

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาถึงผลการการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประทับหลังในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง
3. ความรู้ทั่วไปของผู้ใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประทับหลัง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.1 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม ความหมายตามพจนานุกรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525)

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมที่สิ่งมีชีวิตได้กระทำ ซึ่งมีทั้งที่สังเกตได้ด้วยตาเปล่าและสังเกตด้วยตาเปล่าไม่ได้ และพฤติกรรมของคนหมายถึงกิจกรรมหรือปฏิบัติที่คนแสดงออกมาซึ่งพฤติกรรมนี้มีทั้งพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก และมีความแตกต่างกันไปตามสภาพทางสังคม วัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว รวมทั้งสถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต (Twaddle, 1981 อ้างใน จิราภรณ์ ฉลานูวัฒน์, 2541)

พฤติกรรมของมนุษย์ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527) คือ

พฤติกรรมภายใน หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิบัติภายในตัวบุคคลที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ มีทั้งที่เป็นรูปธรรมเช่นการบีบตัวของลำไส้ การสูดกลิ่นเลือดไปส่วนต่างๆ ของร่างกายและนามธรรม เช่น ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ความเชื่อ และค่านิยม พฤติกรรมภายในที่สามารถวัดได้ โดยใช้เครื่องมือบางอย่างวัดหรือสัมผัสได้

พฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออก ให้บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ เช่น การยืน การนั่ง การเดิน การขับรถ เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) บุคคลแรกที่กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ คือ Harris and Glaser (Cited in Pender, 1977) ให้ความหมายไว้ในเชิงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ และเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Related Behavior) จำแนกได้ 3 ประการ (Karl and Cobb, 1966 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2534) ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive and Protective Behavior) หมายถึง การกระทำของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี และไม่เคยมีอาการหรืออาการแสดงการเจ็บป่วยมาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดีของตน

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) หมายถึง การกระทำของบุคคลที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตนโดยสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วยจากอาการ และอาการแสดงที่เกิดขึ้นต้องการหาความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและต้องการหาความกระจ่างในความผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยของความคิดเห็นหรือคำแนะนำจากบุคคลอื่น รวมทั้งการที่ไม่ทำอะไรเลยแต่คอยให้อาการผิดปกติต่าง ๆ นั้นหายไปเอง

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick-Role Behavior) หมายถึง การกระทำของบุคคลที่ทราบแล้วว่าตนเจ็บป่วย โดยอาจทราบจากบุคคลอื่น หรือจากตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคตามคำแนะนำของแพทย์ การจำกัดกิจกรรมรวมไปถึงการกระทำต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่แสดงออกมาเพื่อตอบสนองสิ่งที่มากระตุ้นหรือสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งขณะที่สุขภาพดีไม่เจ็บป่วยและขณะที่เกิดการเจ็บป่วยขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้นรวมถึงการตัดสินใจใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลังเมื่อเจ็บป่วย

1.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มีผู้ให้คำจำกัดความไว้มากมาย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของบุคคล พฤติกรรมนี้ได้รับผลกระทบจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นรวมทั้งระบบบริการสุขภาพ เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงภาวะ

สุขภาพในทางที่ดี และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต (องค์การอนามัยโลกเขตภูมิภาคตะวันออก
เฉียงใต้ อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การแสดงที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่าง
ชัดเจนเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี เช่น นิสัยในการรับประทานอาหาร การทำงาน การพักผ่อน
การออกกำลังกาย การใช้เวลา เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยการประเมินแบบอื่น เช่น
การออกกำลังกาย การใช้เวลา เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยการประเมินแบบอื่น เช่น
การสัมผัสภัย ความเชื่อ แรงจูงใจ การรับรู้ ความรู้ ค่านิยมต่าง ๆ เป็นต้น (Goodman, 1982 อ้างใน
จินตนา ยูนิพันธ์, 2532)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่า ถ้าตนปฏิบัติพฤติกรรมนั้นแล้ว
ตนเองต้องมีสุขภาพดี และได้ลงมือกระทำมีการดำเนินกิจกรรมหรือมีพฤติกรรมสำคัญ
อันประกอบด้วยกิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความสุข
เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Murray & Enter,
1993 อ้างใน จิราภรณ์ จลนาวัฒน์, 2541)

พฤติกรรม คือ การส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำทางบวกของชีวิต มีผลโดยตรงต่อ
การคงไว้หรือการเพิ่มระดับความสุขของบุคคล (Walker และคนอื่นๆ, 1987 อ้างใน จิราภรณ์
จลนาวัฒน์, 2541)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญ
ในการยกระดับในการเป็นอยู่ที่ดี และบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว
ชุมชน และสังคม (Pender, 1996)

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษา และการ
สนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Supports) เพื่อให้เกิดผลทางการกระทำ การปฏิบัติ
(Action) และสถานการณ์ (Conditions) ของการดำรงชีวิตที่จะก่อให้เกิดสภาวะสุขภาพที่
สมบูรณ์ การกระทำหรือการปฏิบัตินั้นอาจจะเป็นของบุคคล ชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย นายจ้าง
ครู หรือ กลุ่มบุคคลอื่น ซึ่งกระทำหรือปฏิบัติเหล่านั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชน
และสังคมโดยรวม (Green and Kreuter, 1994 อ้างใน กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข,
2542)

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการป้องกันโรค (Changing
Life-Styles For Disease Prevention) เป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพนั้น มุ่งไปที่การเปลี่ยน
พฤติกรรมของบุคคลเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

เพื่อป้องกันโรคนี้เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพเชิงรุกที่สามารถหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงภายนอก เช่น มลพิษต่าง ๆ สารเคมีในทางเกษตรกรรม และปัจจัยเสี่ยงภายในซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากจิตสำนึกของบุคคลเอง รวมทั้งความเชื่อ ทศนคติต่อเรื่องใด ๆ ที่บุคคลยึดถือ ส่วนอีกความหมายหนึ่งนั้น หมายถึง การปรับปรุงมาตรฐานการดำเนินชีวิต (Improvement of Living Standards) ซึ่งแนวทางนี้จะให้ความสำคัญของการยกมาตรฐานการดำเนินชีวิตของบุคคลมิได้มุ่งเฉพาะการที่จะทำให้บุคคลปราศจากโรค แต่จะพัฒนาและส่งเสริมให้บุคคลมีความเป็นอยู่ที่สันติสุข มีที่อยู่อาศัย มีการศึกษา มีอาหารที่เพียงพอ มีรายได้ และมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (เกษม นครเขตต์, 2540)

จากการทบทวนและศึกษาเอกสารมาสรุปได้ว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมใด ๆ ก็ตามที่บุคคลแสดงออกทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม ทั้งนี้เพื่อต้องการให้มีสุขภาพที่ดีหรือดีขึ้นกว่าเดิม ไม่เกิดการเจ็บป่วยหรือมีอาการการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น ซึ่งล้วนเป็นพฤติกรรมในเชิงบวกทั้งสิ้น

1.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีหลายปัจจัย (จิระประภา ภาวิไล, 2535) ดังนี้

1. เพศ (Sex) ลักษณะนิสัยบางอย่างและโรคทางกรรมพันธุ์มักเกิดกับเพศหนึ่งมากกว่าอีกเพศหนึ่ง ซึ่งความผิดปกติที่มักเกิดกับผู้หญิงคือ โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) โรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน เช่น รูมาตอยด์ อาร์ไทรอิด โรคเอส แอล อี การสูญเสียความรู้สึกลอยจากอาหารจากสาเหตุทางอารมณ์ (Anorexia nervosa) โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี โรคหอบหืด โรคอ้วน และโรคไทรอยด์ เป็นต้น ส่วนโรคที่มักเกิดในเพศชาย ได้แก่ แผลในกระเพาะอาหาร โรคไส้เลื่อน โรคทางเดินอาหาร โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด โรคริดสีดวงทวาร และวัณโรค เป็นต้น และจากการสังเกตพบว่า โรคที่มีผลต่อระบบสืบพันธุ์มักมีอัตราการเกิดโรคในอัตราต่ำ ๆ กัน

2. อายุ (Age) การแพร่กระจายของโรคผันแปรไปตามอายุ เช่น โรคเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจอุดตันมักเกิดในชายกลางคนแต่เกิดไม่บ่อยในวัยหนุ่มสาว โรคหัวใจพิการมักเกิดในช่วงอายุ 25-40 และโรคไทรอยด์มักเกิดในเด็กเล็กมากกว่าคนสูงอายุ เป็นต้น ส่วนระดับพัฒนาการก็เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญปัจจัยหนึ่ง กล่าวคือ ในช่วง 2-3 ปีแรก และช่วงสุดท้ายของชีวิตมนุษย์ ความสามารถในการตอบสนองต่อโรคจะน้อยลง เด็กทารกจะขาดวุฒิภาวะทางกายและจิตใจ และความเสื่อมโทรมของร่างกายและความสามารถในการรับรู้สื่อกับรู้ใน

วัยชรา จะเป็นข้อจำกัดของความสามารถในการโต้ตอบกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายและก่อให้เกิดความเครียด

3. ความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิต(Mind-Body Relationship) การตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเครียดส่งผลต่อการทำงานของร่างกายอย่างไร ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในการตอบสนองต่อการทำงานของร่างกายจะมีผลต่อสุขภาพเช่นไร ความสัมพันธ์เหล่านี้สามารถอธิบายได้จากการเกิดความเครียดทางอารมณ์ (Emotional Distress) อาจไปเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคซ้ำในอวัยวะนั้น ๆ หรือเป็นเหตุชักนำในการเกิดโรคได้กล่าวคือ ความเครียดทางอารมณ์จะไปมีอิทธิพลโดยลดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันผ่านทางระบบประสาทส่วนกลางของระบบต่อมไร้ท่อ ทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกาย โรคมะเร็งและโรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันขึ้น

4. แบบแผนชีวิต (Life-Style) ประกอบด้วยรูปแบบการทำงาน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า และ วิธีเผชิญกับความเครียด แบบแผนชีวิตที่รับประทานอาหารมากเกินไป การออกกำลังกายไม่เพียงพอและมีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะมีส่วนในการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดอุดตัน โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารจะเพิ่มอัตราการเกิดฟันผุ การติดยาและการดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้มีอาการอ่อนเพลียทั้งร่างกายและจิตใจ และการสูบบุหรี่มากเกินไปจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งในปอด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

5. มาตรฐานความเป็นอยู่ (Standard of Living) อาชีพ รายได้ และการศึกษา เป็นปัจจัยส่วนใหญ่ในการตัดสินใจระดับทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ อัตราการเกิดโรคและอัตราการตาย สุขอนามัยส่วนบุคคล นิสัยการรับประทานอาหาร การชอบแสวงหาคำแนะนำในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาสุขภาพจะมีความแตกต่างกันในกลุ่มที่มีรายได้สูงและรายได้ต่ำ เช่น การป้องกันความเจ็บป่วยในผู้ที่ยากจนจะไม่มี ความสำคัญเท่ากับการหารายได้มาดำรงชีพ และผู้ที่ยากจนจะไม่พยายามไปรับการตรวจจากแพทย์ ไม่พยายามดูแลสุขภาพสะอาดภายในบ้านหรือการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ซึ่งจะช่วยส่งเสริมสุขภาพนอกจากนี้ความตึงเครียดจากการปฏิบัติตามบทบาททางสังคม และตามตำแหน่งอาชีพที่สูงขึ้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับความเครียดได้ การปฏิบัติตามบทบาท อาจทำให้ต้องรับประทานอาหารมากขึ้น หรือใช้ยา เครื่องดื่มจำพวกแอลกอฮอล์มากขึ้น และอาชีพบางประเภททำให้นุคคลนั้นเป็นโรคบางอย่าง เช่น คนงานในโรงงานอาจได้รับสารก่อมะเร็งได้

6. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล มีผู้กล่าวถึงในหลายทศวรรษดังนี้ วัตสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2541) ได้กล่าวว่า ความเชื่อจะเป็นการตัดสินใจบุคคลที่มีต่อการกระทำหรือปรากฏการณ์ใด ๆ ก็ตามว่าเป็นความจริง ถูกต้องหรือไม่ ความศรัทธา ความไว้วางใจ และความจริงจะเป็นสิ่งที่ใช้แสดงออกเพื่อเป็นนัยแห่งความเชื่อต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับ King (1981 อ้างใน ชนิตา สุรจิตต์, 2543) กล่าวถึงความเชื่อด้านสุขภาพว่ามีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจ และการกระทำของบุคคลในการป้องกันโรค รวมทั้งการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลด้วย และ Rosenstock (1974 อ้างใน กองสุศึกษา, 2542) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า “การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่า

- 1) เขามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค
- 2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร
- 3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อผลดีต่อเขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคนั้น ๆ

และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา” เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก และความกลัว เป็นต้น

7. เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (Support Network) การที่มีคนที่ไว้ใจ เพื่อนหรือบุคคลคอยให้กำลังใจและมีความพึงพอใจในงานที่ทำ จะทำให้บุคคลนั้นหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยได้ โดยบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือ จะทำให้บุคคลที่ได้รับความช่วยเหลือสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่อย่างเหมาะสม ส่วนบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคมที่ไม่เพียงพอจะเปิดโอกาสให้พวกเขากลายเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยง่าย เมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและเมื่อต้องการแสวงหาการรักษา การแสวงหาบริการสุขภาพ เป็นพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยประการหนึ่งของบุคคลที่ใช้เพื่อค้นหาวิธีการรักษาตนเอง Kleinman (1978 อ้างใน กฤษณา นาดี, 2541) ได้ให้คำนิยามของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพไว้ว่า คือ กลวิธีที่บุคคลใช้ในการประเมินและตัดสินใจที่จะเลือกใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย เป็นพฤติกรรมปรับตัวของมนุษย์อย่างหนึ่ง และเป็นพฤติกรรมที่มีเหตุผลสะท้อนมาจากการที่บุคคลรับรู้และตีความอาการผิดปกติของตนว่าเป็นอย่างไร สอดคล้องกับการแสวงหาบริการสุขภาพให้กับตนเอง เมื่อเจ็บป่วยเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการอาการนั้น ๆ ด้วยตนเองว่าจะรักษาอย่างไรหรือแสวงหาคำแนะนำจากผู้อื่นอย่างไร รวมถึงการปรึกษาหารือกันในกลุ่มเครือข่ายทางสังคม การใช้บริการสาธารณสุขและบริการรักษาอื่น ๆ และเป็นวิถีทางสังคมและวัฒนธรรม

ซึ่งปรากฏให้เห็นในทุกสังคม (ทวิทอง หงส์วิวัฒน์ 2533 อ้างใน กฤษณานาคี, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับที่ วาทีนิ บุญชะล้งยี (2530 อ้างใน กฤษณานาคี, 2541) ที่กล่าวถึง Suchman (1972) ว่าได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอนการมารับบริการของผู้ป่วยไว้ 5 ขั้นตอน เริ่มจากเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติขึ้นในร่างกายก็จะอาศัยประสบการณ์ที่มีในอดีตตัดสินว่าตนเป็นอะไร และใช้วิธีการดูแลตนเอง อาจมีการปฏิบัติตนเพื่อให้หายจากอาการนั้น หรือประวิงเวลาเพื่อดูอาการที่เป็นก่อนว่ารุนแรงเพียงใด ขั้นที่ 2 ถ้าอาการไม่ทุเลาก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการยอมรับว่าเจ็บป่วยโดยปริยายญาติ เพื่อนบ้าน หรือบุคคลใกล้ชิด แต่ยังไม่ไปรับบริการจากแพทย์ ขั้นที่ 3 จะตัดสินใจไปรับบริการจากผู้บำบัดรักษา ซึ่งขั้นตอนนี้ผู้ป่วยต้องการได้รับการวินิจฉัยและรักษาให้หาย ผู้ป่วยบางรายจะยอมรับการรักษาทันทีหลังการวินิจฉัยเพื่อให้หายขาดโดยเร็ว ผู้ป่วยบางรายไม่รักษาทันที แต่จะพยายามแสวงหาผู้บำบัดที่ตนพอใจ ขั้นที่ 4 เข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ป่วย ผู้ป่วยจะยอมรับอยู่ในความดูแลของผู้บำบัดรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อให้หายเจ็บป่วย และสิ้นสุดท้าย เป็นขั้นสิ้นสุดการรักษายาผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากผู้บำบัดรักษาว่าหายเป็นปกติ ซึ่งไม่จำเป็นว่าผู้ป่วยทุกคนจะต้องครบ 5 ขั้นตอน

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพพอสรุปได้ว่า เพศ อายุ สภาพจิตใจที่สัมพันธ์กับสภาพร่างกาย แบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคน มาตรฐานความเป็นอยู่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อสุขภาพ

2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

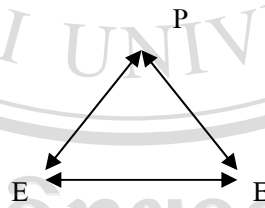
การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นให้สำเร็จซึ่งจากการศึกษาพบว่ามีการกล่าวถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เสนอว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลเกิดจากปัจจัยด้านการรับรู้และการนึกคิด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การให้คำจำกัดความสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และเป็นตัวทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด (Gillis, 1993; Pender, 1987)

การรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นความเชื่อมั่นการตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการตอบสนองบางอย่างที่จำเป็น ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแนวคิดทฤษฎีที่แบนดูรา (Bandura, 1977) ได้พัฒนาขึ้นมา จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยมีข้อสมมติฐานว่า กระบวนการทางสติปัญญา (Cognitive Process) เป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น แต่กระบวนการทางปัญญานั้นจะถูกชักนำหรือถูกเปลี่ยนได้อย่างรวดเร็วมาจากประสบการณ์ความสำเร็จจากการแสดงการกระทำ (Effective Performance) ของบุคคล แบนดูรา (Bandura, 1977) เสนอว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลมีลักษณะของการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) กล่าวคือความสัมพันธ์แบบการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกันจะเกิดขึ้นระหว่างกันของตัวแปร 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal Person Factor = P) อันได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง
2. เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior Condition = B) และ
3. เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (Environmental Condition = E)

ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบนี้ มีลักษณะที่ต่อเนื่องเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกันและกันไว้ (Interlocking System) ซึ่งอิทธิพลของแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสภาพแวดล้อม (Bandura, 1977 :P 191-193)

ดังแสดงในแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล เงื่อนไขเชิง พฤติกรรม และเงื่อนไขเชิงสภาพสิ่งแวดล้อม

แหล่งที่มา. จาก Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change

by Bandura, A., 1977, Psychological Review, 84.

แบนดูรา (Bandura, 1977) สรุปว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) เป็นความเชื่อ การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำการตอบสนองบางอย่างโดยเฉพาะ (One Own Ability to Produce Particular Responses) โดยที่แบนดูราเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลสองคนอาจมีความสามารถที่ไม่แตกต่างกัน แต่อาจเสนอออกมาในเชิงพฤติกรรมที่มีคุณภาพแตกต่างกันได้ ถ้าบุคคลทั้งสองคนนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกันในบุคคลเดียวกันก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสถานการณ์แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ แบนดูรากล่าวว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว แต่สามารถแปรเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกของพฤติกรรม จึงขึ้นอยู่กับรับรู้ความสามารถของตนเองในสถานการณ์นั้น ๆ กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะแสดงถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถ จะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะกระทำงานประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) นอกจากนี้แบนดูรา (Bandura, 1977) ได้อธิบายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) และความคาดหวังในผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) ไว้ ดังแผนภูมิ 2



แผนภูมิ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

และความคาดหวังในผลของการกระทำ

แหล่งที่มา. จาก Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change

by Bandura, A., 1977, Psychological Review, 84.

ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) หมายถึง ความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการกระทำนั้นจนประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ดังที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนลงมือกระทำพฤติกรรม

ความคาดหวังในผลของการกระทำ (Outcome Expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินว่า พฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองคาดหวังเอาไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน

ดังนั้นสรุปได้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลตามที่ตนเองต้องการหรือไม่ และคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่คาดหวังว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ก็มีแนวโน้มว่าบุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวังหรือล้มเหลว

นอกจากนี้แบนดูรา (Bandura, 1977) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ยังมีผลต่อการกระทำกิจกรรมที่ย่างยากซับซ้อน เนื่องจากความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถจะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความพยายามทำงานมากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถจะกระทำกิจกรรมนั้นได้ ทำให้เกิดความกลัวและพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ แต่ถ้านักคิดมั่นใจว่าตนเองสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้จะไม่เกิดความกลัวหรือความวิตกกังวลล่วงหน้า และยังทำให้นักคิดเกิดความเพียรพยายาม และกระตือรือร้นในการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ เพิ่มมากขึ้น การที่บุคคลพยายามกระทำกิจกรรมในสถานการณ์ที่ย่างยากซับซ้อนได้สำเร็จ และได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้จะเป็นแรงเสริมต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้ความกลัวและความวิตกกังวลลดน้อยลง หรือถ้านักคิดกระทำกิจกรรมไม่สำเร็จหรือต้องล้มเลิกการกระทำโดยง่ายจะทำให้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองลดต่ำลงและเกิดความกลัวต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้น

การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรนี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ดังแสดงในแผนภูมิ 3

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

แผนภูมิ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความสามารถของตนเอง

และความคาดหวังผลที่จะเกิด

แหล่งที่มา. จาก ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. โดย สมโภชน์

เอี่ยมสุภายิต, 2536 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นสูง มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมอย่างแน่นอน แต่ถ้ามีด้านใดสูงหรือต่ำเพียงอย่างเดียวบุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภายิต, 2536)

ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินใจว่า บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป การรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับมิติ (Dimension) 3 มิติ ดังนี้ (Bandura, 1977)

1. มิติตามขนาดหรือตามระดับความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึง การรับรู้ต่อความยากง่ายของพฤติกรรมที่จะกระทำ เป็นการที่บุคคลประเมินตนเองว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมที่มีระดับความยากง่ายต่างกันได้หรือไม่ระดับใด

2. มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นได้ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานบางอย่างสามารถนำไปปฏิบัติงานอื่น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

3. มิติความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือมั่นใจของบุคคลในการประเมินระดับความสามารถในการกระทำพฤติกรรมของตน ว่ามีความมั่นใจเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

2.2 การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตามกรอบแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977) สามารถทำได้ 4 แหล่ง ดังนี้

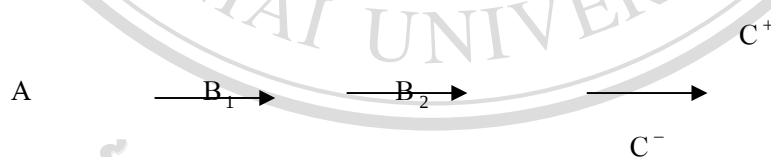
2.2.1. ความสำเร็จของการลงมือกระทำด้วยตนเอง (Performance Accomplishments) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากความสำเร็จจากการกระทำนั้นเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง (Bandura, 1977) การที่บุคคลกระทำงานแล้วเกิดประสบผลสำเร็จซ้ำกันหลาย ๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าบางครั้งอาจเกิดความล้มเหลวบ้างแต่บุคคลจะมองว่าความล้มเหลวที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความพยายามไม่เพียงพอ ใช้วิธีการทำงานไม่เหมาะสม มากกว่าการที่บุคคลมองว่าตนเองไม่มีความสามารถ อีกทั้งยังใช้ความล้มเหลวเป็นบทเรียนในครั้งต่อไป โดยใช้ความพยายามในการทำงานให้เพิ่มขึ้น ดังนั้นในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองจะต้องให้บุคคลได้ปฏิบัติให้เกิดทักษะที่เพียงพอที่จะประสบความสำเร็ไปพร้อม ๆ กับการให้บุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.2 การได้เห็นตัวแบบ (Modeling) หรือประสบการณ์ของผู้อื่นดู VCD (Vicarious Experience) เป็นการแสดงของตัวแบบถึงการกระทำพฤติกรรมแล้วได้รับผลของการกระทำภายใต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการเสริมแรง และการลงโทษเมื่อกระทำได้ถูกต้องหรือผิดพลาด ซึ่งมีความหมายกว้างกว่าการเลียนแบบ (Imitation) ซึ่งหมายถึงการกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบ การเสนอตัวแบบจะรวมเอากระบวนการทางจิตวิทยาคือ การตั้งใจ การจดจำ การกระทำ และการจูงใจไว้เข้าด้วยกัน (Bandura, 1986) สำหรับความหมายในแนวทางอื่นที่มีผู้กล่าวถึงการเสนอตัวแบบ ได้แก่ การเสนอตัวแบบเป็นกระบวนการเรียนรู้ของบุคคล หรือกลุ่มคนโดยการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบซึ่งตัวแบบมีหน้าที่เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สังเกตมีความคิด ทศนคติ หรือพฤติกรรมเปลี่ยนไปตามลักษณะของตัวแบบ (Perry & Furukawa, 1986) เป็นต้น ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเสนอตัวแบบเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรม และผลของการกระทำของตัวแบบก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ทศนคติหรือพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับลักษณะของตัวแบบที่นำเสนอ

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีในเรื่องของพฤติกรรม แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้ใน 2 ลักษณะ กล่าวคือ บุคคลเรียนรู้จากผลของการกระทำซึ่งเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยการสังเกตผลที่เกิดจากการกระทำถ้าเกิดผลที่บุคคลมีความพึงพอใจแล้ว จะเกิดการจดจำการกระทำนั้นไว้เป็นแนวทางใน

การกระทำครั้งต่อไป แต่ถ้าเกิดผลไม่เป็นที่พึงพอใจบุคคลจะจดจำการกระทำนั้นไว้เมื่อประสบกับสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันจะพยายามหลีกเลี่ยงไม่กระทำพฤติกรรมนั้น หรืออาจนำข้อมูลไปดัดแปลงพฤติกรรมนั้นให้เกิดผลที่ดีในอนาคต และอีกลักษณะหนึ่งคือ บุคคลเรียนรู้โดยการสังเกตผ่านตัวแบบ ถ้าบุคคลสังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วประสบความสำเร็จมีแนวโน้มที่บุคคลจะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบสูงขึ้น แต่ถ้าบุคคลสังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลการกระทำที่ไม่พึงพอใจ บุคคลก็จะไม่เลียนแบบพฤติกรรมที่สังเกตจากตัวแบบนั้น นอกจากนี้บุคคลจะสังเกตพฤติกรรมตลอดจนผลของการกระทำที่เกิดกับตัวแบบเก็บไว้เป็นข้อมูลในการชี้แนะการแสดงพฤติกรรมในอนาคต การเรียนรู้โดยการสังเกตผ่านตัวแบบ แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่ามีความสำคัญมากเนื่องจากบุคคลมีความสามารถในการคิด มีความเชื่อมีความคาดหวังที่จะตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมที่จะให้เกิดผลตามที่ตนเองต้องการ

แนวทางในการเสนอตัวแบบจึงเป็นการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้บุคคลเกิดความคาดหวังถึงผลที่เกิดขึ้น ซึ่งความคาดหวังถึงผลที่เกิดขึ้นจะส่งผลถึงการตัดสินใจของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรม หรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น กระบวนการเสนอตัวแบบจะให้การเสนอตัวแบบที่ทำให้บุคคลเกิดความสนใจและมีความคิดที่อยากกระทำตามตัวแบบ และเมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบแล้วสิ่งที่ตามมาคือ ผลของการกระทำที่เกิดจากพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบได้รับการเสริมแรงทางบวกพฤติกรรมนั้นจะเกิดขึ้นซ้ำได้อีก แต่ถ้าพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบแล้วประสบความล้มเหลวพฤติกรรมนั้นจะไม่เกิดขึ้นอีก (Deeder & Nathan, 1985) ลักษณะของกระบวนการเสนอตัวแบบสามารถเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



- โดยที่
- | | | |
|----------------|---|---|
| A | - | การเสนอตัวแบบ |
| B ₁ | - | ความคิด ความรู้สึกหรือความคาดหวังของผู้สังเกตตัวแบบ |
| B ₂ | - | พฤติกรรมที่แสดงออก |
| C ⁺ | - | ผลกรรมทางบวก |

แผนภูมิ 4 แสดงลักษณะของกระบวนการการเสนอตัวแบบ

แหล่งที่มา. จาก ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.

โดย สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลักษณะของตัวแบบมี 2 ประเภทคือ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Live Model) เป็นตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) มีข้อดีคือ สามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตัวแบบให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ได้ตามธรรมชาติ (Kalish, 1981) แต่ไม่สามารถควบคุมผลการกระทำจากเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ที่อาจเกิดขึ้นได้ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงจะกระตุ้นความสนใจมากกว่าตัวแบบสัญลักษณ์ในการรับรู้ของบุคคล (Perry, & Furukawa, 1986) ส่วนตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หนังสือ นวนิยาย เป็นต้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) การเสนอตัวแบบชนิดนี้สามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์ และพฤติกรรมให้มีความชัดเจน ไม่ซับซ้อน ตลอดจนสามารถควบคุมผลการกระทำของตัวแบบได้ เนื่องจากการจัดเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้แล้ว (Kalish, 1981) ตัวแบบสามารถใช้กับกลุ่มบุคคล และในหลายสถานการณ์ รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความคิด และการแสดงออกได้พร้อมกัน (Bandura, 1977) การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบตามแนวคิดของแบนดูรา ตัวแบบจะมีอิทธิพลในการก่อให้เกิดพื้นฐานการเรียนรู้ โดยผู้สังเกตจะต้องการเห็นการกระทำที่ตัวแบบแสดงซึ่งจะเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติของตนเองต่อไป

การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ ประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 4 กระบวนการ ดังนี้ (Bandura, 1986 a)

1. กระบวนการตั้งใจ (Attention Processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ บุคคลจะไม่สามารถเกิดการเรียนรู้ได้ถ้าขาดความตั้งใจปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจคือ ตัวแบบต้องมีความเหมาะสม มีผลต่อระดับ และความรวดเร็วในการเรียนรู้เพราะทำให้บุคคลตั้งใจที่จะสังเกตตัวแบบ ฉะนั้นตัวแบบจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความเด่นชัดดึงดูดความสนใจ มีอิทธิพลต่ออารมณ์ เกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงต้องไม่ซับซ้อนและมีประโยชน์ต่อผู้สังเกต แต่ถ้าจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเสนอเหตุการณ์ที่ความซับซ้อน ควรมีการแบ่งแยกให้เป็นส่วนย่อยให้ความซับซ้อนลดลง จำนวนตัวแบบมีความสำคัญต่อการตั้งใจสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบเพราะจำนวนตัวแบบที่มีความหลากหลายจะทำให้บุคคลสามารถเลือกพฤติกรรมที่ต้องการได้ โดยบุคคลจะเลือกสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบที่ชอบและมีประโยชน์ต่อตนเอง ดังนั้นลักษณะของตัวแบบที่จะดึงดูดให้บุคคลตั้งใจสังเกตควรมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตในด้าน อายุ เพศ เชื้อชาติ ทัศนคติ และความสามารถเพราะบุคคลจะคาดหวังและเข้าใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นเหมาะสม หรือใช้ได้กับตนเองเช่นกัน (Perry & Furukawa, 1986)

2. กระบวนการจดจำ (Retention Processes) แบนดูรา (Bandura, 1986a) กล่าวว่าบุคคลไม่ได้รับผลการกระทำหรือประโยชน์อันใดจากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบถ้าไม่สามารถที่จะจดจำพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำได้ ดังนั้นกระบวนการจดจำซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบไว้ในโครงสร้างทางปัญญา ซึ่งเป็นกระบวนการที่สองของการเรียนรู้จากการสังเกต ซึ่งเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมของตัวแบบที่มี 2 ลักษณะคือ การที่บุคคลเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมต่าง ๆ ของตัวแบบไว้ในรูปสัญลักษณ์ และแปลงข้อมูลต่าง ๆ เหล่านั้นเป็นมโนภาพ และเป็นคำพูด เพื่อนำข้อมูลสัญลักษณ์เหล่านี้เก็บไว้ในความจำถาวรต่อไป

3. กระบวนการกระทำ (Production Processes) เป็นการเรียนรู้ผ่านตัวแบบโดยการที่บุคคลแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปของความจำออกมาเป็นการกระทำ การกระทำกระบวนการนี้นั้นบุคคลต้องระลึกภาพจากการตั้งใจสังเกต และจดจำได้ โดยบุคคลจะระลึกภาพพฤติกรรมที่จดจำไว้ในปัญญาออกมาแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบ ถ้าบุคคลระลึกภาพจากปัญญาได้แม่นยำจะมีโอกาสกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบได้ถูกต้อง

4. กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes) จากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทงสังคม แบนดูรา กล่าวถึงความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่มาจากการสังเกตตัวแบบกับการกระทำพฤติกรรมของบุคคล เพราะว่าบุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมทุกอย่างตามที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมดทั้งที่สามารถจดจำ และกระทำพฤติกรรมนั้นได้ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมตามที่ตนเองนั้นชอบหรือหยุดกระทำพฤติกรรมนั้นถ้าผลลัพธ์ของการกระทำนั้นไม่ได้รับรางวัลหรือได้รับการลงโทษ การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วแสดงพฤติกรรมหรือไม่นั้นจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยที่จูงใจให้กระทำ ถ้าสิ่งจูงใจให้กระทำพฤติกรรมนั้นบุคคลมีความพึงพอใจ หลังการสังเกตตัวแบบบุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นทันที สรุปได้ว่าการเรียนรู้จากตัวแบบจะเกิดประสิทธิภาพได้นั้นจะต้องกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการสังเกตอย่างชัดเจน ไม่ซับซ้อน ตัวแบบต้องมีลักษณะที่น่าสนใจ มีการให้แรงเสริมที่เหมาะสมแก่ตัวแบบ เทคนิคการเสนอตัวแบบเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพไม่ว่าจะใช้วิธีเดียวหรือร่วมกับเทคนิคอื่น แต่สิ่งที่ต้องตระหนักอยู่เสมอในการเสนอตัวแบบคือ ตัวแบบจะทำหน้าที่เพียงแต่ให้พฤติกรรมเกิดขึ้นเท่านั้นไม่ได้ทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดคงที่หรือสม่ำเสมอ จำเป็นต้องมีการเสริมแรงต่อการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

2.2.3 การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคลเพื่อให้เขาเชื่อว่า ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ การชักจูงจะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่น มีความคาดหวังใน

ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น คำพูดที่ใช้จะเป็นในลักษณะการชักชวน แนะนำ อธิบาย ให้กำลังใจหรือชื่นชมให้บุคคลมีความเชื่อว่าตนสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการนี้มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมในระยะสั้น ๆ จะต้องใช้ร่วมกับวิธีการอื่น ๆ ด้วยการลงมือกระทำ แล้วประสบความสำเร็จ หลักการพูดให้กำลังใจ สรุปได้ดังนี้ (กรณีการ์ สุวรรณโคตม, 2527 อ้างใน ดวงกมล พึ่งประเสริฐ, 2534) ควรให้เมื่อบุคคลพร้อมที่จะรับ ไม่ใช่ให้ทุกเวลา การพูดให้กำลังใจบ่อยเกินไปอาจทำให้เกิดความรำคาญ ต้องเป็นความจริงเพราะถ้าเมื่อบุคคลมาทราบทีหลังว่ามีการพูดที่ไม่จริงจะทำให้เกิดการขาดความเชื่อถือและไว้วางใจ ควรให้ในสถานการณ์ที่เหมาะสม เป็นเวลาที่บุคคลต้องการ หรือให้เพื่อเสริมแรงในการกระทำ และควรให้ทันทีที่พฤติกรรมสิ้นสุดลง ไม่ควรตั้งความหวังไว้สูงเกินไปว่าพฤติกรรมของบุคคลต้องดีขึ้นหรือหวังว่าจะได้รับคำชมเชยตอบแทน

2.2.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) บุคคลจะรับรู้ถึงความสามารถของตนเองจากการกระตุ้นทางอารมณ์และจากความต้องการทางสรีระ ความรู้สึกในทางบวก เช่น ความตื่นเต้นเป็นภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัวจะส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนความรู้สึกทางด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ถูกดูถูมหรือว่ากล่าวตักเตือน จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ไม่ดีทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลงและมักหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมหรือสถานการณ์นั้น ๆ บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จเมื่อไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยสนับสนุนให้คุ้นเคยกับสถานการณ์นั้น ๆ มากขึ้นทีละน้อย อาจทำได้โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) การใช้สัญลักษณ์เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย (Symbolic Desensitization) นอกจากนั้นยังอาจฝึกฝนให้บุคคลคาดการณ์ถึงสิ่งเร้า (Anticipate Arousal) ให้มั่นใจว่าจะมีการตอบสนองที่เป็นปกติ (Bandura, 1977)

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง สรุปได้ดังนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยที่แสดงความแตกต่างด้านสรีระของบุคคล เป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพ บทบาทในสังคม ชุมชนและครอบครัว (Kutner & Kutner, 1979 อ้างใน สมทรง เก้าฝาย, 2541) เพศทำให้มีความแตกต่างด้านความสามารถกล่าวคือ เพศหญิงมีความสามารถทางภาษา การเขียนและศิลปะ ส่วนเพศชายมีความสามารถทางด้านคณิตศาสตร์ ประวัติศาสตร์ ภูมิศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ ทำให้เกิดความแตกต่างในการทำกิจกรรมที่เป็นลักษณะเฉพาะเพศ จึงทำให้การแสดงความสามารถออกมาแตกต่างกัน

2. อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะที่จะจัดการปัญหาต่าง ๆ การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ จะมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการ ผู้ที่มีอายุมากกว่า มีโอกาสที่จะได้เรียนรู้และพบประสบการณ์ และ เห็นแบบอย่างการกระทำของบุคคลอื่นมากกว่า

3. การศึกษา เป็นพื้นฐานของความคิด การตัดสินใจ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญ มองเห็นประโยชน์และแสวงหาความรู้ หรืออาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจง่าย รู้จักแสวงหาข้อมูล และสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย จากการศึกษารวบรวมของ ริตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2536) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4. ประสบการณ์เดิม เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการเรียนรู้สถานการณ์ใหม่ได้ ผู้ที่เคยประสบกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับสถานการณ์ปัจจุบันทำให้มีการเรียนรู้สถานการณ์ใหม่ได้เร็ว (Rice, 1999)

5. สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ รายได้และสถานภาพสมรส รายได้มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเอง (Pender, 1996) สถานภาพสมรสเป็นแหล่งประโยชน์ เป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ เวด (Wade, 1990) พบว่าสถานภาพสมรสสนับสนุนความสามารถในการดูแลช่องเปิดลำไส้ในผู้ป่วยเพศชาย ทำให้มีการรับรู้คุณค่าของตนเอง และการยอมรับตนเองได้ดี

3. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลังและโรคปวดหลัง

3.1 ความหมายของกายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลัง

กายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลังหมายถึงอุปกรณ์ที่ช่วยในการบำบัดรักษา อุปกรณ์ดังกล่าวถูกประดิษฐ์ขึ้นมาจากวัสดุสังเคราะห์ เพื่อที่จะช่วยในการทรงตัวหรือพยุง ช่วยลดความเจ็บปวดป้องกันอันตรายที่จะเกิดมากขึ้น ช่วยเหลือและทดแทนกล้ามเนื้อที่อ่อนกำลัง ป้องกันการขยับและจำกัดการเคลื่อนไหวแก้ไขการผิดรูปที่จะเกิดขึ้น

3.2 ความรู้เรื่องปวดหลัง

ความรู้เป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่จะเกิดพฤติกรรมของบุคคล โดยทั่วไปแล้วอาการปวดหลังจะมีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้อและกระดูกสันหลังซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง เป็นไม่นาน และสามารถรักษาได้ ถ้ามีอาการหรืออาการแสดงต่อไปนี้บ่งชี้ว่าอาการปวดหลังที่เกิดขึ้นอาจเป็นอันตรายและควรปรึกษาแพทย์

1. มีอาการนานกว่า 2 สัปดาห์
2. มีอาการปวดอย่างรุนแรง รับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอลแล้วไม่ได้ผล
3. มีอาการไข้ เบื่ออาหาร ผอมลง หรือน้ำหนักตัวลด
4. มีอาการชา หรืออ่อนแรงของแขนและขา
5. มีความผิดปกติของระบบขับถ่าย เช่น ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระ

ถ้ามีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง

6. มีอาการแขนขาเย็น ชีดหรือเขียวคล้ำ

3.3 กระดูกสันหลังของเราที่ควรรู้

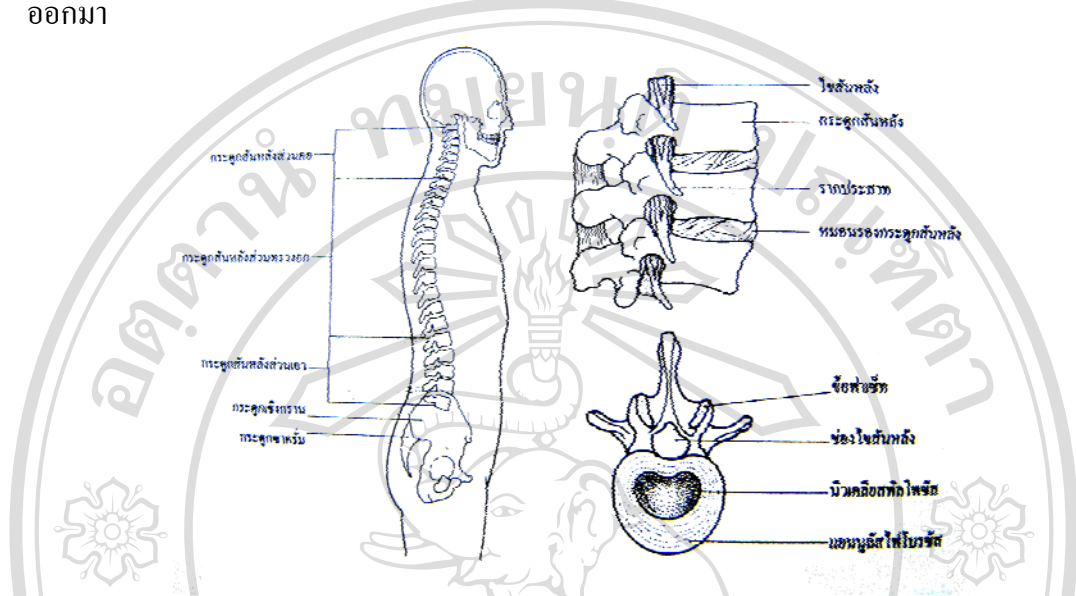
3.3.1 ส่วนประกอบของกระดูกสันหลัง กระดูกสันหลังประกอบไปด้วยกระดูกทั้งหมด 33 ชิ้นเรียงต่อกัน คือ กระดูกสันหลังส่วนคอ (Cervical Vertebra) 8 ชิ้น กระดูกสันหลังส่วนทรวงอก (Thoracic Vertebra) 12 ชิ้น กระดูกสันหลังส่วนเอว (Lumbar Vertebra) 5 ชิ้น กระดูกงู (Sacrum) 5 ชิ้น และกระดูกก้นกอก (Coccyx) 4 ชิ้น โดยกระดูกงูทั้ง 5 ชิ้น และกระดูกก้นกอก 4 ชิ้น จะเชื่อมต่อกันเป็นชิ้นเดียวกัน กระดูกสันหลังจะถูกล้อมรอบด้วยกล้ามเนื้อหลายมัดตลอดแนวยาวของกระดูกสันหลัง (Paravertebral Muscle)

กระดูกสันหลังแต่ละชิ้นจะมาเรียงตัวต่อกัน เกิดเป็นข้อต่อหน้าโดยมีหมอนรองกระดูกสันหลัง (Intervertebral Disc) เป็นตัวเชื่อม หมอนรองกระดูกสันหลังจะประกอบไปด้วยส่วนที่เป็นฟองน้ำเป็นชั้น ๆ อยู่ภายนอก เรียกว่า แอนนูลัสไฟโบรซัส (Annulus Fibrosus) โดยมีส่วนที่เรียกว่า นิวเคลียสพัลโพซัส (Nucleus Pulposus) ซึ่งมีลักษณะคล้ายวุ้นอยู่ภายใน บริเวณด้านหลังของกระดูกสันหลังจะมีส่วนของกระดูกเป็นรูปโค้ง ก่อให้เกิดเป็นช่อง เรียกว่า ช่องไขสันหลัง (Spinal Canal) ซึ่งเป็นที่อยู่ของไขสันหลัง (Spinal Cord) บริเวณส่วนโค้งของกระดูกสันหลังแต่ละอันจะมาเชื่อมติดต่อกันเป็นข้อกระดูกสันหลังที่เรียกว่า ข้อฟาเซ็ต (Facet Joint) ระหว่างกระดูกสันหลังแต่ละชิ้นที่เชื่อมต่อกันจะมีช่องให้เส้นประสาทไขสันหลัง (Spinal Nerve) ลอดออกมาเรียกว่า รูเส้นประสาทไขสันหลัง (Neuroforamen) หรืออินเตอร์เวอร์เทbral ฟอราเมน (Intervetral Foramen) ด้านหน้าและด้านหลังของตัวกระดูกสันหลังจะมีลิแกเมนต์ (Ligament) ซึ่งเป็นพังผืดที่แข็งแรงเชื่อมต่อกัน พังผืดเหล่านี้มีหน้าที่เสริมสร้างความแข็งแรงให้กับกระดูกสันหลัง (รูป 1)

3.3.2 เส้นประสาทไขสันหลัง

เส้นประสาทไขสันหลังประกอบไปด้วยเส้นประสาท 2 ส่วน คือ เส้นประสาทรับความรู้สึกและเส้นประสาทสั่งงาน

เส้นประสาทรับความรู้สึก ทำหน้าที่รับความรู้สึกทั้งความรู้สึกทั่วไป ความรู้สึกคัน และความเจ็บปวด เส้นประสาทนี้เป็นแขนงที่แยกออกมาจากเส้นประสาทไขสันหลัง ซึ่งเมื่อออกมา



รูป 1 โครงสร้างของกระดูกสันหลังและเส้นประสาท (ดัดแปลงจาก Jayson)

จากรูประสาทไขสันหลังแล้ว จะแยกออกเป็นแขนงด้านหน้าและด้านหลัง ซึ่งแขนงเหล่านี้จะแยกออกเป็นเส้นประสาทที่วิ่งขึ้น วิ่งลง หรือวิ่งในแนวขวาง ทำการเชื่อมต่อกับแขนงประสาทที่มาจากเส้นประสาทไขสันหลังด้านตรงข้าม เกิดเป็นใยตาข่าย (Plexus) ทำหน้าที่รับความเจ็บปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพบริเวณเยื่อหุ้มกระดูกสันหลัง พังผืดที่อยู่ล้อมรอบกระดูกสันหลัง และข้อฟาเซีย ใยประสาทเหล่านี้ยังมีแขนงที่แยกไปรับความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อที่อยู่บริเวณหลัง หรืออวัยวะภายในร่างกายที่อยู่ใกล้เคียงกับกระดูกสันหลังด้วย นอกจากนี้ยังมีใยประสาทที่มาเลี้ยงผิวหนังบริเวณแขนและขา ในกรณีที่พยาธิสภาพของใยประสาทที่มาเลี้ยงแขนและขา จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาของแขนและขา

เส้นประสาทสั่งงาน เป็นเส้นประสาทที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ เป็นแขนงที่แยกออกมาจากเส้นประสาทไขสันหลังเช่นกัน ทำหน้าที่เลี้ยงกล้ามเนื้อบริเวณลำคอ และหลัง เมื่อมีการสั่งงานจะทำให้มีการหดตัว เกร็งหรือมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเกิดขึ้น เมื่อมีพยาธิสภาพที่เส้นประสาทสั่งงานของแขนและขา จะทำให้กล้ามเนื้อไม่สามารถหดตัวและทำงานได้เต็มที่จะมีอาการอ่อนแรงของแขนและขาเกิดขึ้น

3.4 สาเหตุที่ทำให้ต้องใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลัง คือ อาการปวดหลัง

สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดหลัง (Hickey, 1997) อาการปวดหลังอาจเกิดได้จากสาเหตุดังต่อไปนี้

3.4.1 การเสื่อมที่เกิดตามอายุ (Degenerative Changes of Aging) เมื่ออายุมากขึ้นน้ำในส่วนของ Nucleus Pulpous ของหมอนรองกระดูกสันหลังจะแห้งลง ทำให้ความสามารถในการดูดซับแรงสั่นสะเทือนลดลง อายุที่เพิ่มขึ้นยังทำให้เกิดภาวะเสื่อมของ Annulus Fibrosis และ Posterior Longitudinal Ligament เมื่อรวมเข้ากับผลที่สะสมจากการทำกิจกรรมประจำวันในท่าที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้เกิดการเคลื่อนตัวของหมอนรองกระดูกสันหลังได้ง่าย กระดูกพรุน (Osteoporosis) ก็เป็นภาวะเสื่อมที่เกิดตามอายุที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังได้เช่นกัน

3.4.2 ภาวะเสื่อมของกระดูกสันหลัง (Degenerative Disease of Vertebral Column) เช่น ข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ในส่วนหมอนรองกระดูกสันหลัง และส่วนที่เป็นข้อ Facet ซึ่งมักเกิดร่วมกันกับโพรงกระดูกสันหลังแคบ (Spinal Canal Stenosis) (Polaski & Tatro, 1996)

3.4.3 เนื้องอก หรือมะเร็งกระดูก (Neoplasms) มะเร็งมักกระจายมาจากต่อมลูกหมาก ปอด เต้านม หรือทางเดินอาหาร เนื้องอกมักเกิดที่เยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นนอกสุด (Dura) หรือไขสันหลัง

3.4.4 การติดเชื้อ (Infection) เชื้อที่มักพบบ่อยได้แก่ Staphylococcus, Tubercle Bacillus, Aspergillus และ Streptococcus

3.4.5 โรคที่เกิดจากการอักเสบ (Inflammatory Disease) ได้แก่ โรครูมาตอยด์ โรคกระดูกสันหลังอักเสบยึดติด (Ankylosing Spondylitis)

3.4.6 ภัยอันตราย (Trauma) ที่เกิดกับหลัง เช่น เกิดการเคล็ด (Sprains) มีแรงเครียด (Strain) มีการขาดตอนของกระดูกสันหลังส่วนเอว (Spondylolysis) มีการเคลื่อนของกระดูกสันหลัง (Spondylolisthesis) และมีการแตกของหมอนรองกระดูกสันหลัง (Ruptured Intervertebral Disc Disease)

3.4.7 ปัญหาที่เกิดระหว่างการเจริญเติบโต (Developmental Problems) เช่น หลังคด (Scoliosis) และหลังโก่ง (Kyphosis)

3.4.8 อาการปวดร้าวที่มาจากอวัยวะภายในช่องท้อง (Referred Pain from Viscera) เช่น ไต มดลูก ถุงน้ำดี ตับอ่อน โรคหลอดเลือดโป่งพอง (Aneurysm)

3.5 เหตุผลและความจำเป็นที่แพทย์ต้องให้ใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลัง

เพื่อที่จะช่วยในการทรงตัว หรือพยุงช่วยลดความเจ็บปวดป้องกันอันตรายที่จะเกิดมากขึ้น ช่วยเหลือและทดแทนกล้ามเนื้อที่อ่อนกำลัง ป้องกันการขยับและจำกัดการเคลื่อนไหว แก้ไขการผิดรูปที่จะเกิดขึ้น และของป่วยที่มีการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

3.6 วิธีใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลัง

วิธีใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลัง

3.6.1 Chair back Brace ประกอบด้วย

เหล็กแข็งเป็นแกนด้านหลังข้างกระดูกสันหลัง 2 อัน (Up – Right Bar) มี Pelvic Band 2 อันบนล่าง มีแผ่นหนังสือหรือผ้าใบหนาทำเป็นแผ่นหน้าท้อง

วิธีใส่ Chair back Brace ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้ายหรือขวาก็ได้ ใช้อุปกรณ์ Chair back Brace สอดใส่ด้านหลังให้ผู้ป่วยนอนหงายกับมานอนบนกายอุปกรณ์ ๆ ให้ Pelvic Band อันล่างวางพาดตรงระดับระหว่าง Iliac Crest กับ Greater Trochanter วางแผ่นหนังระหว่างหน้าท้องให้เข็มขัดเส้นกลางตรึงก่อนทั้ง 2 ข้าง เส้นบนและล่างตรึงตามทั้ง 2 ข้างให้แน่นพอดี

3.6.2 Jewette Brace ประกอบด้วย

โครงโลหะเป็นรูปตัวโอ มีแผ่นโลหะติดบนล่างระหว่างหน้าอกเป็นแผ่นเล็ก และตรงหัวเหน่าแผ่นใหญ่ มีแผ่นหนังหรือผ้าใบด้านหลัง มีสายเข็มขัด และหัวตรึงสายด้านขวามือของโครงโลหะรูปตัวโอ

วิธีใส่ Jewette Brace ให้ผู้ป่วยนอนหงาย แล้วเอาโครงรูปตัวโอครอบลำตัวด้านหน้าให้แผ่นหน้าอกต่ำกว่าจุดคอหอยลงมา 1.5”-2” และให้แผ่นล่างตรงเนินหัวเหน่าพอดี ให้ผู้ป่วยตะแคงขวาแล้วใช้สายสอดมาด้านหลังพร้อมแผ่นหนังหรือผ้าใบ ใช้หัวเข็มขัดเกาะกับหมุดด้านซ้ายให้พอดีแล้วเร่งให้ตึงด้วยหัวตรึงสายให้พอดี

3.6.3 Taylor Brace ประกอบด้วย

แกนเหล็กข้างกระดูกสันหลัง 2 อันต่อไปจนถึง Spine of capular มีสายรัดติดกับตรงปลาย Upright Bar ทั้ง 2 ข้าง Pelvic Band ติดกับ Upright Bar ด้านล่างที่ปลาย Pelvic Band มีสายเข็มขัดติดอยู่ข้างละ 1 เส้น มีสายติดตรงกลาง Upright Bar อีก 2 เส้น และแผ่นหน้าท้อง

วิธีใส่ ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้ายหรือขวาก็ได้ ใช้อุปกรณ์ Taylor Brace สอดใส่ด้านหลังให้ผู้ป่วยนอนหงายกับมานอนบนกายอุปกรณ์ ๆ ให้ Pelvic Band วางพาดอยู่

ตรงระดับ Iliac Crest กับ Greater Trochanter วางแผ่นหนังใช้สายตรงกลางยึดติดแผ่นหนัง
ท้องก่อนแล้วเอาสายที่ปลาย Upright Bar ที่ไหล่อ้อมทางด้านหลังยึดติดกับ Upright Bar
ด้านหลัง อ้อมมาด้านหน้าล็อกกับแผ่นหนังท้องตรงหว่างด้านบน แล้วใช้สายรัดที่กับปลาย
Pelvic Band ยึดกับแผ่นหนังท้องตรงหว่างด้านล่างดึงรัดสายให้แน่นพอดี

3.7 การบำรุงรักษากายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลัง

ใช้ผ้าหรือฟองน้ำชุบน้ำสบู่เหลวใช้เช็ดตรงที่เป็นหนังเทียมหุ้มโลหะอยู่ แล้วผ้าชุบน้ำ
สะอาดเช็ดสบู่ออกแล้วผึ่งลมให้แห้ง อย่างนำไปผึ่งแดดจะทำให้ฟองน้ำและหนังเทียมหมดอายุ
ไวขึ้น ส่วนที่เป็นโลหะก็ให้ใช้ผ้าเช็ดขัดธรรมดาก็พอ ตรวจสอบจุดที่ยึดติดนั้นหลวมหลุดหรือ
เปล่า

3.8 กายบริหารในขณะที่ใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลัง

3.8.1 การยืดกล้ามเนื้อต้นคอ

- 1) ก้มศีรษะให้กลางจรดหน้าอก หมุนศีรษะเป็นวง ทิศละ 3 รอบ
- 2) ก้มศีรษะให้กลางจรดหน้าอก ค้างไว้ 30 วินาที เพื่อยืดกล้ามเนื้อคอ
ด้านหลัง
- 3) แหงนหน้ามองเพดาน อ้าปากและหุบปากสลับกัน 10 ครั้ง
เพื่อยืดกล้ามเนื้อทางด้านหน้า
- 4) หันหน้าไปด้านข้าง ใช้มือผลักคางให้เข้าใกล้กับหัวไหล่มากที่สุด
ค้างไว้ 30 วินาที ทำซ้ำอีกข้างหนึ่ง

3.8.2 การยืดกล้ามเนื้อหลังตอนบนและกล้ามเนื้ออก

- 1) นั่งหลังตรง มือ 2 ข้างแตะหัวไหล่ หุบศอกและกางศอกออกให้
มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำซ้ำกัน 10 ครั้ง
- 2) ชูแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะให้แนบกับหู ยืดแขนให้สูงที่สุด
เท่าที่จะทำได้จนรู้สึกตึงกล้ามเนื้อไหล่ ออก และเอว สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ และนับ 10 จากนั้น
ก้มตัวลง ใช้มือแตะพื้นขณะหายใจออกช้า ๆ นับ 10 หายใจเข้าลึก ๆ แล้วตั้งต้นใหม่ ทำซ้ำ 10 รอบ
- 3) นั่งพิงพนักเก้าอี้ เหยียดแขนเหนือศีรษะนับ 10 แล้วค่อย ๆ โน้มแขน
ลงด้านข้างค้างไว้ 10 วินาที แล้วกลับมาอยู่ในท่าตั้งต้น ทำสลับข้างกัน ให้ได้ข้างละ 10 ครั้ง
- 4) ประสานมือไว้ที่ท้ายทอย โน้มตัวลงทางด้านหน้าและบิดเอวให้
ศอกจรดกับด้านข้างของเข่าด้านตรงข้าม มองไปทางศอกอีกด้านหนึ่งที่ชี้ขึ้นเพดานค้างไว้
30 วินาที ทำข้างละ 10 ครั้ง

3.8.3 การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง

- 1) เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทั้งเข้าและออกให้เต็มที่ที่สุดเท่าที่ทำได้ ทำ 10 ครั้ง
- 2) ใช้มือกดท้อง เบ่งลมหายใจออกเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องด้านกับมือ คลายกล้ามเนื้อขณะหายใจเข้า ทำซ้ำ 10 ครั้ง
- 3) นอนชันเข่า แขนราบไว้ข้างตัว ยกศีรษะขึ้น ให้ไหล่พ้นจากพื้นเล็กน้อย ทำ 10 ครั้ง
- 4) นอนราบในท่าชันเข่า ยกสะโพกขึ้นให้ท่อนขาขนานกับพื้น กดแรงลงไปที่หลังลงให้นาบกับพื้น นับถึง 5 แล้วเอาขาลงในท่าตั้งต้น ทำ 10 ครั้ง
- 5) นอนราบ เขยียดแขนขึ้นเหนือศีรษะ ยืดขึ้นไปจนถึงขณะที่ยกหลังและเข่าลงกับพื้น ทำ 1 ครั้ง
- 6) นอนราบกับพื้น ใช้มือสอดใต้เข่าและดึงสะโพกขึ้นให้เข้าชิดกับอก จนรู้สึกตึงที่กล้ามเนื้อหลังตอนล่าง ค้างไว้ 30 วินาที ทำ 1 ครั้ง
- 7) นั่งเขยียดเข่าแล้วโน้มตัวลงไปด้านหน้าให้อกชิดกับต้นขามากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ค้างไว้ 30 วินาที ทำ 1 ครั้ง

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทั่วไปของบุคคล

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังที่ใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย โภชนาการและการจัดการกับความเครียด การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยโดยในการทำวิจัยครั้งนี้แยกเป็น

4.1.1 เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม และเป็นตัวบ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติของบุคคลตามปัจจัยทางพันธุกรรม และเพศยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพ ในครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วย (Orem, 1980) เพศเป็นตัวกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองของบุคคล และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาที่พบว่า เพศหญิงมีการไปใช้บริการของโรงพยาบาลอำเภอและจังหวัดมากกว่าเพศชาย ทั้งที่เจ็บป่วยน้อยและเจ็บป่วยรุนแรง เพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง การแสวงหาการดูแลรักษาสุขภาพ และการใช้บริการดีกว่าเพศชาย (ฉลตา เพ็ชรชอบ, 2529, หน้า 47-50) สอดคล้องกับการศึกษาของสไตน์ ศรีสะอาด (2540,

หน้า 163) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ชัดแจ้งกับการศึกษาของขวัญใจ ดันติวัฒนเสถียร (2534) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

ดังนั้นเพศน่าจะมีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังที่ใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลัง

4.1.2 อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง เนื่องจากอายุเป็นตัวบอกระดับสุขภาพ ผู้ที่มีอายุน้อยสุขภาพมักแข็งแรงจึงสนใจสุขภาพน้อย และในขณะที่ผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นจะสนใจสุขภาพมากขึ้น Backer & Maiman กล่าวว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค และอายุมีอิทธิพลต่อด้านสุขภาพของบุคคล บุคคลในวัยผู้ใหญ่จะมีวิถีชีวิตที่สูงกว่า ย่อมสนใจสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (Backer & Maiman, 1975 อ้างใน รุ่งศรี ศศิธร, 2536 หน้า 99) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องอายุพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรับรู้ความสามารถของตนเองและสามารถทำนุบำรุงการดูแลตนเองของเยาวชนที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมได้ (ปีทมา กาญจนวงศ์, 2536)

ดังนั้นอายุน่าจะมีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังที่ใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลัง

4.1.3 การศึกษา ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของบุคคลแตกต่างกัน ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงน่าจะมีทัศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลการซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษา ตลอดจนแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าคนที่มีความรู้ระดับการศึกษาต่ำกว่า (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2530) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการดูแลตนเองของเยาวชนในโรงงานอุตสาหกรรม (ปีทมา กาญจนวงศ์, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จันทร์หา บริสุทธิ์, 2540) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานจังหวัดอุทัยธานี ปี พ.ศ. 2542 พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (งานสุศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, 2542)

ฉะนั้นระดับการศึกษาน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมของตนเองของผู้ป่วยปวดหลังที่ใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลัง

4.1.4 อาชีพ มีผู้กล่าวถึงอาชีพที่มีผลต่อการเกิดอาการปวดหลังไว้หลายท่าน เช่น อาชีพพยาบาลเป็นอาชีพหนึ่งที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดอาการปวดหลังได้มากจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การพลิกตัว การยกของหนัก เป็นต้น (สำเร็จ กาญจนเมธากุล, 2541) และอาชีพยังมีความเกี่ยวข้องกับรายได้ เวลาว่างในการไปพบแพทย์ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการดูแลสุขภาพของตนเอง และอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานหรือไม่ได้ประกอบอาชีพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำที่สุด รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกรกรรม และผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด (ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป พบว่า สตรีที่ทำงานนอกบ้านแต่มีภาระในการดูแลความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสภาพขณะที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมรีบเร่ง และกฎระเบียบเคร่งครัดจึงไม่เอื้อให้เกิดความสะดวกต่อการขอรับคำปรึกษาหรือสอบถามข้อมูลข่าวสารกับสุขภาพ (วาสนา สารการ และคณะ, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคเหนือตอนล่างพบว่า การมีอาชีพนอกบ้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จันทร์หา บริสุทธิ์, 2540) จากรายงานการประสบอันตราย เนื่องจากการทำงานจำแนกตามความรุนแรงของสำนักงานประกันสังคมพบว่า มีแนวโน้มผู้บาดเจ็บเนื่องจากการยกของหนักหรือเคลื่อนย้ายวัสดุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากจาก 6,600 ราย ในปี พ.ศ. 2535 เป็น 11,546 รายในปี พ.ศ. 2537 และมีผู้ที่บาดเจ็บจากท่าทางการทำงานเพิ่มขึ้นจาก 1,907 ราย ในปี 2535 เป็น 3,473 ราย ในปี พ.ศ. 2537 นอกจากนี้การทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ โดยมีได้เปลี่ยนอิริยาบถเลย เช่น ในงานบริการ ต่าง ๆ ที่ต้องยืนอยู่ตลอดเวลา ยืนหรือนั่งอยู่เป็นเวลานาน เช่น ผู้ที่ทำงานสำนักงาน หรือผู้ที่ต้องใช้คอมพิวเตอร์ติดต่อกันเป็นเวลานานหลายชั่วโมงย่อมทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม และมีปัญหาสุขภาพตามมา เช่น ทำให้เกิดปัญหากับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ ปวดคอ ปวดหลัง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลต่ออายุการทำงานของผู้ทำงานได้ (รวมพร คงกำเนิด, 2543)

ฉะนั้นอาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยปวดหลังที่ใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลัง

4.1.5 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จากการศึกษาเรื่องการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง พบว่า ระยะเวลาเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จันทร์หา บัณฑิต, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลังว่า ระยะเวลาเจ็บป่วยไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลังได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ว่าผู้สูงอายุที่ปวดหลังจะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานเท่าไร ก็มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน (จิราภรณ์ ฉลาวัณ, 2541) และระยะเวลาเจ็บป่วยไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต (จุฑามาศ คำแพร่, 2541) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ (จิรวรรณ อินคัม, 2541)

ฉะนั้นระยะเวลาเจ็บป่วยน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังที่ใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประทับหลัง

4.2 งานวิจัยเกี่ยวกับโรคปวดหลัง

4.2.1 ความรู้เรื่องปวดหลัง

ความรู้เป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่จะเกิดพฤติกรรมของบุคคล คนที่มีความรู้ในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม การปฏิบัติจะดีกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้โดยการที่บุคคลจะมีความรู้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลนั้น พยาบาลควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องโรค และปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคอย่างละเอียดเพื่อให้ได้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนปรับตัวให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข (กรรณิกา เรือนจันทร์, 2534) และความรู้เกี่ยวกับการรักษาเย็บแผลแบบพื้นบ้าน หรือการเย็บแผลตนเอง ได้แก่ ความรู้ของบุคคลในการรักษาตนเองสำหรับการเจ็บป่วยนั้นประกอบกับรับรู้ว่าการนั้นไม่รุนแรงก็มักเลือกรักษาตนเอง เมื่อไม่ดีขึ้นจึงใช้แหล่งบริการการรักษาแบบตะวันตก (ศรีสุดา แซ่อึ้ง, 2542)

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

4.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรค มีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นมากน้อยเพียงใด ได้มีผู้ทำการศึกษาถึงตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง

ของการเกิดโรคกระดูกพรุนระดับค่อนข้างต่ำ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้หรือความรู้สึก คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ Logothetis ที่พบว่าสตรีอเมริกันวัย 40-60 ปี มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคในวัยหมดประจำเดือนระดับค่อนข้างต่ำ (บุบผา อินตะแก้ว, 2545)

4.3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากอาการปวดหลังและความเจ็บป่วยนั้นซึ่งพิจารณาจากผลที่ตามมาในทุก ๆ ด้าน ครอบคลุมถึงการเสียชีวิต การสูญเสียหน้าที่ ความพิการ ความทุกข์ทรมาน ตลอดจนผลกระทบต่องาน ชีวิตในครอบครัวและชีวิตในสังคม จากการศึกษาเรื่อง ตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคกระดูกพรุนค่อนข้างสูง กลุ่มตัวอย่างรับรู้หรือรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองว่าถ้าเกิดโรคกระดูกพรุนจะส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว การทำงาน และสังคมในระดับรุนแรงค่อนข้างสูง (บุบผา อินตะแก้ว, 2545) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสุนัขที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของสตรีชาวเกาหลีที่เป็นข้ออักเสบ จำนวน 96 คนพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (Hyun-Soo, 1993 อ้างใน ธนัญญา น้อยเปียง, 2545)

4.3.3 การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived Benefits and Cost) คือ ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคว่าจะช่วยลดการเกิดความไม่สุขสบายจากการปวดหลังและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเพื่อให้มีร่างกายแข็งแรง มีความผาสุก และมีศักยภาพสูงสุดในการดำเนินชีวิตโดยคำนึงถึงซึ่งเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคปวดหลังและค่าใช้จ่าย จากการศึกษาเรื่อง ตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนระดับค่อนข้างสูง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้หรือความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนอย่างมาก (บุบผา อินตะแก้ว, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหัวหน้าครอบครัวในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ชัยณรงค์ สังข์จำง, 2543)

4.3.4 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นการตระหนักของผู้ที่มีอาการปวดหลังที่มีต่อสุขภาพของตนเอง โดยการดูแลตนเองและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง จากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง

มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้อยู่ในเกณฑ์ไม่เหมาะสม แสดงว่า กลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้เอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ อาจเพราะต้องรับผิดชอบคนในครอบครัว และรายได้ต่ำจึงต้องมุงงานมากกว่า (วาสนา สารการและคณะ, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหัวหน้าครอบครัวในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตรที่พบว่า ความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี (ชัยณรงค์ สังข์จ้าง, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (บุญพา ณ นคร, 2545)

ฉะนั้น ความรับผิดชอบต่อสุขภาพน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังที่ใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลัง

4.3.5 กิจกรรมด้านร่างกาย เป็นการออกกำลังกายและบริหารร่างกายรวมทั้ง การใช้ท่าทางในการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงาน จากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป พบว่า ด้านกิจกรรมทางกาย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้อยู่ใน ระดับไม่เหมาะสม แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายไม่สม่ำเสมออาจเนื่องจาก ทำงานสัปดาห์ละ 6 วันหลังเลิกงานต้องกลับไปทำงานบ้านต่อไม่มีเวลา (วาสนา สารการ และ คณะ, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหัวหน้าครอบครัว ในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ที่พบว่า กิจกรรมทางกายอยู่ในระดับไม่ดี (ชัยณรงค์ สังข์จ้าง, 2543) และยังสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทำงานจังหวัดอุทัยธานี ปี พ.ศ. 2542 พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับถูกต้องน้อยร้อยละ 82.90 (งานสุข ศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, 2542) และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับอาการปวดหลังของพยาบาลในโรงพยาบาลพระภูมิเกิด คือ การไม่เคยออกกำลังกายภายใน ช่วง 6 เดือน (สำเริง กาญจนเมธากุล, 2541)

ฉะนั้น กิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังที่ใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลัง

4.3.6 โภชนาการ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ผู้ที่มีอาการปวดหลัง หรือเพื่อการป้องกันไว้ อาหารที่ควรรับประทานคือ อาหารที่มีแคลเซียมเพียงพอ ผู้ใหญ่ควร รับประทานในแต่ละวัน 1,000 มิลลิกรัม และหญิงมีครรภ์หรือให้นมบุตรควรได้รับแคลเซียม 1,500 อาหารต่อวัน อาหารที่มีแคลเซียมในปริมาณสูง ได้แก่ นม รวมถึงอาหารที่รับประทาน ได้ทั้งกระดูก ถั่วลิสง เต้า เป็นต้น แต่สาเหตุที่ขัดขวางการดูดซึมแคลเซียม ได้แก่ สุรา ยาลดกรด

ในกระเพาะ (Antacid) สารอาหารฟอสฟอรัส และกรดออกซาลิก ที่มีในพืช เช่น ผักโขม โดยจะรวมตัวกับแคลเซียมที่ไม่ละลายน้ำเป็นแคลเซียมออกซาลิกเป็นนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ การบริโภคโปรตีนมากเกินไปก็เป็นสาเหตุที่ทำให้สูญเสียแคลเซียมได้โดยโปรตีนทำให้เกิดของเสียในร่างกายได้แก่ แอมโมเนีย ยูเรีย และกำมะถัน ซึ่งจะถูกขับออกมาในรูปเกลือซัลเฟต ร่างกายจึงต้องดึงธาตุที่มีฤทธิ์เป็นด่าง เช่น แคลเซียม หรือแมกนีเซียม จากกระดูก เพื่อให้เกลือซัลเฟตเป็นกลาง ซึ่งแม้จะรับประทานแคลเซียมชดเชยถึง 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน ก็ไม่อาจทดแทนที่สูญเสียไปได้ และอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังก็คือ โรคกระดูกพรุน และสาเหตุของการเกิดกระดูกพรุนจากการบริโภคคือ อาหารที่แคลเซียมต่ำ สูบบุหรี่ ดื่มชาหรือกาแฟมากกว่า 5 แก้วต่อวัน (Bomar, 1996 อ้างใน นัยนา หนูนิล, 2543) และจากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปพบว่า ด้านโภชนาการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ไม่เหมาะสม แสดงว่า ในแต่ละวันกลุ่มตัวอย่างเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายไม่สม่ำเสมอ (วาสนา สารการและคณะ, 2545) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานบริษัทเอกชนในเขตเทศบาลเมืองเชียงใหม่ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี (ปิยะรัตน์ ใจโต, 2543) ส่วนการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานจังหวัดอุทัยธานี ปี พ.ศ.2542 พบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 89.20 (งานสุศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, 2542) จากการศึกษาเรื่องตัวกำหนดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันกระดูกพรุนโดยการบริโภคแคลเซียมสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคแคลเซียมสูงสม่ำเสมอ อาจเป็นเพราะเป็นอาหารท้องถิ่นในการรับประทานของคนพื้นบ้านทั่วไปภาคเหนือ ส่วนสิ่งที่บริโภคไม่สม่ำเสมอคือ นม เนย สิ่งในกลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยงมากที่สุดคือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สิ่งที่ไม่หลีกเลี่ยงไม่สม่ำเสมอหรือไม่หลีกเลี่ยงคือ อาหารพวกเครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ อาหารรสเค็ม ผงชูรส บะหมี่สำเร็จรูป น้ำอัดลม น้ำชา กาแฟ ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร และยาชุด (บุบผา อินตะแก้ว, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง พบว่า การรับประทานอาหารที่แคลเซียม และการดื่มนมอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี (จิราภรณ์ จลานูวัฒน์, 2541) ส่วนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหัวหน้าครอบครัวในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ที่พบว่า ด้านโภชนาการอยู่ในระดับพอใช้ (ชัยณรงค์ สังข์จ้าง, 2543)

ฉะนั้น จะเห็นว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารหรือภาวะโภชนาการน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังที่ใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลัง

4.3.7 การจัดการกับความเครียด เป็นการกระทำเพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดมีการพักผ่อนเพียงพอ การใช้เวลาวางให้เป็นประโยชน์ ความเครียดทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดตัวทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ ฉะนั้นต้องมีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม จากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้อยู่ในระดับที่เหมาะสม แสดงว่าเมื่อเกิดความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการกับความเครียดของตนเอง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีครอบครัว อาจทำให้มีโอกาสในการช่วยเหลือกันได้ (วาสนา สารการ และคณะ, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหัวหน้าครอบครัวในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตรที่พบว่าการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี (ชัยณรงค์ สังข์จ้าง, 2543)

ฉะนั้น การจัดการกับความเครียดน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดหลังที่ใส่กายอุปกรณ์เสริมโลหะประกับหลัง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

