกรรมผ่นคลายในช่วงระยะเวลาสั้น อาจเป็นตัวกำหนดความบ่อยของการมีส่วนร่วมหรือการจูงใจที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป นอกจากนี้การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ในทำนองเดียวกันการกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ จะเสริมความแข็งแรงความทนทานหรือเสริมความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 1987, p.65)

2.2.1.7 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers of health-promotion behaviors) เป็นการรับรู้ที่คู่ขนานไปกับการรับรู้ในด้านประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวที่มีอิทธิพลโดยตรงในการจูงใจต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่คิดหรือจินตนาการหรือเป็นความจริงก็ได้ เช่น ความไม่สามารถที่จะหามาได้ ความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบากในการที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เฉพาะ (Pender, 1987, p.65)

2.2.2 องค์ประกอบปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยกระตุ้น

ปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยกระตุ้น (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ของบุคคล และมีผลโดยอ้อมของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 5 ปัจจัย ได้แก่

2.2.2.1 ปัจจัยด้านประชากร (Demographic factors) ได้แก่ อายุ การศึกษากับรายได้ เชื้อชาติ ศาสนา ชาติพันธุ์ เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยอ้อม โดยผ่านกลไกความรู้และการรับรู้ จากการศึกษาของ Sydney & Shephard (1976) พบว่ามีเพียงผู้หญิงเท่านั้นที่เห็นว่าการมีสุขภาพจิตที่ดีนั้น เป็นผลมาจากการออกกำลังกาย

2.2.2.2 ลักษณะทางชีวภาพ (Biological characteristics) ขนาดของปัจจัยด้านชีวภาพพบว่าสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย Pender & Pender (1986) ศึกษาพบว่าน้ำหนักตัวเป็นตัวทำนายที่สำคัญของความตั้งใจในการออกกำลังกาย น้ำหนักยิ่งมากความตั้งใจยิ่งน้อยลง เปอร์เซ็นต์ของไขมันในร่างกายและน้ำหนักตัวทั้งหมดมีความแตกต่างระหว่างผู้ที่เข้าโปรแกรมออกกำลังกาย และผู้ที่ออกจากโปรแกรมการออกกำลังกายผู้ที่มน้ำหนักมากจะมีความยากลำบากที่จะออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าหรือไขมันน้อยกว่า

2.2.2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ปัจจัยระหว่างบุคคลที่เสนอในรูปแบบนี้เป็นปัจจัยกระตุ้นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วยความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัวและปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลกระทบของปัจจัยเหล่านี้ต่อพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนจากการค้นพบทาง การวิจัยต่าง ๆ เช่น การศึกษาของ Heinzelmann (1970) พบว่าความคาดหวังของคู่สมรส มีความสำคัญต่อการเข้าร่วมในโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง Pender (1987) ศึกษาผลกระทบของทัศนคติของบุคคลและคาดหวังของบุคคลใกล้ชิดต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้น พบว่าการออกกำลังกายตามปกติมีอิทธิพลต่อทั้งสองปัจจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สมาชิกครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรสมีอิทธิพลที่สำคัญต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล

สุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่า การให้ความรู้คำแนะนำโดยผู้ดูแลสุขภาพเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ใหญ่มีส่วนร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกาย ความสามารถในการขึ้นโปรแกรมการออกกำลังกายโดยผู้สูงอายุเป็นเหตุผลอันดับรอง ในการเข้ามีส่วนร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกาย Cox (1982) ได้พัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโดยเน้นที่อิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้ดูแลสุขภาพต่อกิจกรรมของผู้ป่วย การทดสอบการสังเกต (Empirical testing) ของรูปแบบนี้ชี้ให้เห็นว่าแนวโน้มการใช้ประโยชน์ในการอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นของพฤติกรรม

2.2.2.4 ปัจจัยพฤติกรรม (Behavioral factors) ประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จะเพิ่มความสามารถของบุคคลในการมีพฤติกรรมส่งเสริมการมีชีวิตที่ดี มีความรู้และทักษะบางอย่างจำเป็นในการนำมาวางแผนมื้ออาหาร อยู่ในโปรแกรมการออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด ซึ่งอาจมีการเรียนรู้มาก่อนจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน ความรู้และทักษะที่มีมาก่อนสามารถช่วยให้ง่ายต่อการนำมาปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ซับซ้อน

2.2.2.5 ปัจจัยสถานการณ์ (Situational factor) สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยทางเลือกที่เป็นไปได้หรือทางเลือกที่ง่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ถ้าต้องการอาหารมื้อเช้าที่มีโคเลสเตอรอลต่ำหรือแคลอรีต่ำ เป็นไปได้ยากเมื่อรับประทานอาหารเช้าที่บ้าน บุคคลจึงมีโอกาสน้อยที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้นสรุปได้ว่าบุคคลที่ต้องการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการได้ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมบังคับให้ปฏิบัติเช่นนั้นไม่ได้

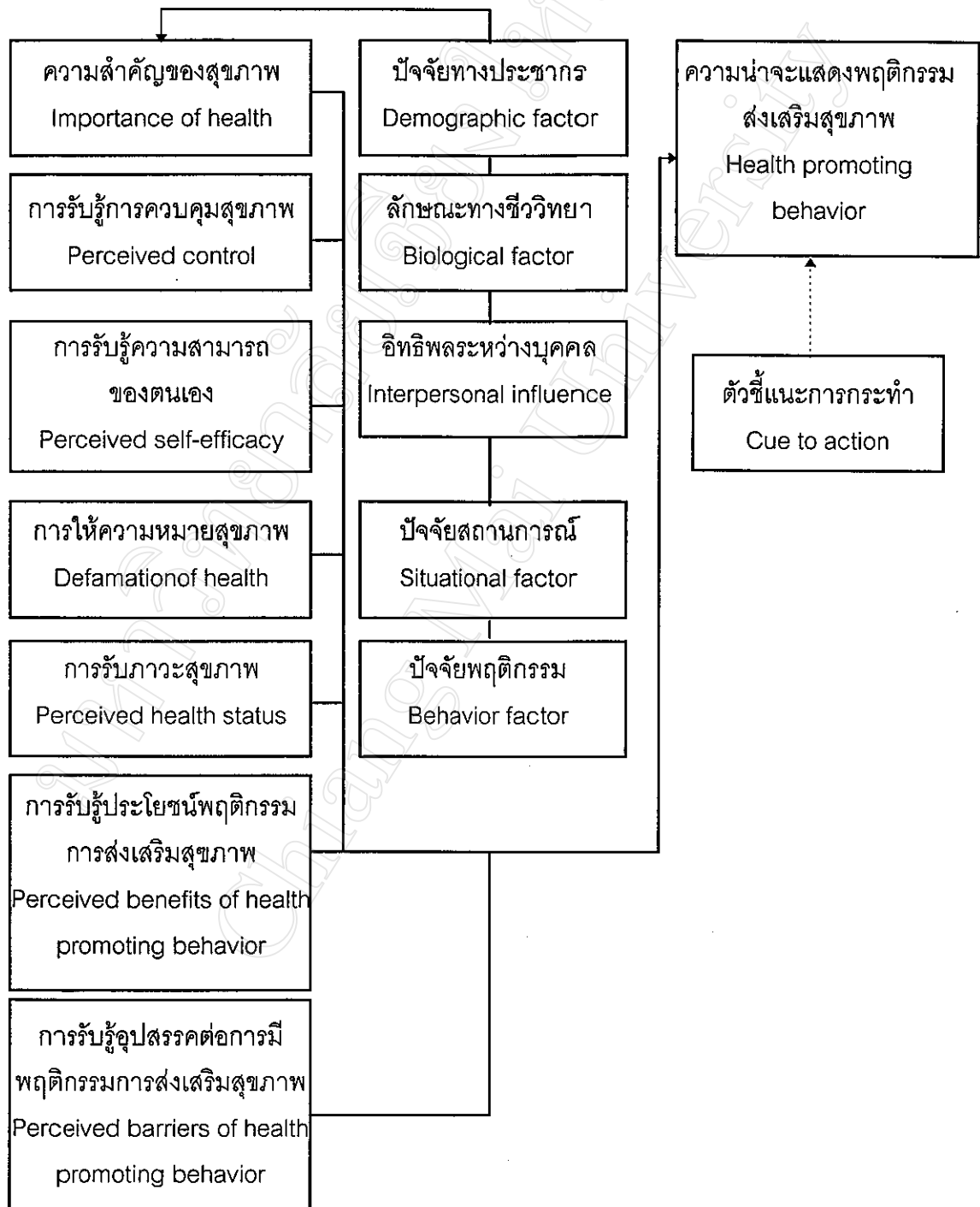
2.2.3 องค์ประกอบโอกาสหรือตัวชี้แนะในการกระทำ

โอกาสหรือตัวชี้แนะในการกระทำ (Cues to action) ได้แก่ สิ่งกระตุ้นภายในหรือภายนอกที่ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตัวชี้แนะภายใน ได้แก่ การที่บุคคลตระหนักถึงความรู้สึกผิดที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากความหมายในการเริ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ผลของการออกกำลังกาย ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร การพักผ่อนและการผ่อนคลาย การจัดการความเครียดและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบดังกล่าว ดังแสดงในแผนภาพ 1

ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้
(Cognitive perceptual)

ปัจจัยกระตุ้นหรือปัจจัย
ส่งเสริม หรือปัจจัยปรับเปลี่ยน
หรือปัจจัยพื้นฐาน
(Modifying factors)

การแสดงพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพ
(Health promotion behavior)



แผนภาพ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987)

จากแผนภาพ 1 สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ด้านที่มีพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ดังนี้ คือ ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ประกอบไปด้วย 7 ปัจจัย ได้แก่ การให้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่ปัจจัยปรับเปลี่ยนหรือปัจจัยพื้นฐาน (Modifying or background factor) จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทางปัจจัยความรู้ การรับรู้ 7 ปัจจัยย่อยดังกล่าว นอกจากนี้ตัวที่เน การกระทำจะช่วยผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์จะทำให้สามารถกำหนด กรอบแนวคิดของงานวิจัยนี้ และเป็นแม่แบบในการศึกษาถึงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพว่าปัจจัย ไต่บ่างที่เกี่ยวข้องและน่าจะเป็นปัจจัยหลัก จากนั้นจึงได้เลือกนำปัจจัยหลักเหล่านั้นมากำหนด เพื่อศึกษาและทำการวิจัยต่อไปว่ามีผลสรุปอย่างไรบ้าง ปัจจัยหลักเหล่านั้นได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งจากทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ทำให้ผู้วิจัยสามารถโยงปัจจัยดังกล่าวทั้ง 2 ปัจจัย ให้เป็นปัจจัยกระตุ้นเพื่อแสดงถึงพฤติกรรม ในการส่งเสริมสุขภาพ หรือวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ นั่นคือสามารถศึกษาวิจัยได้ว่า วิถีชีวิตที่ ส่งเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยหลักทั้ง 2 หรือไม่อย่างไร และมีความเกี่ยวข้องกันหรือไม่อย่างไร

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง

3.1 ความหมาย

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นแนวคิดหลักของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ ของตนเองของ Bandura (1977) ซึ่ง Pender (1987) ได้รวบรวมเข้าไว้ในรูปแบบการส่งเสริม สุขภาพหมายถึงความเชื่อบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็น ได้สำเร็จเพื่อควบคุมสถานการณ์ หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตน

Bandura (1977) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อการกระทำ ของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่ประสิทธิภาพของการแสดงออกอาจ แตกต่างกันได้ ถ้ารับรู้ต่อความสามารถของตนเองแตกต่างกัน แม้ในบุคคลเดียวกัน ถ้ารับรู้ต่อ ความสามารถของตนเองในแต่ละสถานการณ์แตกต่างกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกัน นั่นคือ การรับรู้ความสามารถของบุคคลยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์นั้น ๆ โดยบุคคลจะเลือก กระทำพฤติกรรมที่เชื่อว่าตนสามารถจัดการได้ แต่จะหลีกเลี่ยงกระทำพฤติกรรมที่นอกเหนือ

ไปจากความสามารถของตนเอง และการที่บุคคลพยายามในสถานการณ์ที่บีบบังคับได้สำเร็จ และได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ จะเป็นแรงเสริมในการเรียนรู้ความสามารถของตนเองทำให้เกิดความกลัวน้อยลง เมื่อประสบเหตุการณ์เดิม แต่ถ้าบุคคลเคยล้มเลิกพฤติกรรมด้วยสาเหตุใดก็ตาม จะทำให้บุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่ำลง และจะเกิดความกลัวต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ

3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1977) กล่าวว่า การพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีพื้นฐานจากการได้รับข้อมูล 4 ทาง

3.2.1 ความสำเร็จในการกระทำ (Performance accomplishment)

เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงที่ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และในทางตรงข้ามความล้มเหลวจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง

3.2.2 การได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experience)

เป็นต้นแบบที่บุคคลนำมาพิจารณาความสามารถของตนเอง เมื่อสังเกตเห็นว่าผู้อื่นได้รับความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมที่ต้องใช้ความพยายามทำให้เกิดความเชื่อมั่นตนก็สามารถทำงานนั้นได้ถ้ามีความตั้งใจจริง

3.2.3 การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion)

เป็นการรับเอาคำแนะนำชักจูงของผู้อื่นมาเป็น ข้อมูลเพื่อพิจารณาความสามารถของตน ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนจะกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จ ถึงแม้จะเคยทำไม่สำเร็จมาแล้ว

3.2.4 การกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal)

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลที่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลสูง จะรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ การลดความกลัวและความกังวลจะช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถในตนเองมี 3 มิติ คือ (1) การรับรู้ถึงระดับความคาดหวัง (Magnitude) (2) ความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่กระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ (Strength) และ (3) ความเป็นสากล (Generality) เป็นความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์หรือประสบการณ์ที่แตกต่างไปจากเดิม ซึ่งประสบการณ์อื่นที่กลับมาคล้ายกันได้ แต่ประสบการณ์บางอย่างไม่สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

3.3 อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาของ Gecus (1989) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของบุคคลสอดคล้องกับ Bandura (1986) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีบทบาทสำคัญต่อการริเริ่มกระทำพฤติกรรมใหม่หรือคงพฤติกรรมเดิมไว้ซึ่ง Gecus (1989, p.398) กล่าวว่า บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูง การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และแสวงหาความรู้ตั้งแต่เริ่มอาการเจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้ที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะประเมินสุขภาพของตนเองว่าดีกว่าเจ็บป่วยหรือซึมเศร้าน้อยกว่า พ้นหายจากความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บดีกว่า เร็วกว่าผู้ที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

จากการศึกษาตัวทำนายวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้พิการของ Stuijbergen & Becker (1994, pp.3-13) ศึกษาในผู้พิการ 117 คน พบว่า ผู้พิการที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเฉพาะที่เกี่ยวกับการพฤติกรรมสุขภาพสูง และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองทั่วไปสูงก็จะมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมที่ดีกว่าผู้พิการที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเฉพาะและทั่วไปต่ำ

การศึกษาในผู้พิการและ ผู้เฝ้าฯเทียมมีน้อย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มอื่นด้วย

วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : ก) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง 150 คน ผลการศึกษา พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน

ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538, หน้า ก) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง ในเรื่องการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง แต่การรับประทานอาหารให้ได้ชนิดและปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกายโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก การจับชีพจร และประเมินอาการผิดปกติของตนเอง การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ

4. การรับรู้ภาวะสุขภาพ

4.1 ความหมาย

Speak, Cowart & Pellet (1989, p.95) ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพว่า หมายถึง ความคิดของบุคคลที่รวบรวมขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงการประเมินภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไปของเขา เหล่านั้น McDowell & Newell (1987, pp.14-16) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพของบุคคลจะวัดได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ โดยแพทย์ หรืออาจวัดได้จากการประเมินด้วยตนเองว่ามีสุขภาพอย่างไร (Subjective health measurements) การประเมินสุขภาพของบุคคลอาจประเมินได้จาก (1) ประเมินจากรายงานความรู้สึกทั่วไปของความผาสุก (2) จากรายงานอาการแสดงต่าง ๆ ของการเจ็บป่วย (3) จากการที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ และกล่าวว่าการประเมินสุขภาพด้วยตนเองในปัจจุบันจะครอบคลุมถึงการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมด้วย

การรับรู้ภาวะสุขภาพยังมีบทบาทสำคัญในการแสดงความรู้สึก และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรม Pender (1987, p.64) และความสามารถทำนายผลลัพธ์ที่สำคัญ เช่น การใช้บริการทางสุขภาพ ความเจ็บป่วย หรือความตายได้ Wolinsky & Johnson (1991)

Girdano (1988, pp.20-28) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า ผลรวมของพฤติกรรมอาจถูกจำกัด แต่โครงการที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ควรมุ่งให้ความสนใจในด้านคุณภาพชีวิต หลักการหรือทฤษฎีคุณภาพชีวิตถูกพัฒนาขึ้นและถูกนำมาประยุกต์ใช้ในโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่รุนแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ นอกจากนี้ยังรวมถึงความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ การกระทำและการพึงพอใจการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่ของตน

หลักการคุณภาพชีวิตของ Wenger, et al. (1984) มี 3 องค์ประกอบ คือ

1. ความสามารถในการทำงานหรือสภาวะทางด้านร่างกาย และจิตใจ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การแสดงออกทางสังคม การแสดงออกทางด้านสติปัญญา การแสดงออกทางด้านอารมณ์

2. การรับรู้ของบุคคล หมายถึง การที่บุคคลตอบสนองต่อสถานการณ์ และการตัดสินใจในการทำสิ่งต่าง ๆ การรับรู้ทางด้านสุขภาพ และด้านความเป็นอยู่ของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญต่อคุณภาพชีวิต

3. อาการของความเจ็บป่วย อาการของความเจ็บป่วย มีผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของบุคคล

ทฤษฎีคุณภาพชีวิตแพร่หลายในด้านชีววิทยา เพื่อช่วยในการสร้างสมดุลในการดูแลรักษาสุขภาพให้มีชีวิตยืนยาว การบำบัดสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิต และช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาสุขภาพ สามารถตัดสินใจได้ถูกต้องในการที่ใช้การบำบัดระยะยาว (ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องผิดจรรยาบรรณ)

ทฤษฎีคุณภาพชีวิตของ Girdano (1988, pp.20-28) มีองค์ประกอบดังนี้

1. สมรรถภาพทางกาย
2. สถานะภาพทางอารมณ์
3. ความสัมพันธ์ทางสังคม
4. สถิติปัญญาความสามารถในการทำงาน
5. สถานะภาพทางเศรษฐกิจ
6. การรับรู้ภาวะทางสุขภาพ

1. สมรรถภาพทางกาย หมายถึง ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลสุขภาพความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน หากว่าสมรรถภาพทางกายต่ำแสดงว่าขาดสิ่งสำคัญต่อการเคลื่อนไหวของร่างกาย

ร่างกายประกอบด้วย ลักษณะทางกายภาพ ลักษณะทางเคมี ลักษณะโครงสร้าง และส่วนประกอบของพลังงาน ซึ่งถูกแบ่งตามระบบหน้าที่ความเป็นมนุษย์ การเจริญเติบโต การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องมีกิจกรรมที่ทำงานร่วมกันและมีการเปิดโอกาส การที่พลังงานสูงกว่าความสามารถทางกายภาพ แสดงว่ามีอารมณ์ตื่นตัวที่จะกระทำการตามเหตุผลหรือความต้องการที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพชี้แนะว่า สุขภาพประกอบด้วย ลักษณะทางกายภาพ ลักษณะทางประสาท และลักษณะทางจิต (ที่พิสูจน์ไม่ได้ทางวิทยาศาสตร์) พลังงานคือหลักใหญ่ในการเพิ่มจำนวนประชากรและเกี่ยวข้องกับสิ่งมีชีวิตทั้งหมด สิ่งที่แตกต่างกันของสิ่งมีชีวิตก็คือ ความเร็ว ซึ่งคือพลังงานเคลื่อนที่บางคนเรียกพลังงานทางจิต ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกค้นพบใหม่สำหรับสุขภาพจิต

2. สถานะภาพทางอารมณ์ หมายถึง ความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม เช่น โกรธ รู้สึกผิด เห็นแก่ตัว ทุกข์ทรมาน (แสดงว่า Low self-concept) ในขณะที่มีความสุข ความสงบ ความเอาใจใส่ตนเอง (แสดงว่า High self-concept)

ระดับอารมณ์ คือ ระดับความเป็นมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ สิ่งทั้งหมดจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึก การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ เป็นตัวบอกระดับอารมณ์โดยแสดงผ่านกระบวนการที่ผ่านอารมณ์ และทำการประเมินก่อนที่จะมีการกระทำ

สรีระวิทยาของระบบประสาท กำหนดว่าสมองส่วน Hypothalamus เป็นศูนย์กลางทางอารมณ์ อารมณ์จะเกิดขึ้นที่นั่นและก่อตัวเป็นอารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความรัก ความสนุก ความกลัว และความโกรธ ความไม่สมดุลของระดับอารมณ์แสดงว่ามีความบกพร่องบางทางการรับรู้ในตัวของเราเอง ในขณะที่ความรู้สึกแข็งแกร่ง แสดงว่าความรู้สึกเกิดขึ้นที่ระดับของอารมณ์ในอดีตความอ่อนแอทางระดับอารมณ์ คือปัญหาสุขภาพหลัก เนื่องจากมีคนเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังทางจิตและกาย ระดับของอารมณ์เกี่ยวข้องกับกลไกการทำงานของระบบประสาทและระดับของอารมณ์

สุขภาพที่ดีมีส่วนสัมพันธ์กับระดับอารมณ์ คุณภาพชีวิตสูงเกี่ยวข้องกับการที่มีพลังงานสูงทัศนคติเชิงบวกและอารมณ์ร่าเริง ซึ่งความร่าเริงเป็นช่วงอารมณ์ที่มีส่วนทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นความร่าเริงจึงเป็นวัตถุประสงค์ของผู้เข้ารับการบำบัด กิจกรรมที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จ เช่น ความเข้มแข็ง การพึ่งพาได้และความไม่เครียด จึงเป็นเป้าหมายหลักของผู้เข้ารับการรักษา

การเอาใจใส่ตัวเอง คืออารมณ์ที่ดีที่ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การขาดการดูแลเอาใจใส่ตนเอง จะทำให้พฤติกรรมของผู้รับการรักษาเปลี่ยนไป ผู้ให้การรักษาจึงต้องกระตุ้นผู้เข้ารับการรักษามาเริ่มต้นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าตนเองมีการดูแลเอาใจใส่ตนเอง จากนั้นพฤติกรรมของผู้เข้ารับการบำบัดการรักษาก็จะเปลี่ยนไป

ความสงบคือ สิ่งตรงข้ามกับความเครียด การที่คนจะมีความสงบก็ต้องมีการเลือกวิถีชีวิตที่ช่วยให้พบความสงบ แนวคิดเกี่ยวกับความเป็นอยู่ของคนในปัจจุบัน ก่อให้เกิดการรวมอดีตกับอนาคตไว้ด้วย ทำให้สามัญสำนึกของคนระลึกถึงความเป็นอยู่ในปัจจุบัน คนจะไม่เก็บเอาความรู้สึกผิดในอดีตไว้ แต่จะคำนึงถึงจะทำอย่างไรให้เป็นไปตามเป้าหมายในอนาคต คนที่ยึดติดกับการกระทำในอดีตมากเกินไป ทำให้ติดอยู่กับความทรงจำและความเจ็บปวดในอดีต การที่คิดถึงอดีตมากเกินไปก็คือปัญหาทางสุขภาพนั่นเอง และคนที่คิดถึงอนาคต คือคนที่ดำเนินชีวิตโดยมีอุดมคติแบบแผน และการกลัวว่าสิ่งต่าง ๆ จะไม่เป็นไปตามดังที่คาดหวังไว้ การที่เราดำเนินชีวิตในปัจจุบันก็คือ ใช้ชีวิตในทุกลักษณะโดยไม่ต้องคำนึงถึงอดีตและอนาคตของตนเอง สิ่งนี้ถือเป็นการปฏิบัติตัวขั้นต้น การทำสมาธิ การทำจิตใจ ให้ปราศจากความคิดถึงอดีตและอนาคต เป็นความสมบูรณ์ของสุขภาพในปัจจุบัน เป็นการช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การมีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการในการทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่น ระดับความสัมพันธ์ทางสังคมต่ำ หมายถึง มีความสัมพันธ์ที่ห่างเหินทางสังคม แต่ถ้ามีระดับความสัมพันธ์ทางสังคมสูง คือมีการถูกยอมรับ และการได้รับความรักอีกด้วย สัมพันธภาพเป็นสิ่งจำเป็น เราอาจเข้าใจว่าความเป็นอิสระและไม่ขึ้นอยู่กับใครได้ การควบคุมเป็นคุณสมบัติของความสมบูรณ์ แต่เราก็ไม่สามารถทำอะไรคนเดียวได้ ต้องเป็นไปตามระบบของสังคม ดังนั้นการได้รับการยอมรับทางสังคม จะมีผลกระทบต่อพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่มีทฤษฎีการได้รับการสนับสนุนและการยอมรับจากกลุ่มถูกนำมาใช้เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

4. สถิติปัญญาความสามารถในการทำงาน ประเภทของสถิติปัญญาความสามารถในการทำงาน มีดังนี้ ความทรงจำ ความตื่นตัว และการตัดสินใจ หากว่าไม่มีสถิติปัญญาความสามารถในการทำงานจะมีทักษะต่ำ ระดับของจิตใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการเข้าใจ (รับรู้) หรือจิตได้สำนึก และมีผลกระทบต่อการแสดงออกทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรมผ่านการเคลื่อนไหวของร่างกาย ระดับจิตใจกำหนดอารมณ์ต่าง ๆ เช่น โกรธ รัก ต่อต้านหรือต่อสู้ โดยแสดงออกทางร่างกาย

ในบางครั้ง กระบวนการทางความคิดเปลี่ยนแปลงอารมณ์และการทำงานของร่างกายของเรา วิธีการรักษา เช่น การรักษาโดยใช้เหตุผลและความจริง ซึ่งมีพื้นฐานมาจากวิธีการสร้างการมองเห็นทางวัตถุ ซึ่งเป็นเทคนิคโครงสร้างทางความสามารถโดยธรรมชาติ ซึ่งคนจะสร้างภาพตามวัตถุประสงค์ และหาหนทางบรรลุวัตถุประสงค์นั้น รูปแบบทางความคิดเป็นสิ่งที่ช่วยให้บรรลุเป้าหมายนั้น กระบวนการทางความคิดมีอิทธิพลต่อกระบวนการเรียนรู้ โดยมากความคิดจะกำหนดพฤติกรรม การที่มีพฤติกรรมเหมาะสมช่วยให้มนุษย์ไม่ต้องคิดมาก หรือกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรม โดยช่วยให้ไม่ต้องกังวลกับความล้มเหลว และช่วยผ่อนคลายได้อีกด้วย

การควบคุมพฤติกรรม และการมีกิจวัตรประจำวันเป็นตัวกำหนดการมีคุณภาพชีวิตที่ดี วัตถุประสงค์ก็ช่วยให้ผู้รับการบำบัดตระหนักว่าการไม่เข้มงวดต่อพฤติกรรมแทนการบังคับให้เรียนรู้และปฏิบัติตามกฎต่าง ๆ

การเกิดแรงจูงใจ จะช่วยสร้างพลังงานให้เราอีกทั้งสร้างการยึดและการแสดงออกภายนอกที่แสดงให้เห็นว่าคน ๆ นั้นมีพฤติกรรมที่ผ่านมาเหมาะสมแล้ว นอกจากนี้แรงจูงใจยังเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อีกด้วย

5. สถานะภาพทางเศรษฐกิจ หมายถึง การที่สามารถรักษามาตรฐานความเป็นอยู่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับรายได้ การประกันที่เหมาะสม การมีทัศนคติต่ออาชีพ การลาออกก่อนกำหนด ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อความเจ็บป่วย การมีมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีมีผลต่อคุณภาพชีวิต แต่สถานะทางความเป็นอยู่นั้นไม่เน้นเรื่องปัจจัย (เงิน) อย่างเดียว แต่ยังเน้นถึงสิ่งที่มนุษย์ต้องการทำด้วย มนุษย์มีความสามารถเฉพาะตัว หากสามารถค้นพบและนำมาใช้ก็จะพบความสุขในชีวิตได้ แต่โดยมากคนมักไม่นำความสามารถมาใช้ในการประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับตนเอง บางคนเมื่อค้นพบความสามารถที่หลังก็เปลี่ยนการประกอบอาชีพ แต่บางคนก็ไม่ คนที่ประกอบอาชีพเหมาะสมกับความสามารถของตนเองมักจะประสบความสำเร็จ ดังนั้นการลงมือทำในสิ่งที่ตนชอบ จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้มีสุขภาพเยี่ยมยอด

6. การรับรู้ภาวะทางสุขภาพ เป็นการประเมินผลของคนไข้ตามโรคและระดับของความเจ็บป่วย คนไข้ที่มีอาการมากก็จะถูกวินิจฉัยการเจ็บป่วยของโรค แต่คนที่ไม่มีอาการก็แสดงว่ามีสุขภาพที่ดี

อาการที่เกิดขึ้นมี 2 กรณี คือ 1. อาการที่แสดงให้เห็นภายนอก และ 2. อาการที่อยู่ภายในตัวบุคคล ผลจากการเจ็บป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางกายภาพ สมดุลเคมีภายในและพลังงานของร่างกาย การดูแลร่างกาย คือการเอาใจใส่ต่อโรคนั่นเอง โดยการทำการพยาบาลของโรค หรือไม่ก็การระมัดระวังต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ดังนั้นคนที่อ่อนแอก็คือคนที่สามารถติดโรคต่าง ๆ ได้ นั่นเอง

การติดเชื้อโรคทำให้ร่างกายอ่อนแอ การป้องกันการเป็นโรคเป็นวิธีที่ดีที่สุด และการรับรู้ภาวะทางสุขภาพนั้นก็สิ่งจำเป็นในการให้คนหันมาเอาใจใส่ดูแลตนเองให้มากขึ้น เพื่อที่จะได้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

เป้าหมายของระบบการดูแลรักษาสุขภาพ คือ การมีชีวิตที่ยืนยาว โดยการเพิ่มคุณภาพชีวิตของตนเอง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีช่วยให้เรามีความสุขและสงบ ทำให้เรามีชีวิตที่สมบูรณ์โดยทำในสิ่งที่เราชอบ ใช้ชีวิตทุกวินาทีที่ผ่านมาไปให้คุ้มค่า มีการสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง และมีความรู้ดีกว่ามีสุขภาพสมบูรณ์ และมีความสุขในชีวิต

Girdano (1988, p.20) กล่าวว่า การวัดระดับของคุณภาพชีวิตทั้งหมดก็คือ ภาวะสุขภาพทั้งหมดนั่นเอง ส่วนประกอบของคุณภาพชีวิต มี 6 ด้าน คือ สมรรถภาพทางกาย สถานะภาพทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ทางสังคม สถิติปัญญาความสามารถในการทำงาน สถานะภาพทางเศรษฐกิจ และการรับรู้ภาวะทางสุขภาพ รูปแบบการวัดคุณภาพชีวิตนี้จะครอบคลุมบุคคลทั้งด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ สถิติปัญญา ความสามารถในการทำงานรวมทั้ง สถานะทางเศรษฐกิจด้วย

Pender (1987, p.64) กล่าวว่าสุขภาพการเจ็บป่วยอาจจะให้แนวคิดแตกต่างกันไป โดยเฉพาะการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้พิการ คือ สุขภาพเป็นสิ่งที่ได้รับตระหนักจากตั้งแต่แรกหรือจากภายหลังในการที่จะทำพฤติกรรมให้ถูกต้องตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ประกอบด้วย การดูแลตนเอง ความพึงพอใจและอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องทำ และคงไว้ของโครงสร้าง สภาพที่สมบูรณ์ และกลมกลืนกันไปกับสิ่งแวดล้อม

Pender (1987, p.3) กล่าวว่า ระดับของสุขภาพนั้น ประกอบไปบนแกนของความต่อเนื่อง ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย โดยเฉพาะประสบการณ์ของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น การเจ็บคอ (Streptococcal sore throat) การเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness) เช่น ข้ออักเสบ (Arthritis) ความพิการต่าง ๆ (Disability) เช่น ตาบอด หรือการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย เช่น (Aids) จากประสบการณ์ของการเจ็บป่วยนี้เอง จะทำให้บุคคลนั้นมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บุคคลที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยนั้น เป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้น จากการรับรู้ของบุคคลเหล่านั้น ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและการเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาต้องเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาก็คือ ความกลัว ความท้อแท้ ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้ มีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เขามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528, หน้า 374)

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพแตกต่างกันก็คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และความหมายของภาวะสุขภาพดี ตามทัศนะของแต่ละบุคคล ซึ่ง ซอนยา และคณะ (Sonya, et al., 1981, p.233 อ้างถึงใน วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปาณิช, 2535, หน้า 39) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้สุขภาพของตนเองดีนั้น ไม่ได้หมายความว่าไม่มีโรคหรืออาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับเขาดังนั้น แม้ขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วยเขาก็อาจประเมินภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้ หากเขารับรู้เช่นนั้น

4.2 อิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อพฤติกรรม

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพว่าอยู่ในระดับใด ผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี และจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้เสียสุขภาพ ที่รับรู้ภาวะสุขภาพว่าอยู่ในระดับไม่ดี (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2532, หน้า 67) ศึกษาการสำรวจความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสีย ตัวอย่าง 100 ราย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเอง คือ ผู้ที่มีการรับรู้ทางสุขภาพดีจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองน้อยลง จากการวิจัยของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535, หน้า 119) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง ตัวอย่าง 400 ราย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตัวอย่าง 150 ราย ก็พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านบรรลุดมการณ์ของตนเองและการรับประทานอาหาร

5. วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้เฝ้าไข้

5.1 ความหมายของวิถีชีวิต

Ardell (1987, p.76) กล่าวว่าวิถีชีวิต หมายถึง พฤติกรรมทั้งหมดที่บุคคลควบคุมรวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อความเสี่ยงทางสุขภาพของบุคคล

Palank (1991, p.816) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลในทุกกลุ่มอายุ เพื่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก การบรรลุเป้าหมายในวิถีชีวิตและความปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดภาวะเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

Pender (1987, p.59) กล่าวว่า พฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง จนผสมผสานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของบุคคล และมีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับของการผาสุก เป็นพฤติกรรมที่กระตุ้นการแสดงออกในด้านดี

เกษม ตันติผลาชีวะ กุลยา ตันติผลาชีวะ (2528, หน้า 22-23) ได้กล่าวถึงหลักสำคัญ 4 ประการ สำหรับการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทุกวัย ดังนี้

1. กินเป็น ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ประเมินได้จากการประเมินความสมดุลของการกินกับน้ำหนักมาตรฐาน ตามอายุและส่วนสูงของบุคคล

2. นอนเป็น ได้แก่ มีการนอนหลับเต็มที่และเพียงพอ โดยจำนวนชั่วโมงของการนอนหลับ ขึ้นอยู่กับร่างกายของแต่ละบุคคล

3. อยู่เป็น ได้แก่ การรู้จักรักษาสุขภาพที่ดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงการเป็นโรค รู้จักวิธีลดความเครียดทางจิตใจ มองโลกในแง่ดี และมีการพักผ่อนที่เหมาะสม

4. สังคมเป็น ได้แก่ มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคม มีการใช้เหตุผลเข้าใจและยอมรับสภาพสังคม มีการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นปกติ มีเพื่อนไปมาหาสู่ รวมทั้งการไม่คาดหวังจากสังคมมากเกินไปเพราะถ้าไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจะทำให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง อยู่อย่างมีความสุข

วิถีชีวิตเป็นพฤติกรรมหรือลักษณะนิสัยการดำเนินชีวิตของบุคคล ที่ประพฤติปฏิบัติเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีผลต่อสุขภาพของบุคคลได้ทั้งทางบวกและลบ วิถีชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของความสัมพันธ์พลวัตระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งวิถีชีวิตนี้จะเริ่มตั้งแต่วัยเด็กและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยสภาพความเป็นอยู่ในครอบครัว ลักษณะของครอบครัว กลุ่มเพื่อน ตลอดจนสังคมและวัฒนธรรม Hetzet & Mcmicheal (1987, p.17) วิถีชีวิตหรือพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป Walker, Volkan , Secchrist & Pender (1988, p.769) พบว่าการมีวิถีชีวิตและรูปแบบการดำเนินชีวิตของแต่ละคนนั้น มีผลต่อภาวะสุขภาพและการมีอายุยืนยาว โดยพฤติกรรมที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดี ช่วยลดอุบัติเหตุในการเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้อายุยืนยาวขึ้น และลดความต้องการในการใช้บริการทางสุขภาพ การปฏิบัติพฤติกรรมให้มีสุขภาพอนามัยดีขึ้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้านด้วยกัน ได้แก่ ความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (รัตนา ประเสริฐสม, 2526, หน้า 3) และการมีวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพนอกจากมีประโยชน์ต่อตนเองแล้วยังมีประโยชน์ต่อส่วนรวม จากงานการศึกษาเกี่ยวกับอัตราใช้บริการทางสุขภาพขององค์กรกับวิถีชีวิต พบว่าผู้มีคะแนนวิถีชีวิตหรือมีคะแนนสุขภาพดี อัตราการใช้บริการทางสุขภาพจะต่ำกว่าคนที่มีคะแนนวิถีชีวิตต่ำ Vickery, et al., (1986, p.1166) ดังนั้น การมีสุขภาพดีจึงขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของตนเองหรือการมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

5.2 รูปแบบการวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

Walker, Volkan , Secchrist & Pender (1987, pp.76- 81) ได้เสนอรูปแบบวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตและลักษณะนิสัยทางสุขภาพของ Pender (1987) เพื่อใช้วัดพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

5.2.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (Self actualization)

5.2.2 การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ (Health responsibility)

5.2.3 การออกกำลังกาย (Exercise)

5.2.4 การรับประทานอาหาร (Nutrition)

5.2.5 การจัดการกับความเครียด (Stress management)

5.2.6 การสนับสนุนระหว่างบุคคล (Interpersonal support)

ในการวิจัยครั้งนี้ วัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ หรือพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้เฝ้าไข้ โดยดัดแปลงจากรูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของ Walker, Volkan, Secchrist & Pender (1987, pp. 76-81) ให้สอดคล้องกับผู้เฝ้าไข้ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (2) การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ (3) การออกกำลังกาย (4) การรับประทานอาหาร (5) การจัดการกับความเครียด และ (6) การสนับสนุนระหว่างครอบครัวและญาติพี่น้อง รายละเอียดแต่ละด้านมีดังนี้

5.2.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต

ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต หมายถึง ความปรารถนาของบุคคลที่จะบรรลุความหวังที่ตั้งไว้ ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ต้องการตามศักยภาพ หรือตามความสามารถของตน Petosa (1984, p.9) หากบุคคลใดมีความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต เขาก็สามารถเผชิญโลกได้อย่างมั่นใจและมีความรู้สึกที่ตนเองมีค่า มีความสามารถ มีความพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ และบรรลุวัตถุประสงค์ในสิ่งที่ทำ Lindberg, Hunter & Kruszewski (1990, p.85) ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลใดมีประสบการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองหมดความสามารถ ไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตคนอื่น ๆ หรือของเขาเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตก็จะลดลง Taylor (1982, p.129) ผลที่ตามมา หลังจากเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตต่ำ คือ สูญเสียบทบาทการทำงานในสังคม สุขภาพเสื่อมโทรม สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง Taft (1985) ประสบความสำเร็จน้อย เห็นความเสียหายเล็กน้อยเป็นสิ่งที่ผิดร้ายแรง Crouch & Straub ,(1983) ขาดความมั่นใจในตนเอง มีความลังเลที่จะทำสิ่งใหม่ หรือริเริ่มงานใหม่

Gates (1987) แบ่งความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบ คือ

1. ความรู้สึกต่อร่างกายตนเอง (The body self) หมายถึง บุคคลคิดและรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตาของร่างกาย ตลอดจนความสามารถของหน้าที่พื้นฐานของร่างกาย ตลอดจนความสามารถของหน้าที่พื้นฐานของร่างกาย

2. ความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น (The interpersonal self) เป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ที่บุคคลคิดและรู้สึกเกี่ยวกับวิถีที่มีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นคนที่สนิทสนมคุ้นเคย หรือบุคคลอื่นที่พบกันโดยบังเอิญ

3. ความสำเร็จของตนเอง (The achieving self) หมายถึง สิ่งที่บุคคลคิดและรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของเขาที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตครอบครัวการทำงาน และสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน

4. ความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง (The identification self) เป็นความรู้สึกทางนามธรรม และพฤติกรรมแสดงความสนใจทางศีลธรรมและจิตวิญญาณ

ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากสมรรถภาพของร่างกายที่ลดลงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียบทบาทบางอย่างของการเป็นสมาชิกในสังคมต้องเปลี่ยนบทบาทกับคู่สมรส เช่น ไม่สามารถทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวได้ เกิดความไม่มั่นคงต่อชีวิตในอนาคต ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตทั้งทางด้านส่วนตัว ด้านสังคม และหน้าที่การงานไปจากเดิมด้วย Lambert & Lambert (1985, p.527) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรในการดำเนินชีวิตคุกคามต่อความเป็นเอกลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ต้องถูกแยกออกจากชีวิตปกติ Burckhardt (1985, p.543) เนื่องจากการใส่ยาเทียมมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่อผู้ป่วย รวมทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิตเดิมของผู้ป่วยต้องเปลี่ยนไป Miller (1984, p.4) จากลักษณะของการสูญเสียแขนขาที่มีพยาธิสภาพคงอยู่อย่างถาวร และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องนั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายหรือคาดการณ์ชีวิตในอนาคตของตนได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต กลัวการเปลี่ยนแปลงของชีวิต กลัวความตาย และกลัวสูญเสียความรักจากผู้ใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยต้องพึ่งพามุคคลเหล่านั้นมากขึ้นและเป็นเวลานาน Kelly (1985, p.214)

5.2.2 การดูแลรับมือกับโรคข้ออักเสบ

การดูแลรับมือกับโรคข้ออักเสบ เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเองด้วยความเต็มใจ เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนเอง โดยสามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ว่าควรจะเลือกปฏิบัติอย่างไร ทั้งในขณะที่พักและเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย

การดูแลรับมือกับโรคข้ออักเสบ เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่งที่ต้องเริ่มพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก และค่อย ๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นภายในร่างกาย หรือมีการสูญเสียอวัยวะของร่างกายเกิดขึ้น หรือกรณีที่การดูแลรับมือกับโรคข้ออักเสบก็อาจไม่เกิดขึ้น Orem (1980) ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือมีขีดจำกัดต่าง ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ บุคคลเหล่านี้ ได้แก่ คนชรา คนเจ็บป่วย และคนพิการ โดยเฉพาะผู้ที่สูญเสียแขนขาจะต้องได้รับความช่วยเหลือเรื่องการดูแลรับมือกับโรคข้ออักเสบเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดแล้วแต่กรณี ขึ้นอยู่กับสภาวะสุขภาพ หรือการช่วยเหลือให้เขาได้รับมิตรภาพด้านความสามารถที่ตนเองมีอยู่ Fawcett (1989, pp.227-228)

เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือสูญเสียแขนขานั้น ผู้ป่วยจะเกิดความพิการถาวร จึงมีการประดิษฐ์แขนขาเทียมขึ้นมาใช้ แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้และไม่สามารถทดแทนแขนขาจริงได้ Orem (1980, pp.140-141) ได้จัดให้บุคคลที่สูญเสียอวัยวะของร่างกาย และมีความพิการถาวรอยู่ในกลุ่มบุคคลที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป และกล่าวว่าการดูแลของบุคคลนี้จะต้องจำกัดลง เนื่องจากผลของโรค วิธีการรักษาขาดความรู้ที่จำเป็นในการดูแลรับมือกับโรคข้ออักเสบ ขาดความชำนาญ และขาดแหล่งช่วยเหลือ ซึ่งต้องปรับการดูแลรับมือกับโรคข้ออักเสบ

5.2.3 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีผลต่อการทำงานของร่างกายหลายระบบ คือ ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิต นอกจากนี้สามารถลดอัตราการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดหัวใจตีบ โรคอ้วน เป็นต้น การออกกำลังกายของแต่ละบุคคลต้องจัดให้เหมาะสมกับสภาพของคน ๆ นั้น

การออกกำลังกาย คือ การที่กล้ามเนื้อต่าง ๆ หดตัว ข้อเคลื่อนไหวได้ โดยกล้ามเนื้อหดตัว แล้วกล้ามเนื้ออีกด้านอยู่ในภาวะคลายตัว เช่น เมื่อข้อศอกทำหน้าที่หิ้วตัว ในขณะที่ตัวกล้ามเนื้อเหยียดข้อศอกคลายตัวจากการหด และเมื่อกล้ามเนื้อเหยียดข้อศอกคลายตัว แขนจึงอยู่ในท่าเหยียดตรง เป็นต้น

ประโยชน์ของการออกกำลังกายและการบริหารร่างกาย

1. เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ
2. เพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ
3. ข้อต่าง ๆ มีการเคลื่อนไหวคล่องตัว
4. ทำให้ร่างกายมีความคล่องแคล่วว่องไว ทรงตัวดี เนื่องจากการทำงานประสานของระบบกล้ามเนื้อประสาท
5. กระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมน ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระหลายอย่าง เช่น หัวใจเต้นถี่และแรงขึ้น การหมุนเวียนโลหิตดีขึ้น ผลการออกกำลังกายต่อระบบหายใจเพิ่มขึ้นทันทีตอนเริ่มออกกำลังกาย เมื่อหยุดออกกำลังกาย การหายใจจะลดลงทันทีอย่างมากและจะค่อย ๆ เป็นปกติต่อมา

การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ขาเทียม

จรรยาพร ธรณินทร์ (2526, หน้า 120-212) แนะนำคนพิการที่ต้องการจะใส่ขาเทียม จะต้องมีการออกกำลังกายเป็นลำดับขั้นต่อไปนี้

1. ระยะแรกหลังจากแผลเริ่มหายแล้ว แพทย์จะแนะนำให้ออกกำลังกายโดยการว่ายน้ำ การว่ายน้ำจะช่วยให้อวัยวะของผู้ป่วยที่ขาดหายในได้ออกกำลังกาย คือ ตอที่เหลือได้ออกกำลังกายนั่นเอง เพราะเมื่อใส่ขาเทียมแล้วสามารถรับน้ำหนักได้
2. ออกกำลังกายบนเตียงระยะพักฟื้น โดยการออกกำลังกายในท่าคลาน และหัดคุกเข่าบนเตียง เมื่อทำได้ดีต่อไปจะให้ทำในท่ายืน เหตุที่ทำดังนี้ก็เพื่อการทรงตัวและการหัดฝึกรับน้ำหนักตัว และผู้ป่วยที่ถูกตัดขาออกไปนั้น จะทำให้การทรงตัวเสียไปด้วย แรก ๆ จะทำให้รู้สึกว่าจะไม่สามารถทรงตัวได้จึงต้องฝึกการทรงตัวให้เสียก่อน
3. หัดดันตัวขึ้นจากท่านอนคว่ำและทำนั่ง เพื่อให้การทรงตัวได้ดี เวลาจะลุกหรือนั่งในโอกาสต่อไป
4. ให้นอนหงายหรือนอนคว่ำแล้วเหยียดหรืองอสะโพกเข้าหาตัว เป็นการบริหารสะโพกให้แข็งแรง เพื่อที่จะรับน้ำหนักได้ดีในโอกาสที่ใส่ขาเทียมแล้ว
5. หัดเดินโดยใช้ไม้เท้ายันเพื่อให้มีการทรงตัวที่ดี นอกจากนั้นยังช่วยให้ขาข้างที่ปกติอยู่ได้ออกกำลังกาย การออกกำลังกายข้างที่ปกตินั้น จะเป็นผลให้ขาข้างที่ถูกตัดออกได้มีความแข็งแรงตามไปด้วย
6. ใช้เชือกคล้องขาข้างที่ถูกตัดออกไป แล้วให้พยายามออกกำลังกายดึงเชือกขึ้นหรือลง แล้วแต่โอกาสเพื่อเป็นการบริหารขาข้างที่ขาด ส่วนมากเชือกที่ผูกขาข้างนั้นจะมีการยึดได้เพื่อผู้ป่วยจะได้ออกแรงขาข้างให้เชือกยึด

7. หลังจากที่ยกกำลังตามที่แพทย์สั่งแล้ว ก็ถึงเวลาใส่ขาเทียม การใส่ขาเทียมนั้น ตอนแรกผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเวลาเดินการทรงตัวยังไม่ค่อยดี อาจจะต้องหัดเดินโดยจับราวช่วยไปพราง ๆ ก่อน จนกว่าขาข้างที่ถูกตัดมีความแข็งแรงพอที่จะรับน้ำหนักการทรงตัวดี แล้วจึงเดินได้ตามปกติ ผู้ใส่ขาเทียมมักออกกำลังกายได้ไม่มากนักเนื่องจากมีอาการปวดแผล ประกอบกับความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม ทำให้ผู้ป่วยจำกัดกิจกรรมของตนเอง (เอกชัย จุลจาริตต์, 2531, หน้า 710-716) ผู้ใส่ขาเทียมควรมีการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ และการเคลื่อนไหว ควรทำด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น เพราะหากไม่มีการออกกำลังกายแล้วจะทำให้อวัยวะส่วนนั้น เล็กลง ไม่มีกำลังและไม่สามารถปฏิบัติงานได้

5.2.4 การรับประทานอาหาร

อาหารจัดเป็นส่วนหนึ่งในปัจจัยสี่ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ นับตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาตราบจนกระทั่งสิ้นอายุขัย อาหารช่วยให้กระบวนการต่าง ๆ ในร่างกายดำเนินไปได้ตามปกติ ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตแข็งแรง และยังช่วยสร้างและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอเสื่อมสลาย ดังนั้น การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เป็นผลให้สุขภาพกายแข็งแรง สุขภาพจิตดี สามารถประกอบอาชีพ และดำเนินกิจกรรมประจำวันของอาชีพได้เป็นปกติสุข (ชลลดา ปรีดา, 2524, หน้า 425)

ในผู้ป่วยที่ใส่ขาเทียมจำเป็นต้องได้รับน้ำและอาหารให้ครบหมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีน แคลเซียม วิตามินซี และแร่ธาตุต่าง ๆ เพื่อช่วยเสริมสร้างเนื้อเยื่อและช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น Bedrosian (1989, p.202)

5.2.5 การจัดการกับความเครียด

วีระ ไชยศรีสุข (2536, หน้า 177-178) กล่าวว่า ความเครียด คือ สถานการณ์ที่คับแค้นที่ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ และร่างกาย

ความเครียดมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพโดยเฉพาะผลดีของความเครียดที่ส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการของชีวิตที่เรียกว่า Eustress และความเครียดที่ก่อให้เกิดโรคและความเจ็บป่วย เรียกว่า Distress และการที่จะดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข คือ การค้นพบระดับของความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง (เพ็ญศรี ระเบียบ, 2331, หน้า 174)

ปฏิกิริยาเมื่อมีความเครียด จะเกิดปฏิกิริยาได้ดังนี้ (ปาหนัน บุญหลง, 2528, หน้า 94)

1. อารมณ์ จะเปลี่ยนแปลงเมื่อมีความเครียด เช่น เศร้า โกรธ หรือกังวล
2. ด้านการเคลื่อนไหว จะมีความตึงเครียดของกล้ามเนื้อหรือการพูดจาผิดปกติไป
3. ด้านสรีระจะมีการเพิ่มของฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต คือ อีพิเนฟริน ทำให้ความดันโลหิตสูง
4. การรับรู้ทำให้การรับรู้เสียไป รวมทั้งการตัดสินใจด้วย ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับของความเครียด แต่ความเครียดเพียงเล็กน้อยหรือปานกลาง จะส่งเสริมการรับรู้ได้

กระบวนการการรับรู้และการปรับตัวต่อการสูญเสีย

ลักษณะความสูญเสียที่เกิดขึ้นของคนพิการยอมมีผลต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ เป็นอย่างมากทำให้แสดงออกถึงความวิตกกังวล หงุดหงิด เครียด ท้อแท้ (กิตติยา รัตนกร, 2531, หน้า 33) ซึ่ง Engle (1964, pp.93-98) ได้แบ่งกระบวนการรับรู้และการปรับตัวต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นไว้เป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะช็อคและไม่เชื่อ (Shock and disbelief) พฤติกรรมที่แสดงออกในระยะนี้ส่วนใหญ่ คือ การปฏิเสธ (Denial) โกรธ (Anger) ร้องไห้ เป็นต้น พฤติกรรมเหล่านี้ถือว่าการช่วยให้อุบายเผชิญกับการสูญเสียแขนขา การปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งปกติที่ผู้ป่วยจะต้องปรับตัวต่อการสูญเสียนั้น โดยไม่ได้รู้ตัวมาก่อน อาจทำให้ผู้ป่วยเป็นลมลงหรือมีอาการช็อคได้ ระยะช็อคและไม่เชื่อนี้อาจเกิดขึ้นเพียงไม่กี่นาทีหรือเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรืออาจเป็นปีก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตามระยะนี้อาจกินเวลา 1-7 วัน ถ้าปล่อยให้กินระยะเวลานาน จะนำไปสู่พฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการปรับตัวไม่ดี

2. ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ต่อสิ่งที่สูญเสียไป (Developing awareness of the loss) ระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มตระหนักในความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง อารมณ์ที่เกิดขึ้นในระยะนี้จะแสดงออกมาหลายรูปแบบ เช่น ก้าวร้าว พุดรุนแรง หรือหยาบคาย บางครั้งซึมเศร้า หรืออาจเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดท้อง ปวดศีรษะ Lambert & Lambert (1985, p.41) การสูญเสียการยอมรับตนเองจากการที่ไม่สามารถมีกิจกรรมได้อย่างอิสระ และมีข้อจำกัดในการเลือกวิธีเผชิญต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถอยหนีจากสังคมได้ Phipp, Long & Woods (1979, p.515) อย่างไรก็ตาม ในระยะนี้จะพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยจะขึ้น ๆ ลง ๆ และอาจมีพฤติกรรมที่ถือว่าการปรับตัวได้ เกิดขึ้นในระยะแรกควบคู่

ไปด้วย ซึ่งถือว่าผู้ป่วยปรับตัวได้โดยที่พฤติกรรมระยะที่ 1 จะค่อย ๆ ลดลง ระยะนี้เป็นระยะสำคัญที่ผู้ป่วยจะต้องผ่านกระบวนการเศร้าโศกเพื่อการปรับตัวต่อไป อาจใช้เวลานานหลายสัปดาห์จนถึงเป็นเดือน ผู้ป่วยจึงเข้าสู่ระยะที่ 3

3. ระยะชดเชยหรือยอมรับต่อการสูญเสีย (Restitution) ระยะนี้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงการปรับตัวให้เข้ากับสภาพการสูญเสียได้มากขึ้น สามารถแยกการสูญเสียจากการทำงานหรือกิจวัตรที่พึงปฏิบัติได้ กล่าวคือ มีความรู้สึกว่าการสูญเสียแขนขาไม่ใช่สิ่งบั่นทอนชีวิตและอนาคตของตน อย่างไรก็ตาม ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีทั้งเกิดกำลังใจต่อสู้หรือท้อแท้สลับกันไป ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้เนื่องมาจากสูญเสียนั่นเอง ระยะชดเชยหรือยอมรับต่อการสูญเสียนี้อาจใช้เวลาเป็นปีหรือมากกว่า

5.2.6 การสนับสนุนระหว่างครอบครัวและญาติพี่น้อง

การสนับสนุนระหว่างบุคคล เป็นการตระหนักถึงความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม การรักษาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน รวมทั้งการได้รับการช่วยเหลือเมื่อจำเป็น รวมทั้งการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นระบบหนึ่งของกลุ่มบุคคลในระบบสนับสนุนทางสังคม และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง ถือว่ามีความสำคัญมากที่สุดสำหรับผู้ป่วย Jones & Dimond (1982, p.12) เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อแบบแผนพฤติกรรมการปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอันเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุน ผู้ป่วยจากกลุ่มเครือญาติ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กับทางชีวภาพและตามกฎหมาย สมาชิกในกลุ่มนี้จะมีเวลาร่วมกันมากมีกิจกรรมร่วมปฏิสัมพันธ์หลายชนิด อาจมีความถี่ในการติดต่อสูง มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารซึ่งกันและกัน กลุ่มเครือญาติในครอบครัวไทยนับเป็นกลุ่มสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อบุคคล ครอบครัวจัดเป็นสถาบันที่เล็กที่สุด ดังนั้น สมาชิกในครอบครัวย่อมมีความผูกพันกว่าประเภทอื่น ๆ (บุญลือ วันทายนต์, 2520, หน้า 67)

ในผู้ป่วยที่ใส่ขาเทียมมักพบความบกพร่องทางด้านจิตสังคมร่วมด้วยเสมอ แต่การดูแลรักษาระหว่างการฟื้นฟูสภาพ ส่วนมากจะมุ่งเน้นทางด้านร่างกายมากกว่า สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตสังคมจะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนถูกคุกคาม จึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสังคมอีกครั้งหนึ่ง ถ้าผู้ป่วยมีแหล่งประโยชน์ในรูปแบบการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้องที่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น Turner (1983) โดยตรงช่วยให้สุขภาพดีขึ้น และลดอัตราการตาย Berkman & Syme (1970)

5.3 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านปัจจัยการรู้คิด-การรับรู้ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่เลือกศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สาเหตุของการสูญเสีย ระดับส่วนขาที่ถูกตัด และระยะเวลาที่ใส่ขาเทียมจนถึงปัจจุบัน

5.3.1 เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติวิถีชีวิต หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย เพศชายต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง Neimi, et al. (1988, pp.1101-1107) และมีการศึกษาที่พบว่าเพศหญิงมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ การผ่อนคลายและการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย Muhlenkamp & Sayles (1986, pp.334-338)

5.3.2 อายุ มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยทางอ้อมผ่านปัจจัยการรู้คิด-การรับรู้ Pender (1987, p.66) การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพย่อมเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่ง Orem (1985, p.35) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลขึ้นอยู่กับอายุ โดยมีการพัฒนาจากวัยเด็กขึ้นมาเรื่อย ๆ จนถึงขีดสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ และเกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของร่างกาย สถิติปัญญา การมีทักษะในการตัดสินใจ Orem (1985, p.35) จากการศึกษาของ Muhlenkamp & Broerman (1988, p.643) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอนามัย แต่ Larson (1987, p.110) ได้กล่าวถึงอายุว่าเป็นปัจจัยตัวหนึ่งในการที่จะแสดงถึงว่าบุคคลมีความสุข (Well-being) ซึ่งเป็นผลมาจากการมีวิถีการดำเนินชีวิตที่ดี

5.3.3 ระดับการศึกษา เป็นพื้นฐานสำคัญของการรู้คิด การตัดสินใจ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญ เล็งเห็นประโยชน์ แสวงหาความรู้ และวิธีการที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ (Ruth, 1973. Pp.136-156 อ้างถึงใน วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2532, หน้า 36) กล่าวว่ามีผู้มีการศึกษาระดับต่ำ พบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตน ทั้งนี้เพราะความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งผู้มีการศึกษาระดับสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้มากกว่า ตลอดจนสามารถเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดกับตนได้อย่างถูกต้อง และเป็นวิทยาศาสตร์มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำ นอกจากนี้ Jalowiec & Powers (1981, pp.10-15) กล่าวว่าการศึกษาที่ดีจะทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการนำความรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมา

ทำให้เกิดประโยชน์ การศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การถามปัญหาต่าง ๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำ Muhlenkamp & Broerman (1986, p.336)

5.3.4 อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล Pender (1987, p.163) อาชีพมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ และการดูแลตนเองของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2532, หน้า 21-27) และจากการศึกษาของ Stuifbergen & Becker (1994, p.3-13) ศึกษาตัวทำนายการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนพิการ พบว่าอาชีพยังสามารถทำนายความแปรปรวนในวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้

5.3.5 สาเหตุของการสูญเสีย การสูญเสียที่มีสาเหตุทั้งโดยทางตรงและโดยทางอ้อม เช่น อุบัติเหตุจากการทำงาน การจราจร เป็นต้น มีผลให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดความพิการจากการถูกตัดอวัยวะ สภาวะจิตใจและอารมณ์แปรปรวนเกิดความวิตกกังวล ความคับข้องใจในความสามารถ เนื่องจากความรู้สึกสูญเสียสถานภาพ สูญเสียความสามารถเกี่ยวกับร่างกาย (Body image) (Harriett M Bartlett, 1961, pp.42-43 อ้างถึงใน นพาดล จันทราช, 2526, หน้า 8) หย่อนสมรรถภาพ

5.3.6 ระดับส่วนขาที่ถูกตัด ระดับส่วนขาที่ถูกตัดแตกต่างกัน อาจทำให้ความสามารถของผู้ป่วยในการปรับตัวแตกต่างกัน เนื่องจากการสูญเสียก่อให้เกิดความเศร้าและความวิตกกังวล เมื่อเกิดความวิตกกังวลผู้ป่วยอาจจะคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าว่าจะถูกจำกัดกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และวิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ผู้ที่ถูกตัดอวัยวะส่วนขาในระดับเหนือเข่าหรือต้นขาและระดับหัวเข่า จะมีความต้องการทางด้านร่างกายมากกว่าผู้ที่ถูกตัดอวัยวะส่วนขาที่ระดับใต้เข่า และระดับข้อเท้า ระดับของการตัดส่วนขานี้ ยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่เพิ่มความเครียดให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้ความรุนแรงของความพิการก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่เพิ่มความเครียดให้กับญาติผู้ป่วย Brillhart (1988, p.316) จากการศึกษาของ ถาวร บุตรโสมตา (2525) เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหราชอาณาจักรที่มารับบาดเจ็บจากการสู้รบ พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมากจะมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความพิการน้อย และยังพบอีกว่าในผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมาก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคมและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

5.3.7 ระยะเวลาที่ใส่ขาเทียมจนถึงปัจจุบัน ดำรง กิจกุล (2526, หน้า 152) กล่าวว่า “เวลาเป็นยาวิเศษที่สุด” สำหรับผู้ที่สูญเสียแขนขา เพราะค่อย ๆ ช่วยให้เขาได้เรียนรู้ได้ปรับตัวปรับใจทำให้ดูแลตนเองได้ดีขึ้นและระยะเวลาที่นานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีความมั่นใจในตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น สิ่งเหล่านี้จะส่งผลถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการเข้าไปมีกิจกรรมร่วมกับสังคมได้อย่างดีเยี่ยม (Kottet, 1982, pp.60–62)

จากแนวคิดหลักของทฤษฎี ในเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีที่แตกต่างกันแต่ทั้งหมดมีผลเกี่ยวข้องในงานวิจัยในทิศทางเดียวกัน คือเพื่อเป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ ในการออกแบบสอบถาม ในการตีความ สำหรับงานวิจัยนี้ซึ่งจะขาดเสียมิได้ เพราะถ้าหากขาดไปแล้ว การออกแบบสอบถามก็ดี การตีความและการวิเคราะห์ผลก็ดี ย่อมขาดหลักเกณฑ์อันเป็นบรรทัดฐาน ซึ่งทำให้ไม่สามารถนำไปสู่การสรุปผลทางสถิติได้เลย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษา และเลือกสรุปแบบทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอย่างรัดกุมก่อนจะดำเนินการในขั้นตอนต่อไปของงานวิจัย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในประเทศไทย

วิมลรัตน์ วราวุฒิปานิช (2532) ศึกษาหาความบกพร่องของผู้ที่สูญเสียขาพร้อมทั้งศึกษาปัจจัยพื้นฐานที่สัมพันธ์กับความบกพร่องของผู้ที่สูญเสียขา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพและระยะเวลาที่สูญเสียขาจนถึงปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย เป็นผู้ป่วยนอกเพศชายที่ได้รับการตัดขา (Amputee) และมาติดตามการรักษาที่หน่วยกายอุปกรณ์ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลเลิดสิน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสียขา วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าความบกพร่องน้อยในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสียขา เรียงลำดับความเฉลี่ยความบกพร่อง คือความบกพร่องในการดูแลตนเอง โดยทั่วไปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความบกพร่องในการดูแลตนเอง อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.3609$) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความบกพร่องในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = 0.3020$) สถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการดูแลตนเอง ($P < 0.05$) รายได้มี

ความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.2759$) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.2695$) ระยะที่สูญเสียขาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องในการดูแลตนเองของอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.4549$)

เสาวภา วิจิตรวาทิ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตัดแขนและ/หรือขา (Amputee) และมาติดตามการรักษาที่หน่วยกายอุปกรณ์ที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 100 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการพิการที่ได้รับแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมกับแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และเลือกกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.2254$) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.6467$) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.1708$) ระยะเวลาที่สูญเสียแขนขาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = -0.4025$) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมกับแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขาจนถึงปัจจุบัน เป็นกลุ่มตัวอย่างทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 47.13

วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนปีที่ศึกษา รายได้กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบวัดแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของ Walker, et al., & Pender (1987) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยทั่วไปของ

Sherer, et al. (1982) และแบบประเมินสุขภาพด้วยตนเอง ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างจำนวนปีที่ศึกษากับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นด้านการรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการบรรลุอุดมการณ์ของตน และการรับประทานอาหาร และพบความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการรับมือขอต่อสุขภาพ และเพศกับการออกกำลังกาย นั่นคือ เพศชายมีการออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง เมื่อนำการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลเข้าสู่สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเอง จำนวนปีที่ศึกษาและรายได้ เป็นตัวแปรที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ได้ร้อยละ 33.5 การรับรู้สมรรถนะของตนเองร่วมกับจำนวนปีที่ศึกษา อธิบายความแปรปรวนของการบรรลุอุดมการณ์ของตนได้ร้อยละ 31.8 ร่วมกับรายได้ และการรับรู้ภาวะสุขภาพอธิบายความแปรปรวนของการรับมือขอต่อสุขภาพ ได้ร้อยละ 18.3 และการรับรู้สมรรถนะของตนเองอย่างเดียว อธิบายความแปรปรวนของการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 6.9 นอกจากนี้เฉพาะจำนวนปีที่ศึกษาและเฉพาะรายได้ อธิบายความแปรปรวนของการจัดการกับความเครียด และการออกกำลังกายได้ร้อยละ 12.5 และ 6.7 ตามลำดับ

ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ หน่วยตรวจเป็นผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 ราย คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวมสูง การรับรู้สมรรถนะของตนเองที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก คือ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดบุหรี่ และการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง สำหรับการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับแรก คือ การรับประทานอาหารให้ได้ชนิดและปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกายโดยไม่เจ็บหน้าอก การจับชีพจร และประเมินอาการผิดปกติของตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมดี พฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก คือ การงดสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการรับประทานยาตาม

แพทย์สั่ง สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับแรก คือ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำหนักและไขมันมาก ๆ การออกกำลังกายโดยไม่เกิดการเจ็บหน้าอก การจับชีพจรและประเมินอาการผิดปกติของตนเอง การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งโดยรวม ($r=0.76, P < 0.001$) และในรายข้อ ($r=0.33, -0.79, P < 0.01, < 0.001$)

6.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Muhlenkamp (1986) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปฏิบัติวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-67 ปี ตัวอย่าง 98 คน โดยการอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ Personal resource questionnaire Coppersmith self-esteem inventory และ Personal lifestyle activities questionnaire วิเคราะห์เส้นทาง (Path analytic technique) ผลการวิจัยพบว่า ทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต ($r = 0.26, 0.25 P < 0.01$) เพศหญิงมีระดับคะแนนวิถีชีวิตสูงกว่าเพศชาย มีความกับวิถีชีวิต ($P < 0.001$) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิต ($P < 0.05$) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับวิถีชีวิต ($P < 0.001$) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยวิถีชีวิตของคนโสดและหม้าย/หย่า โดยคนโสดมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ส่วนผู้ที่มีศาสนาเชื่อชาติแตกต่างกัน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในคะแนนวิถีชีวิต และพบว่า อายุ ระดับการศึกษา เพศ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของวิถีชีวิตได้ร้อยละ 20.8 ($P < 0.001$) แรงสนับสนุนทางด้านสังคม มีผลโดยตรงต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีผลทางอ้อมคือวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี

Pender, et al. (1990) ทดสอบตัวทำนายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงาน ตัวอย่างเป็นคนงานที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 589 คน โดยการอาสาสมัคร เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ Health value วัดความสำคัญของสุขภาพแบบวัดความเชื่อถืออำนาจ ภายใน - ภายนอก ของ Wallston, et al. (1978) The personal competency rating scale วัดการรับรู้ความสามารถในตนเอง Laffrey health conception scale วัดคำจำกัดความสุขภาพ คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ 1 ข้อความ แบบวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมของ Walker Sechrist Pender (1987) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการวิจัย พบว่า การปฏิบัติวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นหรือความเชื่ออำนาจภายนอกตน เพศ อายุ ระยะเวลาของการ

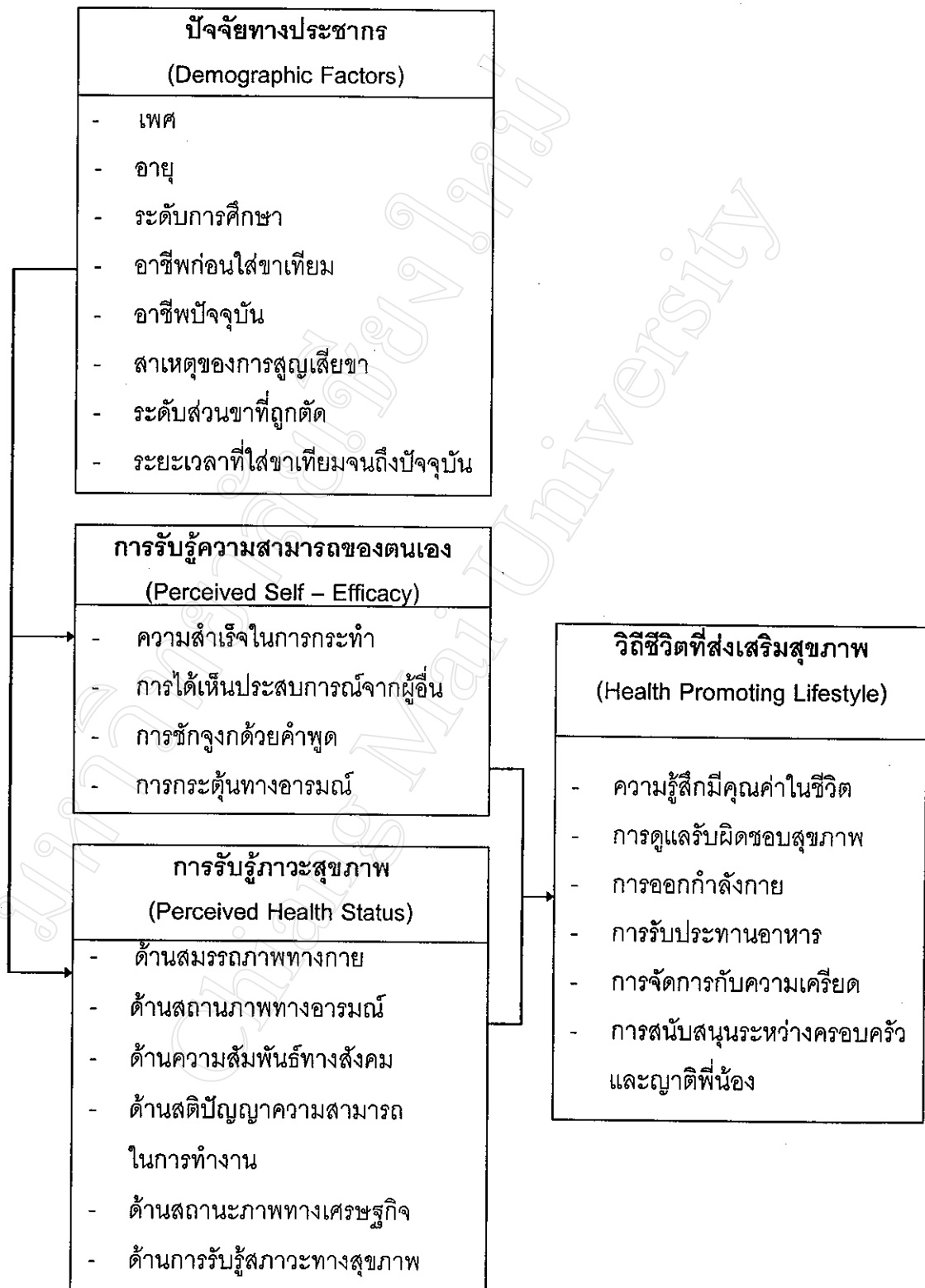
เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์เล็กน้อยกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ความสามารถในตน คำจำกัดความสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ การควบคุมสุขภาพ สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 31.0

Frank-Stomborg (1990) ศึกษาเพื่อทดสอบว่าปัจจัยการรู้คิด-การรับรู้ และปัจจัยเสริมในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งได้หรือไม่ ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังรักษาในคลินิก 13 แห่ง ทางตะวันตกของอเมริกา จำนวน 385 คน สมัครเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ วัดความสำคัญของสุขภาพแบบวัดความเชื่ออำนาจภายนอก-ภายใน ของ Wallston (1987) วัดการรับรู้การควบคุมสุขภาพ Laffrey health conception scale วัดคำจำกัดความสุขภาพ Positive health conception วัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ The reaction to the diagnosis of cancer questionnaire (RDCQ) และแบบวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-promotion lifestyle profile) วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวและ Canonical correlation ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้ 3 ปัจจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ และอาชีพ สามารถทำนายความแปรปรวนในวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 23.52 ปัจจัยที่สามารถทำนายดีที่สุด ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = 0.216$) คำจำกัดความสุขภาพ ($\beta = 0.198$) รองลงมา ได้แก่ ระดับการศึกษา ($\beta = 0.169$) อายุ ($\beta = 0.155$) และสถานภาพการทำงาน ($\beta = 0.106$) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยเพิ่มปัจจัยการรู้คิด-การรับรู้เฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer-specific cognitive-perception) เข้าไปในการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยการรู้คิด-การรับรู้ 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ คำจำกัดความสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ปัจจัยการรู้คิด-การรับรู้เฉพาะในผู้ป่วยมะเร็ง และปัจจัยเสริม 2 ปัจจัย ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุ สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนน วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 24.73 ปัจจัยที่สามารถทำนายดีที่สุด ได้แก่ ระดับการศึกษา ($\beta = 0.191$) คำจำกัดความสุขภาพ ($\beta = 0.188$) การรับรู้เฉพาะโรคมะเร็ง ($\beta = 0.187$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = 0.182$) เมื่อใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว วิเคราะห์คะแนนวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ตำแหน่งต่าง ๆ พบว่ามีคะแนนวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.62$, - value = 0.02)

Stuifbergen & Becker (1994) ศึกษาตัวทำนายนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนพิการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่พิการมีสภาพพิการและเป็นกลุ่มสนับสนุน จำนวน 117 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ The health concept scale (Laffrey) วัดคำจำกัดความสุขภาพ The general self-efficacy subscale (Sherer/ et al .,1982) วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองทั่วไป The self-rate abilities for health practice scale (Becker, Stuifbergen, Oh & Hall, 1993) วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองเฉพาะที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ The health self-rate scale (Lawton , Moss, Fulcomer & Kleban, 1982) การรับรู้ภาวะสุขภาพ The barriers to health promotion activities for disables persons scale (Becker, et. al , 1991) วัดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพปัจจัยเสริมมีอายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา เชื้อชาติ รายได้ ชนิด และระยะเวลาของความพิการ จำนวนของผู้ป่วย และเครื่องช่วยที่ต้องการ The health promoting lifestyle profile (Walker, et al .,1987) วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น ผลการวิจัยพบว่าผู้พิการส่วนใหญ่ 75% มีสุขภาพโดยรวมของตนเองว่าดีหรือเยี่ยม 61% รู้สึกว่าสุขภาพของตนเองดีเท่ากับหรือดีกว่าคนอื่น ๆ ที่มีอายุเท่ากัน ผู้พิการส่วนใหญ่ 72% มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการทำสิ่งต่าง ๆ มีเพียง 21% ที่มีปัญหาสุขภาพเป็นอุปสรรคเพียงเล็กน้อย วิธีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในรายด้าน พบว่ามีคะแนนสูงสุดในด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตและการสนับสนุนระหว่างบุคคล ส่วนด้านการออกกำลังกายมีคะแนนน้อยที่สุด การรับรู้ความสามารถของตนเองทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) คือ วิธีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพรวม ($Z = 1.908$) การรับประทานอาหาร ($Z = 2.224$) การออกกำลังกาย ($Z = 2.706$) การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ ($Z = 1.863$) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น พบว่าปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้ 3 ตัวคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยทั่วไป ความสามารถของตนเองเฉพาะ คำจำกัดความของการมีสุขภาพดี และปัจจัยเสริม 2 ตัวคือ เครื่องช่วย และเพศ สามารถทำนายความแปรปรวนในวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 50.0

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งงานวิจัยในประเทศ และงานวิจัยในต่างประเทศนั้น เพื่อเป็นการอ้างอิงและเป็นการเปรียบเทียบการสรุปผล เพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัยและจากการศึกษางานวิจัยในประเทศไทย พบว่ายังไม่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพหรือพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ใส่ขาเทียม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ใส่ขาเทียม ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่หน่วยกายอุปกรณ์ในโรงพยาบาล โดยเลือกโรงพยาบาลของรัฐบาลที่มีบริการทำโรงงานผลิตขาเทียมในเขตกรุงเทพมหานครมี 5 แห่ง คือ

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลทหารผ่านศึก โดยเลือกศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบการส่งเสริมของ Pender (1987) โดยในปัจจัยการรู้คิด-การรับรู้เลือก 2 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ ความรู้สึกรู้สีกมีคุณค่าในชีวิต การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด และการสนับสนุนระหว่างครอบครัวและญาติพี่น้อง ซึ่งความสัมพันธ์ของตัวแปรที่นำมาศึกษาสามารถแสดงเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



แผนภาพ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย