

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น  
กับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด  
ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

The Relationship between Perceived Self-Efficacy and Outcome Expectancy, and  
Health Practices in Patients with Opened Fracture of Lower  
Extremities after Receiving External Fixator



เบญจวรรณ ละองพณ

Benjawan La-ongphon

เลขหมู่	RD581 N22 1543 D. 2
Bib Key	204734
	1.2.5.2543

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2543

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์  
 ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด  
 ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

ผู้เขียน นางสาวเบญจวรรณ ละอองผล

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่



คณะกรรมการที่ปรึกษา

คณะกรรมการสอบ

*Ch* ..... ประธานกรรมการ ..... ประธานกรรมการ  
 (รองศาสตราจารย์ ช่อลดา พันธุเสนา) (รองศาสตราจารย์ ช่อลดา พันธุเสนา)

*She We* ..... กรรมการ ..... กรรมการ  
 (ดร. สุคศิริ หิริบุญชนะ) (ดร. สุคศิริ หิริบุญชนะ)

*Om We* ..... กรรมการ ..... กรรมการ  
 (อาจารย์ ทศนีย์ นะแสง) (อาจารย์ ทศนีย์ นะแสง)

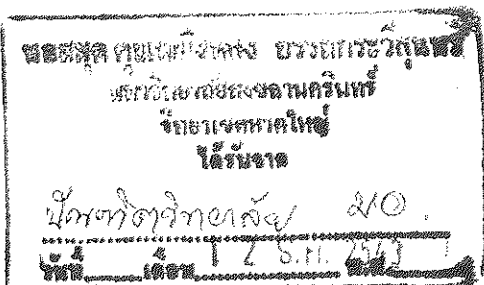
*Alina Kumth* ..... กรรมการ  
 (รองศาสตราจารย์ นพ. นิรันดร์ เกียรติศิริโรจน์)

*Prasit* ..... กรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประสิทธิ์ ส่งวัฒนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
 ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

*Prasit* .....  
 (รองศาสตราจารย์ ดร. นพรัตน์ ปารุรักษ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ชื่อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก
ผู้เขียน	นางสาวเบญจวรรณ ละอองผล
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา	2543

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และการปฏิบัติด้านสุขภาพ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 90 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเอง แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำและแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติด้านสุขภาพ ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS/PC สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำและการปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนรายค้านั้น พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษาอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านอื่นๆ นั้น พบว่า อยู่ในระดับมาก ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษาและด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนด้านอื่นๆ นั้นอยู่ในระดับมาก และสำหรับการปฏิบัติด้านสุขภาพนั้น พบว่า การปฏิบัติด้านการรับประทานอาหารตามแผนการรักษา ด้านการออกกำลังกาย ด้านท่าทางและการเคลื่อนไหว ด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับมาก

2. ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานอาหาร ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานอาหารและด้านการจัดการกับความเครียด รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวม ส่วนรายค้าน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการป้องกันการติดเชื้อและด้านการสังเกตอาการผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำด้านการรับประทานอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ยกเว้นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับการปฏิบัติด้านสุขภาพด้านการพักผ่อนนั้น พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Thesis Title                    The Relationship between Perceived Self-Efficacy and Outcome  
Expectancy, and Health Practices in Patients with Opened Fracture of  
Lower Extremities after Receiving External Fixator

Author                            Miss Benjawan La-ongphon

Major Program                Adult Nursing

Academic Year                2000

### Abstract

This study was a descriptive research. The purpose of this study was to investigate the perceived self-efficacy, outcome expectancy, and health practices of patients with an opened fracture of the lower extremities after receiving an external fixator. The study examined the relationships between the perceived self-efficacy and outcome expectancy, and some basic factors ( namely age, education level, and income ), as well as their health practices. Ninety subjects who met the study criteria were recruited as samples from the orthopedic wards of Yala Regional Hospital, Hat Yai Hospital, Songklanakarin Hospital, Trang Hospital, Maharatnakornsrihammarat Hospital, and Suratthanee Hospital. The questionnaire used in this study consisted of demographic information, perception of self-efficacy, perception of outcome expectancy, and health practices. Data were analyzed using SPSS/PC computer program. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's Product Moment Correlation.

The results show as follows.

1) The total scores of perceived self-efficacy, outcome expectancy, and health practices of the samples were high. Considering subcategories, the subtotal scores of the perceived self-efficacy in medication administration according to the treatment plan was highest whereas that of other subcategories were high. The subtotal scores of the perceived outcome expectancy resulting from administering medication, and from maintaining roles and interpersonal relationships were highest whereas that of other subcategories were high. The subtotal scores of health practices in medication administration, exercises, postures and

movements, maintenance of roles and interpersonal relationships, and acceptance of self body image were highest whereas that of other subcategories were high.

2) There was a negative correlation between age and the perceived self-efficacy in self nutrition while there was a positive correlation between education level and the perceived self-efficacy in both self nutrition and stress management. Income was positively correlated with total scores of the perceived self-efficacy, and subtotal scores in preventing infection and observing abnormal signs at the level of 0.05. Income was also positively correlated with the perceived self-efficacy in managing stress at the level of 0.01.

3) Education level was positively correlated with the perceived outcome expectancy resulting from self nutrition at the level of 0.05.

4) The perceived self-efficacy and outcome expectancy were positively correlated with the total scores of health practices as well as with the subtotal scores of other subcategories at the level of 0.01. The perceived self-efficacy was positively correlated with health practices in relaxation at the level of 0.05.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณา และช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ช่อลดา พันธุเสนา ดร. สดลสิริ หิรัญขุนทด และอาจารย์ทัศนีย์ นะแสง อาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา และเสนอแนะข้อคิดเห็นต่างๆ ตลอดจนตรวจสอบ ข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้กำลังใจจนกระทั่งวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จึงขอกราบ ขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเรื่องมือ วิจัยและคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ต่างๆ นับตั้งแต่เริ่มต้นศึกษาในวันแรก จนกระทั่งสำเร็จตามหลักสูตรการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาลประจำ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และผู้ช่วยวิจัยทุกท่าน ในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่อนุญาตและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ได้มีส่วนร่วมให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไป ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล นราธิวาสราชนครินทร์ ที่อนุญาตให้ลาศึกษาต่อในครั้งนี้ พร้อมทั้งขอกราบขอบพระคุณบุคลากร ในโรงพยาบาลทุกท่านที่ได้มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีมาตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้กรุณาสนับสนุน เงินทุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ญาติ พี่น้องและเพื่อนร่วมสถาบัน และ ต่างสถาบันที่ได้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และให้กำลังใจด้วยดีมาตลอด จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เบญจวรรณ ละอองผล

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ .....	(3)
Abstract .....	(5)
กิตติกรรมประกาศ .....	(7)
สารบัญ .....	(8)
สารบัญตาราง .....	(10)
สารบัญแผนภาพ .....	(11)
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	4
คำถามหลักของการวิจัย .....	4
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี .....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	7
นิยามศัพท์ .....	7
ขอบเขตการวิจัย .....	8
ความสำคัญของการวิจัย .....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	10
กระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด กับการรักษาโดยการผ่าตัด	
ใส่โลหะยึดตรึงภายนอก .....	10
การปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด	
ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก .....	17
การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์	
ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ .....	27
ปัจจัยพื้นฐานบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะ	
ของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการ	
กระทำ .....	37



สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ความสัมพันธะระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและ ความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ .....	38
3   วิธีการวิจัย .....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	42
เครื่องมือในการวิจัย .....	43
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....	48
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	50
4   ผลการวิจัยและการอภิปรายผล .....	52
ผลการวิจัย .....	52
การอภิปรายผล .....	63
5   สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ .....	79
สรุปผลการวิจัย .....	79
ข้อเสนอแนะ .....	81
บรรณานุกรม .....	83
ภาคผนวก .....	93
ภาคผนวก ก. การพิทักษ์สิทธิของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย .....	94
ภาคผนวก ข. เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูล .....	95
ภาคผนวก ค. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวัง ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำและการปฏิบัติ ด้านสุขภาพ จำแนกเป็นรายชื่อ .....	111
ภาคผนวก ง. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	115
ประวัติผู้เขียน .....	116

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ .....	53
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแหล่งของ ข้อมูลที่ได้รับและเรื่องที่ได้รับคำแนะนำ.....	55
3 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการ กระทำและการปฏิบัติด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น รายด้านและ โดยรวม .....	57
4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการรับรู้ สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการ กระทำ .....	59
5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการรับรู้ สมรรถนะของตนเองจำแนกเป็นรายด้าน .....	60
6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับ ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ จำแนก เป็นรายด้าน .....	61
7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำกับ การปฏิบัติด้านสุขภาพ .....	62
8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ สมรรถนะของตนเอง การคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการ กระทำและการปฏิบัติด้านสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ .....	112

## สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
1 แสดงกรอบแนวคิดของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะ เกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหัก แบบมีแผลเปิดภายหลังการได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง ภายนอก .....	6
2 แสดงแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ ของเบนดูรา .....	28
3 แสดงรูปแบบในการพัฒนาและส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ ของตนเอง .....	35
4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ .....	39

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

อุบัติเหตุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุให้เกิดการบาดเจ็บ และเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด จากรายงานสาเหตุการตายด้วยโรคที่สำคัญ 10 กลุ่มแรก พบว่า อุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นลำดับสองรองจากโรคหัวใจ ในอัตรา 62.3 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในปี พ.ศ. 2540 (สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2542) โดยเฉพาะอุบัติเหตุจากยานยนต์ต่างๆ ดังจะเห็นได้จากสถิติจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุในแต่ละปี ซึ่งมีจำนวนมาก จากสรุปรายงานประจำปีของสถาบันการแพทย์ ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข (2542) พบว่า มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุต่างๆ จำนวน 16,268 คน และ 12,942 คน ในปี พ.ศ. 2539 และ 2540 ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันก็จะมีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก ถึง 219,937 คน และ 220,468 คน ในปี พ.ศ. 2539 และ 2540 ตามลำดับ ซึ่งในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเหล่านี้ พบว่าเป็นการบาดเจ็บของกระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 60 โดยบริเวณที่พบกระดูกหักส่วนใหญ่ คือ กระดูกขา คิดเป็นร้อยละ 30-40 (รุ่งจิต, ศาสตราจารย์, สมพร และวรรณี, 2540; สุนันทา, 2538) โดยเฉพาะกระดูกหน้าแข้ง (tibial shaft) ซึ่งพบว่า มีโอกาสเกิดกระดูกหักแบบมีแผลเปิด (open fracture) เนื่องจากเนื้อเยื่อที่คลุมกระดูกส่วนนี้ทางด้านหน้าและด้านข้างมีน้อย (โอภาส, 2538)

จากการบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุต่อกระดูกขา ซึ่งเป็นกระดูกที่ทำหน้าที่ในการรองรับน้ำหนักตัวของร่างกาย ย่อมจะส่งผลให้เกิดปัญหาและอันตรายตามมา โดยเฉพาะเมื่อเกิดการหักของกระดูกแบบมีแผลเปิด (open fracture) ซึ่งจะยากแก่การดูแลรักษาและการปฏิบัติตัว มากกว่าการหักของกระดูกแบบปิด (close fracture) นอกจากนั้นยังพบว่ามีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้มาก (อัคร, 2540) และอาจเกิดความพิการ เช่น ขาสั้นกว่าอีกข้าง (shortening) กระดูกผิดรูป (malalignment) เป็นต้น ตามมา (ชาญยุทธ และคณะ, 2535) การรักษาที่เหมาะสม และรวดเร็วหลังเกิดอุบัติเหตุจึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก การรักษาที่นิยมใช้วิธีหนึ่งคือ การใส่โลหะยึดตรึงภายนอก (external fixation) (ภาสกรณ์, 2540; Brown, Henderson & Moore, 1996) เพื่อรักษาบาดแผล และป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีกระดูกหักแบบมีแผลเปิด นอกจากนั้นยังทำให้กระดูกที่แตกหักถูกตรึงให้อยู่นิ่ง เพื่อให้เนื้อเยื่อของกระดูกที่หักทำหน้าที่เชื่อมประสานรอย

แตกหัก ให้ติดกันตามธรรมชาติได้อีกด้วย (มานิต, 2534; วิวัฒน์, 2538) สำหรับระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาโดยวิธีนี้และระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลจะมากน้อย ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของบาดแผลและความพร้อมของผู้ป่วยในการที่จะเริ่มต้นสำหรับการฟื้นตัว (บงกช, 2528) แต่โดยทั่วไปจะใช้เวลาในการอยู่โรงพยาบาลประมาณ 1-2 สัปดาห์ (สุนันทา, 2538) เพื่อรักษาบาดแผลให้ดีขึ้น และฝึกทำกายภาพบำบัดต่าง ๆ เช่น การเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน การบริหารกล้ามเนื้อ เป็นต้น ต่อจากนั้นแพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้าน พร้อมกับโลหะยึดตรึงภายนอก และนัดมาตรวจเป็นระยะ โดยส่วนใหญ่จะทำการรักษาโดยวิธีนี้ประมาณ 4-5 เดือน จึงจะสามารถถอดโลหะยึดตรึงภายนอกออกได้ (มานิต, 2534; วิรุฬห์ และบรรจง, 2539)

ถึงแม้การรักษาโดยการใส่โลหะยึดตรึงภายนอกจะเป็นวิธีการที่นิยมใช้ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด แต่ในการที่ผู้ป่วยจะต้องมีชีวิตอยู่กับโลหะยึดตรึงภายนอกนั้น ผู้ป่วยต้องมีการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคมต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น ความเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหว ความเครียดจากการที่มีโลหะยึดตรึงตลอดเวลา ความไม่เข้าใจวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หรือจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อต้องมีโลหะยื่นออกมาจากร่างกาย เป็นต้น (ขวัญตา, 2534; ชมพูนุท, 2539; พนิดา, 2539; หัทธานัย, วิภา และธีรนุช, 2536; สุกสิลปี่, ชนินทร์, ศักดา และอนันต์, 2534) ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการเรียนรู้ และแสวงหาแนวทางในการดำเนินชีวิตใหม่มีการคิด และตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองในด้านสุขภาพต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การจับถ้าย การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด เป็นต้น เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย

การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นพื้นฐานในการคิดพิจารณาและตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรม แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะหรือความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) มีผลต่อการกระทำของบุคคล นั่นคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ ก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดทน อดสาหัส ไม่ท้อถอย และองค์ประกอบอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งจะมีผลต่อการกระทำของบุคคลก็คือ ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ (outcome expectancy) โดยถ้าบุคคลมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง หรือเคยได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ก็จะเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่น และประสบความสำเร็จในที่สุด (Bandura, 1977; Evans, 1989 อ้างตาม สมโภชน์, 2541) ดังเช่น การศึกษาของ เอ็ดเคอร์-แบล็ก, ฮาร์ท, ฮอฟแมน และเจอรี (Oetker-Black, Hart, Hoffman & Jeary, 1992) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนการผ่าตัด และพฤติกรรมภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี (cholecystectomy) จำนวน 68 ราย พบว่าคะแนนของการรับรู้

สมรรถนะของตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมภายหลังผ่าตัด ซึ่งได้แก่การหายใจลึก ๆ การลุกจากเตียงเร็ว และการทบทวนเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คาดหวัง ส่วนคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการขอยาบรรเทาปวดภายหลังผ่าตัด กล่าวคือถ้ามีความคาดหวังผลลัพธ์ว่า รับประทานยาแล้ว จะสามารถบรรเทาปวดได้ ทำให้มีการขอยาแก้ปวดรับประทานเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของคอน (Conn, 1997) ซึ่งได้ทำการศึกษารับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น จากการกระทำในผู้สูงอายุเพศหญิงพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น จากการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียดในผู้สูงอายุ

สำหรับในประเทศไทยได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้เช่นกัน ดังเช่น การศึกษาของศรีสุดา (2538) ซึ่งศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วย จำนวน 60 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งโดยรวมและรายข้อ โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของจารุวรรณ (2540) ซึ่งศึกษาผลการเตรียมหัตถการครั้งแรก เพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ในหัตถการครั้งแรกจำนวน 20 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญกับภาวะการเจ็บครรภ์ ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก มีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และมีประสบการณ์ในการได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ หรือมีความเชื่อเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติด้านสุขภาพในด้านที่ก่อให้เกิดประโยชน์ ก็น่าจะมีผลส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง อันจะส่งผลให้มีร่างกายที่แข็งแรง ส่งเสริมการคิดของกระดูก ลดหรือขจัดผลกระทบหรือปัญหาต่าง ๆ และสามารถกลับไปทำงานได้เร็วที่สุด โดยไม่มีปัญหาในการปฏิบัติตัวในสังคม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น กับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก และปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในลักษณะที่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น เพราะเป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน จากอุบัติเหตุที่ไม่ได้มีการเตรียมตัว หรือคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ประกอบกับจะต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดให้เร็วที่สุด และต้องมีการจำกัดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ซึ่งถือได้ว่าเป็นสถานการณ์วิกฤตที่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น อันอาจส่งผลกระทบต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และ

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำได้ เพื่อเป็นข้อมูลที่สำคัญในการส่งเสริมการปฏิบัติ ด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำและการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำในผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

#### คำถามหลักของการวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกเป็นอย่างไร และอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยพื้นฐานบางประการมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกหรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยพื้นฐานบางประการมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำในผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกหรือไม่ อย่างไร

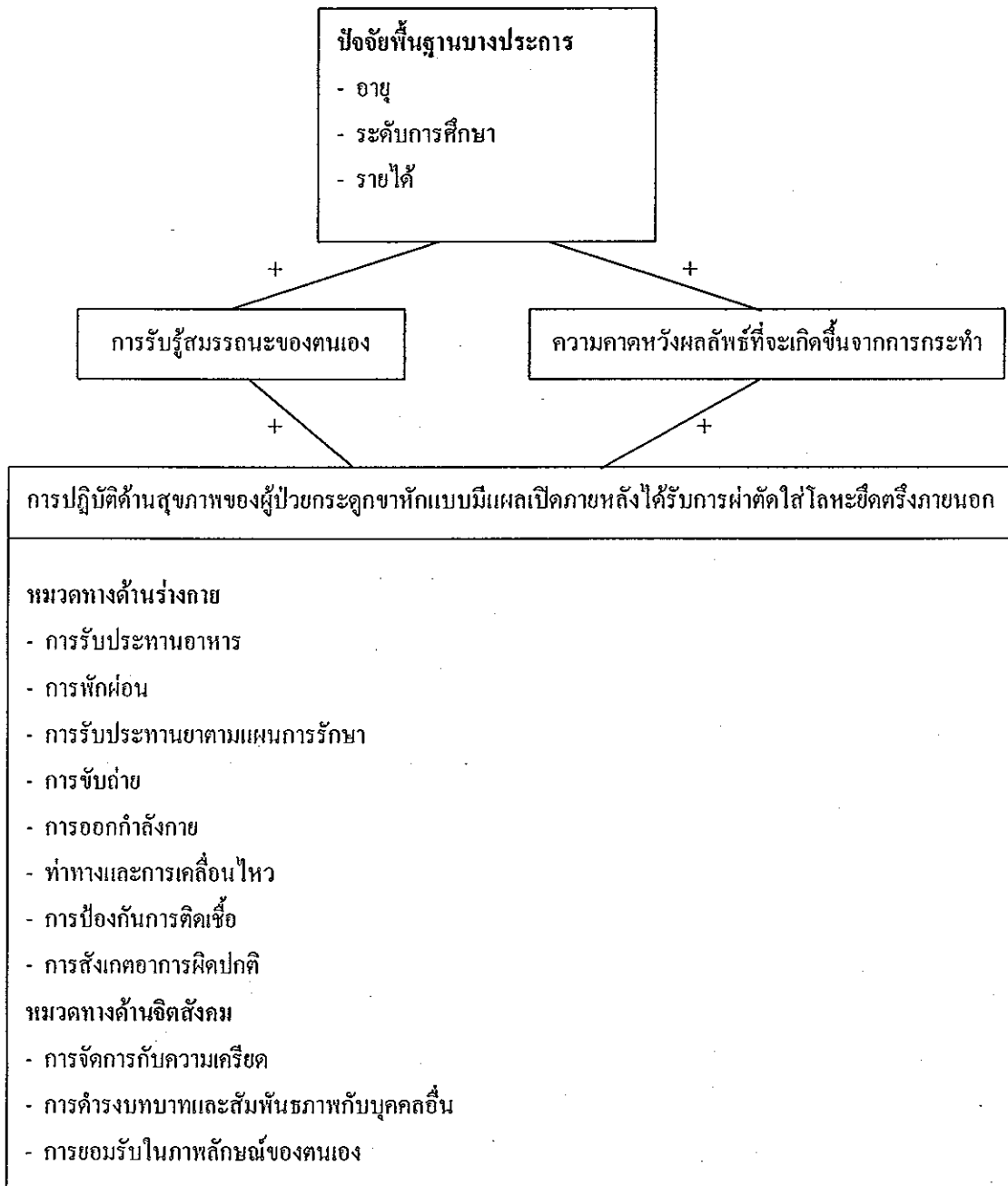
4. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกหรือไม่ อย่างไร

#### กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ซึ่งมีพื้นฐานมาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1977, 1986) ที่รู้จักกันในด้านที่มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลมาเป็นกรอบแนวคิดซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบ 2 ประการ คือ 1) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) และ 2) ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (outcome expectancy) โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองนั้น หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลในการที่จัดการและดำเนินการกระทำให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นนั้น หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น จะเห็นได้ว่าแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองนั้น จะมีผลส่งเสริมให้บุคคลมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และยิ่งถ้าได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ก็จะเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในการรับรู้สมรรถนะของตนเองมากขึ้น (Bandura, 1986) นอกจากนี้ยังมีสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำก็คือ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลต่างๆ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยพื้นฐานบางประการมาศึกษา ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา และรายได้

สำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติด้านสุขภาพ และมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ จะก่อให้เกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพตามที่ผู้ป่วยรับรู้และคาดหวังไว้ ทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การพักผ่อน การปรับวิธีการขยับถ่าย การออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และข้อ วิธีการเดินด้วยไม้ค้ำยัน การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเอง การจัดการกับความเครียด และการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเองจากการรักษา เป็นต้น โดยการปฏิบัติด้านสุขภาพนี้ ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และจากกรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้น สามารถนำมาแสดงให้เห็นดังแผนภาพที่ 1





แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

## สมมุติฐานการวิจัย

1. บังคับพื้นฐานบางประการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก
2. บังคับพื้นฐานบางประการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำในผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก
3. การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

## นิยามศัพท์

ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากยานยนต์ ทำให้กระดูกขา คือ กระดูกต้นขา (femur) หรือกระดูกหน้าแข้ง (tibia / tibia & fibula) ของขาข้างใดข้างหนึ่ง หักแบบมีบาดแผลเปิด (open fracture) และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ที่อยู่ในระหว่างการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ หมายถึง การคาดคะเน หรือความเชื่อเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำของแบนดูรา (Bandura, 1986) และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การปฏิบัติด้านสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันขณะอยู่  
โรงพยาบาลของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง  
ภายนอก ทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน  
การรับประทานยาตามแผนการรักษา การขับถ่าย การออกกำลังกาย ทำทางและการเคลื่อนไหว  
การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ การจัดการกับความเครียด การดำรงบทบาทและ  
สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบ  
สัมภาษณ์การปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่  
โลหะยึดตรึงภายนอกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยพื้นฐานบางประการ หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคลหรือข้อมูล  
ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา และรายได้

#### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการ  
ผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ซึ่งรับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลศูนย์ยะลา  
โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราช  
นครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนธันวาคม 2542-พฤษภาคม 2543

#### ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติด้าน  
สุขภาพแก่ ผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก  
และเพื่อพัฒนาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการ  
กระทำที่ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การปฏิบัติด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ  
พยาบาลด้วย

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาล ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติ  
ด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก  
โดยเน้นถึงความสำคัญของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจาก  
การกระทำ ซึ่งจะมีผลส่งเสริมการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วย

3. เป็นการส่งเสริมวิชาชีพพยาบาล โดยการพัฒนาบทบาทอิสระของพยาบาลให้เด่นชัดขึ้น เกี่ยวกับการดูแลและให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำมาใช้ในการให้การพยาบาล

4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำในผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น กับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก และปัจจัยพื้นฐานบางประการที่มีความสัมพันธ์ กับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ ซึ่งผู้วิจัยได้ พบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. กระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด กับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก
2. การปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัด ใส่โลหะยึดตรึงภายนอก
3. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ
4. ปัจจัยพื้นฐานบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและ ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิด ขึ้นจากการกระทำกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ

กระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด กับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

กระดูกหักเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของระบบกระดูกและข้อ ทำให้ร่างกายส่วนนั้นไม่ สามารถทำหน้าที่อย่างปกติ โดยธรรมชาติร่างกายมนุษย์สามารถซ่อมแซมให้กระดูกหักนั้นติดกัน และมีความแข็งแรงอย่างปกติดั้งเดิมได้ การดูแลรักษาเป็นเพียงส่วนที่ช่วยให้ วิธีการซ่อมแซมนั้น ดำเนินไปอย่างเรียบร้อย โดยที่ส่วนนั้นกลับมีรูปร่างและทำหน้าที่เหมือนเดิม ปราศจากความพิการ หลงเหลืออยู่

#### กระดูกหักแบบมีแผลเปิด

กระดูกหักแบบมีแผลเปิด (open fracture) เป็นภาวะกระดูกหักที่มีการฉีกขาดของผิวหนัง และเนื้อเยื่อเชื่อม โยง ไปยังตำแหน่งหักของกระดูก ซึ่งการหักของกระดูกประเภทนี้สามารถ จะแบ่ง

ย่อยตามระดับความรุนแรงได้ เป็น 3 ระดับ (Gustilo grade 3) คือ (Gustilo, 1993)

- ระดับที่ 1 (grade 1) : การบาดเจ็บไม่รุนแรง บาดแผลมีขนาดเล็กกว่า 1 ซม. ค่อนข้างสะอาด ไม่มีสิ่งสกปรกแปลกปลอม มีการทำลายเนื้อเยื่ออ่อนน้อยมาก
- ระดับที่ 2 (grade 2) : การบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่มากนัก บาดแผลมีขนาดใหญ่กว่า 1 ซม. มีการปนเปื้อนสิ่งสกปรกจากภายนอก แต่มีการทำลายเนื้อเยื่ออ่อนไม่มากนัก
- ระดับที่ 3 (grade 3) : การบาดเจ็บรุนแรงมาก บาดแผลมีขนาดใหญ่กว่า และสกปรก มีการทำลายต่อผิวหนัง กล้ามเนื้อ และหลอดเลือดหรือเส้นประสาท อาจมีชิ้นส่วนของกระดูกหลุดหายไป (bone loss) ซึ่ง grade 3 นี้อาจแบ่งย่อยลงเป็น
  - ระดับ 3a ยังมีเนื้อเยื่ออ่อนเพียงพอ สำหรับการปิดกระดูกชั้นที่หักได้
  - ระดับ 3b มีการบดกลองของเยื่อหุ้มกระดูก กระดูกโผล่ เนื้อเยื่อมาปกคลุมกระดูกชั้นที่หักไม่ได้ และสกปรกมาก
  - ระดับ 3c มีการบาดเจ็บต่อหลอดเลือดหรือเส้นประสาทร่วมด้วย

#### หลักการรักษา

หลักการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักแบบมีแผลเปิด คือ การป้องกันการติดเชื้อ และส่งเสริมการติดของกระดูก พร้อมทั้งฟื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อ ซึ่งวิธีการรักษา เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการมีบาดแผลถึงกระดูกที่นิยม คือ การใส่โกลหะยึดตรึงภายนอก (external fixation) (ภาสกรณ, 2540; อัญญา, 2539; Brown, Henderson & Moore, 1996) โดยมีข้อบ่งชี้ในการรักษา คือ (ธีรสาสน, ม.ป.ป.; วิวัฒน์, 2538)

- กระดูกหักมีบาดแผลติดต่อกายนอก ระดับ 2 และ 3
- ภาวะกระดูกหักร่วมกับแผลไฟไหม้
- ภาวะกระดูกหักที่จำเป็นต้องตกแต่งบาดแผล ด้วยการใส่การเย็บปลูกหนังด้วยเนื้อเยื่อใกล้เคียง (flap) หรือการเย็บปลูกหนังด้วยเนื้อเยื่อที่ตัดมาจากอวัยวะส่วนอื่น (free vascularized graft)
- ภาวะกระดูกหักที่ต้องมีการยึดกระดูกให้ห่างจากกันเช่น ในกรณีที่มีกระดูกแตกหายไป
- ใช้ยึดกระดูก
- ใช้เชื่อมข้อ
- ใช้ในกรณีกระดูกหักและติดเชื้อ

ข้อดีของการรักษา โดยใส่โกลหะยึดตรึงภายนอก ได้แก่ (ธีรสาส์น, ม.ป.ป.; วิวัฒน์, 2538)

1. เป็นวิธีการยึดตรึงที่ให้ความแข็งแรงมาก และใช้ได้ดี ในขณะที่ไม่สามารถใช้เครื่องมืออย่างอื่น เช่น ในรายที่กระดูกหัก แบบมีแผลเปิดซึ่งมีระดับความรุนแรงในระดับ 2 และ 3 ในกรณีดังกล่าว จะเกิดความยุ่งยากถ้าใส่เฟือกหรือใช้การถ่วงดึง (traction) เนื่องจากไม่สะดวกในการทำแผล และถ้าใช้การยึดตรึงภายใน (internal fixation) ก็จะต้องเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
2. สามารถใช้ในการจัดกระดูกเข้าหากัน (realignment) การยึดกระดูกออกจากกัน (distraction) และสามารถยึดตรึงให้กระดูกกดเข้าหากัน (compression) เพื่อให้แน่นและมั่นคงได้
3. สามารถตรวจขนาดแผลได้สะดวก โดยเฉพาะในกรณีที่ทำการเย็บปลุกหนังด้วยเนื้อเยื่อใกล้เคียง (flap) ไว้ หรือต้องการตรวจสภาพของหลอดเลือด หรือภาวะการบวมก็ตาม
4. ทำให้การรักษาพร้อมเป็นไปได้อย่างสะดวก เช่น การทำแผล การเย็บปลุกหนัง ฯลฯ
5. สามารถเคลื่อนย้ายข้อได้ทันที ลดภาวะข้อติด และถูกเดินได้เร็วขึ้น
6. สามารถยกขาข้างนั้นให้สูงได้ โดยการผูกชุดตามภายนอก เพื่อลดภาวะการบวม และป้องกันแผลกดทับที่ผิวหนัง
7. สามารถใช้วิธีการยึดจากภายนอก โดยการใช้ยาเฉพาะที่ได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถดมยาสลบได้
8. ใช้ยึดตรึงกระดูกอย่างมั่นคง ในกรณีที่มีการติดเชื้อได้ ซึ่งจะไม่สามารถใช้เฟือกหรือการถ่วงดึง (traction)
9. ใช้ได้ผลดีในการเชื่อมต่อไม่ว่าจะมีการติดเชื้อหรือไม่ก็ตาม

ข้อเสียของการรักษา โดยการใส่โกลหะยึดตรึงภายนอก ได้แก่ (ธีรสาส์น, ม.ป.ป.; วิวัฒน์, 2538)

1. ต้องมีเทคนิคและการดูแลที่ดี
2. ดูแลกะทำให้ไม่ยากใช้หรือผู้ป่วยไม่ยอมรับ
3. อาจเกิดกระดูกหักตรงตำแหน่งที่เสียบหมุด (pin) ได้
4. อาจเกิดการหักซ้ำหลังจากถอดเครื่องมือดังกล่าวออก เนื่องจากกระดูกยังไม่ปรับตัวเอง เพื่อรับน้ำหนักได้เต็มที่
5. เครื่องมือมีราคาแพง
6. ผู้ป่วยอาจถอดหรือปรับเครื่องมือเอง
7. ในกรณีที่ใช้ใกล้ข้อต้องมีการยึดข้ามข้อนั้น ๆ ทำให้เกิดภาวะข้อติดได้

จะเห็นได้ว่า ข้อดีของการรักษาโดยวิธีการใส่โลหะยึดตรึงภายนอกนี้มีมาก เมื่อเทียบกับข้อเสีย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเพียงข้อปลีกย่อย ซึ่งต้องอาศัยเทคนิคที่ถูกต้องเป็นหลัก และเมื่อรักษาโดยวิธีนี้แล้วก็ต้องมีการดูแลรักษาและปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

สำหรับระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาและระยะเวลาที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลจะมากน้อยเท่าใดนั้น ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของบาดแผลที่ได้รับ และความพร้อมของผู้ป่วยในการที่จะเริ่มต้นสำหรับการฟื้นตัว (บงกช, 2528) แต่โดยทั่วไปจะใช้เวลารักษาอยู่โรงพยาบาลประมาณ 1-2 สัปดาห์ (สุนันทา, 2538) โดยมีขั้นตอนในการดูแลรักษา ดังนี้

- ช่วงแรกของการรักษา คือ ภายหลังจากผ่าตัด ประมาณ 1-2 วัน จะดูแลให้ผู้ป่วยพักบนเตียง เพื่อลดอาการปวดหรือบวม มีการดูแลให้ยาระงับปวด และยาแก้แอสเสบ เริ่มให้มีการฟื้นตัว (ambulation) โดยดูความพร้อมของผู้ป่วยร่วมด้วย รับประทานอาหารได้หลังผ่าตัด และมีการทำแผลทุกวัน

- ช่วงต่อมา ประมาณวันที่ 3 และ 4 หลังผ่าตัด จะเริ่มให้ผู้ป่วยนั่งข้างเตียง และให้ขยับและบริหารข้อต่างๆ ที่ไม่มีพยาธิสภาพ พร้อมทั้งส่งกายภาพเพื่อฝึกการบริหารและหัดเดิน โดยการใช้ไม้ค้ำยัน (crutches) ซึ่งทั้งนี้จะดูความพร้อมของผู้ป่วยร่วมด้วย ยังคงให้ยาระงับปวด ยาแก้แอสเสบ และทำแผลทุกวัน และพิจารณาถ้าแผลดีก็จะมีการเย็บปิดแผล (ในกรณีที่ยังไม่ได้เย็บแผลตั้งแต่ช่วงแรก) หรือถ้าแผลมีลักษณะที่แสดงถึงการติดเชื้อ ก็จะพิจารณาทำการตกแต่งบาดแผล (debridement) ต่อไป

- ช่วงระยะพักฟื้น ประมาณวันที่ 5-7 หลังผ่าตัด มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารร่างกายทุกส่วนที่ไม่มีพยาธิสภาพ ฝึกหัดการเดินด้วยไม้ค้ำยัน และแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวต่างๆ เมื่อกลับบ้าน ถ้าแผลเย็บแห้งดี และไม่มีอาการปวด ก็จะพิจารณายกเลิกการให้ยาแก้ปวด และยาแก้แอสเสบ และอนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยนัดมาตัดไหมในช่วง 10-14 วัน หลังการเย็บแผล แต่ถ้าแผลยังไม่ดีก็ให้นอนพักในโรงพยาบาล เพื่อทำแผลให้ดีขึ้น โดยดูแลแบบระยะพักฟื้นต่อไป และสามารถกลับบ้านได้หลังอยู่โรงพยาบาล ประมาณ 2 อาทิตย์ แต่ทั้งนี้ก็ต้องขึ้นกับลักษณะแผลผ่าตัดและความพร้อมของผู้ป่วยด้วย

- ระยะของการมาตรวจตามนัดหลังกลับบ้าน แพทย์จะนัดมาตรวจเป็นระยะๆ คือ 2 อาทิตย์ 1 เดือน และ 3 เดือน ต่อไปเรื่อยๆ จนกว่ากระดูกจะติด ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะทำการรักษาโดยวิธีนี้ประมาณ 4-5 เดือน จึงจะสามารถถอดโลหะตรึงภายนอกออกได้ (มานิต, 2534; วิรุฬ และบรรจง, 2539) ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจจะทำให้ระยะเวลาในการรักษาโดยวิธีนี้ล่าช้าออกไปกว่าเดิมได้



### ภาวะแทรกซ้อนของการรักษา

สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่พบโดยตรงจากการรักษาโดยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ได้แก่ (Rockwood, Green & Bucholz, 1991; วิวัฒน์, 2538)

1. การติดเชื้อบริเวณที่เสียบหมุด (pin tract infection) เป็นภาวะที่พบบ่อยในการรักษา โดยวิธีนี้ ซึ่งอาจจะเกิดเนื่องจากเทคนิคการใส่โลหะยึดตรึงภายนอก เช่น ตำแหน่งของการเสียบหมุด ความชำนาญในการใส่ของแพทย์ หรือขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหมุด ซึ่งตรงส่วนนี้มีการศึกษาที่น่าสนใจ พบว่า จะไม่ค่อยเกิดการติดเชื้อบริเวณที่เสียบหมุดในโลหะยึดตรึงภายนอกประเภท ilizarov ซึ่งอาจเนื่องจากการที่หมุดมีขนาดเล็ก และถ้าเกิดการติดเชื้อขึ้นก็มักจะเกิดแต่ในระดับที่ 1 เท่านั้น นอกจากนั้นยังอาจเกิดจากการดูแลบริเวณที่เสียบหมุดและการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ซึ่งการติดเชื้อนี้มักจะเกิดหลังผ่าตัด 1-2 สัปดาห์ โดยสามารถแบ่งระดับตามความรุนแรงได้ดังนี้

- ระดับที่ 1 (grade I) : มีน้ำเหลืองซึมออกจากแผล (serous drainage)
- ระดับที่ 2 (grade II) : มีการอักเสบของเซลล์ผิวหนังชั้นนอก (superficial cellulitis)
- ระดับที่ 3 (grade III) : มีการอักเสบในส่วนที่อยู่ลึก (deep infection)
- ระดับที่ 4 (grade IV) : มีกระดูกอักเสบที่เกิดจากเชื้อหนอง (osteomyelitis)

2. หมุดหลวมหรือแตกหัก (pin loosening and breakage) เป็นภาวะที่พบได้ ถ้ามีการใส่โลหะยึดตรึงภายนอกเป็นเวลานาน โดยจะมีการหลวมเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ใส่โลหะยึดตรึงภายนอก และอาจเกิดเนื่องจากการใส่หมุดในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม ลักษณะหรือคุณภาพของหมุดที่เสียบ นอกจากนั้นยังพบว่า อาจเกิดการหลวม และนำไปสู่การติดเชื้อบริเวณที่เสียบหมุดจากการที่มีการเผาไหม้ของกระดูก ระหว่างการเสียบหมุดหรือจากเนื้อกระดูกที่ตาย ได้มีการศึกษาของเบอร์นี่, ดีอบ และดอนเคอร์ไวค (Burny, Domb & Donkerwolcke, 1984 cited by Rockwood, Green & Bucholz, 1991) เกี่ยวกับการหลวมของหมุด ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะตามลักษณะทางคลินิก ได้ดังนี้

- ระยะที่ 1 (stage 1) : ยังคงมีการยึดตรึงที่สมบูรณ์ ไม่มีการขยับเขยื้อนหรือเคลื่อนไหวระหว่างหมุดกับกระดูก
- ระยะที่ 2 (stage 2) : มีการขยับเขยื้อนหรือเคลื่อนไหวเล็กน้อยระหว่างหมุดกับกระดูก (ทดสอบได้โดยการใช้มือโยกหรือสั่น)
- ระยะที่ 3 (stage 3) : มีการขยับเขยื้อนหรือเคลื่อนไหวมากขึ้นระหว่างหมุดกับกระดูก (ลักษณะการหลวมจะสังเกตได้จากลักษณะทางคลินิก)

- ระยะที่ 4 (stage 4) : มีการขยับเขยื้อนหรือเคลื่อนไหวมาก สามารถดึงหมุดออกด้วยมือได้ (หรืออาจหลุดออกไปเอง)

ส่วนการเกิดหมุดแตกหักนั้น มักเกิดเนื่องจากมีน้ำหนักหรือแรงกดในขนาดมากเกินไปบริเวณกระดูกและหมุด หรือประสิทธิภาพของหมุด โดยถ้าหมุดมีความแข็งแรง จะทำให้มีการยึดตรึงที่แน่นและลดแรงกดบริเวณหมุดได้

3. มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวข้อ (limitation of joint motion) เป็นภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากการยึดตรึงของกล้ามเนื้อ ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อมีระยะที่จำกัด โดยจะพบมากบริเวณกล้ามเนื้อของส่วนขาที่ใช้ในการยืนไปด้านหลังและด้านข้าง สำหรับการเคลื่อนไหวของเข่าอาจมีข้อจำกัดจากการยึดตรึงเหนือปุ่มข้อหรือการใส่สกรู แต่ก็สามารถฝึกหัดการเคลื่อนไหวในระยะเวลาที่เต็มที่ได้ในบริเวณตะโพกและหน้าแข้ง นอกจากนี้ยังอาจพบอันตรายมากขึ้น ถ้าเกิดแผลเป็นบริเวณกล้ามเนื้อใต้กระดูกสันขา และอาจเกิดข้อจำกัดในการงอของเข่าอย่างถาวรตามมาได้

4. การได้รับอันตรายต่อระบบประสาท หลอดเลือดและภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (neurovascular damage and compartment syndrome) เป็นภาวะที่มักเกิดกับเส้นประสาทและหลอดเลือดที่อยู่ใกล้กับกระดูกที่ได้รับบาดเจ็บ หรืออาจจะได้รับบาดเจ็บร่วมกันได้ ซึ่งเป็นภาวะที่จะต้องคำนึงถึง เพื่อที่จะได้ทำการปฐมพยาบาลหรือแก้ไขตั้งแต่เริ่มต้น ป้องกันไม่ให้ระบบนี้ถูกรบกวนหรือบาดเจ็บเพิ่มขึ้นได้ ส่วนภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงนั้นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เป็นผลมาจากภาวะขาดเลือดของกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการเพิ่มขึ้นของความดันในเนื้อเยื่อทำให้ระบบไหลเวียนมีการเปลี่ยนแปลงและผิดปกติ ซึ่งจะมีอาการปวด ชีต ชา อัมพาต จับชีพจรไม่ได้

5. กระดูกผิดรูปและกระดูกผิดที่ (malalignment and malunion) เป็นภาวะที่ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อ และข้อบริเวณนั้นผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ไม่สามารถจัดกระดูกให้เข้าที่ได้ตั้งแต่แรกของการบาดเจ็บ หรือไม่สามารถคงแนวของกระดูกไว้ได้ในระหว่างที่รอให้กระดูกเชื่อมติด ภายหลังการยึดตรึงหรือจัดรูปกระดูกเข้าที่แล้ว นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากหมุดหลวม หรือมีน้ำหนัก แรงกดในขนาดที่มาก ทำให้กระดูกผิดรูป หรือผิดตำแหน่งได้ ซึ่งแพทย์ผู้รักษาควรมีการตรวจดูเกี่ยวกับการยึดตรึงในแนวที่เหมาะสม และถ่ายภาพเอกซเรย์ดูทุกระยะของการซ่อมแซมกระดูก

6. กระดูกติดช้าหรือกระดูกไม่ติด (delayed union or nonunion) เป็นภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้จากการสั่นคลอน หรือโยกของกรอบโลหะ (frame) การย้ายแปล็ยที่หรือการถอดหมุด (pin) และการเคลื่อนไหวของแท่งโลหะ (bar) หรือเกิดจากความแข็งแรงของแท่งโลหะลดลง จากการเอาแท่งโลหะออกหนึ่งด้านหรือการแทนที่ด้วยแท่งโลหะที่สั้นกว่า

นอกจากนั้นยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมด้วยซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อน โดยทั่วไปสำหรับผู้ป่วยที่มีกระดูกหัก จากการที่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการฟื้นฟูสภาพต่างๆ ในระยะที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น ปวดบวม แผลกดทับ ท้องผูก เป็นต้น

จากที่กล่าวมาจะพบว่าภาวะแทรกซ้อนเป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ถ้าขาดการป้องกัน ซึ่งถ้าเกิดขึ้นแล้วก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

ผลกระทบต่อผู้ป่วยกระดูกขาหักภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

การบาดเจ็บกระดูกขาหักจากอุบัติเหตุย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ โดยเฉพาะเมื่อการบาดเจ็บอยู่ในระดับรุนแรง ซึ่งต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และต้องได้รับการผ่าตัด อันจะส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม ดังนี้

#### 1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผลกระทบทางด้านร่างกายที่พบอย่างเด่นชัดในผู้ป่วยประเภทนี้ คือ (พนิดา, 2539; วิรุพห์, 2529; สุন্নันทา, 2538)

1.1 ความเจ็บปวดจากการได้รับบาดเจ็บและการผ่าตัด โดยจะมีอาการปวดมากในช่วงของการอักเสบ (inflammatory phase) คือ ตั้งแต่วันแรกของการบาดเจ็บถึงวันที่ 3 หรือ 4 หลังการบาดเจ็บ

1.2 ไม่สามารถเคลื่อนไหวตามปกติได้ ต้องมีการจำกัดการเคลื่อนไหวหรือการเดินด้วยไม้ค้ำยัน จนกระทั่งกระดูกติดดี และต้องมีท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง สัมพันธ์กับการบาดเจ็บและการรักษา

1.3 การมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จากการได้รับบาดเจ็บ เกิดบาดแผล การรักษาที่จะต้องมีโลหะยึดตรึงภายนอกยื่นออกมาจากร่างกาย และการที่จะต้องเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน ซึ่งในส่วนนี้นอกจากจะส่งผลกระทบทางด้านร่างกายแล้วอาจจะส่งผลกระทบทางด้านจิตสังคมร่วมด้วยถ้าผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง

นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านร่างกายที่อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

#### 2. ผลกระทบทางด้านจิตสังคม

ในผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกนั้น จะพบว่านอกจากผลกระทบทางด้านร่างกาย แล้วผลกระทบอีกด้านหนึ่งที่ควบคู่กัน คือ ด้านจิตสังคม เนื่องจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยจึงย่อมมีการตื่นตระหนกต่อลักษณะอาการของตนเอง เนื่องจากไม่มีการเตรียมตัว หรือคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ซึ่งผลกระทบด้าน

จิตสังคมที่พบมากในผู้ป่วยประเภทนี้ คือ (ขวัญตา, 2534; ปิยนุช และสุวดี, 2540; พนิดา, 2536; พัทนัย, วิภา และธีรนุช, 2536)

2.1 ความเครียดและความวิตกกังวลจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น จากการได้รับบาดเจ็บ การต้องหยุดงานหรือขาดเรียน อันจะส่งผลทำให้ครอบครัวขาดรายได้ หรือต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น ในการรักษาพยาบาล ความเครียดหรือวิตกกังวลเกรงว่าจะไม่สามารถใช้วิธีวะถ้วนที่หัดได้ตามปกติ หรือการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะเมื่อไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งอาจจะนำไปสู่ความรู้สึกว่า คุณค่าในตนเองลดลงได้อีกด้วย

2.2 การที่ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม เช่น จากเป็นหัวหน้างานมาเป็นบทบาทการเป็นผู้ป่วยอย่างกระชั้นหัน ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ตามปกติ ทั้งยังต้องมีการปรับตัวกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านสถานที่ และการปฏิบัติตัว ฯลฯ

2.3 การที่จะต้องปรับสภาพจิตใจให้ยอมรับกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อได้รับบาดเจ็บ เช่น เกิดบาดแผล การรักษาที่ต้องมีโลหะยึดตรึงภายนอกยื่นออกมากร่างกาย และ การที่จะต้องเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ย่อมส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ ตามมา ซึ่งผลกระทบจะมีมากน้อยแตกต่างกันออกไปตามสภาพการบาดเจ็บ และความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคนในการมีส่วนร่วมช่วยลดหรือขจัดผลกระทบดังกล่าวเหล่านี้และการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้การเจ็บป่วยทุเลาลงอย่างรวดเร็ว และสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้เร็วที่สุด

การปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

การปฏิบัติด้านสุขภาพ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และจำเป็นมากสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้บาดเจ็บของกระดูกของข้อ ซึ่งผลการรักษาพยาบาลส่วนมากจะขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรจะมีการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลให้อาการเจ็บป่วยทุเลาลงได้เร็วขึ้น เนื่องจากการรักษาพยาบาลบรรลุตามวัตถุประสงค์ลดภาระการพึ่งพาผู้อื่น ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการนอนพักในโรงพยาบาล นอกจากนั้นยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในการปฏิบัติด้วยตนเอง เป็นการส่งเสริมด้านจิตใจและอารมณ์ด้วย (นิศยา, 2526; นุศรา, 2534) สำหรับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด

ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกนั้น ประกอบด้วยการปฏิบัติด้านร่างกาย และการปฏิบัติด้านจิตสังคม ดังนี้

### หมวดทางด้านร่างกาย

ผู้ป่วยควรมีการปฏิบัติที่ถูกต้องและสม่ำเสมอในเรื่องต่อไปนี้

#### 1. การรับประทานอาหาร

อาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับอย่างเพียงพอ คือ อาหารหลัก 5 หมู่ ในปริมาณแคลลอรี่แต่ละวัน คือ ผู้ชายประมาณ 2,800-3,000 แคลลอรี่ และผู้หญิงประมาณ 1,800-2,100 แคลลอรี่ โดยเน้นอาหารประเภทโปรตีน แคลเซียม และวิตามินซี (วิลลิตัน, 2531) ดังนี้

1.1 โปรตีน ช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายและช่วยให้ร่างกายแข็งแรง อาหารที่มีโปรตีนมาก อาจเป็นอาหารที่ได้จากสัตว์หรือพืช แต่โปรตีนที่ได้จากสัตว์และผลิตผลจากสัตว์ เป็นแหล่งโปรตีนที่สำคัญที่สุด เพราะให้กรดอะมิโนที่จำเป็น ครบถ้วนกว่าพืช ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับโปรตีนปริมาณวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม อาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ไข่ นม ถั่วต่าง ๆ

1.2 แคลเซียม ช่วยในการสร้างกระดูกและเสริมความแข็งแรงของระบบกระดูก ผู้ป่วยควรได้รับแคลเซียมวันละ 400-500 มิลลิกรัม อาหารที่มีแคลเซียมมาก มักได้จากสัตว์ที่กินได้ทั้งกระดูก เช่น ปลาตัวเล็กตัวน้อย ปลากระป๋อง ไข่ หอย นอกจากนี้ พบว่านมและผักใบเขียว ก็เป็นแหล่งที่มีแคลเซียมสูง เช่นกัน

1.3 วิตามิน ซี ทำหน้าที่เป็นเอนไซม์ร่วม (co-enzyme) ช่วยเร่งปฏิกิริยาเกี่ยวข้องกับ การสร้างคอลลาเจน ซึ่งเป็นโปรตีนชนิดหนึ่งในเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ทำหน้าที่เชื่อมเซลล์ต่าง ๆ ให้ติดกัน ช่วยป้องกันและต้านทานโรค ทำให้ร่างกายแข็งแรง ผู้ป่วยควรได้รับวิตามิน ซี วันละประมาณ 30 มิลลิกรัม อาหารที่มีวิตามิน ซี สูง เช่น ส้ม มะนาว ฝรั่ง ผักใบเขียว มะละกอสุก มะขามป้อม มะเขือเทศ

#### 2. การพักผ่อน

พักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง เพราะการพักผ่อน โดยการนอนหลับ เป็นช่วงเวลาที่ส่งเสริมให้เนื้อเยื่อมีการสร้างและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และช่วงที่ร่างกายได้นอนหลับเต็มที่ จะมีการหลั่งโกรทฮอร์โมน (growth hormone) มากขึ้น ช่วยกระตุ้นการเจริญของระบบ

โครงสร้างของร่างกาย ส่งเสริมให้มีการนำอะมิโนแอซิดเข้าสู่เซลล์มากขึ้น เกิดการสังเคราะห์โปรตีน ช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และทำให้ร่างกายแข็งแรง (ณัฐสุรางค์, 2538; ตุกิจ, 2534)

### 3. การรับประทานยา

รับประทานยาอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอครบตามจำนวนและตรงตามเวลา โดยทั่วไปจะเริ่มให้ยาปฏิชีวนะให้เร็วที่สุด เพื่อลดหรือป้องกันการติดเชื้อ สำหรับชนิดของยาปฏิชีวนะและระยะเวลาที่ให้จะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บและชนิดของเชื้อโรคที่พบ (สมชัย, 2538; Gustilo, 1993) ซึ่งส่วนใหญ่จะให้เพียง 24 ถึง 48 ชั่วโมง สำหรับความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับที่ 1 ส่วนระดับที่ 2 และ 3 นั้น จะให้ยาติดต่อกันประมาณ 3 วัน และอาจจะให้อีกครั้งถ้ายังคงมีลักษณะของการติดเชื้อให้เห็น ควรมีการเพาะหาเชื้อจากบาดแผลก่อนให้ยาปฏิชีวนะ นอกจากนี้ก็มักจะเป็นยาแก้ปวด โดยเฉพาะช่วงที่อยู่ระยะอักเสบ ซึ่งมักมีอาการปวดมาก โดยรับประทานได้ทุก 4-6 ชั่วโมง หากไม่มีอาการปวดหรือไข้ ก็ไม่จำเป็นต้องรับประทาน

### 4. การขยับถ่าย

ดูแลการขยับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ ให้เป็นไปตามปกติ และทำความสะอาดทุกครั้ง หลังขยับถ่าย โดยระมัดระวังไม่ให้เปียกชื้น และถูกแผล เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลและระบบทางเดินปัสสาวะ นอกจากนี้ควรมีการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันท้องผูก ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ ในช่วงที่ต้องมีการกำจัดแผลเลื่อนไหว โดยมีการเริ่มต้นการตื่นตัวให้เร็วที่สุด ดื่มน้ำมาก ๆ ประมาณวันละ 8-10 แก้ว (แก้วละ 250 มิลลิกรัม) รับประทานอาหารกากมาก เช่น ผัก และผลไม้ต่าง ๆ เพื่อช่วยกระตุ้นให้ขยับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระสะดวกขึ้น ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ และอุจจาระ และควรฝึกการขยับถ่ายให้เป็นเวลาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ในการเข้าห้องน้ำเพื่อการขยับถ่าย ผู้ป่วยควรใช้ส้วมแบบนั่ง เพื่อสะดวกในการขยับถ่าย หากไม่มีส้วมแบบนั่ง อาจประยุกต์โดยใช้เก้าอี้ซึ่งมีรูตรงกลางครอบเหนือโถส้วม หรือนำกระโถนมาวางบนเก้าอี้ ในช่วงแรกที่ไม่สามารถนั่งงอเข่า หรือใช้ขาข้างที่หักรองรับน้ำหนักตนเองได้

### 5. การออกกำลังกาย

ผู้ป่วยควรหมั่นออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ เพื่อป้องกันการลีบเล็ก อ่อนแรงของกล้ามเนื้อและข้อติด เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และเพิ่มความสามารถในการเหยียดหรืออตามข้อต่างๆ ช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตไปยังกล้ามเนื้อดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วย

ในการเสริมสร้างและซ่อมแซมให้กระดูกติดได้เร็วขึ้น (วรรณี, 2539; Boor, Champion & Ferguson, 1987; Sisk, 1987) และยังช่วยทำให้จิตใจสงบได้อีกด้วย ดังนั้นควรปฏิบัติเป็นประจำดังนี้

5.1 ฝึกเกร็งกล้ามเนื้อแบบไอโซเมตริกหรือสแตติก (isometric or static contraction) เป็นการออกกำลังกายที่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ โดยไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและข้อ (วชิราภรณ์, 2538) การบริหารแบบไอโซเมตริก เริ่มต้นด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อ (กล้ามเนื้อหดตัว) สลับกับท่าพัก (กล้ามเนื้อคลายตัว) โดยในการหดตัวของกล้ามเนื้อให้ออกแรงเต็มที่นาน 5-6 วินาที แล้วพัก 2 วินาที อย่างน้อยวันละ 5 ครั้ง จะได้ผลดีมาก (เยี่ยมม โนภพ, 2525) หรือออกแรงเต็มที่นาน 5-10 วินาที ไม่ควรเกิน 10 วินาที เพราะในขณะที่กล้ามเนื้อหดตัวแต่ละครั้ง ทำให้การไหลเวียนของโลหิตมาสู่กล้ามเนื้อน้อยลง และทำให้กล้ามเนื้อเกิดความเมื่อยได้ จากนั้นกลับมาอยู่ในท่าพัก ประมาณ 3-5 วินาที แล้วจึงเริ่มต้นทำซ้ำอีกจนครบตามโปรแกรมที่กำหนด การบริหารชนิดนี้ช่วยในการเพิ่มความแข็งแรง และตั้งตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนโลหิตไปยังกล้ามเนื้อส่วนนั้น ๆ นอกจากนี้ยังช่วยลดการเกิดภาวะเส้นเลือดดำโป่งพอง (deep vein thrombosis) เพราะช่วยลดภาวะคงที่ของเลือดดำ (venous stasis) ได้อีกด้วย (Addamo & Shabtaie, 1994; Smeltzer & Bare, 1992) อ้างตาม วชิราภรณ์, 2538) ควรเริ่มในวันที่ 1-2 หลังผ่าตัด (Ames & Kneisl, 1988) อ้างตาม วชิราภรณ์, 2538)

5.2 ฝึกเกร็งกล้ามเนื้อแบบไอโซโทนิค หรือไดนามิก (isotonic or dynamic contraction) เป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและข้อ การบริหารชนิดนี้ช่วยในการเพิ่มความแข็งแรง เพิ่มความทนทานและเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อ ตลอดจนเพิ่มการเคลื่อนไหวของข้ออีกด้วย (Addamo & Shabtaie, 1994) การออกกำลังกายชนิดนี้จะทำบริเวณข้อต่อต่าง ๆ ที่ไม่บาดเจ็บหรือมีพยาธิสภาพ การบริหารแบบไอโซโทนิคกระทำได้ 3 วิธีคือ (เยี่ยมม โนภพ, 2525)

วิธีที่ 1 : บริหารโดยใช้แรงดึงดูดของโลกเป็นตัวดำเนินการเคลื่อนไหว เช่น นั่งห้อยขาแล้วเหยียดขึ้นตรง เป็นต้น

วิธีที่ 2 : บริหารโดยผู้อื่นออกแรงต้าน (manual resistive exercise) ซึ่งสามารถออกแรงต้านได้มากน้อยตามความแข็งแรงของกล้ามเนื้อผู้ป่วย

วิธีที่ 3 : บริหารโดยใช้เครื่องมือเป็นตัวต้าน (progressive resistive exercise) เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยให้กล้ามเนื้อควอดโรเซ็บหดตัว เมื่อยกน้ำหนัก หรือสู้กับแรงต้านมากที่สุด และข้อเข้าได้เคลื่อนไหวเต็มที่จากท่างอเข้ามาเป็นเหยียดข้อเข้า สามารถเพิ่มแรงต้านหรือเพิ่มน้ำหนักขึ้นทีละน้อยได้

## 6. ท่าทางและการเคลื่อนไหว

ผู้ป่วยควรมีการจัดท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ถูกค้อง ซึ่งจะเป็นการปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่ง ดังนี้

6.1 ทำนอน ปฏิบัติดังนี้ (บงกช, 2528; รุ่งจิต, 2540; วชิราภรณ์, 2538; สมคิด, 2531; สุรางค์, ละออง, กฤษณาและสุมมา, 2527)

- ในระยะ 1-3 วันแรก หลังผ่าตัดควรนอนในท่ายกขาข้างที่ทำผ่าตัดให้สูงกว่าระดับหัวใจ โดยอาจใช้หมอนรองหรือวางขาบนที่วางขา (Bohler Braun frame) หรือผูกเชือกที่ตรงบริเวณกรอบโลหะแล้วแขวนห้อย โดยใช้เชือกเส้นเดียวกันผูกกับราวเหนือเตียง (overhead frame) เพื่อให้การไหลเวียนโลหิตดี ป้องกันการบวม และช่วยให้บริหารข้อข้างเคียงได้ง่ายขึ้น การยกขาสูงยังช่วยกระจายน้ำหนัก และป้องกันแผลกดทับได้

- ไม่ควรนอนในท่าเดียวนานๆ อย่างต่อเนื่อง เพราะจะทำให้อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายถูกกดทับนานเกินไป ควรมีการพลิกตะแคงตัวเป็นช่วงๆ อย่างน้อยทุก 1-2 ชม. ระยะแรกๆ ควรพลิกตะแคงไปด้านที่ไม่ได้ทำผ่าตัด แต่ถ้าจำเป็นต้องพลิกไปข้างที่ทำผ่าตัด ควรพลิกตะแคงไปเพียงเล็กน้อย และไม่ให้ทับแผลผ่าตัด เมื่อพลิกเสร็จขาข้างที่อยู่ข้างบนควรมีหมอนรองเสมอ

- ในกรณีที่มีท่อระบายของสารคัดหลั่งจากบาดแผล (radivac drain) ควรมีการจัดทำนอนและเคลื่อนไหวอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อ และจะต้องวางขวดระบายในระดับที่ต่ำกว่าบาดแผลเสมอ

- การเคลื่อนไหวเมื่อต้องมีการจับถ่าย ในทำนอนบนเตียง โดยเฉพาะในช่วงแรกหลังการผ่าตัดที่ยังคงมีอาการปวด และอยู่ในระยะพักบนเตียง (ประมาณ 1-2 วันหลังผ่าตัด) ควรปฏิบัติดังนี้ คือ นอนหงาย ใช้มือจับที่จับเหนือเตียง (bar frame) ดึงตัวยกกันขึ้น และสอดหมอนนอน หรืออาจใช้การตะแคงและสอดหมอนนอนก็ได้

6.2 ทำนั่ง ปฏิบัติดังนี้ (บุษบา, 2530; มานพ, 2541)

- ในช่วงแรกของการรักษาอาจเริ่มต้นด้วยการไขหัวเตียงให้สูง เพื่อเปลี่ยนจากทำนอนมาเป็นทำนั่งทีละน้อยๆ เพื่อไม่ให้เวียนศีรษะจากการเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว

- เมื่อสามารถถูกนั่งได้ให้เริ่มจากการนั่งข้างเตียง โดยจากการนั่งห้อยขาข้างเตียง ใช้ขาข้างดี ช้อนได้ขาข้างที่ทำผ่าตัด เพื่อรองรับน้ำหนัก และทดลองปล่อยขาข้างที่ทำผ่าตัดงอลงทีละน้อย เท่าที่ผู้ป่วยจะทนได้ ซึ่งการทำวิธีนี้อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้เนื้อเยื่อรอบๆ ข้อเข่ามีการยืดหยุ่น และแข็งแรงได้มากขึ้น โดยมีอาการปวดลดลง



- ในกรณีที่ต้องการนั่งรถเข็นไปที่ต่างๆ เช่น ไปห้องน้ำ หรือไปพูดคุยกับผู้ป่วยเตียงอื่นๆ ก็ควรมีการเคลื่อนไหวที่ถูกคือ คือ

1. กรณีเคลื่อนจากเตียงไปยังรถเข็น ปฏิบัติดังนี้

1.1 เริ่มจากการนั่งห้อยขาข้างเตียง

1.2 จัดรถเข็นมาชิดเตียงในลักษณะวางทะแยงมุมกับเตียง ประมาณ 45 องศา และวางชิดด้านขาที่ดี

1.3 โน้มตัวไปข้างหน้า ใช้มือข้างที่ดียันขอบเตียง ยันตัวให้ลุกขึ้นยืน ให้นำหนักอยู่บนขาข้างที่ดี

1.4 เอื้อมแขนเอามือมาจับที่เท้าแขนด้านนอก ค่อยๆ หมุนตัวหันหลังให้รถเข็น แล้วค่อยๆ หย่อนตัวลงนั่งในรถเข็น

2. กรณีเคลื่อนจากรถเข็นขึ้นไปยังเตียงนอน ก็ปฏิบัติในลักษณะเดียวกัน คือ

2.1 เข็นรถเข็นมาชิดเตียงในลักษณะวางทะแยงมุมกับเตียงประมาณ 45 องศา ให้ขาข้างดีอยู่ชิดกับเตียง

2.2 โน้มตัวไปข้างหน้าใช้มือยันที่เท้าแขน ดันตัวให้ลุกขึ้นยืนให้นำหนักตัวอยู่บนขาข้างที่ดี

2.3 เอื้อมแขนเอามือยันขอบเตียง ค่อยๆ หมุนตัวหันหลังให้เตียงแล้วค่อยๆ หย่อนตัวลงนั่งบนเตียง

- ในกรณีที่ต้องการนั่งเก้าอี้ ก็ปฏิบัติเช่นเดียวกับนั่งรถเข็น

6.3 ทำขึ้นและเดินด้วยไม้ค้ำยัน ปฏิบัติดังนี้ (มานพ, 2541; สุรศักดิ์, 2529; Schoen, 1986)

ผู้ป่วยที่ใส่โลหะยึดตรึงภายนอก สามารถยืนและเดินได้โดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ใส่โลหะยึดตรึงภายนอก จนกว่ากระดูกจะติดดีหรือเมื่อแพทย์อนุญาต เพราะการเดินลงน้ำหนักขาข้างที่ใส่โลหะยึดตรึงภายนอก จะทำให้กระดูกที่หัก ซึ่งยังไม่ติดกันดี รับน้ำหนักตัวของผู้ป่วย อาจจะทำให้เกิดการหักของกระดูกและมีการเลื่อนของโลหะยึดตรึงภายนอกได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องใช้ไม้ค้ำยันช่วยในการยืนและเดิน ซึ่งวิธีการยืนและการเดินด้วยไม้ค้ำยันที่ถูกวิธี คือ ผู้ป่วยควรใส่รองเท้าที่พอดีสำหรับใช้เดิน ปลายไม้ค้ำยันควรมียางสวมไว้ป้องกันลื่น ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นยืนโดยใช้มือยันเก้าอี้ และให้ลงน้ำหนักตัวที่ขาข้างดี ยืนให้หลังตรง ไม่แอ่นหรือโค้ง ศีรษะตั้งตรง มองไปข้างหน้าไม่ก้มมอง ไม้ค้ำยันห่างจากนิ้วเท้าไปข้างหน้า 4 นิ้ว และออกไปด้านข้าง 4 นิ้ว จับไม้ค้ำยันให้ข้อศอกงอประมาณ 20-30 องศา และให้ไม้ค้ำยันอยู่ต่ำกว่ารักแร้ประมาณ 2 นิ้ว ให้ลงน้ำหนักตัวลงบนมือทั้ง 2 ข้าง และที่ขาข้างที่ปกติ ไม่ใช่ลงน้ำหนักโดยการยันที่รักแร้ จะทำให้

เกิดอันตรายกับเส้นประสาทบริเวณรักแร้ อาจทำให้แขนเกิดอัมพาตจากการใช้ไม้ค้ำยันได้ ควรใช้แผ่นฟองน้ำหนุนปลายไม้ค้ำยันไว้เพื่อลดแรงกดบริเวณทรวงอกด้านข้าง เมื่อทรงตัวมั่นคงแล้วจึงเริ่มเดิน สำหรับการเดินด้วยไม้ค้ำยันมีอยู่ 3 วิธี แล้วแต่พยาธิสภาพของผู้ป่วย คือ

วิธีที่ 1 : วิธีการเดินลงน้ำหนักเต็มที่ (full weight bearing-FWB) ใช้ในผู้ป่วยรายที่มีอาการอ่อนแรงของขาข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง จากสาเหตุใดก็ตามที่ไม่เกี่ยวกับการหักของกระดูกขาหรือความเจ็บปวดของข้อต่อ วิธีการเดินแบบนี้ ไม้ค้ำยันทำหน้าที่ช่วยพยุงร่างกายของผู้ป่วย ให้ความมั่นคงเพิ่มขึ้น ซึ่งมีวิธีการเดินหลายแบบ (สำหรับรายละเอียดวิธีการเดินในแต่ละแบบของวิธีนี้จะไม่ขอกล่าวถึง เนื่องจากไม่ใช่วิธีการเดินในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ทำการศึกษาในครั้งนี้โดยตรง) ได้แก่

- การเดิน 4 จุด (four point gait) ใช้กับผู้ป่วยที่ขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง ไม่แข็งแรง หรือการทรงตัวยังไม่ดี แต่สามารถก้าวขาได้
- การเดิน 2 จุด (two point gait) ใช้กับผู้ป่วยลักษณะเดียวกับการเดิน 4 จุด แต่มีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น มีความคล่องตัวในการเดินมากขึ้น
- การเดินแบบเหวี่ยงตัว ซึ่งมี 2 แบบ คือ 1) สวิงทูเกต (swing to gait) และ 2) สวิงทรูเกต (swing through gait) ซึ่งจะใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวขาได้ ต้องใช้กำลังของลำตัวช่วยเหวี่ยง

วิธีที่ 2 : วิธีการเดินลงน้ำหนักบางส่วน (partial weight bearing-PWB) ใช้กับผู้ป่วยกระดูกขาหักที่มีการเชื่อมติดของกระดูกบางส่วน หรือมีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกขาหรือข้อต่อกระดูกขาที่แพทย์อนุญาตให้ลงน้ำหนักบางส่วน วิธีการเดินปฏิบัติดังนี้ เริ่มโดยยกไม้ทั้ง 2 ข้างไปข้างหน้า 4-6 นิ้ว พร้อมกับขาข้างที่หักลงน้ำหนักด้วยไม้ค้ำยันที่มือทั้ง 2 ข้าง แล้วก้าวขาข้างที่ดีผ่านไม้ค้ำยันไปข้างหน้า

วิธีที่ 3 : วิธีการเดินไม่ลงน้ำหนัก (non weight bearing-NWB) ใช้กับผู้ป่วยรายที่กระดูกขาหักใหม่ๆ ซึ่งยังไม่มีอาการเชื่อมติดของกระดูกเลย โดยรายละเอียดวิธีการปฏิบัติจะคล้ายกับวิธีที่ 2 แต่ขาข้างที่หักเพียงก้าวแตะพื้นเฉยๆ ไม่ลงน้ำหนักและขณะที่ก้าวขาข้างที่ดีนั้นจะต้องใช้แรงแขนทั้ง 2 ข้าง ที่จับไม้ค้ำยันรับน้ำหนักร่างกายทั้งหมด

สำหรับการขึ้นลงบันไดด้วยไม้ค้ำยันให้ใช้ขาข้างดีขึ้นก่อนแล้วตามด้วยไม้ค้ำยันทั้ง 2 ข้าง ร่วมกับขาข้างที่หัก การลงบันไดให้ขึ้นให้มั่นคงก่อนแล้วยกไม้ทั้ง 2 ข้าง ก้าวขาข้างที่หักวางลงบนบันไดล่างแล้วก้าวตามด้วยขาข้างดี หลักการง่าย ๆ คือ “ดีขึ้น เลวลง” การขึ้นบันไดขาดีขึ้นก่อน การลงบันไดขาเลวลงก่อน ระวังระวังสิ่งแวดล้อมขณะเดิน เนื่องจากการเดินด้วยไม้ค้ำยันโดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่หัก โอกาสที่ผู้ป่วยถื่น หกล้ม เป็นเหตุให้กระดูกหักซ้ำเกิดขึ้นได้ง่าย จึง

ควรป้องกันด้วยการจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยโดยการดูแลพื้นที่ห้องให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ มีแสงสว่างเพียงพอ ระวังการเดินขึ้นหรือลงบันได

### 7. การป้องกันการติดเชื้อ

การป้องกันการติดเชื้อปฏิบัติได้โดยรักษาความสะอาดบริเวณแผลไม่แกะเกาแผล ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำอันจะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่บาดแผลทำให้เกิดแผลอักเสบติดเชื้อได้ (ช่อราตรี, 2530) ถ้าแผลสกปรกหรือมีสิ่งคัดหลั่งออกมามาก ควรแจ้งให้พยาบาลทราบ เพื่อเปลี่ยนผ้าพันแผล ให้ใหม่ นอกจากนี้ควรจะรักษาความสะอาดบริเวณรอบโลหะ ที่ยึดตรึงกระดูกภายนอก ความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้าที่สวมใส่ และสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว เช่น บริเวณเตียงและบริเวณ ใกล้เตียง เพราะจะเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดได้

### 8. การสังเกตอาการผิดปกติ

ผู้ป่วยควรมีการสังเกตอาการผิดปกติดังต่อไปนี้ (บงกช, 2528; วชิราภรณ์, 2538)

8.1 สังเกตอาการติดเชื้อ โดยเฉพาะที่ผิวหนังบริเวณแขนงเข็มโลหะและแผลผ่าตัด ได้แก่ มีอาการปวด บวม แดง ร้อน มีหนองไหล มีกลิ่นเหม็น มีไข้

8.2 สังเกตอาการที่เกิดจากเข็มโลหะแทงกดผิวหนัง ซึ่งมักเกิดใน 1-2 สัปดาห์แรกที่ใส่โลหะยึดตรึงภายนอก อาการที่ควรสังเกตคือ ผิวหนังเป็นสัน ตึง หรือถูกดึงรอบ ๆ บริเวณที่แขนงเข็มโลหะมีสีแดง ปวด กดเจ็บ ผิวหนังอาจตาย หรือติดเชื้อได้

8.3 มีการเลื่อน หลวม หรือแน่นเกินไปของโลหะยึดตรึงภายนอก โดยเฉพาะ (clamp) ทุกอันที่ใช้ยึดเข็มโลหะให้ติดกับกรอบโลหะ

ถ้ามีอาการผิดปกติดังที่กล่าวมาให้รีบแจ้งให้พยาบาล และแพทย์ทราบ เพื่อจะทำการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องโดยเร็วที่สุด

### หมวดทางด้านจิตสังคม

ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก นั้น จะพบว่านอกจากปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น ท้องผูกจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความเจ็บปวด เป็นต้น แล้วปัญหาอย่างหนึ่งที่ควบคู่กัน คือ ปัญหาด้านจิตสังคม เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยจึงย่อมมีการตื่นตระหนกต่อลักษณะอาการของตนเอง มากกว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (ปิยนุช และสุวดี, 2540) ประกอบกับการรักษา โดยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ก็ย่อมเพิ่มความวิตกกังวล และความเครียดเพิ่มขึ้น เนื่องจากปัจจัยหลาย ๆ

อย่างเช่น ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน หรือการที่ต้องใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ เป็นต้น (พิทักษ์, วิภาและธีรนุช, 2536; พนิดา, 2536; ปิยนุชและสุวดี, 2540) นอกจากนั้นภายหลังจากการผ่าตัด จะต้องมีการจำกัดการเคลื่อนไหวร่วมด้วย ซึ่งก็ย่อมส่งผลต่าง ๆ ทางด้านจิตสังคมตามมา เช่น ความเครียด การปรับเปลี่ยนบทบาทและยอมรับในสภาพลักษณะ การติดต่อดสื่อสารปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากต้องเป็นภาระผู้อื่น ฯลฯ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมี การปฏิบัติด้านจิตสังคมที่ถูกต้อง เพื่อจะได้ไม่เกิดปัญหาต่าง ๆ ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวเฉพาะการ ปฏิบัติในเรื่องที่สำคัญ และพบมากในผู้ป่วยประเภทนี้ ซึ่งได้แก่

### 1. การจัดการกับความเครียด

ความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลที่ระบอบอย่างชัดเจนไม่ได้ ต่อสถานการณ์บางอย่างที่คุกคามต่อความมั่นคง หรือความปลอดภัยของชีวิต ซึ่งการตอบสนองนี้มีลักษณะเฉพาะในแต่ละคนไม่จำเป็นจะต้องเหมือนกัน จะปรากฏให้เห็นในรูปของพฤติกรรมการแสดงออกบางอย่าง และเป็นต้นเหตุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ อย่างภายในร่างกายของบุคคล (ช่อลดา, 2536) สำหรับการจัดการกับความเครียดนั้นสามารถปฏิบัติได้หลายวิธีได้แก่ (ขนิษฐาและประสพสุข, 2536; ช่อลดา, 2536; บุญวดี, 2532; สมพรและศรีสุรีศรี, 2540)

1.1 ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวให้สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมหรือ การดำเนินชีวิต ได้แก่

- การบริหารเวลาต่าง ๆ เช่น เวลาใดควรรับประทานอาหาร หรือรับประทานยา เวลาใดควรออกกำลังกาย หรือเวลาใดควรพักผ่อน เป็นต้น

- การฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องเปลี่ยนไป เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม กับสภาพความเจ็บป่วย การจับถ่าย เป็นต้น

- การรู้จักสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ๆ เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.2 การแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความสงสัย หรือเป็นปัญหา อันจะส่งผลให้เกิดความเครียด เพื่อนำไปหาแนวทางในการแก้ไข เช่น สอบถามจากพยาบาล แพทย์ หรือการอ่าน เอกสารต่าง ๆ

1.3 ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ และการรับรู้ของตนเอง เช่น การยืนยันความคิดที่ถูกต้อง รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ ให้ตรงกับความเป็นจริง โดยไม่ให้เหตุการณ์กลายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เช่น บุคลิกภาพที่อาจจริงเอาใจจนเกินไป เป็นต้น นอกจากนั้นควรจะเรียนรู้ขีดจำกัดของตนเอง และสัญญาณในตนเองที่บ่งบอกความเครียดที่มากเกินไป

1.4 เรียนรู้ และพัฒนาทักษะในการจัดการความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น วิธีผ่อนคลายการทำสมาธิ การฝึกกำหนดลมหายใจเข้า-ออก การเบี่ยงเบนความสนใจวิธีต่างๆ (เช่น การอ่านหนังสือ การฟังเพลง การพูดคุยกับบุคคลอื่น) การใช้จิตควบคุมการตอบสนองของร่างกาย ฯลฯ โดยเลือกวิธีที่เหมาะสม และเกิดประโยชน์ต่อตนเองมากที่สุด

## 2. การดำรงบทบาท และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

การที่ผู้ป่วยจะต้องมีการเปลี่ยนสภาพจากผู้มีสุขภาพดี มาดำรงบทบาทผู้ป่วยเนื่องจากประสบอุบัติเหตุ นั้น เป็นการเปลี่ยนบทบาทอย่างกะทันหันและรุนแรง จากผู้มีสุขภาพดีมาเจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ก็ต้องมีส่วนที่ขึ้นกับการรักษาพยาบาลต่างๆ (ซอลดา, 2536) ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีการดำรงบทบาทอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ ซึ่งในเรื่องการดำรงและปรับเปลี่ยนบทบาทนี้ จะมีความสัมพันธ์กับการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นร่วมด้วย เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนบทบาทให้เหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้

2.1 ขอมรรับถึงสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2.2 มีการพูดคุย ซักถามกับบุคคลอื่น เช่น พยาบาล แพทย์ ผู้ป่วยคนอื่น ๆ ฯลฯ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวในเรื่องต่าง ๆ ที่เปลี่ยนไป เช่น การรับประทาน การขับถ่าย การปฏิบัติตัวตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล ฯลฯ เพื่อจะได้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

2.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง และมีส่วนร่วมในการพยาบาล

2.4 ช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.5 วางแผนร่วมกับสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ร่วมงานที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ทดแทนขณะเจ็บป่วย

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยควรจะมีการดำรงบทบาทให้เหมาะสม ทั้งบทบาทที่หนึ่ง คือ บทบาทตามวัย เช่น วัยผู้ใหญ่ บทบาทที่สอง เช่น บทบาทการเป็นบิดา มารดา และบทบาทที่สาม เช่น บทบาทการเป็นหัวหน้างาน และที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือ บทบาทผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะดูแลตนเอง และปฏิบัติด้านสุขภาพต่อไป

## 3. การยอมรับในสภาพลักษณะของตนเอง

นอกจากปัญหาเกี่ยวกับความเครียดและการดำรงบทบาท และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นแล้ว ปัญหาหนึ่งที่จะพบได้มากในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การที่ต้องยอมรับกับสภาพลักษณะของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป ภายหลังได้รับการรักษาโดยวิธีการใส่โลหะยึดตรึงภายนอก เนื่องจากไม่สามารถเดินลงน้ำหนักได้ตามปกติ ต้องใช้ไม้ค้ำยัน ประกอบกับต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ คือ แผ่นโลหะ

ยื่นออกมานอกร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยบางคนอาจปรับตัวไม่ได้ และเกิดปัญหาขึ้น (ขวัญตา, 2534; ชมพูนุท, 2539; ฟาริดา, 2538) ดังนั้นผู้ป่วยควรมีการปฏิบัติตัวดังนี้

3.1 ขอมรับถึงสภาพการณ์ความเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับของตนเองว่าเป็นการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพการณ์บาดเจ็บ และบอกกับตัวเองเสมอว่า การรักษาโดยวิธีนี้เป็นเพียงการรักษาชั่วคราวเท่านั้น เมื่ออาการดีขึ้น คือ กระดูกมีการเชื่อมติดกัน ก็สามารถถอดโลหะยึดตรึงภายนอกออก และเดินได้ตามปกติโดยไม่ต้องใช้ไม้ค้ำยัน

3.2 มีการแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ เช่น เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องใช้ชีวิตอยู่กับโลหะยึดตรึงภายนอก การเดินด้วยไม้ค้ำยัน จากบุคคลอื่น ได้แก่ แพทย์ พยาบาลหรือผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพเดียวกัน เพื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง

3.3 พบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น ๆ เช่น ครอบครัว ผู้ป่วยด้วยกัน พยาบาล เป็นต้น เพื่อจะได้พูดคุยระบายความรู้สึก และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนี้ซึ่งจากการศึกษาของขวัญตา (2534) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพูดคุยกับครอบครัวของตนเองเนื่องจากมีความสนิทสนมกล้าที่จะบอกเล่าถึงความรู้สึกเกี่ยวกับสภาพลักษณะของตนเองได้มากกว่า และมีความเชื่อว่าจะเป็นกำลังใจที่ดีที่สุดให้กับตนเอง

3.4 ถ้าเกิดความวิตกกังวล หรือความเครียดในเรื่องนี้ควรใช้วิธีลดความวิตกกังวลหรือความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการพูดคุยกับผู้อื่น อ่านหนังสือ การฟังเพลง หรืออาจจะใช้วิธีการผ่อนคลายโดยการทำสมาธิ กำหนดลมหายใจเข้า-ออก เป็นต้น เพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น และพร้อมที่จะแก้ปัญหาต่อไป

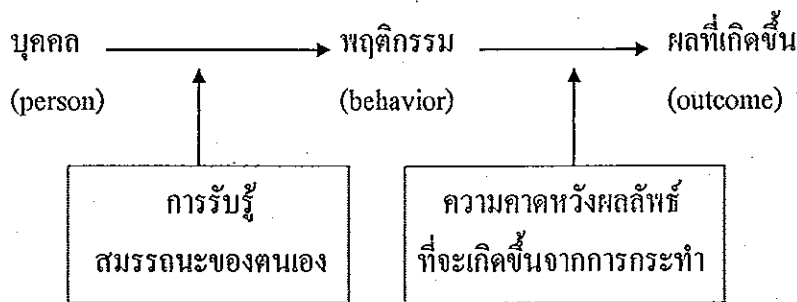
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1977) นักจิตวิทยาที่มีชื่อเสียง ในระยะแรกใช้คำว่าความคาดหวังในสมรรถนะของตนเอง (efficacy expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของตนเองในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura, 1977) ต่อมาได้ใช้คำว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) โดยให้ความหมายว่าเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1986)

การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ นั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 2 ประการ คือ 1) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และ 2) ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำดังกล่าว โดยที่

การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ และจะนำไปสู่การประเมินความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์เฉพาะ โดยเฉพาะในภาวะเครียด หรือในสถานการณ์วิกฤต รวมทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการ การรับรู้สมรรถนะของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลสองคนที่มีความสามารถไม่ต่างกัน แต่ถ้ามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองแตกต่างกันอาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างได้ แม้นักคนเดียวกันถ้ารับรู้สมรรถนะของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกันก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในสภาวะการณั้ นั้น ๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะก็จะแสดงถึงสมรรถนะนั้นออกมา บุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989 อ้างตามสม โภชน์, 2541)

ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำเป็นการคาดคะเน หรือความเชื่อเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม (Bandura, 1986) ซึ่งจะเป็นความเชื่อถึงผลที่จะตามมา ภายหลังจากกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำมีบทบาทสำคัญในการจูงใจ และตัดสินใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะเมื่อพฤติกรรมนั้นไม่ยากที่จะปฏิบัติตาม โดยความเชื่อในผลของพฤติกรรมที่เป็นทางบวก มีความสำคัญมากกว่าสาเหตุการเกิดพฤติกรรมทางบวกที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นว่ามีหรือไม่ และความคาดหวังว่า เมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะได้ผลตามที่ต้องการหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้น จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถไม่พอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ก็มีแนวโน้มว่าบุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวัง (Bandura 1997) ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำที่จะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม และนำไปสู่ผลลัพธ์ ดังที่กล่าวมา แสดงให้เห็นไว้ในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 แสดงแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ ของแบนดูรา (Bandura, 1977)

นอกจากนี้จะพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ยังมีผลต่อการกระทำกิจกรรมที่ยุ่ยากซับซ้อนว่าจะกระทำสำเร็จหรือไม่ เนื่องจากความมั่นใจว่าตนมีความสามารถเพียงใดจะเป็นตัวชี้ว่า บุคคลจะมีความพยายามทำงานมากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลเชื่อว่า ตนไม่มีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมให้สำเร็จได้ ก็จะเกิดความกลัวและพยายามหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ แต่ถ้านักศึกษามีความมั่นใจว่าสามารถกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ จะไม่เกิดความกลัวหรือหวาดหวั่นล่วงหน้าก่อนที่จะแสดงพฤติกรรม และยังทำให้นักศึกษาก่อเกิดความเพียรพยายามไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ยิ่งมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมาก จะยิ่งมีความพยายามและกระตือรือร้นในการกระทำกิจกรรมนั้นมากขึ้น การที่บุคคลพยายามกระทำกิจกรรมในสถานการณ์ที่ยุ่ยากซับซ้อนได้สำเร็จ และได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ จะเป็นแรงเสริมต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ทำให้ความกลัวและวิตกกังวลลดน้อยลง แต่ถ้านักศึกษาลีกัดการทำงานโดยง่าย หรือกระทำกิจกรรมไม่สำเร็จจะทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำลงและทำให้เกิดความกลัวต่อการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ มากขึ้น (Bandura, 1977)

การรับรู้สมรรถนะของตนเองจะมีผลต่อบุคคลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (Bandura, 1986)

1. การเลือกกระทำพฤติกรรม ในชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล จะมีการคิดตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาว่า จะต้องกระทำพฤติกรรมใด หรือกระทำอย่างต่อเนืองนานเท่าไร การเลือกกระทำพฤติกรรมใดในสถานการณ์ใดนั้นส่วนหนึ่ง ก็เนื่องมาจากการรับรู้สมรรถนะของตนเอง บุคคลจะหลีกเลี่ยงงานหนัก และสถานการณ์ที่เขาเชื่อว่าเกินความสามารถ แต่จะมีการกระทำพฤติกรรมแน่นอนถ้าตัดสินใจแล้วว่ามีความสามารถ การประเมินสมรรถนะของตนเองได้อย่างถูกต้อง จะช่วยส่งผลให้เกิดความสำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่ประเมินสมรรถนะของตนเองสูงเกินไป มักจะทำงานที่เกินความสามารถ และนำไปสู่ความล้มเหลวได้ อันจะส่งผลให้เขารู้สึกทุกข์ เครียด ผิดหวัง และทำลายความเชื่อในความสามารถของเขาลงไป ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่ประเมินสมรรถนะของตนเองต่ำเกินไป มักจะเลือกทำงานง่าย ๆ ซึ่งเป็นการจำกัดความสามารถของตนเอง และมักจะมี ความสงสัยในความสามารถของตนเอง เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ขาดความพยายาม และขาดการพัฒนาความสามารถของตนเองให้ก้าวหน้าต่อไป

2. การใช้ความพยายามและความอดทนในการทำงาน สมรรถนะของตนเองที่บุคคลประเมินนั้น จะเป็นตัวกำหนดว่า เขาจะต้องใช้ความพยายามเท่าใด และจะต้องอดทนในการเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ ได้นานเท่าใด ถ้านักศึกษามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงเท่าใด ก็จะยิ่งมีความพยายามและความอดทนในการทำงานมากเท่านั้น อันจะส่งผลให้ประสบความสำเร็จส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ ก็มักจะมี ความสงสัยในความสามารถของตนเอง เมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือพบกับงานที่รู้สึกว่ายาก ก็จะทำให้ไม่มีความพยายามและเลิกกระทำในที่สุด จากการ



ศึกษาของซาโลมอน (Salomon, 1984 cited by Bandura, 1986) พบว่า นักเรียนที่รับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะสูง จะมีความพยายามในการเรียนสูง และเรียนรู้ได้ดีเมื่อเรียนจากสื่อการสอนที่เขารู้สึกว่ายาก ในขณะที่เขาจะใช้ความพยายามต่ำกว่า และเรียนรู้ได้ง่ายกว่า ถ้าเรียนจากสื่อการสอนที่รู้สึกว่าง่าย

3. รูปแบบความคิดและปฏิกริยาทางอารมณ์ การตัดสินใจเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองนั้นมีอิทธิพลต่อรูปแบบความคิดและปฏิกริยาทางอารมณ์ ระหว่างการกระทำพฤติกรรมจริงกับสิ่งที่คาดการณ์เกี่ยวกับการกระทำในอนาคต โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะต่ำ มักจะรู้สึกว่ายากนั้นยากลำบาก และเป็นเหตุการณ์ที่น่ากลัวมากกว่าความเป็นจริง มีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด และทำลายความสามารถของตนเอง ซึ่งเขามีโอกาสสร้างขึ้นได้จากการเรียนรู้ในงานที่ล้มเหลว นั้น ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะสูง จะมีการเอาใจใส่และความพยายามในการกระทำพฤติกรรม เมื่อพบกับอุปสรรค จะเป็นการกระตุ้นตนเองให้มีความพยายามมากขึ้น จากการศึกษาของโคลลินส์ (Collins, 1982 cited by Bandura, 1986) พบว่า ในสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่ยาก บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง มักจะคิดว่าสาเหตุของความล้มเหลวนั้น เกิดจากการขาดความพยายาม ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ จะอธิบายว่าเกิดจากการขาดความสามารถของเขาเอง

4. ทำให้บุคคลเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะต่างกัน จะมีการกระทำพฤติกรรมที่ต่างกัน คือ บุคคลที่มองตัวเองว่ามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง จะกระทำในสิ่งที่ตนสนใจ และเลือกทำงานที่ทำหาย และใช้ความพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ถ้าพบกับความล้มเหลวก็จะใช้ความล้มเหลว เป็นตัวกระตุ้นให้ประสบความสำเร็จ ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ มักจะเอาความสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตของตน แต่ไม่พยายามใช้ความสามารถของตน โดยจะหลีกเลี่ยงงานที่ยาก เมื่อพบกับอุปสรรคก็จะล้มเลิกการกระทำนั้น ทำให้มีความปรารถนา ทะเยอทะยานต่ำ และต้องพบกับความเครียด และความวิตกกังวลอย่างมาก

ได้มีผู้นำแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ของเบนดูรา ไปศึกษาวิจัยในผู้ป่วยและผู้มีสุขภาพดี เพื่อส่งเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ดังเช่น

การศึกษาของอับเลอร์ และเฟรทซ์ (Abler and Fretz, 1988) ที่ได้ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความสามารถในการอยู่อย่างอิสระในกลุ่มผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 67 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีผลต่อสุขภาพที่จะทำนายศักยภาพทางจิตสังคม ในผู้สูงอายุ และภาวะสุขภาพสามารถทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เอสท์แลนเดอร์, แวนฮาลเลนด้า, โมนีด้าและโกแวนด์

(Estlander, Vanharanta, Moneta & Kaivanto, 1994) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารข้อของผู้ป่วยปวดข้อเรื้อรัง ได้แก่ อายุ เพศ ความสูง น้ำหนัก การรับรู้สมรรถนะในการบริหารข้อ ความเจ็บปวด และระดับของความพิการ พบว่า การรับรู้สมรรถนะในการบริหารข้อมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเจ็บปวดและการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายผลสัมฤทธิ์ของการบริหารข้อได้มากที่สุด

สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังเช่น

กมลพรรณ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 150 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ( $r = .330, P < .001$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศรีสุดา (2538) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $r = .76, P < .001$ ) และการศึกษาของ สุกคนธ์ (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยศึกษาจาก ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเลศิลิน และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .235, P < .01$ ) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .568, P < .001; r = .252, P < .01$  ตามลำดับ)

จากผลการวิจัยต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมา จะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองจะส่งผลดีต่อสุขภาพในด้านต่าง ๆ ดังนั้น บุคคลจึงควรมีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1977) กล่าวว่าบุคคลสามารถพัฒนาได้จาก 4 แหล่ง คือ

1. ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อน (performance accomplishments) การมีประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อนเป็นประสบการณ์ตรง ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นอย่างมาก โดยจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมี

ความสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์ แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน หรือรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแคพแลน, แอดคินส์และรีนซ์ (Kaplan, Atkins & Reinsch, 1984) ที่เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นเรื่องที่เฉพาะเจาะจง การสร้างประสบการณ์ให้ประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมใด ผู้ป่วยจะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการทำกิจกรรมนั้นเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลเคยประสบความล้มเหลว ในการเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ มาก่อน จะแสดงออกถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับต่ำ แต่อย่างไรก็ตาม บุคคลยังมีโอกาสที่จะพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเองได้ ถ้าได้รับการส่งเสริมให้มีการฝึกทักษะอย่างเพียงพอ ที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้ดีหรือม ๆ กับการได้รับแรงเสริม ทำให้รู้ว่าคนมีความสามารถที่จะทำได้เช่นกัน (Hjelle & Ziegler, 1992) เช่น จากการศึกษาการฝึกโยโยไฟลแบค ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จะทำให้ผู้ฝึกสามารถจะควบคุมการทำงานของร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ การหายใจได้ด้วยตนเอง (ดวงรัตน์ , 2541) เป็นต้น นอกจากนี้รูซ, ดิบเบิล, กิลลิสส์และกรอทเนอร์ (Ruiz, Dibble, Gilliss & Gortner, 1992) ได้ศึกษาพบว่า การทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถออกกำลังกายได้ จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเดินได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของแบนดูรา (Bandura, 1977) ที่ว่าเมื่อบุคคลประเมินว่าตนมีความสามารถสูงเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือสถานการณ์ที่ตนต้องเผชิญ และพฤติกรรมนั้นไม่ยากเกินกำลังความสามารถของตน จะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมนั้นด้วยความอดทนอดสาหัส และไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่าง ๆ

2. การสังเกตผู้อื่นประสบความสำเร็จ ในการเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกัน หรือได้เห็นตัวแบบ (vicarious experience) แม้ว่าจะมีอิทธิพลไม่มากนักเหมือนกับกรณีที่เคยมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จมาก่อน แต่ก็จะสามารถทำให้ผู้สังเกตมีการรับรู้ว่าจะมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้เช่นกัน ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่ามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ผู้แบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนก็จะสามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้ การที่ได้สังเกตบุคคลอื่นแสดงพฤติกรรมในสถานการณ์แบบเดียวกันและได้รับผลเป็นที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตเกิดประสบการณ์ทางอ้อม ที่ทำให้คิดคล้ายคลึงว่าผู้อื่นทำได้ ตนก็น่าจะทำได้ถ้าตั้งใจและพยายาม เช่น การศึกษาของลีดเดอร์แมน (Leaderman, 1984 cited in Lowe, 1991 อ้างตาม จารุวรรณ, 2540) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปรับทัศนคติตั้งคัมของหญิงมีครรภ์แรก ในการเผชิญกับความวิตกกังวลจากการคลอด โดยมีการเรียนรู้จากแหล่งต่าง ๆ เช่น จากการศึกษาชั้นเรียนเพื่อเตรียมคลอด อ่านหนังสือเกี่ยวกับการคลอดบุตร หรือพูดคุยกับบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ในการคลอดบุตรมาก่อน พบว่า

การเรียนรู้เหล่านี้ ช่วยส่งเสริมความเชื่อมั่นของหญิงครรภ์แรกในการคลอดบุตร นอกจากนี้ยังมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอีกด้วย

3. การได้รับการชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา (verbal persuasion) วิธีนี้จะใช้กันอย่างกว้างขวาง เพราะเป็นวิธีที่ง่าย และสะดวก การรับรู้สมรรถนะของตนเองอาจเกิดขึ้นได้หรือมีการเปลี่ยนแปลงได้ จากการที่บุคคลได้รับการชักจูงหรือชี้แนะให้มีความเชื่อว่า เขามีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการที่จะกระทำกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายได้ แต่ความสำเร็จในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยวิธีนี้ ก็จะมีข้อจำกัดคือจะมีผลเพียงระยะสั้น ๆ และมีผลต่อการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองได้ไม่มากนัก นอกจากนี้ยังอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความชำนาญของผู้ชักจูง ความรู้สึกไว้วางใจต่อผู้ชักจูง แรงจูงใจให้มีการกระทำพฤติกรรม รวมทั้งสถานการณ์นั้น ๆ ด้วย

4. การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (emotional arousal) ความกลัวหรือความวิตกกังวลที่เป็นผลจากการที่บุคคลเผชิญกับภาวะเครียด หรือสถานการณ์ที่คุกคามนั้น ถ้ามีในระดับสูงอาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้ (Lawrance & McLeroy, 1986) กล่าวคือ หากบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความวิตกกังวลสูง จะขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มักจะตัดสินใจหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น หรือหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสถานการณ์นั้น ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ความอชและโบเวอร์ (Kavanaugh & Bover, 1985 cited in Ruiz, Dibble, Gilliss & Gortner, 1992) ที่ว่าการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ และทางสรีระจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้สมรรถนะของตนเองและภาวะอารมณ์มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์ ทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองเปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังเช่นการศึกษาของ ไคโรริโอ, ฟาเซอร์ดีและแมนทิวฟีล (Dilorio, Faherty & Manteuffel, 1992) ที่ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคลมชักที่เข้าร่วมโปรแกรมฝึกอาชีพ พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองสามารถทำนายระดับความวิตกกังวลได้ และความวิตกกังวลที่สูง ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง นอกจากนี้แบนดูรา (Bandura, 1977) ยังได้เสนอรูปแบบในการพัฒนา และส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองดังแผนภาพที่ 3 (ในหน้าถัดไป) ซึ่งสมทรง (2541) ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองนี้มาทำการวิจัยเรื่องผลของการเตรียมมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมการดูแลทารก โดยทำการศึกษาจากมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลแพร์ ตั้งแต่หนึ่งสัปดาห์ขึ้นไป และเตรียมจำหน่ายจากโรงพยาบาล จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 ราย และกลุ่มทดลอง 10 ราย โดยกลุ่มทดลอง

ได้รับการเตรียมเป็นเวลา 3 วันก่อนจำหน่ายทารก โดยใช้แนวคิดการพัฒนาส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ของเบนดูรา จากทั้ง 4 แห่ง ผลการวิจัยพบว่า

1. มารดาที่ได้รับการเตรียมมีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในการดูแลทารกตลอดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .01$ )
2. มารดาที่ได้รับการเตรียมมีพฤติกรรมดูแลทารกถูกต้อง หรือเหมาะสมมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .01$ )

#### การประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

การรับรู้สมรรถนะของตนเองจะผันแปรไปใน 3 มิติ ซึ่งสามารถนำมาประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ได้แก่ (Bandura, 1977)

1. ขนาดหรือระดับของการรับรู้ความสามารถ ตามความยากหรือง่ายของพฤติกรรม (magnitude of expectancies) การรับรู้สมรรถนะของตนเองตามความคาดหวังของแต่ละบุคคล อาจมีความแตกต่างกัน ตามระดับความยากง่ายของพฤติกรรม ที่บุคคลจะเลือกกระทำในสถานการณ์นั้น ๆ บุคคลคนหนึ่งอาจมีความสามารถทำกิจกรรมที่ง่าย ๆ หรือมีระดับความยากปานกลางเท่านั้น

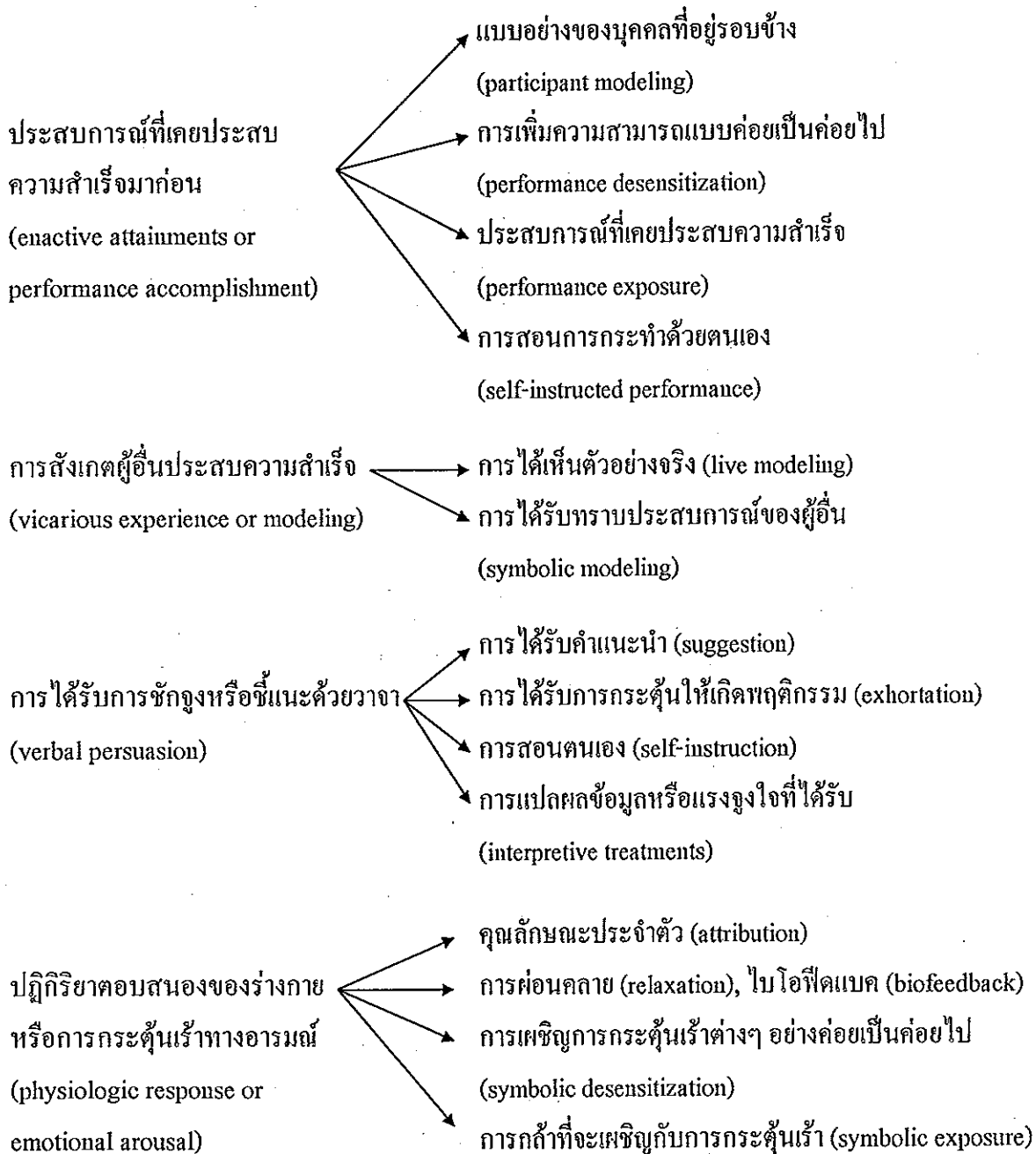
2. ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะทำพฤติกรรม (strength of expectancies) ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ อาจมีกิจกรรมที่บุคคลจะต้องปฏิบัติตามระดับความยากง่ายแตกต่างกัน บุคคลที่มีความเข้มแข็ง หรือมีความมั่นใจ ก็จะมีกำลังใจพยายามที่จะปฏิบัติกิจกรรม หรือเผชิญกับสถานการณ์นั้น

3. ระดับของความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่น ๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ (generality of expectancies) บุคคลที่เคยประสบความสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างมาก่อน อาจมีความคาดหวัง หรือรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ในสถานการณ์อื่น ๆ ได้

ในงานวิจัยต่างๆ ได้มีการปรับ พัฒนาหรือสร้างเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ดังเช่น

แหล่งการสร้างและพัฒนา  
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

รูปแบบในการพัฒนาและส่งเสริม  
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง



แผนภาพที่ 3 แสดงรูปแบบในการพัฒนาและส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Bandura , 1977)

เจนกินส์ (Jenkins, 1988) ได้สร้างเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายขึ้น วัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองเกี่ยวกับการเดิน การยกของ การขึ้นที่สูง การทำงานและการทำกิจกรรมต่างๆ ไป ซึ่งในแต่ละเรื่องประกอบด้วยคำถามย่อย 10 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะของตนเองทั้ง 3 มิติ เจนกินส์ ได้ปรับการให้คะแนนจาก 0-100 เป็น 0-10 โดยให้เหตุผลว่า เพื่อให้ง่ายต่อการตอบแบบประเมินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายทุกคน และทำให้การรวมคะแนนง่ายขึ้น และการศึกษาของ คินเจอร์ และกลาสโกว์ (Kingery & Glasgow, 1989) สร้างแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ครอบคลุมการประเมินทั้ง 3 มิติ และให้คะแนนจาก 0-10.

นอกจากนั้นก็ยังมีงานวิจัยที่ประเมินการรับรู้สมรรถนะใน 2 มิติ ดังเช่น การศึกษาของ กรอสแมน บริค และฮูเซอร์ (Grossman, Brink & Hauser, 1987 อ้างตามรัตนากรณ์, 2536) ได้สร้างเครื่องมือการรับรู้สมรรถนะของตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินในวัยรุ่น โดยประเมินความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง 2 มิติ คือ การรับรู้ถึงระดับความยากง่ายของพฤติกรรมและระดับความเชื่อมั่นในประสบการณ์ความสำเร็จที่สามารถนำไปใช้ในต่างสถานการณ์ โดยรวมประเมินทั้ง 2 มิติ ในแบบวัดฉบับเดียวกัน มีข้อคำถาม 35 ข้อ

สำหรับงานวิจัยของผู้วิจัยเองนี้เป็นการวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในมิติของความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม และนำไปหาความสัมพันธ์กับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยต่อไป

จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันงานวิจัยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self - efficacy) เพื่อทำนายผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมในสถานการณ์ต่างๆ สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่ว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นความคาดหวังในความสามารถของคน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง ในการที่จะแสดงพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องจัดกระทำในอนาคต สำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกนั้น สถานการณ์ที่จะต้องกระทำอย่างหนึ่งก็คือ การปฏิบัติด้านสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง และเพื่อให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้เร็วขึ้น ซึ่งผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ น่าจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้องต่อไป

ปัจจัยพื้นฐานบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับการกระทำพฤติกรรมในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไปส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลด้วย (รัตนากรณี, 2536) ในขณะที่เดียวกันก็พบว่า การกระทำของบุคคลนั้นจะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 2 ประการ คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำดังที่แบนดูรา (Bandura, 1986) ได้กล่าวไว้ ดังนั้นปัจจัยพื้นฐานจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยพื้นฐานบางประการมาทำการศึกษา ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีทั้งส่วนที่มีความสัมพันธ์ และส่วนที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง แต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำโดยตรง จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาต่อในเรื่องนี้ ซึ่งปัจจัยพื้นฐานบางประการที่ศึกษาได้แก่

1. อายุ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคลที่จะจัดการเกี่ยวกับเรื่องราวหรือปัญหาต่างๆ การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการ (Orem, 1995) ผู้ที่มีอายุมากกว่าจึงย่อมที่จะมีโอกาสมากกว่าที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง และได้สังเกตเห็นแบบอย่างการกระทำจากผู้อื่น ดังนั้นอายุที่แตกต่างกันจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำดังเช่น การศึกษาของโฟรมแมน และโอเวน (Froman & Owen, 1990) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารก และทักษะการดูแลทารกของมารดาในมารดา ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล จำนวน 200 ราย พบว่าอายุของมารดาเป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และมีอำนาจในการทำนายการรับรู้สมรรถนะในการดูแลทารกในระดับสูง

2. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยพื้นฐานของการรู้คิด การตัดสินใจหรือพิจารณาเรื่องต่างๆ ช่วยให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร พร้อมทั้งมีการเรียนรู้และเข้าใจข้อมูลต่างๆ ได้ง่าย รู้จักแสวงหาความรู้ และนำเอาความรู้ และประสบการณ์ที่ได้รับมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป ดังเช่น การศึกษาของรัตนากรณี (2536) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 200 ราย พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ คือ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรพรณ (2539) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 150 ราย ซึ่งผลก็พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองเช่นกัน

3. รายได้ เป็นปัจจัยที่จะช่วยให้บุคคลแสวงหาข้อมูลต่างๆ และเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น อันจะเป็นส่วนประกอบในการคิดและตัดสินใจในการกระทำต่างๆ และน่าจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ โดยได้เคยมีผู้ทำการศึกษาในเรื่องนี้ พบว่าได้ผลที่แตกต่างกันออกไป คือ การศึกษาของเกร็มโบสกี และคณะ (Grembowski, et al., 1993) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ จำนวน 2,524 ราย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจดีหรือมีรายได้สูงจะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจไม่ดีหรือมีรายได้ต่ำ ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของ กมลพรพรณ (2539) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 150 ราย ซึ่งพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุนั้นคือไม่ว่า ผู้สูงอายุจะมีรายได้สูงหรือต่ำ ก็ไม่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

ความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น มีความสัมพันธ์กันมาก และมีผลต่อการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ของบุคคล กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น เป็นการตัดสินใจว่าผลลัพธ์ใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว เช่น การที่นักกีฬาที่มีความเชื่อว่า เขาจะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต ความเชื่อดังกล่าวเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเอง ส่วนการได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับรางวัล หรือความพึงพอใจในตนเองที่กระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต เป็นความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นซึ่งผลที่เกิดขึ้นในที่นี้จะหมายถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หากกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ (Bandura, 1986) การคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียว ไม่ใช่เป็นเหตุให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้น

นอกจากจะรับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการนั้นได้ดี ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ดังแสดงในแผนภาพที่ 4

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ

สูง

ต่ำ

การรับรู้สมรรถนะ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะกระทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่กระทำแน่นอน

แผนภาพที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ (Bandura, 1977)

จากความสัมพันธ์ดังกล่าวที่นำไปสู่การกระทำในด้านต่าง ๆ จึงทำให้มีผู้สนใจและนำไปศึกษาวิจัย โดยส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการเรียนรู้สมรรถนะของตนเองต่อการกระทำต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมสุขภาพ หรือการปฏิบัติด้านสุขภาพ ส่วนในเรื่องความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ หรือเฉพาะความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ กับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติด้านสุขภาพนั้นยังมีน้อย ดังเช่น

การศึกษาของ เอ็คเคอร์-แบล็ค, ฮาร์ท, ฮอฟแมนและเจอร์รี่ (Ocker-Black, Hart, Hoffman & Geary, 1992) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนการผ่าตัด และพฤติกรรมภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี (cholecystectomy) จำนวน 68 ราย พบว่าคะแนนการเรียนรู้สมรรถนะของตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมภายหลังผ่าตัด ซึ่งได้แก่ การหายใจลึกๆ การลุกจากเตียง และการทบทวนเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คาดหวัง ส่วนคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการขอยาบรรเทาปวดภายหลังผ่าตัด กล่าวคือ ถ้ามีความคาดหวังผลลัพธ์ว่ารับประทานยาแล้วจะสามารถบรรเทาปวดได้ ทำให้มีการขอยาแก้ปวดรับประทานเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ คอน (Comm, 1997) ซึ่งได้ทำการศึกษาการเรียนรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำในผู้สูงอายุเพศหญิง พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียดในผู้สูงอายุ นอกจากนั้น

สเตรชเชอร์, ดีเวลลิส, เบกเกอร์และโรเซนสโตค (stretcher, Devellis, Becker & Rosenstock, 1986) ได้ทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ดังเช่นการศึกษาในเรื่อง การหยุดสูบบุหรี่ (Cochlo, 1983; Condiolye and Lichtenstein, 1981; Maddux and Rogers, 1983) การลดน้ำหนัก (Diclement, 1981; Edington, et al., 1987) การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Rist and Watzi, 1983) การออกกำลังกาย (Ewart, Taylor, Reese & Debusk, 1984; Kaplan, Atkins & Reinsch, 1984) พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงสามารถหยุดสูบบุหรี่ ลดน้ำหนัก มีการออกกำลังกาย และหยุดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ

วันดี (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อ.เมือง จำนวน 150 ราย ผลการวิจัย พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ( $r = .46, P < .001$ ) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ได้แก่ การบรรเทาอาการของตนเอง ( $r = .53, P < .001$ ) การรับพิศชอบต่อสุขภาพ ( $r = .25, P < .01$ ) การออกกำลังกาย ( $r = .18, P < .05$ ) การรับประทานอาหาร ( $r = .26, P < .01$ ) การสนับสนุนระหว่างบุคคล ( $r = .39, P < .001$ ) และการจัดการกับความเครียด ( $r = .23, P < .01$ ) และการศึกษาของพัฒนา (2539) ที่ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บจากการขับขีรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 125 ราย ผลการวิจัย พบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการขับขีรถจักรยานยนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.3736, 0.4236, p < .001$ ) ตามลำดับ และยังมีผลการศึกษาของจิตต์ลัดดา (2539) ซึ่งศึกษาถึงการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดแผลผ่าตัดซ้ำของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์โรคเรื้อนพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน จำนวน 80 ราย ผลการวิจัย พบว่า ความคาดหวังในความสามารถในการดูแลตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดแผลซ้ำซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.5058, 0.2354, P < .001$ ) ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำจะมีความสัมพันธ์ หรือมีผลต่อพฤติกรรม หรือการปฏิบัติด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ ซึ่งสามารถนำผลที่ศึกษาได้นี้ ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป แต่

พบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาในเรื่องนี้ในจำนวนที่ไม่มาก และยังไม่พบว่ามีผู้ใดศึกษาในผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังการได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกมาก่อน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อนำไปใช้ในการให้การพยาบาล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยต่อไป

### บทที่ 3

#### วิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากยานยนต์ ทำให้กระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด และได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำนวน 6 แห่ง คือ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 90 ราย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของโพลิต และ ฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) โดยใช้กำลังของการศึกษา (power of study) ดังนี้

1. กำหนดค่า  $\alpha$  ที่ .05
2. ค่า power (1- $\beta$ ) ที่ .80
3. กำหนด effect size ในการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ .30
4. เปิดตารางได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 88 ราย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 90 ราย โดยเลือกที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่กระดูกขา คือ กระดูกต้นขา (femur) หรือกระดูกหน้าแข้ง (tibia/tibia & fibula) ของขาข้างใดข้างหนึ่งหักแบบมีแผลเปิด (open fracture) ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป
2. อายุ 15 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

3. ไม่มีการบาดเจ็บของสมอง หรือไขสันหลัง ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน หัวใจ โรคไต ฯลฯ และไม่มีโรคของกล้ามเนื้อหรือบาดเจ็บของเส้นประสาทขา เช่น โปลิโอ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ฯลฯ

4. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถได้ตอบ และสื่อความหมายเข้าใจ

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

### เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ แหล่งของคำแนะนำที่ได้รับและเรื่องที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติ ด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามปลายปิด มีจำนวนทั้งหมด 31 ข้อ และข้อคำถามปลายเปิดที่เป็นข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในแต่ละข้อคำถาม (เพื่อนำไปจัดกลุ่มคำของข้อคิดเห็นเพิ่มเติมใช้สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณในช่วงอภิปรายผล) ประกอบด้วย

หมวดทางด้านร่างกาย จำนวน 24 ข้อ คือ

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 1-5

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการพักผ่อน จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 6

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานยา จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 7-8

#### ตามแผนการรักษา

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการขยับถ่าย จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 9-10

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 11-12

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านทำทางและ

#### การเคลื่อนไหว

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการป้องกันการติดเชื้อ จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 18-20

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการสังเกตอาการผิดปกติ จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 21-24

หมวดทางด้านจิตสังคม จำนวน 7 ข้อ คือ

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 25-26

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการดำรงบทบาทและ จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 27-29

สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 30-31

ของตนเอง

ในการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่าง เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ให้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ดังนี้

คะแนน 5 เท่ากับ มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำ

พฤติกรรมนั้นได้อย่างแน่นอน

คะแนน 4 เท่ากับ มั่นใจมาก หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำ

พฤติกรรมนั้นได้อย่างมาก

คะแนน 3 เท่ากับ มั่นใจปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำ

พฤติกรรมนั้นได้ปานกลาง

คะแนน 2 เท่ากับ มั่นใจน้อย หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำ

พฤติกรรมนั้นได้น้อย

คะแนน 1 เท่ากับ มั่นใจน้อยมาก/ไม่มีความมั่นใจ หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจ

น้อยมาก หรือ ไม่มีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้น

ได้เลย

ส่วนเกณฑ์ของคะแนนรายข้อและโดยรวม กำหนดจากจุดกึ่งกลางของคะแนน 5 ระดับ ของแบบสัมภาษณ์ มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 4.50-5.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้กรอบแนวคิดความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ ของแบนดูรา (Bandura, 1986) และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามปลายเปิด มีจำนวนทั้งหมด 31 ข้อ และข้อคำถามปลายเปิดที่เป็นข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในแต่ละข้อคำถาม (เพื่อนำไปจัดกลุ่มคำของข้อคิดเห็นเพิ่มเติมใช้นับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณในช่วงอภิปรายผล) ประกอบด้วย

หมวดทางด้านร่างกาย จำนวน 24 ข้อ คือ

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการรับประทานอาหาร	จำนวน 5 ข้อ	คือ ข้อ 1-5
ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการพักผ่อน	จำนวน 1 ข้อ	คือ ข้อ 6
ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการรับประทานยา	จำนวน 2 ข้อ	คือ ข้อ 7-8

ตามแผนการรักษา

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการขยับถ่าย	จำนวน 2 ข้อ	คือ ข้อ 9-10
ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการออกกำลังกาย	จำนวน 2 ข้อ	คือ ข้อ 11-12
ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านท่าทางและการเคลื่อนไหว	จำนวน 5 ข้อ	คือ ข้อ 13-17
ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการป้องกันการติดเชื้อ	จำนวน 3 ข้อ	คือ ข้อ 18-20
ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการสังเกตอาการผิดปกติ	จำนวน 4 ข้อ	คือ ข้อ 21-24

หมวดทางด้านจิตสังคม จำนวน 7 ข้อ คือ

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการจัดการกับความเครียด	จำนวน 2 ข้อ	คือ ข้อ 25-26
ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการดำรงบทบาทและ	จำนวน 3 ข้อ	คือ ข้อ 27-29

สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง	จำนวน 2 ข้อ	คือ ข้อ 30-31
---	-------------	---------------

ในการออกแบบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ให้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ดังนี้

คะแนน 5 เท่ากับ มีประโยชน์มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดว่าจะได้รับประโยชน์มากที่สุด ภายหลังการกระทำพฤติกรรม



คะแนน 4 เท่ากับ มีประโยชน์มาก หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดว่าจะได้รับประโยชน์มาก ภายหลังการกระทำพฤติกรรม

คะแนน 3 เท่ากับ มีประโยชน์ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดว่าจะได้รับประโยชน์ปานกลาง ภายหลังการกระทำพฤติกรรม

คะแนน 2 เท่ากับ มีประโยชน์น้อย หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดว่าจะได้รับประโยชน์น้อย ภายหลังการกระทำพฤติกรรม

คะแนน 1 เท่ากับ มีประโยชน์น้อยมาก/ไม่มีประโยชน์ หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดว่าจะได้รับประโยชน์น้อยมาก หรือไม่ได้รับประโยชน์เลย ภายหลังการกระทำพฤติกรรม

ส่วนเกณฑ์ของคะแนนรายชื่อและโดยรวม กำหนดจากจุดกึ่งกลางของคะแนน 5 ระดับ ของแบบสัมภาษณ์ มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น อยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 4.50-5.00 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น อยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามปลายเปิด มีจำนวนทั้งหมด 31 ข้อ และข้อคำถามปลายเปิดที่เป็นข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในแต่ละข้อคำถาม (เพื่อนำไปจัดกลุ่มค่าของข้อคิดเห็นเพิ่มเติมใช้สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ ในช่วงอภิปรายผล) ประกอบด้วย

หมวดทางด้านร่างกาย จำนวน 24 ข้อ

การปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร	จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 1-5
การปฏิบัติด้านการรับพักผ่อน	จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 6
การปฏิบัติด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา	จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 7-8
การปฏิบัติด้านการขับถ่าย	จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 9-10

การปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย	จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 11-12
การปฏิบัติด้านท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง	จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 13-17
การปฏิบัติด้านการป้องกันการติดเชื้อ	จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 18-20
การปฏิบัติด้านการสังเกตอาการผิดปกติ	จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 21-24

ทางด้านจิตสังคม จำนวน 7 ข้อ คือ

การปฏิบัติด้านการจัดการกับความเครียด	จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 25-26
การปฏิบัติด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพ	จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 27-29

กับบุคคลอื่น

การปฏิบัติด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง	จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 30-31
--	---------------------------

ในการตอบแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ให้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบมากที่สุด ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ดังนี้

คะแนน 5 เท่ากับ ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากที่สุด (ปฏิบัติทุกวัน)

คะแนน 4 เท่ากับ ปฏิบัติมาก หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก (ปฏิบัติทุก 5-6 วัน/ 1 สัปดาห์)

คะแนน 3 เท่ากับ ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมนั้นปานกลาง (ปฏิบัติทุก 3-4 วัน/ 1 สัปดาห์)

คะแนน 2 เท่ากับ ปฏิบัติน้อย หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อย (ปฏิบัติทุก 1-2 วัน / 1 สัปดาห์)

คะแนน 1 เท่ากับ ปฏิบัติน้อยมาก/ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อยมากหรือไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย (ปฏิบัติ 1 วัน แต่ไม่ต่อเนื่องในแต่ละสัปดาห์หรือไม่ปฏิบัติเลย)

ส่วนเกณฑ์ของคะแนนรายข้อและโดยรวม กำหนดจากจุดกึ่งกลางของคะแนน 5 ระดับ ของแบบสัมภาษณ์ มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 4.50-5.00 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 1. การตรวจสอบความตรง (validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเอง แบบสัมภาษณ์ความคาดหวัง ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติด้านสุขภาพ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางออโรโธปิดิกส์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลออโรโธปิดิกส์ 3 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลออโรโธปิดิกส์ 1 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้

#### 2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเอง แบบสัมภาษณ์ความคาดหวัง ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติด้านสุขภาพที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ดังนี้

- ส่วนของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง = 0.77
- ส่วนของความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ = 0.81
- ส่วนของการปฏิบัติด้านสุขภาพ = 0.70

### การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

#### 1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ขอนหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 แนะนำตัวเองต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูกในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียด ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัย (ในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ยกเว้นโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง) มีขั้นตอน ดังนี้

1.3.1 จัดทำคู่มือสำหรับผู้ช่วยวิจัย เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย

1.3.2 คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูกในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง โดยฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เป็นผู้เปิดรับสมัครผู้ช่วยวิจัยที่มีความสนใจและสมัครใจเป็นผู้ช่วยวิจัย และคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยให้โรงพยาบาลละ 2 คน

1.3.3 ผู้วิจัยพบผู้ช่วยวิจัยในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.4 อธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แนวทางการสัมภาษณ์ การบันทึกข้อมูลลงในแบบสัมภาษณ์ ตามคู่มือสำหรับผู้ช่วยวิจัยที่ได้จัดทำไว้ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ พร้อมทั้งมอบคู่มือสำหรับผู้ช่วยวิจัย และแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ช่วยวิจัยทำความเข้าใจในรายละเอียดก่อนนำไปใช้

1.3.5 ฝึกผู้ช่วยวิจัยโดยการอธิบายและเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในช่วงแรกของการเก็บรวบรวมข้อมูล

## 2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

มีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 2 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 สัมภาษณ์ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ตั้งแต่ 2-5 วัน เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ

ครั้งที่ 2 หลังการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ไป 2 สัปดาห์ หรือประมาณ 1-2 วัน ก่อนกลับบ้าน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนพักในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยกว่า 2 สัปดาห์ โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ

สำหรับรายละเอียดของขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

- 2.1 ดำรวจผู้ป่วยและเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเป็นกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ทุกวัน จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย
- 2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายถึงระยะเวลาที่จะขอสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย พร้อมทั้งนัดหมายวันสัมภาษณ์ ครั้งที่ 1
- 2.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำกับกลุ่มตัวอย่างตามที่ได้นัดหมายไว้ เพื่อสัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 พร้อมทั้งนัดหมายผู้ป่วยเพื่อขอสัมภาษณ์ ครั้งที่ 2
- 2.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ประสานงานกับแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย สัตยกรรมกระดูกแต่ละแห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อรับทราบระยะเวลาการนอนพักในโรงพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย
- 2.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยใช้แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติด้านสุขภาพกับกลุ่มตัวอย่างตามที่ได้นัดหมายไว้ เพื่อสัมภาษณ์ ครั้งที่ 2
- 2.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์เสร็จแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน
- 2.7 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้ทั้งหมด ทั้งจากการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง และจากผู้ช่วยวิจัย นำมาวิเคราะห์ข้อมูล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistic package for the social science/personal computer) กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล
2. หาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วย จำแนกเป็นรายชื่อ

3. หาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และการปฏิบัติด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน

4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ กับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำโดยรวม และรายด้าน โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

5. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานบางประการ ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำของผู้ป่วยกระดูกหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำนวน 6 แห่ง คือ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 90 ราย ระหว่างเดือนธันวาคม 2542 ถึงเดือนพฤษภาคม 2543 ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 4 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และการปฏิบัติด้านสุขภาพ
3. ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ
4. ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา  
ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 90)	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 90)	ร้อยละ
เพศ			อาชีพ		
ชาย	68	75.6	นักเรียน/นักศึกษา	15	16.7
หญิง	22	24.4	รับราชการ	3	3.33
อายุ (ปี)			ค้าขาย	5	5.6
15-20	21	23.3	รับจ้าง	42	46.6
21-40	39	43.4	เกษตรกรรวม	15	16.7
41-60	19	21.1	แม่บ้าน	10	11.1
60 ปีขึ้นไป	11	12.2	รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
สถานภาพสมรส			ต่ำกว่า 5,000	31	34.5
โสด	38	42.3	5,000-10,000	47	52.2
คู่	46	51.1	10,001 ขึ้นไป	12	13.3
หม้าย	3	3.3	ความเพียงพอของรายได้		
แยกกันอยู่	3	3.3	ไม่เพียงพอ	14	15.5
ศาสนา			เพียงพอไม่เหลือเก็บ	52	57.8
พุทธ	70	77.8	เพียงพอ เหลือเก็บ	24	26.7
คริสต์	2	2.2	การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
อิสลาม	18	20.0	ไม่ดี	19	21.1
ระดับการศึกษา			ปานกลาง	41	45.6
ประถมศึกษา	49	54.5	ดี	29	32.2
มัธยมศึกษา/ปวช.	34	37.8	ดีมาก	1	1.1
อนุปริญญา/ปวส.	3	3.3			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4	4.4			



จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75.6 มีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.4 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 15-20 ปี คิดเป็น ร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็น ร้อยละ 51.1 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.5 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 46.6 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.2 โดยพบว่า จะมีความเพียงพอของรายได้ แต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยการประเมินตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.6

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแหล่งของข้อมูลที่ได้รับและเรื่องที่ได้รับ  
คำแนะนำ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 90)	ร้อยละ
แหล่งของข้อมูลที่ได้รับ		
แพทย์	77	85.6
พยาบาล	89	98.9
นักกายภาพบำบัด	27	30.0
ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเดียวกัน	39	43.3
ญาติพี่น้องและเพื่อนๆ	41	45.6
สื่อวิทยุ/โทรทัศน์และเอกสารต่างๆ	11	12.2
เรื่องที่ได้รับคำแนะนำ		
การรับประทานอาหาร	64	71.1
การพักผ่อน	60	66.7
การรับประทานยาตามแผนการรักษา	75	83.3
การขยับถ่าย	41	45.6
การออกกำลังกาย	75	83.3
ทำทางและการเคลื่อนไหว	58	64.4
การป้องกันการติดเชื้อ	58	64.4
การสังเกตอาการผิดปกติ	40	44.4
การจัดการกับความเครียด	16	17.8
การดำรงบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	14	15.6
การยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง	39	43.3

หมายเหตุ: กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ในแต่ละข้อคำถาม

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีการได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติด้านสุขภาพในเรื่องต่างๆ เมื่อเข้ามาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยได้รับจากแหล่งที่แตกต่างกันไป ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเดียวกัน ญาติพี่น้องและเพื่อนๆ

สื่อวิทยุ/โทรทัศน์ และเอกสารต่างๆ โดยส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 98.9 รองลงมา คือ จากแพทย์ คิดเป็น ร้อยละ 85.6 ส่วนแหล่งข้อมูลที่ได้รับน้อยที่สุด คือ จากสื่อวิทยุ/โทรทัศน์ และเอกสารต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 12.2 และเรื่องที่ได้รับคำแนะนำมากที่สุด คือ เรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา และเรื่องการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมา คือ เรื่องการรับประทานอาหาร คิดเป็นร้อยละ 71.1 ส่วนเรื่องที่ได้คำแนะนำน้อยที่สุด คือ เรื่องการดำรงบทบาทและสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น คิดเป็นร้อยละ 15.6

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และการปฏิบัติด้านสุขภาพ

ตาราง 3 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ข้อมูล	การรับรู้สมรรถนะ ของตนเอง			ความคาดหวังผลลัพธ์ ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ			การปฏิบัติ ด้านสุขภาพ		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
โดยรวม	4.11	0.61	มาก	4.44	0.45	มาก	4.43	0.41	มาก
ด้านการรับประทานอาหาร	3.99	0.67	มาก	4.26	0.62	มาก	4.14	0.64	มาก
ด้านการพักผ่อน	4.03	1.04	มาก	4.34	0.78	มาก	4.21	1.02	มาก
ด้านการรับประทานยา ตามแผนการรักษา	4.77	0.49	มากที่สุด	4.87	0.33	มากที่สุด	4.92	0.27	มากที่สุด
ด้านการขับถ่าย	3.88	0.88	มาก	4.37	0.67	มาก	4.22	0.76	มาก
ด้านการออกกำลังกาย	4.08	1.03	มาก	4.46	0.65	มาก	4.51	0.62	มากที่สุด
ด้านท่าทางและ การเคลื่อนไหว	4.11	0.83	มาก	4.45	0.66	มาก	4.51	0.61	มากที่สุด
ด้านการป้องกันการติดเชื้อ	4.10	0.83	มาก	4.47	0.59	มาก	4.49	0.60	มาก
ด้านการสังเกตอาการ ผิดปกติ	3.89	0.94	มาก	4.43	0.60	มาก	4.39	0.65	มาก
ด้านการจัดการกับ ความเครียด	4.01	0.85	มาก	4.26	0.74	มาก	4.23	0.81	มาก
ด้านการดำรงบทบาทและ สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น	4.38	0.72	มาก	4.65	0.49	มากที่สุด	4.60	0.49	มากที่สุด
ด้านการยอมรับใน ภาพลักษณ์ของตนเอง	4.21	0.72	มาก	4.46	0.56	มาก	4.60	0.61	มากที่สุด

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.11$ , S.D. = 0.61) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษาอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.77$ , S.D. = 0.49) รองลงมา คือ ด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.38$ , S.D. = 0.72) สำหรับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.44$ , S.D. = 0.45) ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำรายด้าน พบว่า ด้านที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา ( $\bar{X} = 4.87$ , S.D. = 0.33) รองลงมา คือ ด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ( $\bar{X} = 4.65$ , S.D. = 0.49) และสำหรับการปฏิบัติด้านสุขภาพ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ( $\bar{X} = 4.43$ , S.D. = 0.41) ส่วนการปฏิบัติด้านสุขภาพรายด้าน พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ถึง 5 ด้านเรียงลำดับตามคะแนนเฉลี่ย คือ ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา ( $\bar{X} = 4.92$ , S.D. 0.27) ด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ( $\bar{X} = 4.60$ , S.D. 0.49) ด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง ( $\bar{X} = 4.60$ , S.D. = 0.61) ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X} = 4.51$ , S.D. = 0.62) และด้านทำทางและการเคลื่อนไหว ( $\bar{X} = 4.51$ , S.D. 0.61)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ

ตาราง 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการกระทำ

ปัจจัยพื้นฐานบางประการ	การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ
อายุ	0.006	-0.002
ระดับการศึกษา	0.141	0.178
รายได้	0.261*	0.177

\*  $P < .05$

จากตาราง 4 พบว่า ปัจจัยรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.261, P < .05$ ) ส่วนปัจจัยพื้นฐานบางประการตัวอื่นๆ คือ อายุ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.006, 0.141, P < .05$ ) ตามลำดับ และพบว่า ปัจจัยพื้นฐานบางประการที่ศึกษาทุกตัว ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.002, 0.178, 0.177, P < .05$ ) ตามลำดับ

ตาราง 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง  
จำแนกเป็นรายด้าน

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	ปัจจัยพื้นฐานบางประการ		
	อายุ	ระดับการศึกษา	รายได้
ด้านการรับประทานอาหาร	-0.224*	0.255*	0.187
ด้านการพักผ่อน	0.134	-0.029	0.139
ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา	0.091	0.036	0.127
ด้านการขับถ่าย	-0.006	0.179	0.199
ด้านการออกกำลังกาย	-0.087	0.039	0.170
ด้านทำทางและการเคลื่อนไหว	-0.006	0.101	0.187
ด้านการป้องกันการติดเชื้อ	0.187	-0.023	0.243*
ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ	0.068	0.119	0.232*
ด้านการจัดการกับความเครียด	-0.083	0.261*	0.309**
ด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	0.064	0.090	0.207
ด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง	0.094	-0.038	0.057

\* P < .05

\*\* P < .01

จากตาราง 5 ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในด้านต่างๆ นั้น พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.224$ ,  $P < .05$ ) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานอาหาร และด้านการจัดการกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.255$ ,  $0.261$ ,  $P < .05$ ) ตามลำดับ ส่วนรายได้ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการสังเกตอาการผิดปกติและด้านการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.243$ ,  $0.232$ ,  $P < .05$  และ  $r = 0.309$ ,  $P < .01$ ) ตามลำดับ

ตาราง 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความคาดหวังผลลัพธ์  
ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ จำแนกเป็นรายด้าน

ความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ	ปัจจัยพื้นฐานบางประการ		
	อายุ	ระดับการศึกษา	รายได้
ด้านการรับประทานอาหาร	-0.181	0.247*	0.179
ด้านการพักผ่อน	-0.049	0.187	0.163
ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา	0.177	-0.039	0.006
ด้านการขับถ่าย	0.013	0.096	0.140
ด้านการออกกำลังกาย	-0.146	0.142	0.182
ด้านทำทางและการเคลื่อนไหว	0.062	0.088	0.100
ด้านการป้องกันการติดเชื้อ	0.105	0.083	0.145
ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ	0.003	0.181	0.172
ด้านการจัดการกับความเครียด	-0.019	0.180	0.187
ด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	0.095	0.059	0.064
ด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง	0.104	0.072	0.003

\* P < .05

ตาราง 6 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำในด้านต่างๆ นั้น พบว่า มีเพียงระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความคาดหวังผลลัพธ์จากการกระทำด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.247, P < .05$ ) ปัจจัยพื้นฐานตัวอื่นๆ คือ อายุ และรายได้ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับด้านใดๆ อย่างมีนัยสำคัญของสถิติที่ระดับ .05



ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวัง  
ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ

ตาราง 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์  
ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ

การปฏิบัติด้านสุขภาพ	การรับรู้สมรรถนะ ของตนเอง	ความคาดหวังผลลัพธ์ที่ จะเกิดขึ้นจากการกระทำ
โดยรวม	0.808**	0.820**
ด้านการรับประทานอาหาร	0.516**	0.549**
ด้านการพักผ่อน	0.252*	0.314**
ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา	0.425**	0.558**
ด้านการขยับถ่าย	0.608**	0.579**
ด้านการออกกำลังกาย	0.596**	0.559**
ด้านท่าทางและการเคลื่อนไหว	0.515**	0.494**
ด้านการป้องกันการติดเชื้อ	0.533**	0.595**
ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ	0.558**	0.631**
ด้านการจัดการกับความเครียด	0.546**	0.495**
ด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	0.732**	0.714**
ด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง	0.488**	0.388**

\* P < .05

\*\* P < .01

จากตาราง 7 พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวมและด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.808, 0.732, P < .01$ ) ตามลำดับ ส่วนการปฏิบัติด้านสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา ด้านการขยับถ่าย ด้านการออกกำลังกาย ด้านท่าทางและการเคลื่อนไหว ด้านการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง นั้นมีความ

สัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.516, 0.425, 0.608, 0.596, 0.515, 0.533, 0.558, 0.546, 0.488, P < .01$ ) ตามลำดับ และพบว่า การปฏิบัติด้านสุขภาพด้านการพักผ่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.252, P < .05$ )

ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวมและด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธ์ทางกับบุคคลอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ( $r = 0.820, 0.714, P < .01$ ) ตามลำดับ ส่วนการปฏิบัติด้านสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามแผนการรักษา ด้านการขับถ่าย ด้านการออกกำลังกาย ด้านท่าทางและการเคลื่อนไหว ด้านการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการสังเกตอาการผิดปกติและด้านการจัดการกับความเครียดนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.549, 0.558, 0.579, 0.559, 0.494, 0.595, 0.631, 0.495, P < .01$ ) ตามลำดับ และพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำระหว่างการปฏิบัติด้านการพักผ่อนและด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเองกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.314, 0.388, P < .01$ ) ตามลำดับ

#### การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ การปฏิบัติด้านสุขภาพ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ กับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังจากได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 ราย พบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 3 เท่า (เพศชาย 68 ราย เพศหญิง 22 ราย) ซึ่งจะสอดคล้องกับรายงานการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติเหตุนานยนต์ที่ผ่านมาก็พบว่า ผู้ประสบอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ประมาณ 3 เท่า

ของเพศหญิงเช่นกัน (ชไมพันธุ์, สิริวรรณ, สมชาย, 2540; สุันทา, 2538) ที่เป็นเช่นนี้ เพราะว่าในชีวิตประจำวัน เพศชายมักจะเป็นผู้ขับขี่ยานยนต์ในการเดินทางไปทำงาน หรือติดต่อธุระต่างๆ มากกว่าและมักจะขับขี่ด้วยความเร็วสูง หรือขับขี่ ขณะมีเมามา ช่วงอายุส่วนใหญ่ คือ 21-40 ปี และรองลงมา คือ 15-20 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของมรรยาท, จันทร์ฉาย, สิริรัตน์ และสมพิศ (2542) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกระดูกหัก พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 15-40 ปี ซึ่งจัดอยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อันเป็นวัยของการศึกษา และวัยทำงาน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นจะต้องใช้ยานพาหนะในการเดินทางมากกว่าวัยอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาภาคบังคับในอดีต กำหนดให้ประชากรไทยทุกคนมีการศึกษาขั้นต่ำอยู่ระดับประถมศึกษา (วันดี, 2538) อาชีพส่วนใหญ่ คือ รับจ้าง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ประสบอุบัติเหตุส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง เนื่องจากจะต้องมีการเดินทางไปทำงานที่ต่างๆ ที่มีผู้ว่าจ้าง ทำให้มีโอกาสการเกิดอุบัติเหตุสูง (คณิงนิจ, 2541; มยุริน, สุวนิตย์ และวัชร, 2540) โดยมียรายได้เฉลี่ยของครอบครัว เท่ากับ 5,000-10,000 บาท ซึ่งส่วนใหญ่รายได้แต่ละเดือนจะไม่เหลือเก็บ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ บอกว่า “ไม่มีเงินเหลือเก็บเลย เพราะรายได้แต่ละเดือนไม่แน่นอน แต่มีพอใช้จ่าย เดือนไหนได้งานรับจ้างมากก็จะมีรายได้เพิ่มขึ้น แต่ก็ได้ไม่มาก” และเมื่อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมองโดยภาพรวมว่า การเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่ใช่โรคประจำตัว เพียงแต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ และรับรู้ว่าจะสามารถรักษาได้เพียงแต่ต้องใช้ระยะเวลาและต่อเนื่อง และไม่ถึงกับเสียชีวิต เพราะการเจ็บป่วยครั้งนี้ ไม่เหมือนโรคร้ายแรงอื่นๆ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ประเมินภาวะสุขภาพว่าอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากเดินไม่ได้ ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น และปวดแผล สำหรับการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านสุขภาพนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีการได้รับคำแนะนำโดยได้รับจากแหล่งต่างๆ ที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ สื่อวิทยุ/โทรทัศน์ และเอกสารต่างๆ ตลอดจนญาติพี่น้อง เพื่อน และผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเดียวกัน โดยพบว่า ได้รับจากพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือ แพทย์ ในขณะที่เดียวกันก็จะพบว่าแหล่งข้อมูลที่มีความสำคัญอีกแหล่งหนึ่ง คือ จากญาติพี่น้อง เพื่อนๆ และจากผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายรายงานที่ผ่านมาก็พบว่า ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เหมือนๆ กัน คือ จากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยโรคเดียวกัน และจากญาติหรือผู้ดูแล โดยเฉพาะจากบุคลากรทางการแพทย์นั้น จะพบว่าได้รับมากที่สุด (ขวัญตา, 2534; รัตนภรณ์, 2536; อรพินท์, 2542) เนื่องจากระบบบริการทางสุขภาพในปัจจุบันนั้นมีการพัฒนามากขึ้น โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีการคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งการได้รับข้อมูลหรือได้รับคำแนะนำก็เป็นสิทธิด้านหนึ่งของผู้ป่วย

ทุกคนจะต้องได้รับ นอกจากนั้นจากการศึกษาก็ยังพบว่าแหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับน้อยที่สุดคือ จากสื่อวิทยุ/โทรทัศน์ และเอกสารต่างๆ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะบอกว่า มีเอกสารหรือสื่อเกี่ยวกับเรื่องที่เหมาะสมจะจงกับตนเองน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่า เช่น เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกระดูกหัก การดูแลบาดแผล เป็นต้น ทำให้ไม่เข้าใจรายละเอียดการปฏิบัติด้านสุขภาพที่เหมาะสมจะจงกับสภาพการบาดเจ็บและการรักษาที่ได้รับเท่าที่ควร สำหรับเรื่องที่ได้รับคำแนะนำมากที่สุดคือ เรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา และเรื่องการออกกำลังกาย ส่วนเรื่องที่ได้รับคำแนะนำน้อยที่สุดคือ เรื่องการดำรงบทบาท และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

## 2. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

การรับรู้สมรรถนะของตนเองของกลุ่มตัวอย่างนั้น พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติด้านสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตสังคมในเรื่องต่างๆ อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกรายนั้นได้รับคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติด้านสุขภาพ ในเรื่องต่างๆ ซึ่งอาจจะแตกต่างกันออกไปในรายละเอียดแต่ละเรื่อง ตามปัญหาและความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง และบางเรื่องก็ได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงของตนเองแล้ว โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา การออกกำลังกาย นอกจากนั้นยังได้มีการสังเกตจากผู้ป่วยที่มีลักษณะการบาดเจ็บและการรักษา โดยการได้โลหะยึดตรึงภายนอกเช่นเดียวกัน ที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติด้านสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจมากขึ้นว่าสามารถจะปฏิบัติได้เช่นกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลว่า “ก็เห็นคนอื่นๆ เค้าทำได้ ไม่ยาก เราก็เป็นเหมือนเค้า ก็น่าจะทำได้เหมือนกัน แล้วหมอ (ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเรียกทั้งแพทย์และพยาบาลว่า หมอ) ก็เคยบอกวิธีปฏิบัติแล้วก็ลองๆ ทำตามก็ทำได้ แต่ก็ยังไม่ได้ทั้งหมด ก็จะไปเรื่อยๆ” ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้จะสอดคล้องกับคำกล่าวของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงขึ้น ถ้าพฤติกรรมนั้นไม่ยากที่จะปฏิบัติตามและเมื่อปฏิบัติแล้วได้ผลลัพธ์ตามที่ตนต้องการ และบางคนก็บอกว่า “ก็ได้คุยกับคนไข้ที่เป็นเหมือนกัน มีประสบการณ์ตรง ก็คิดว่าเชื่อได้ มีอะไรก็ผลัดกันถามผลัดกันบอก ก็เข้าใจมากขึ้น...คิดว่าตัวเองก็น่าจะทำได้เหมือนกัน” นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีกำลังใจดีและไม่ได้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากนักเนื่องจากรับทราบว่าการบาดเจ็บในลักษณะแบบตนเองนั้น สามารถรักษาได้ แต่ต้องใช้ระยะเวลา และรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลว่า “ก็หมอก็บอกว่ารักษาได้ แต่ใช้เวลาลึกหน่อย...ต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้องและต่อเนื่องก็จะดีขึ้นและกลับบ้านได้” และบางรายก็บอกว่า “ก็เห็นคนอื่นเป็นแบบนี้ก็หาย เดินได้

ทำงานได้ ก็รู้สึกดีหน่อย แต่ก็รู้ว่าต้องใช้เวลาานพอสมควร” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พนิตา (2539) ที่พบว่าผู้ป่วยกระดูกขาหักส่วนใหญ่จะไม่มีควมวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากนัก เพราะมีความเชื่อว่าอีกไม่นานก็จะเดินได้ตามปกติ และไม่มีควมพิการของขา ถ้ารักษาถูกวิธีและปฏิบัติตัวถูกต้อง จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับมากนั้นเนื่องจากการได้รับการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง จากทั้ง 4 แหล่ง ตามที่แบนดูรา (Bandura, 1977) ได้กล่าวไว้ คือ จากประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อน การสังเกตผู้อื่นประสบความสำเร็จ การได้รับการชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา และการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง (2541) ที่ศึกษาถึงผลของการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกก่อนกำหนดและพฤติกรรมดูแลทารก โดยได้นำแนวคิดการพัฒนาส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ของแบนดูรา ทั้ง 4 แหล่ง มาใช้ ซึ่งผลการวิจัย พบว่า มารดาที่ได้รับการเตรียมมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้เตรียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษาอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการได้รับคำแนะนำในเรื่องนี้ในระดับมากที่สุด (รายละเอียดดังตาราง 2) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ง่าย และในการปฏิบัติก็ไม่ได้ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปมากนัก เพราะไม่ต้องจัดเตรียมเอง มีพยาบาลคอยดูแลจัดให้ทุกมือ นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่จะได้รับการแนะนำในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เช่น การบอกว่าเป็นยาอะไร และรับประทานเวลาใด เป็นต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษาในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับคำกล่าวของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่ว่า วิธีการส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการกระทำร่วมกับการพูดชักจูง หรือชี้แนะด้วยวาจา สามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเองได้

จากการศึกษายังพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองในด้านที่อยู่ในระดับมากรองลงมา ก็คือ ด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ในเรื่องการช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดตามความสามารถ โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพูดคุยกับบุคคลอื่นๆ ทั้งในเวลาปกติและเวลามีปัญหาหรือมีข้อสงสัย โดยเฉพาะเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมขณะได้รับการพยาบาล ซึ่งพบว่ามีระดับมากที่สุด (รายละเอียดดังตาราง 8 ในภาคผนวก) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจะมีพัฒนาการด้านสังคมที่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ได้ อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ มีความพยายามแสดงความคิดเห็นต่างๆ ในกลุ่มเท่าที่จะทำได้ มีความต้องการพึ่งตนเองให้มากที่สุดและสามารถพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันใน

บางโอกาสกับสังคมรอบข้างได้ ตลอดจนมีการปรับตัวตามบทบาท ตามความคาดหวังของสังคมได้ โดยจะมีเพิ่มขึ้นตามวัย (ทิพย์ภา, 2541) ซึ่งลักษณะดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในด้านนี้สูง โดยเฉพาะถ้าเป็นสิ่งที่ทำอยู่แล้วในกิจวัตรประจำวัน ถึงแม้ว่าจะเป็นเรื่องที่ได้รับคำแนะนำน้อยที่สุดก็ตาม เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อน ตั้งแต่เมื่อยังไม่ได้รับบาดเจ็บ และกระทำได้ไม่ยาก สอดคล้องกับแนวคิดของแคพแลน, แอดกินส์ และรีนซ์ (Kaplan, Atkins & Reinsch, 1984) ที่เชื่อว่า การสร้างประสบการณ์ให้ประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมใด ผู้ป่วยก็จะมี การรับรู้สมรรถนะของตนเองในกิจกรรมนั้นสูง และเพิ่มขึ้นได้

ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านอื่นๆ ก็พบว่า อยู่ในระดับมากเช่นกัน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการพักผ่อน ด้านการขับถ่าย ด้านการออกกำลังกาย ด้านท่าทางและการเคลื่อนไหว ด้านการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะได้รับการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะจากแหล่งต่างๆ ก็จากประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อน จากการสังเกตผู้อื่นประสบความสำเร็จ จากการชี้แนะด้วยวาจา หรือการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะของตนเองในแต่ละด้านจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปัญหาของแต่ละบุคคลด้วย โดยเรื่องใดที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าเป็นสิ่งที่ไม่เคยกระทำมาก่อน และอาจจะทำให้การปฏิบัติในชีวิตประจำวันเปลี่ยนไปก็จะทำให้มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองน้อยกว่า ยกตัวอย่าง เช่น ด้านการรับประทานอาหาร ในเรื่องการรับประทานอาหารประเภทไข่ ถั่ว หรือเนื้อสัตว์ต่างๆ เช่น เนื้อหมู ไก่ ปลา ฯลฯ ในแต่ละวัน และเรื่องการรับประทานอาหารประเภทปลาเล็กปลาน้อย ปู หอย หรือนมในแต่ละวัน (รายละเอียดดังตาราง 8 ในภาคผนวก) โดยกลุ่มตัวอย่างบางรายจะบอกว่า “ปกติจะกินไปตามที่มี ถ้ามีก็คิดว่าทำได้ กินได้ แต่บางอย่างก็ไม่เคยกิน เหมือนนมไม่เคยกิน ถ้าจะให้กินก็คงทำยากหน่อย เพราะไม่ชอบ” หรือบางรายก็บอกว่า “พวกเนื้อ พวกไก่ไม่เคยกินอยู่แล้ว ชอบกินแต่ผัก แต่ปลา แล้วอีกอย่างก็กินแล้วกลัวแฉก กลัวแผลมันเปื่อย มันคัน ถ้าจะให้มากินตอนนี้ก็ไม่แน่ใจว่าจะกินได้มากน้อยแค่ไหน” และด้านการขับถ่าย กลุ่มตัวอย่างบางรายก็บอกว่า “ก็ไม่เคยเลย ตั้งแต่เกิด ก็นั่งถ่ายมาตลอด จะให้มานอนถ่ายแบบนี้ก็ต้องใช้เวลากันหน่อย มันยากเหมือนกันนะ มันเปลี่ยนไปจากที่เคยทำ... ปกติก็ถ่ายเองทำเอง เดี่ยวนี้ต้องให้มีคนช่วย ไม่เหมือนเมื่อก่อน” ซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพินท์ (2542) ที่ศึกษาผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะสูงของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่า หญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีการรับรู้สมรรถนะสูงในเรื่องที่ปฏิบัติไม่ยาก และการปฏิบัตินั้นไม่ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปมากนัก

### 3. ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำของกลุ่มตัวอย่างนั้นพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีการคาดคะเน หรือมีความเชื่อเกี่ยวกับผลที่เป็นประโยชน์จากการปฏิบัติด้านสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตสังคมในเรื่องต่างๆ อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายนั้นได้รับคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติด้านสุขภาพ ในเรื่องต่างๆ จึงยอมทำให้มีความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติด้านสุขภาพมากขึ้นและทำให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติด้านสุขภาพในเรื่องนั้นๆ ตามมาประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์จากการที่เคยเห็นผู้ป่วยที่มีลักษณะการบาดเจ็บและการรักษาโดยการใส่โลหะยึดตรึงภายนอกเช่นเดียวกับตนเอง ได้รับผลจากการปฏิบัติด้านสุขภาพในเรื่องต่างๆ ในลักษณะที่เป็นประโยชน์ นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างบางส่วนก็ยังได้เคยปฏิบัติและได้รับผลตามที่คาดหวังไว้บ้างแล้วในบางเรื่อง เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา ทำให้ยังมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความเชื่อในผลของพฤติกรรมที่เป็นบวกและยังได้เคยได้ผลตามที่คาดหวังไว้แล้วก็ยิ่งทำให้มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงจากการกระทำ และเป็นสิ่งจูงใจในการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ต่อไป

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษาและด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอยู่ในระดับมากที่สุด โดยในด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษานั้น เนื่องจากเป็นเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำมากที่สุด (รายละเอียดตาราง 2) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้เคยมีประสบการณ์ในการได้รับผลตามที่คาดหวังไว้ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะบอกว่า เมื่อรับประทานยาแล้วช่วยให้อาการต่างๆ ดีขึ้น เช่น อาการปวดแผล ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจน ดังเช่นที่มีกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งบอกว่า “กินยานี้ประโยชน์มันมาก เหมือนเวลาปวดทรมานที่สุดเลย พอได้กินยาแก้ปวดก็ดีขึ้น สดชื่นขึ้น นอนก็ได้อีก... แล้วยาตัวอื่นก็กินแล้วก็รู้สึกผลมันแห้งขึ้นเยอะเลย ก็กินทุกครั้งที่พยาบาลเอามาให้ แต่ถ้ายาแก้ปวดบางครั้งก็ไปขอเอง เพราะกินแล้วหายปวด” ประกอบกับมีความเชื่อในเรื่องแผนการรักษาของแพทย์ร่วมด้วย ซึ่งการรับประทานยาที่เป็นหนึ่งในแผนการรักษาที่สำคัญ ดังนั้นจึงทำให้ความคาดหวังผลลัพธ์ในด้านนี้เพิ่มมากขึ้นอีกทางหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา (2538) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง มีการรับรู้ประโยชน์ของยาที่รับประทานในระดับค่อนข้างสูง ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่เชื่อว่าการรักษาของแพทย์ และการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้อาการต่างๆ ดีขึ้น หรือช่วยควบคุม

อาการต่างๆ ได้ ถ้าหากขาดยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะทำให้อาการของदनรุนแรงมากขึ้น

ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นนั้นถึงแม้ว่าจะเป็นเรื่องที่ได้รับคำแนะนำน้อยที่สุดแต่ก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะให้ความสำคัญกับประโยชน์ที่ได้รับในด้านนี้ในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยกลุ่มตัวอย่างจะให้ข้อมูลว่าการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมขณะได้รับการพยาบาล การพูดคุยซักถามกับบุคคลอื่นๆ เช่น ญาติ แพทย์ พยาบาล หรือผู้ป่วยด้วยกันในเวลาปกติและเวลามีปัญหา หรือข้อสงสัยนั้นจะทำให้ตนเองได้รับการดูแลเอาใจใส่มากขึ้น ได้รับความสุขสบาย ลดความเครียดและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาหลายงานที่ผ่านมา ก็พบว่า การแสวงหาข้อมูลโดยการพูดคุยซักถามกับบุคคลอื่นจะช่วยส่งผลให้ลดความเครียดได้ (ขนิษฐา และประสพสุข, 2536; บุญวดี, 2532; สมพร และศรีสุรีย์, 2540) และการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมขณะได้รับการพยาบาลนั้นก็ช่วยให้อุปนิสัยตัวได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น เนื่องจากเมื่อมาอยู่ในบทบาทของผู้ป่วยแล้วการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ส่วนหนึ่งจะต้องขึ้นกับการรักษาพยาบาลต่างๆ (ชอลดา, 2536) ดังนั้นถ้าผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมขณะได้รับการพยาบาลก็ย่อมทำให้เข้าใจถึงเหตุและผลในการรักษาพยาบาลต่างๆ และส่งผลให้สามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา (2539) ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตนได้ถูกต้องนั้น ผู้ป่วยจะต้องรู้เหตุ รู้ผลว่าทำสิ่งนั้นสิ่งนี้เพื่ออะไร และเขาก็จะมีการปฏิบัติตาม และเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ตามความสามารถโดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็มองว่าจะได้รับประโยชน์ คือ ช่วยทำให้ไม่ต้องเป็นการระต่อครอบครัวหรือผู้ดูแล ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าและตอบสนองความต้องการของตนเองได้มากกว่าที่ผู้อื่นทำให้ ยกตัวอย่างที่กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งบอกว่า “ก็พยายามทำอะไรด้วยตัวเองให้มากที่สุด เพราะคนที่ต้องเฝ้าเราจะได้ไม่ลำบาก ไม่น้อยมาก เราเองก็จะได้สบายใจ...แล้วอีกอย่างถ้าทำเองมันได้ตั้งใจมากกว่า”

และสำหรับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำด้านอื่นๆ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการพักผ่อน ด้านการขับถ่าย ด้านการออกกำลังกาย ด้านท่าทางและการเคลื่อนไหว ด้านการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเองนั้นก็พบว่าอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างก็จะมีการให้ความสำคัญของการปฏิบัติด้านสุขภาพในด้านต่างๆ ไปตามผลที่จะได้รับโดยเฉพาะผลที่เป็นประโยชน์จากการปฏิบัติด้านสุขภาพในเรื่องนั้นๆ



#### 4. ด้านการปฏิบัติด้านสุขภาพ

การปฏิบัติด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างนั้นพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติด้านสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคมในเรื่องต่างๆ อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่น ถึงวัยผู้ใหญ่ ถึงร้อยละ 87.8 ซึ่งวัยนี้จะเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางกายอย่างเต็มที่และสมบูรณ์ ต้องการพึ่งตนเอง มีความคิดมีเหตุผลและรับผิดชอบตนเองได้ (ทิพย์ภา, 2541) และถึงแม้จะได้รับการบาดเจ็บ แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็สามารถยอมรับสภาพได้ และมีกำลังใจ ซึ่งสังเกตได้จากการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง พบว่า มีการประเมินว่าอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก ถึงร้อยละ 78.9 ย่อมแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะปฏิบัติด้านสุขภาพในด้านต่างๆ ได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างก็มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นอยู่ในระดับมาก ดังนั้นย่อมมีผลให้เกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพในระดับมากเช่นกัน ดังที่ แบนดูรา (Bandura, 1977) ได้กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง ประกอบกับมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำสูงก็ย่อมจะมีแนวโน้มว่าบุคคลจะมีการกระทำพฤติกรรมแน่นอน

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับมากที่สุดถึง 5 ด้าน คือ ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา ด้านการออกกำลังกาย ด้านท่าทางและการเคลื่อนไหว ด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น และด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง โดยด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษานั้นเนื่องจากเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ง่าย และมีความคาดหวังสูงว่ายาจะช่วยให้อาการต่างๆ ดีขึ้นและได้รับผลเร็ว เช่น เมื่อปวดแผลแล้วได้รับประทานยาแก้ปวดอาการจะดีขึ้นได้เร็วกว่าการพักผ่อนอย่างเดียวโดยไม่ได้รับประทานยาแก้ปวด นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็มีความรู้ดีกว่า การรับประทานยาเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติ เพราะเป็นแผนการรักษาหลักที่สำคัญอย่างหนึ่ง และต้องปฏิบัติด้วยตนเองเท่านั้น ซึ่งจะต่างจากการปฏิบัติด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น ดังเช่น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างว่า “ไม่สบายก็ต้องกินยา จะได้หายเร็วๆ...แล้วให้ใครทำแทนก็ไม่ได้ด้วยไม่เหมือนกับการรอดูเรื่องแผล หรือสิ่งผิดปกติที่ป้าว่าคุณหมอจะช่วยดูด้วยได้”

การปฏิบัติด้านการออกกำลังกายนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะเห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติ คือ ทำให้สดชื่น ร่างกายแข็งแรง และช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นเอื้ออำนวยให้มีความพร้อมในการปฏิบัติด้านสุขภาพด้านอื่นๆ ต่อไป ประกอบกับเป็นการปฏิบัติที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็ได้ปฏิบัติตามแต่ยังไม่ได้รับการบาดเจ็บ ทำให้มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าจะปฏิบัติได้ โดยเฉพาะการออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ที่ไม่มีการบาดเจ็บหรือไม่มีพยาธิสภาพ ซึ่งจะพบว่ามีการปฏิบัติตามมากกว่าการออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณขาข้าง

ที่ทำผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก และกล้ามเนื้อบริเวณใกล้เคียง (รายละเอียดตาราง 8 ในภาคผนวก) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงมีอาการปวดแผลอยู่ และเมื่อออกกำลังกายโดยวิธีเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณขาข้างที่ทำผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกแล้ว มักจะมีอาการปวดมากขึ้น หรือบางรายก็มีอาการปวดเมื่อย แต่การออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ที่ไม่มีการบาดเจ็บหรือไม่มีพยาธิสภาพนั้น จะไม่มีอาการปวด และพบว่าแต่ละโรงพยาบาลก็จะมีอุปกรณ์ที่จะใช้ในการออกกำลังกายอยู่แล้วที่ศีกกายภาพ หรือที่หอผู้ป่วยเอง จึงทำให้มีการปฏิบัติได้ง่ายกว่า และบางรายก็บอกว่า เป็นการออกกำลังกายที่ปลอดภัย เพราะไม่เกี่ยวข้องกับส่วนที่ได้รับบาดเจ็บ

ส่วนการปฏิบัติคำแนะนำทางและการเคลื่อนไหวนั้นก็พบว่า เป็นเรื่องหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในสมรรถนะของตนเองและความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นอยู่ในระดับมาก ดังนั้นจึงทำให้มีการปฏิบัติตามมา โดยเมื่อพิจารณาในรายละเอียด ช้อย่อยในด้านนี้ พบว่า สิ่งในกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ในระดับมากที่สุด คือ การนอนพักในท่ายกขาข้างที่ผ่าตัดให้สูงกว่าระดับหัวใจ โดยการใช้หมอนรองหรือวางบนโครงเหล็กวางขา การเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันทุกครั้งในระยะที่แพทย์อนุญาตให้เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันได้ ไม่ล่งนำหน้าขาข้างที่ใส่โลหะยึดตรึงภายนอกก่อนได้รับอนุญาตจากแพทย์และการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพการบาดเจ็บ (รายละเอียดตาราง 8 ในภาคผนวก) โดยกลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนพักในท่ายกขาข้างที่ผ่าตัดให้สูงกว่าระดับหัวใจว่า ปฏิบัติแล้วรู้สึกดีขึ้น คือ ปวดน้อยลง ขาก็ไม่บวม แล้วก็มีอุปกรณ์ คือ หมอนหรือโครงเหล็กวางขา ช่วยอยู่แล้วช่วย ทำให้ปฏิบัติได้ง่ายขึ้น ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันนั้น ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเห็นว่าปฏิบัติได้ยากพอสมควร แต่ก็มีความมั่นใจในความสามารถและความพร้อมของร่างกายว่าสามารถทำได้ ประกอบกับได้รับคำยืนยันจากแพทย์และพยาบาลว่าสามารถเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันได้ ก็ทำให้เพิ่มความมั่นใจมากขึ้น ดังเช่นที่กลุ่มตัวอย่างบอกว่า “แรกๆ ก็เดินยากเหมือนกัน เพราะไม่เคย แต่ก็มานึกว่าตัวเราก็แข็งแรงขึ้นก็น่าจะทำได้ พอทำไปเรื่อยๆ ก็ทำได้” ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของอีแวนส์ (Evans, 1989 อ้างตาม สมโภชน์, 2541) ที่กล่าวว่า สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก ขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในสถานการณ์นั้นๆ นั่นคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะก็จะแสดงถึงสมรรถนะนั้นออกมา บุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ห่อถ้อยง่าย และประสบความสำเร็จในที่สุด นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้รับประโยชน์มาก จากการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน ดังเช่น ทำให้ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น คลายความเครียดเพราะได้เปลี่ยนบรรยากาศ คือ ได้เดินไปไหนมาไหนได้ และบางรายก็รู้สึกว่าถ้าเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันได้ถูกต้องก็จะได้กลับบ้านเร็วขึ้น จึงทำให้มีการปฏิบัติในเรื่องนี้สูง และบางรายก็มีการปฏิบัติเนื่องจากกลัวว่าจะเกิดการหักข้ำ ถ้าไม่ใช้ไม้ค้ำยัน หรือเมื่อล่งนำหน้าก่อนเวลา โดยได้เคยรับทราบหรือเห็น

ประสบการณ์เช่นนี้จากผู้อื่น ซึ่งมีการบาดเจ็บและการรักษาเหมือนกับตนเอง ซึ่งทั้งประโยชน์ และความกลัวนี้ก็เป็แรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติด้านสุขภาพเรื่องนี้ในระดับมากที่สุด

การปฏิบัติด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น พบว่า ที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นจึงย่อมมีพัฒนาการทางด้านสังคมที่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้และมีการปรับตัวตามบทบาทตามความคาดหวังของสังคมได้ (ทิพย์ภา, 2541) ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น ดังนั้นจึงทำให้สามารถปฏิบัติได้ง่าย และจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างก็มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในด้านนี้สูงเช่นกัน จึงยอมทำให้มีความมั่นใจ และเห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ ส่งผลให้มีการปฏิบัติในด้านนี้ในระดับสูง สำหรับการปฏิบัติด้านสุขภาพอีกด้านหนึ่งที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ก็คือ การปฏิบัติด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมองโดยภาพรวมว่า การบาดเจ็บในครั้งนี้ไม่ใช่โรคประจำตัว ถึงแม้ว่าจะมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปบ้าง เช่น การมีบาดแผล การมีโลหะยื่นออกมาจากร่างกาย หรือการที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวในบางเรื่อง เช่น ต้องเปลี่ยนมาเดินโดยไม่ค้ำยัน แทนการเดินตามปกติ แต่ก็เป็เพียงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อมีการรักษาที่ต่อเนื่อง ก็จะมีอาการดีขึ้นและกลับมามีภาพลักษณ์ที่ปกติเหมือนเดิม หรือใกล้เคียงปกติ เช่น การกลับมาเดินโดยไม่ต้องใช้ไม้ค้ำยัน หรือการที่สามารถเอาโลหะยึดตรึงภายนอกออกได้หลังจากกระดูกมีการติดกันแล้ว เป็นต้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้รับกำลังใจและคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด เกี่ยวกับขั้นตอนการดูแลรักษา หรือการปฏิบัติตัวทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทำให้มีการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเองได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมรรยาท, จันทร์ฉาย, สิริวิรัตน์ และสมพิศ (2542) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกระดูกหัก พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น ครอบครัว แพทย์ พยาบาลจะมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็ง และยอมรับสภาพตนเองได้มากขึ้น

ส่วนการปฏิบัติในด้านอื่นๆ นั้น พบว่าอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการรับประทาน อาหาร ด้านการพักผ่อน ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งถ้าพิจารณาย้อนกลับไปดูเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำในด้านเหล่านี้ก็พบว่า อยู่ในระดับมาก ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ร่วมกับมีความเชื่อในผลที่เป็นประโยชน์จากการกระทำสูง ย่อมส่งผลให้มีการปฏิบัติด้านสุขภาพในด้านอื่นๆ มากด้วย

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพบว่ามีความสัมพันธ์ทั้งในทางบวก และทางลบ ซึ่งแยกอภิปรายได้ดังนี้

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวมและรายด้าน พบว่า

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวม นั่นคือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีอายุมากหรือน้อย ก็ไม่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวม แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.224, p < .05$ ) แสดงว่าผู้ที่มีอายุมากจะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานอาหารต่ำ ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีอายุน้อยนั้นก็มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านรับประทานอาหารสูง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุนั้นจนถึงแม้ได้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเองมากกว่าแต่บางอย่างก็เป็นการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารแสดงต่างๆ ซึ่งจากการเก็บข้อมูลในครั้งนี้จะพบความเชื่อเรื่องนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ไม่มีความมั่นใจเท่าที่ควรว่าจะสามารถรับประทานอาหารทุกชนิดที่จะช่วยให้ความเจ็บป่วยครั้งนี้ดีขึ้น โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อเรื่องอาหารแสดง จะไม่มีความมั่นใจในการรับประทานอาหารพวกเนื้อไก่ และไข่ เพราะเกรงว่าจะทำให้แผลเปื่อย หรือหายช้า ซึ่งต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย จะรับประทานอาหารได้ทุกชนิด และยังถ้าได้รับการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเองในด้านการรับประทานอาหาร เช่น จากคำแนะนำของพยาบาล หรือการได้อ่านเอกสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ก็จะมีมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวม นั่นคือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีระดับการศึกษาสูงหรือต่ำ ก็ไม่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวม แต่เนื่องจากพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานอาหารและด้านการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.255, 0.261, p < .05$ ) ตามลำดับ แสดงว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียดสูง ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำก็จะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานอาหารและการจัดการกับความเครียดต่ำด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาทำให้บุคคลได้มีการเรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆ มี

วุฒิภาวะในการตัดสินใจหรือพิจารณาเรื่องต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจในข้อมูลต่างๆ ได้ง่าย รู้จักแสวงหาข้อมูลต่างที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองได้ดี เช่น การอ่านเอกสารด้านสุขภาพ การซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและจากการปฏิบัติด้านสุขภาพ จากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น (กมลพรรณ, 2539; รัตนาภรณ์, 2536; ศิริมา, 2542) ทำให้มีความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติด้านสุขภาพมากขึ้น โดยด้านการรับประทานอาหารนั้น ก็ทำให้ได้มีการเรียนรู้ถึงอาหารที่มีประโยชน์ และเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย เช่น ช่วยในการเสริมสร้างกระดูก หรือช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เป็นต้น ทำให้ยิ่งเพิ่มความมั่นใจในการรับประทานอาหารชนิดนั้นๆ เพิ่มขึ้น ส่วนด้านการจัดการความเครียดนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีวิธีการจัดการกับความเครียดในลักษณะที่หลากหลายมากกว่า เช่น การอ่านหนังสือ ทำสมาธิ การดูโทรทัศน์ ฟังเพลง การพูดคุยซักถามกับบุคคลอื่น ฯลฯ ทำให้มีความมั่นใจในความสามารถที่จะเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง และมั่นใจว่าจะสามารถจัดการกับความเครียดได้

รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.261, p < .05$ ) แสดงว่า ผู้ที่มีรายได้สูง จะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวมในระดับสูง ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำ จะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวมในระดับต่ำด้วย ทั้งนี้เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่จะช่วยให้บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐาน สามารถใช้ในการแสวงหาแหล่งข้อมูล หรือแหล่งประโยชน์และได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ อันจะส่งผลให้มีความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติด้านสุขภาพในเรื่องต่างๆ ได้มากกว่า ดังนั้นผู้ที่มีรายได้สูงกว่าจึงมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของเกร็มโบสกี และคณะ (Grem bowski, et al., 1993) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ จำนวน 2,524 ราย พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจดี หรือมีรายได้สูง จะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจไม่ดี หรือมีรายได้ต่ำ และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการป้องกันการติดเชื้อ และด้านการสังเกตอาการผิดปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.309, p < 0.1$  และ  $r = 0.243, 0.232, p < .05$ ) ตามลำดับ โดยในด้านการจัดการกับความเครียดนั้น จากการเก็บข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูง จะมีความเครียดน้อยกว่า เนื่องจากความเครียดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ความเครียดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงนั้นจะมีความเครียดในเรื่องนี้น้อยกว่า หรือบางรายก็ไม่มี ความเครียดในเรื่องนี้เลย ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงนั้นจะมีความสามารถที่จะแสวงหา

แหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียด เช่น การซื้อวิทยุมาฟังเพลง การซื้อหนังสือมาอ่าน เป็นต้น มากกว่าจึงยิ่งส่งผลให้มีความมั่นใจในความสามารถที่จะจัดการกับความเครียดได้ดีกว่า ส่วนในด้านการป้องกันการติดเชื้อและด้านการสังเกตอาการผิดปกตินั้น สืบเนื่องจากข้อมูลที่พบว่า ผู้มีรายได้สูงจะมีความมั่นใจในการจัดการกับความเครียดสูง ประกอบกับมีปัจจัยที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ดี ย่อมทำให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตโดยรวมดี ทำให้มีความพร้อมในการรับฟังคำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติด้านการติดเชื้อและด้านการสังเกตอาการผิดปกติได้เต็มที่กว่าผู้ที่มีความเครียด หรือวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ ซึ่งจะพบมากในผู้ที่มีรายได้ต่ำ

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำโดยรวม และรายด้าน พบว่า

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำทั้งโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ไม่ว่าจะกลุ่มตัวอย่างจะมีอายุมากหรือน้อย ก็ไม่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ อธิบายได้ว่า ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นเป็นความเชื่อเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นภายหลังการปฏิบัติด้านสุขภาพ โดยถ้ากลุ่มตัวอย่างใดมีความเชื่อในผลของการปฏิบัติด้านสุขภาพที่เป็นบวก เช่น ได้เคยรับฟังหรือได้เคยเห็นผู้ป่วยที่มีลักษณะการบาดเจ็บ และการรักษาโดยการใส่โลหะยึดตรึงภายนอก เช่นเดียวกับตนเอง ได้รับประโยชน์จากการปฏิบัติด้านสุขภาพ หรือได้เคยปฏิบัติและได้รับผลตามที่คาดหวังไว้แล้วก็จะทำให้มีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติในด้านนั้นๆ สูง โดยไม่จำเป็นว่าจะต้องมีอายุมากหรืออายุน้อย สอดคล้องกับคำกล่าวของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความเชื่อในผลของพฤติกรรมที่เป็นบวกและยังได้เคยได้รับผลตามที่คาดหวังไว้แล้วก็จะทำให้ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูง

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำโดยรวม แสดงว่า ไม่ว่าจะกลุ่มตัวอย่างจะมีระดับการศึกษาสูงหรือต่ำ ก็ไม่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำโดยรวม แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.247, p < .05$ ) แสดงว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการรับประทานอาหารสูง ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการรับประทานอาหารต่ำ ทั้งนี้เนื่องจาก การศึกษาสูง

จะทำให้บุคคลมีความเข้าใจในข้อมูลหรือประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับฟัง ได้เห็นผลจากการปฏิบัติ จากบุคคลอื่น หรือผลจากที่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติมาก่อน ได้ง่ายขึ้น และรู้จักแสวงหา ข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองได้ดี ซึ่งจะส่งผลให้มีความคาดหวังผลลัพธ์ในเรื่องนั้นสูง ซึ่งจากการเก็บข้อมูลจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความสนใจเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับ จากการรับประทานอาหารประเภทต่างๆ เนื่องจากเห็นว่าเป็นสิ่งที่ใกล้ตัว และจะเป็นแรงจูงใจให้ ปฏิบัติได้ถูกต้องต่อไป

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำทั้ง โดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีรายได้สูง หรือรายได้ต่ำ ก็ไม่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ ทั้งนี้เนื่องจากความ คาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นเป็นความเชื่อเกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากการปฏิบัติด้าน สุขภาพ โดยถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อในผลทางบวกหรือเคยได้รับผลที่เป็นประโยชน์ก็จะทำให้มี ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติด้านสุขภาพในเรื่องนั้นสูง โดยไม่จำเป็นจะต้องเป็นผู้มีรายได้ระดับใด

#### 6. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะ เกิดขึ้นจากการกระทำกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิด ขึ้นจากการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ โดยรวมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.808, 0.820, p < .01$ ) ตามลำดับ แสดงว่า ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะของ ตนเองสูงจะมีการปฏิบัติด้านสุขภาพสูง ส่วนผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ จะมีการปฏิบัติ ด้านสุขภาพต่ำ ขณะเดียวกันผู้ที่มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำสูงก็จะมีการ ปฏิบัติด้านสุขภาพสูง ส่วนผู้ที่มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่ำ ก็จะมีการปฏิบัติด้านสุขภาพต่ำ เช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะของตนเองนั้นเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการที่จะจัดการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1986) ดังนั้น ถ้ากลุ่ม ตัวอย่างมีความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติด้านสุขภาพสูงก็ย่อมมีการปฏิบัติด้านสุขภาพใน เรื่องนั้นๆ สูง ในขณะที่ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นเป็นความเชื่อเกี่ยวกับ ผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม (Bandura, 1986) ดังนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับ ผลที่จะเกิดขึ้นหลังการปฏิบัติด้านสุขภาพสูง ก็ย่อมมีการปฏิบัติด้านสุขภาพในเรื่องนั้นๆ สูงด้วย และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทั้งการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น จากการกระทำสูงทั้ง 2 ตัว ก็ย่อมส่งผลให้มีการปฏิบัติด้านสุขภาพสูงอย่างแน่นอน สอดคล้องกับ

คำกล่าวของ แบนดูรา (Bandura, 1986) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวัง ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นจะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ของบุคคล กล่าวคือ ถ้า มีการรับรู้สมรรถนะสูง ประกอบกับมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำสูงร่วมด้วยก็ จะเป็นแรงจูงใจเสริม ทำให้มีการกระทำพฤติกรรมแน่นอนและสอดคล้องกับงานวิจัยหลายเรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น จากการกระทำกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ หรือกับพฤติกรรมต่างๆ ก็พบว่า มีความสัมพันธ์ใน ทางบวกเช่นกัน (จิตต์ลัดดา, 2539; พิพัฒนา, 2539; Ocker-Black, Hart, Hoffman & Ceary, 1992)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ( $r = 0.732, p < .01$ ) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางสังคมสูง ดังนั้นจึงส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองและมีการ ปฏิบัติในด้านนี้สูงด้วย เนื่องจากปฏิบัติได้ไม่ยากและโดยปกติก่อนการเจ็บป่วยก็มีการปฏิบัติด้านนี้ ในแต่ละวันอยู่แล้ว จึงไม่ได้เป็นการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตตามปกติ และพบว่า การรับรู้ สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติในด้านต่างๆ เป็น ส่วนใหญ่ ได้แก่ การปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา ด้านการขับถ่าย ด้านการออกกำลังกาย ด้านท่าทางและการเคลื่อนไหว ด้านการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการยอมรับในสภาพลักษณะของ ตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.516, 0.425, 0.608, 0.596, 0.515, 0.533, 0.558, 0.546, 0.488, p < .01$ ) ตามลำดับ แต่สำหรับการปฏิบัติด้านการพักผ่อนนั้น พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.252, p < .05$ ) ทั้งนี้ เนื่องจากมีสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการพักผ่อนเข้ามาเกี่ยวข้อง คือ ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ สมรรถนะในเรื่องนี้สูง คือ มั่นใจว่าสามารถนอนหลับได้สูง แต่บางครั้งก็ปฏิบัติได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากอากาศร้อนหรือเย็นเกินไป มีเสียงดังตลอด หรือความรู้สึกแปลกที่ ทำให้นอนหลับได้ ไม่เต็มที่ ในขณะที่เดียวกันบางรายมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับปานกลาง แต่เมื่อปฏิบัติ จริงก็อาจปฏิบัติได้เต็มที่ เนื่องจากไม่มีอุปสรรคต่อการพักผ่อนมารบกวน ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาของฟองศรี และสุปราณี (2542) ที่ศึกษาปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการนอนหลับในผู้ป่วย ออร์โทปิดิกส์ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลศิริราช ก็พบว่า มีอุปสรรคต่อการนอนหลับ ซึ่งจะ แยกต่างกันไปในแต่ละคน ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เต็มที่ เมื่อนอนพักในโรงพยาบาล ซึ่ง 5 อันดับแรก คือ เสื้อผ้าคับรัดแน่นเกินไป การคิมน้ำชา / กาแฟ มากเกินไป อากาศร้อน / เย็นเกินไป การสัมผัสที่รุนแรง และเสียงอีกที่รบกวน / เสียงพูดคุย / ร้องเอะอะ



ส่วนความสัมพันธ์รายด้านระหว่างความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำกับการปฏิบัติด้านสุขภาพนั้น พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงระหว่างความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำกับการปฏิบัติด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.714, p < .01$ ) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญและมีความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติในด้านนี้สูง จึงเป็นแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติด้านนี้สูงเช่นกัน ส่วนการปฏิบัติด้านอื่นๆ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา ด้านการขับถ่าย ด้านการออกกำลังกาย ด้านท่าทางและการเคลื่อนไหว ด้านการป้องกันและการติดเชื้อ ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ และด้านการจัดการกับความเครียด นั้นพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.549, 0.558, 0.579, 0.559, 0.494, 0.595, 0.631, 0.495, p < .01$ ) นอกจากนี้ก็ยังพบความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ระหว่างการปฏิบัติด้านการพักผ่อน และด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเองกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.314, 0.388, p < .01$ ) ตามลำดับ โดยในด้านการพักผ่อนนั้น เนื่องจากการมีอุปสรรคต่อการพักผ่อนเข้ามาเกี่ยวข้อง (ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว) ทำให้ปฏิบัติได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร ถึงแม้จะมีความคาดหวังผลลัพธ์ในด้านนี้สูงก็ตาม ส่วนด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเองนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังผลลัพธ์ในระดับไม่สูงมาก แต่ก็สามารถปฏิบัติได้ในระดับสูง เนื่องจากได้มีการสังเกตและพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องการปฏิบัติด้านนี้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกัน ทำให้สามารถปฏิบัติได้ในระดับสูง

สรุปโดยภาพรวม จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และการปฏิบัติด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก และถ้าพิจารณารายด้านในแต่ละเรื่องก็จะพบว่าอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมสำหรับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และสะท้อนให้เห็นถึงระบบบริการที่มีการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยโดยภาพรวมที่ดี ซึ่งอาจจะเนื่องจากโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลในครั้งนี้เป็นโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย 1 แห่ง ซึ่งจะมีความพร้อมในด้านจำนวนบุคลากรทางแพทย์ ระบบบริการและอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับมีการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อไปสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต่อไป จึงทำให้ผลการวิจัยออกมาในลักษณะดีเป็นส่วนใหญ่ ส่วนเรื่องที่ต้องปรับปรุงมีเพียงเล็กน้อย คือ เรื่องสื่อหรือเอกสารในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละประเภท และสวัสดิการเพิ่มเติมที่จะเป็นการอำนวยความสะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อย่างสูงสุด

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และการปฏิบัติด้านสุขภาพ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนธันวาคม 2542 ถึงเดือนพฤษภาคม 2543 จำนวน 90 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเอง แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก แบบสัมภาษณ์นี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณหาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เท่ากับ 0.77 ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ เท่ากับ 0.81 และค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.70 แล้วนำไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการ

กระทำ และการปฏิบัติด้านสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ รายด้าน และโดยรวม วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ กับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำโดยรวมและรายด้าน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

#### ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำและการปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนรายด้านนั้น พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษาอยู่ในระดับมากที่สุด และการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านอื่นๆ นั้น พบว่า อยู่ในระดับมาก ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษาและด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำด้านอื่นๆ นั้น อยู่ในระดับมาก และสำหรับการปฏิบัติด้านสุขภาพนั้น พบว่า การปฏิบัติด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา ด้านการออกกำลังกาย ด้านท่าทางและการเคลื่อนไหว ด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น และด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการปฏิบัติด้านอื่นๆ อยู่ในระดับมาก

2. มีปัจจัยพื้นฐานบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.261, p < .05$ ) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.244, p < .05$ ) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับที่ต่ำกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานอาหาร และด้านการจัดการกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.225, 0.261, p < .05$ ) ตามลำดับ และพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ และด้านการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.243, 0.232, p < .05$  และ  $r = 0.309, p < .01$ ) ตามลำดับ

3. มีปัจจัยพื้นฐานเพียงประการเดียวที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำด้านการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ( $r = 0.247, p < .05$ ) และไม่มีปัจจัยพื้นฐานตัวใดที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

4. การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.808, 0.820, p < .01$ ) ตามลำดับ ส่วนรายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.732, p < .01$ ) การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา ด้านการขับถ่าย ด้านการออกกำลังกาย ด้านท่าทางและการเคลื่อนไหว ด้านการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.516, 0.425, 0.608, 0.596, 0.515, 0.533, 0.558, 0.546$  และ  $0.488, p < 0.1$ ) ตามลำดับ และพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติด้านการพักผ่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.252, p < .05$ ) ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.714, p < .01$ ) ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา ด้านการขับถ่าย ด้านการออกกำลังกาย ด้านท่าทางและการเคลื่อนไหว ด้านการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการสังเกตอาการผิดปกติและด้านการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.549, 0.558, 0.579, 0.559, 0.494, 0.595, 0.631, 0.495, p < 0.1$ ) ตามลำดับ และพบว่า ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติด้านการพักผ่อนและด้านการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเองอย่างมีนัยทางสถิติ ( $r = 0.314, 0.388, p < .01$ ) ตามลำดับ

#### ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยคัดยกรรรมกระดูกควรมีการประเมินเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยรับใหม่ เพื่อจะได้นำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้ตรงตาม

ปัญหา ความสามารถและความคาดหวังในผลจากการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกควรตระหนักและให้ความสำคัญในการปฏิบัติกรพยาบาลทางด้านจิตสังคมให้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การดำรงชีวิตขณะที่ต้องใส่โลหะยึดตรึงภายนอกของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

3. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกควรมีการแจกเอกสารหรือแผ่นพับแก่ผู้ป่วยและญาติทุกครั้งที่ได้ให้คำแนะนำและจัดทำโปสเตอร์ติดภายในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยกระดูกหัก เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องยิ่งขึ้น

4. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกควรจัดให้มีการทำมาตรฐานการพยาบาลหรือคู่มือการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยกระดูกหัก โดยคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติด้านสุขภาพ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

5. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกควรมีการศึกษาวิจัยที่ต่อเนื่องในผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ดังเช่น

- การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานบางประการอื่นๆ เช่น เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นต้น ที่มีความสัมพันธ์หรือเป็นตัวทำนายการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ

- การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวที่บ้าน

## บรรณานุกรม

- กมลพรรณ หอมนาน. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ดีก็มีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ขวัญดา ไผ่หยงงาม. (2534). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองต่ออัตมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับร่างกาย ความรู้ และการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ชนิษฐา นาคะ และประสพสุข อินทรรักษา. (2536). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 13 (2), 14-24.
- คนึงนิจ อนุโรจน์. (2541). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก. แพทยสารทหารอากาศ, 44 (1), 30-35.
- จารุวรรณ รังสิยานนท์. (2540). ผลของการเตรียมหญิงครรภ์แรก เพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จิตต์กมล สุกานันท์. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลผ้าเท้าของผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์โรคเรื้อนพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์, ศิริวรรณ พูลทวี และสมชาย เวียงพิทักษ์. (2540). รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย พ.ศ. 2538. เวชสารแพทย์ตำรวจ, 23 (1), 51-54.
- ชาญบุษย์ สุภชาติวงศ์ และคณะ. (2535). ผลการรักษากระดูกต้นขาหักในผู้ใหญ่. ราชบัณฑิตยสาร, 15 (4), 351-356.
- ชุมพูนุท พงษ์ศิริ. (2539). การพยาบาลผู้รับบริการที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวด้านจิตสังคม. วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยสหราชอาณาจักรไทย, 21 (1), 44-52.
- ช่อราตรี สิริวัตถานันต์. (บรรณาธิการ). (2530). การพยาบาลทางออโรโธปิดิกส์ และเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

ช่อกลดา พันธุเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด.

ณัฐศรางค์ บุญจันทร์. (2538). การนอนหลับ : แนวคิดทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 13 (1), 10-17.

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2541). ผลของการใช้ อี เอ็ม จี ไปโอทีโคแบค ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสตีฟต่อความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ทิพย์ภา เศษฐ์ชาวลิต. (ม.ป.ป.). การพยาบาลจิตสังคมตามขั้นพัฒนาการ. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

———. (2541). จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.

ธีรสาส์น. (ม.ป.ป.). การยึดตามกระดูกจากภายนอก (external fixation). ในสารเนตรไวศยกุล (บรรณาธิการ). คู่มือการประชุมออร์โธปิดิกส์เชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1. (หน้า 180-190). สงขลา : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นภาพร ภิญโญพิชญ์. (2530). หลักการพยาบาลทั่วไปทางออร์โธปิดิกส์. ใน ช่อรัตรี สิริวัตถานันท์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลทางออร์โธปิดิกส์ และเวชศาสตร์ฟื้นฟู. (หน้า 141-147). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

นิตยา อังกาบรณะ. (2526). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

นุศรา วิจิตรแก้ว. (2534). การเปรียบเทียบการปฏิบัติตนและความพึงพอใจของผู้ป่วยคัดสรรมา กระดูกที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ในกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุดูหม่งหมายของคิงกับกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

บงกช พึ่งพุทธารักษ์. (2528). การดูแลผู้ป่วยที่ยึดตรึงกระดูกด้วย external fixator. วารสารพยาบาลศาสตร์, 3 (1), 57-62.

บุญวดี เพชรรัตน์. (2532). ความเครียด ภาวะวิกฤต และการช่วยเหลือ. สงขลา : ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บุษบา สิริวัตร. (2530). การฝึกหัดให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวด้วยตัวเอง. ใน ช่อราตรี สิริวัตรกานันต์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลทางออร์โธปิดิกส์ และเวชศาสตร์ฟื้นฟู. (หน้า 516-533).

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

ปิยนุช เขาวนัฎพิพันธ์ และสุวดี ชูสุวรรณ. (2540). คุณภาพบริการพยาบาลหอผู้ป่วย ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก. วารสารวิชาการเขต 12, 8 (3), 1-9.

ผ่องศรี ศรีมรกต และสุปราณี เชื้อสุวรรณ. (2542). ปัจจัยเสริมและอุปสรรคต่อการนอนหลับในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลศิริราช. การประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 11 เรื่อง การพยาบาลไทยในระยะเปลี่ยนสู่ศตวรรษที่ 21. (หน้า 102-103). กรุงเทพมหานคร : พี วาทิน พรินติ้ง จำกัด.

\_\_\_\_\_. (2542). แบบแผนการนอนหลับ และปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลศิริราช. การประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 11 เรื่อง การพยาบาลไทยในระยะเปลี่ยนสู่ศตวรรษที่ 21. (หน้า 166-167). กรุงเทพมหานคร : พี วาทิน พรินติ้ง จำกัด.

พนิดา ชูสุวรรณ. (2539). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่เหล็กดามภายใน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พัฒนา จินวงษ์. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก สุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

พัทนัย แก้วแพง, วิภา แซ่เจี๋ย และธีรนุช หมัดอะหีน. (2536). ความเครียดในผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กดามกระดูกกระขาคส่วนต่างหัก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 13 (2), 57-62.

พาริดา อิบราฮิม. (2538). เมื่อการรับรู้และการเคลื่อนไหวเปลี่ยนไป. วารสารพยาบาล, 44 (3), 162-176.

ภาสกรณ์ ชัยวานิชศิริ. (2540). ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษากระดูกที่เบียดหักแผลเปิดชนิด III B (Factors affecting management of open tibial fractures type III B). วารสารสมาคมออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 22 (2), 123-130.



มยุริน เบญจกาญจน์, สุวณิช โปธิจันทร์ และวัชรา ภูมิพระบุญ. (2540). การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลในกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่นเวชสาร, 21 (3), 1-8.

มรรยาท ณ นคร, จันทรฉาย โยธาใหญ่, สิริรัตน์ หาญวงศ์ และสมพิศ การคำห์. (2542). รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกระดูกหัก quality of life in the patient with fracture. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มานิต มัยคุณอุปัทม์ภัก. (2534). Bamboo external fixator (BEF) (อุปกรณ์ราคาถูกสำหรับยึดตรึงกระดูกขาแตก-หัก). ขอนแก่นเวชสาร, 15 (3), 9-18.

มานพ ประภาษานนท์. (2541). รู้กัน รู้แก่ ด้วยกายภาพบำบัด. กรุงเทพมหานคร : บริษัท เอคิสัน เพรส โปรดักส์ จำกัด.

\_\_\_\_\_. (2541). กายภาพบำบัดเพื่อสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : บริษัท เอคิสัน เพรส โปรดักส์ จำกัด.

เยี่ยมมโนภพ บุญนาค. (2525). การออกกำลังกายเพื่อการรักษา. ใน ชมรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. เวชศาสตร์ฟื้นฟู. (หน้า 49-50). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตนภรณ์ สิริวัฒน์ชัยพร. (2536). ความล้มเหลวระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

รุ่งจิต สีลางามวงศา, ผาสวรรณ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, สมพร เจริญชัยศรี และวรรณี เกตุมาลาสิริ. (2540). ผลการประยุกต์ระบบการพยาบาลของโอเอ็มต่อความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขาหัก. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 11 (1), 38-48.

วชิราภรณ์ สุนนวงศ์. (2538). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์. พยาบาลสาร, 22 (2), 46-52.

\_\_\_\_\_. (2538). การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดออร์โธปิดิกส์. พยาบาลสาร, 22 (4), 7-14.

วนิดา อินทรราชา. (2538). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจรายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และสัตยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วรรณิ์ ดัศยวิวัฒน์. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย.

วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2531). โภชนาการเบื้องต้นสำหรับพยาบาล. สงขลา : ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม. (2529). ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกระดูกหัก. ขอนแก่น : ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ และเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม และบรรจง มไหสวริยะ. (2539). โครงสร้างกระดูกนอกกายแทนเชื่อมเหล็ก : ความแข็งแรงเชิงกล และการประยุกต์ใช้ทางคลินิก (Small rod external fixator: Mechanical strength and clinical trail). วารสารสมาคมออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 21 (2), 89-98.

วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ. (2538). Traction and External fixation. ใน สมชัย ปรีชาสุข, วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท และวิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ (บรรณาธิการ). ออร์โธปิดิกส์. (หน้า 103-112). กรุงเทพมหานคร : ไทลิตการพิมพ์.

ศรีสุดา เจริญวิวัฒน์. (2538). การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ศุกศิลป์ สุนทรภา, ชนินทร์ มหรรฆานุเคราะห์, สักดา ไชกิจกัญญา และอนันต์ ทรรชนะวิภาส. (2534). กระดูกหักชนิดเปิดกับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์. วารสารสมาคมออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 16 (1), 77-79.

สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข. (2542). สถิติอุบัติเหตุและสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2539-2540. กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สพรั่งศักดิ์ จุลเดชะ. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วย วัณโรคปอด ณ ศูนย์วัณโรคเขต 2 จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สมคิด รักษาสิทธิ์. (2531). การพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2533). การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 3. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ประสิทธิภาพพิมพ์.

สมชัย ปรีชาสุข. (2538). Orthopaedic emergency and management of polytraumatized patient ใน สมชัย ปรีชาสุข, วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท และวิวัฒน์ วจนะวิสิทธิ์ (บรรณาธิการ). ออร์โธปิดิกส์. (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 125-134). กรุงเทพมหานคร : โฆสิตการพิมพ์.

สมทรง คำฝ่าย. (2541). ผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมดูแลทารก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สมพร ชินโนรส และศรีสุรีย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์. (2540). ความเครียดและการเผชิญความเครียดใน ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ. วารสารพยาบาล, 46 (1), 17-22.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541) ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุกิจ แสงนิพนธ์กุล. (2534). กระดูกและกระดูกอ่อน. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท.

สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ. (2538). การรับรู้ต่อการเกิดอุบัติเหตุ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกขาหักจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สุรศักดิ์ ศรีสุข. (2529). กายภาพบำบัดในภาวะกระดูกหัก. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : ไทมิตการพิมพ์.

สุวคนธ์ ฤๅคณ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง  
สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

อรพินท์ ภายโรจน์. (2542). ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความ  
คาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดัน  
โลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาล  
ศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

อัศร รัตตะรังสี. (2540). การรักษากระดูกหักแบบมีบาดแผลชนิดที่สอง โดยการ  
ใส่แกนโลหะในโพรงกระดูก. วารสารโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี, 8 (3), 33-43.

อัญญา อยู่สำราญ. (2539). ประสิทธิภาพการใช้เครื่องยึดกระดูกภายนอก “สมิทลา”  
ในผู้ป่วยที่มีกระดูกหักกึ่งเบรชชนิดมีบาดแผลเปิดภายนอกระดับ 3 จำนวน 38 ราย. วารสารวิชาการ  
เขต 12, 7 (4), 63-72.

โอกาส สิ้นเพิ่มสุขสกุล. (2538). Fracture dislocation of knee and tibia ใน สมชัย  
ปรีชาสุข, วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท และวิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ (บรรณาธิการ). ออร์โธปิดิกส์. (พิมพ์  
ครั้งที่ 4, หน้า 195-213). กรุงเทพมหานคร : โฆสิตการพิมพ์.

Abler, R.M., & Fretz, B.R. (1988). Self-efficacy and competence in independent  
living among oldest old persons. *Journal of Gerontology*, 43, 138-143.

Adda mo, S., & Shabtaic, J. (1994). Modalities for mobilization. In A.B. Maher,  
S.W. Salmond & T.A. Pellin O. (Eds.). *Orthopaedic Nursing*. (pp. 311-343). Philadelphia :  
W.B. Saunders Company.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change.  
*Psychological Review*, 84 (2), 191-215.

\_\_\_\_\_. (1986). *Social foundation of thought and action : A social  
cognitive theory*. Englewood Clifts, New Jersey : Prentice-Hall.

Boor, J.R.P. Champion, R., & Ferguson, M.C. (1987). *Nursing the physically ill  
adult : A textbook of medical-surgical*. New York : Churchill Livingstone.

Brown, C., Henderson, S., & Moore, S. (1996). Surgical treatment of patient with  
open tibial fracture. *AORN Journal*, 63 (5), 877-878.

- Cochlo, R.J. (1983). Self-efficacy and cessation of smoking. *Psychological Report*, 54, 309-310.
- Condiolye, M.M., & Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy replace in smoking cessation program. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 49, 648-658.
- Conn, V.S. (1997). Older woman : Social cognitive theory correlates of health behavior. *Woman & Health*, 26 (3), 71-85.
- . (1998). Older adults and exercise : Path analysis of self-efficacy related constructs. *Nursing Research*, 47 (3), 180-188.
- Diclement, C.C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintainance. *Cognitive Therapy Research*, 5, 175-187.
- Dilorio, C., Faherty, B., & Manteuffel, B. (1992). Self-efficacy and social support in self-management of epilepsy. *Western Journal of Nursing Research*, 14 (3), 292-307.
- Edington, S. et al. (1987). Self-motivation and self-efficacy as predictors of weight loss. *Additive Behavior*, 12, 63-66.
- Estlander, Ann-Mari, Vanharanta, H., Moneta G.B., & Kaivanto, K. (1994). An thropometric variables, self-efficacy beliefs, and pain and disability ratings on the isokinetic performance of low back pain patients. *Spine*, 19 (8), 941-947.
- Ewart, C.K., Taylor, C.B, Reese, L.B., & Debusk, R.F. (1984). Effect of early postmyocardial infarction exercise testing on self-perception and subsequent physical activity. *American Journal Cardiology*, 41 (7), 1076-1080.
- Froman, R.D., & Owen, S.V. (1990). Mothers' and nurse' perceptions of infant care skill. *Research in Nursing & Health*, 13 247-253.
- Grembowski, D., et al. (1993). Self-efficacy and health behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89-104.
- Gustilo, R.B. (1993). Open fractures. In Gustilo, R.B., Kyle, R.F., Templeman, D.C. (Eds.). *Fractures and Dislocations*. (pp. 169-195). St. Louis : Mosby-Year Book.
- Harkess, J.W., & Ramsey, W.C. (1991). Principle of fractures and dislocations. In Rockwood, C.A., Green, D.P., & Bucholz, R.W.(Eds.). *Fractures in adults*. (pp. 56-92). Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

- Hjelle, L.A., & Ziegler, D.I. (1992). *Personality theories : Basic assumptions research and application* (3<sup>rd</sup> ed.). New York : McGraw-Hill.
- Jenkins, L.S. (1988). Self-efficacy theory : Overview and measurement of key component. *Cardiovascular Nursing*, 24 (6) 36.
- Jodd, M. (1989). *Mobility : Patient problem and nursing care*. Oxford : Heinemann Nursing.
- Kaplan, R.M., Atkins, C.J, & Reinsch, S. (1984). Specific efficacy expectations media exercise compliance in patients with COPD. *Health Psychology*, 3 (3), 223-242.
- Kingery, P.M. & Glasgow, R.E. (1989). Self-efficacy and outcome expectation in the self regulation of NIDDM. *Health Education*, 20 (12), 13-19.
- Lawrance, L., & Mcleroy, K.R. (1986). Self-efficacy and Health Education. *Journal of School Health*, 56 (8), 317-321.
- Maddux, J.E., & Rogers, R.W. (1983). Protection motivation and self-efficacy : A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469-479.
- Oetker-Black, S.L., Hart, F., Hoffman, J., Geary, S. (1992). Preoperative self-efficacy and postoperative behaviors. *Applied Nursing Research*, 5 (3), 134-139.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing : Concepts of practice* (5<sup>th</sup> ed.). St Louis : Mosby-Year Book.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research : Principle and methods*. Philadelphia : Lippincott company.
- Rist, F., & Watzl, H. (1983). Self assessment of relapse risk and assesstiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. *Addictive Behavior*, 8, 121-127.
- Ruiz, B.A., Dibble, S.L., Gilliss, C.L., & Gortner, S.R. (1992). Predictions of general activity 8 weeks after cardiac surgery. *Applied Nursing Research*, 8 (2), 59-68.
- Schoen, D.C. (1986). *The Nursing Process in Orthopedics*. Norwalk : Appleton Century Crafts.
- Sisk, T.D. (1987). *Campbell's operative Orthopedics*. (7<sup>th</sup> ed.) St. Louis : The C.V. Mosby Company.

Stretcher, V. J., Devellis, B.M., Becker, M.H., & Rosenstock, I.M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13 (1), 73-92.

Wienke, K. (1994). Assessment and management of immobility. In A.B. Maher, S.W. Salmond, & T.A. Pellino. (Eds.). *Orthopaedic Nursing*. (pp. 63-84). Philadelphia : W.B. Saunders Company.

## ภาคผนวก



## ภาคผนวก ก.

## การพิทักษ์สิทธิของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาวเบญจวรรณ ละอองผล นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากคุณ.....ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยดิฉันจะมาสัมภาษณ์และจดบันทึกข้อมูลจากท่าน และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ภายหลังจากได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ตั้งแต่ 2-5 วัน และครั้งที่ 2 หลังการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ไป 2 สัปดาห์ หรือประมาณ 1-2 วัน ก่อนกลับบ้าน ในกรณีที่มึ่ระยะเวลาการนอนพักในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งข้อมูลต่างๆ ที่ได้จะเป็นความลับ และนำไปใช้เผยแพร่เพื่อการศึกษาเท่านั้น โดยจะไม่ระบุชื่อโดยเด็ดขาด

ดิฉันขอรับรองว่า การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ท่านแต่อย่างใด ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ ดิฉันยินดีอย่างยิ่งที่จะให้ท่านซักถามจนเข้าใจ และไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ ท่านยังคงได้รับการรักษาพยาบาลและบริการต่างๆ จากทางโรงพยาบาลตามปกติ ท่านมีสิทธิที่จะยอมรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และถึงแม้ว่าท่านจะเข้าร่วมในการวิจัยแล้วก็ตาม ท่านยังสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและบริการต่างๆ ที่ท่านได้รับ

ขอบคุณ

เบญจวรรณ ละอองผล

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## ภาคผนวก ข.

## เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูล

## เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์  
ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกหักแบบมีแผลเปิด  
ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติด้านสุขภาพของ  
ผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติด้านสุขภาพ  
ของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด  
ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

แบบสัมภาษณ์เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวัง  
ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น กับการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังจาก  
รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

เลขที่แบบสัมภาษณ์ ..... ชื่อ-สกุลผู้ป่วย .....

วัน เดือน ปีที่สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ..... ครั้งที่ 2 .....

โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล .....

เลขที่โรงพยาบาล HN ..... AN .....

การวินิจฉัยโรค ..... วันที่รับใหม่.....

การผ่าตัด ..... วันที่.....

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงใน  
ช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

2. อายุ .....ปี

3. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย  
( ) 4. หย่า ( ) 5. แยกกันอยู่

4. ศาสนา

( ) 1. พุทธ ( ) 2. คริสต์  
( ) 3. อิสลาม ( ) 4. อื่น ๆ ระบุ.....

5. อาชีพ

( ) 1. นักเรียน นักศึกษา ( ) 2. รับราชการ  
( ) 3. ค้าขาย ( ) 4. รับจ้าง (ระบุ) .....

( ) 5. เกษตรกรรม ( ) 6. อื่น ๆ ระบุ.....

6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ..... บาท

7. ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน

- ( ) 1. ไม่เพียงพอ      ( ) 2. เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ  
( ) 3. เพียงพอ เหลือเก็บ

8. ระดับการศึกษา (เริ่มจากชั้นประถมปีที่ 1 = 1 ปี)

สำเร็จการศึกษาชั้น .....

ระยะเวลาที่ได้รับการศึกษา .....ปี

9. ภาวะสุขภาพของท่านขณะนี้

- ( ) 1. ไม่ดีระบุสาเหตุ.....      ( ) 2. ปานกลาง  
( ) 3. ดี      ( ) 4. ดีมาก

10. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านสุขภาพขณะเจ็บป่วยครั้งนี้จากใครบ้าง

- ( ) 1. แพทย์  
( ) 2. พยาบาล  
( ) 3. นักกายภาพบำบัด  
( ) 4. ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเดียวกัน  
( ) 5.ญาติพี่น้องและเพื่อน ๆ  
( ) 6. สื่อวิทยุโทรทัศน์ และเอกสารต่าง ๆ

11. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านสุขภาพขณะเจ็บป่วยครั้งนี้ ในเรื่องใดบ้าง

- ( ) 1. การรับประทานอาหาร
- ( ) 2. การพักผ่อน
- ( ) 3. การรับประทานยาตามแผนการรักษา
- ( ) 4. การขยับถ่าย
- ( ) 5. การออกกำลังกาย
- ( ) 6. ทำทางและการเคลื่อนไหว
- ( ) 7. การป้องกันการติดเชื้อ
- ( ) 8. การสังเกตอาการผิดปกติ
- ( ) 9. การจัดการกับความเครียด
- ( ) 10. การดำรงบทบาท และสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
- ( ) 11. การยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง
- ( ) 12. อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วย  
กระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด ภายหลังจากได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้เป็นข้อคำถามในเรื่องการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการ  
ปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วย กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับ  
ความคิดเห็นของผู้ป่วย เพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

คะแนน 5 เท่ากับ มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่า สามารถกระทำพฤติกรรมนั้น  
ได้อย่างแน่นอน

คะแนน 4 เท่ากับ มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่า สามารถกระทำพฤติกรรมนั้น  
ได้มาก

คะแนน 3 เท่ากับ มั่นใจปานกลาง หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่า สามารถกระทำ  
พฤติกรรมนั้นได้ปานกลาง

คะแนน 2 เท่ากับ มั่นใจน้อย หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่า สามารถกระทำพฤติกรรมนั้น  
ได้น้อย

คะแนน 1 เท่ากับ มั่นใจน้อยมาก / ไม่มีความมั่นใจ หมายถึง ท่านมีความมั่นใจน้อยมาก หรือ  
ท่านไม่มีความมั่นใจว่า สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้เลย

- หมายเหตุ :
- สำหรับข้อคิดเห็นเพิ่มเติมนั้น จะใช้สัมภาษณ์ เฉพาะในกรณีที่มีผู้ป่วยมี  
ความคิดเห็นเพิ่มเติมในข้อนั้นๆ
  - แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยภายหลังจากผ่าตัดตั้งแต่ 2-5 วัน

ข้อความ (ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมต่อไปนี้ ได้มากน้อยเพียงใด)	ระดับความมั่นใจ					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ไม่มีความมั่นใจ (1)	
<b>การรับประทานอาหาร</b>						
1. รับประทานอาหารประเภท ไข่ ถั่ว หรือเนื้อสัตว์ ต่างๆ เช่น เนื้อหมู ไก่ ปลา ฯลฯ ในแต่ละวัน						
2. รับประทานอาหารประเภทปลาเล็กปลาน้อย ปู หอย หรือนมในแต่ละวัน						
3. รับประทานอาหารผักใบเขียวต่างๆ เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง ผักตำลึงในแต่ละวัน						
4. รับประทานอาหารผลไม้ต่างๆ เช่น ส้ม ฝรั่ง มะละกอสุก ในแต่ละวัน						
5. ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว (แก้วละ 250 ซีซี)						
<b>การพักผ่อน</b>						
6. นอนหลับอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง						
<b>การรับประทานยาตามแผนการรักษา</b>						
7. รับประทานยาตรงตามเวลาและสัมพันธ์ กับมื้ออาหาร						
8. รับประทานยาครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง						
<b>การขยับถ่าย</b>						
9. ใช้วิธีการขยับถ่ายที่เหมาะสมกับสภาพการบาดเจ็บ โดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ทำผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง ภายนอกขณะขยับถ่าย						
10. มีการขยับถ่ายเป็นปกติ						
<b>การออกกำลังกาย</b>						
11. ออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ที่ไม่มี การบาดเจ็บ หรือ ไม่มีพยาธิสภาพ วันละ 2-3 รอบ						
12. ออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณขา ข้างที่ทำผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกและ กล้ามเนื้อบริเวณใกล้เคียงสลับกับท่าพัก วันละ 2-3 รอบ						
<b>ท่าทางและการเคลื่อนไหว</b>						
13. นอนพักในท่ากขาข้างที่ทำผ่าตัดให้สูงกว่าระดับ หัวใจ โดยการใช้หมอนรองหรือวางบนโครงเหล็ก วางขา						

ข้อความ (ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมต่อไปนี้ ได้มากน้อยเพียงใด)	ระดับความมั่นใจ					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ไม่มีความมั่นใจ (1)	
14. ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น คอกหัดเดิน หรืออุปกรณ์ใช้ ในการเคลื่อนย้าย เช่น รถเข็นนั่ง ทุกครั้งเมื่อต้องการต้องการเคลื่อนย้ายไปที่ต่างๆ ในระยะเวลาที่แพทย์ยังไม่อนุญาตให้เดิน โดย ใช้ไม้ค้ำยัน						
15. เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันทุกครั้งในระยะเวลาที่แพทย์ อนุญาต ให้เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันได้						
16. ไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ใช้โลหะยึดตรึงภายนอก ก่อนได้รับอนุญาตจากแพทย์						
17. เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับ สภาพการบาดเจ็บ						
<b>การป้องกันการติดเชื้อ</b>						
18. ดูแลบริเวณผิวหนังรอบๆ เข็มโลหะยึดตรึง ภายนอกและบริเวณแผลผ่าตัดไม่ให้สกปรก และระมัดระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ						
19. ดูแลบริเวณกรอปลโลหะและเข็มโลหะที่ยึดตรึง ภายนอกไม่ให้สกปรก						
20. ไม่แกะเกาบริเวณแผลผ่าตัด แม้จะมีอาการคัน						
<b>การสังเกตอาการผิดปกติ</b>						
21. สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อนบริเวณ แผลผ่าตัดและบริเวณรอบๆ เข็มโลหะที่ ยึดตรึงภายนอก						
22. สังเกตอาการที่แสดงถึงการไหลเวียนโลหิต ผิดปกติ เช่น ผิวหนังบริเวณขาข้างที่ทำผ่าตัด ภายนอกมีสีคล้ำ ปลายเท้าบวมและพักทันที ที่มีอาการดังกล่าว						
23. สังเกตอาการที่แสดงถึงการที่เข็มโลหะแทงกด ผิวหนัง ได้แก่ ผิวหนังรอบเข็มโลหะเป็นสัน คิง หรือถูกดึงรั้งมีสีแดง และปวด						
24. สังเกตการเลื่อนหลวมหรือแน่นเกินไปของ กรอปลโลหะและเข็มโลหะที่ยึดตรึงภายนอก						
<b>การจัดการกับความเครียด</b>						
25. แสวงหาข้อมูลโดยวิธีต่างๆ เช่น การพูดคุยซักถาม กับบุคคลอื่น หรือการอ่านเอกสารต่างๆ เพื่อเป็น แนวทางในการนำมาจัดการกับความเครียด						



ข้อความ (ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำพฤติกรรมต่อไปนี้ ได้มากน้อยเพียงใด)	ระดับความมั่นใจ					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ไม่มีความมั่นใจ (1)	
<p>26. เลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับ ตนเองเมื่อมีความเครียด</p> <p><b>การดำรงบทบาทและสัมพันธ์กับบุคคลอื่น</b></p> <p>27. ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมขณะได้รับการ พยาบาล</p> <p>28. ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดตามความสามารถ โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p> <p>29. พูดคุย หรือซักถามกับบุคคลอื่นๆ เช่น ญาติ แพทย์ พยาบาล หรือผู้ป่วยด้วยกันทั้งใน เวลาปกติและเวลามีปัญหาหรือข้อสงสัย</p> <p><b>การยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง</b></p> <p>30. ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ที่เกิดขึ้นหลังจากการเจ็บป่วย และการรักษา โดยการผ่าตัดใส่ โลหะยึดตรึงภายนอก</p> <p>31. ยอมรับที่จะต้องเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วย พยุงเดิน เช่น คอกเหล็กเดิน ไม้ค้ำยัน เมื่ออยู่ในสังคมขณะที่กระดูกยังไม่ดีดี และยังคงใส่ โลหะยึดตรึงภายนอก</p>						

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้ เป็นข้อคำถามในเรื่องความคาดหวัง ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในลักษณะที่คาดหวังถึง ประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำพฤติกรรมนั้น กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ป่วย เพียงคำตอบเดียว โดยแต่คำตอบมีความหมายดังนี้

- คะแนน 5 เท่ากับ มีประโยชน์มากที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าจะได้รับประโยชน์มากที่สุดภายหลังกระทำพฤติกรรม
- คะแนน 4 เท่ากับ มีประโยชน์มาก หมายถึง ท่านคิดว่าจะได้รับประโยชน์มากภายหลังกระทำพฤติกรรม
- คะแนน 3 เท่ากับ มีประโยชน์ปานกลาง หมายถึง ท่านคิดว่าจะได้รับประโยชน์ปานกลางภายหลังกระทำพฤติกรรม
- คะแนน 2 เท่ากับ มีประโยชน์น้อย หมายถึง ท่านคิดว่าจะได้รับประโยชน์น้อยภายหลังกระทำพฤติกรรม
- คะแนน 1 เท่ากับ มีประโยชน์น้อยมาก/ไม่มีประโยชน์ หมายถึง ท่านคิดว่าจะได้รับประโยชน์น้อยมากหรือไม่ได้ประโยชน์เลยภายหลังกระทำพฤติกรรม

- หมายเหตุ : - สำหรับข้อคิดเห็นเพิ่มเติมนั้น จะใช้สัมภาษณ์ เฉพาะในกรณีที่มีผู้ป่วยมีความคิดเห็นเพิ่มเติมในข้อนั้นๆ
- แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดตั้งแต่ 2-5 วัน

ข้อความ (ท่านคิดว่าจะได้รับประโยชน์มากน้อยเพียงใด ภายหลังจากการกระทำพฤติกรรมต่อไปนี้)	ระดับประโยชน์ที่จะได้รับ					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ไม่มีประโยชน์ (1)	
<b>การรับประทานอาหาร</b>						
1. รับประทานอาหารประเภท ไข่ ถั่ว หรือเนื้อสัตว์ ต่างๆ เช่น เนื้อหมู ไก่ ปลา ฯลฯ ในแต่ละวัน						
2. รับประทานอาหารประเภทปลาเล็กปลาน้อย ปู หอยหรือนมในแต่ละวัน						
3. รับประทานอาหารผักใบเขียวต่างๆ เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง ผักตำลึงในแต่ละวัน						
4. รับประทานอาหารผลไม้ต่างๆ เช่น ส้ม ฝรั่ง มะละกอสุก ในแต่ละวัน						
5. ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว (แก้วละ 250 ซีซี)						
<b>การพักผ่อน</b>						
6. นอนหลับอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง						
<b>การรับประทานยาตามแผนการรักษา</b>						
7. รับประทานยาตรงตามเวลาและสัมพันธ์ กับมื้ออาหาร						
8. รับประทานยาครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง						
<b>การขยับย้าย</b>						
9. ใช้วิธีการขยับย้ายที่เหมาะสมกับสภาพการบาดเจ็บ โดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ทำผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง ภายนอกขณะขยับย้าย						
10. มีการขยับย้ายเป็นปกติ						
<b>การออกกำลังกาย</b>						
11. ออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ที่ไม่มี การบาดเจ็บ หรือไม่มีพยาธิสภาพ วันละ 2-3 รอบ						
12. ออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณขาข้าง ที่ทำผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกและกล้ามเนื้อ บริเวณใกล้เคียงสลับกับทำพัก วันละ 2-3 รอบ						
<b>ทำทางและการเคลื่อนไหว</b>						
13. นอนพักในท่ายกขาข้างที่ทำผ่าตัดให้สูงกว่าระดับ หัวใจ โดยการใช้หมอนรองหรือวางบนโครงเหล็ก วางขา						
14. ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น คอกหัดเดิน หรืออุปกรณ์ ใช้ในการเคลื่อนย้าย เช่น รถเข็นนั่งทุกครั้ง เมื่อ ต้องการต้องการเคลื่อนย้ายไปที่ต่างๆ ในระยะ ที่แพทย์ยังไม่อนุญาตให้เดิน โดยใช้ไม้ค้ำยัน						

ข้อความ (ท่านคิดว่าจะได้รับประโยชน์อย่างน้อยเพียงใด ภายหลังจากการทำพฤติกรรมต่อไปนี้)	ระดับประโยชน์ที่จะได้รับ					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ไม่มีประโยชน์ (1)	
15. เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันทุกครั้งในระยะเวลาที่แพทย์อนุญาต ให้เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันได้						
16. ไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ใช้โลหะยึดตรึงภายนอกก่อน ได้รับอนุญาตจากแพทย์						
17. เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับ สภาพการบาดเจ็บ						
<b>การป้องกันการติดเชื้อ</b>						
18. ดูแลบริเวณผิวหนังรอบๆ เข็มโลหะยึดตรึงภายนอก และบริเวณแผลผ่าตัดไม่ให้สกปรกและระมัดระวัง ไม่ให้แผลถูกน้ำ						
19. ดูแลบริเวณกรอปลโลหะและเข็มโลหะที่ยึดตรึง ภายนอกไม่ให้สกปรก						
20. ไม่แกะเกาบริเวณแผลผ่าตัด แม้จะมีอาการคัน						
<b>การสังเกตอาการผิดปกติ</b>						
21. สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อนบริเวณแผล ผ่าตัดและบริเวณรอบๆ เข็มโลหะที่ยึดตรึงภายนอก						
22. สังเกตอาการที่แสดงถึงการไหลเวียนโลหิตผิดปกติ เช่น ผิวหนังบริเวณขาข้างที่ทำผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง ภายนอกมีสีคล้ำ ปลายเท้าบวมและพักทันทีที่มี อาการดังกล่าว						
23. สังเกตอาการที่แสดงถึงการที่เข็มโลหะแทงกด ผิวหนัง ได้แก่ ผิวหนังรอบเข็มโลหะเป็นสัน ตึง หรือถูกดึงรั้งมีสีแดง และปวด						
24. สังเกตการเลื่อนหลวมหรือแน่นเกินไปของ กรอปลโลหะและเข็มโลหะที่ยึดตรึงภายนอก						
<b>การจัดการกับความเครียด</b>						
25. แสวงหาข้อมูลโดยวิธีต่างๆ เช่น การพูดคุยซักถาม กับบุคคลอื่น หรือการอ่านเอกสารต่างๆ เพื่อเป็น แนวทางในการนำมาจัดการกับความเครียด						
26. เลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับ ตนเองเมื่อมีความเครียด						

ข้อความ (ท่านคิดว่าจะได้รับประโยชน์มากน้อยเพียงใด ภายหลังการกระทำพฤติกรรมต่อไปนี้)	ระดับประโยชน์ที่จะได้รับ					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ไม่มีประโยชน์ (1)	
<p><b>การดำรงบทบาทและสัมพันธ์กับบุคคลอื่น</b></p> <p>27. ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมขณะได้รับการพยาบาล</p> <p>28. ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดตามความสามารถ โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p> <p>29. พูดคุย หรือซักถามกับบุคคลอื่นๆ เช่น ญาติ แพทย์ พยาบาล หรือผู้ป่วยด้วยกันทั้งในเวลาปกติและเวลามีปัญหาหรือข้อสงสัย</p> <p><b>การยอมรับในสภาพลักษณะของตนเอง</b></p> <p>30. ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น หลังจากการเจ็บป่วย และการรักษา โดยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก</p> <p>31. ยอมรับที่จะต้องเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน เช่น คอกเหล็กเดิน ไม้ค้ำยัน เมื่ออยู่ในสังคมขณะที่กระดูกยังไม่ติดดี และยังคงใส่โลหะยึดตรึงภายนอก</p>						

- ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิด  
 ภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก
- คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้เป็นข้อคำถามในเรื่องการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วย กรุณาทำ  
 เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของผู้ป่วย เพียงคำตอบเดียว  
 โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้
- คะแนน 5 เท่ากับ ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากที่สุด  
 (ปฏิบัติทุกวัน)
- คะแนน 4 เท่ากับ ปฏิบัติมาก หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก  
 (ปฏิบัติทุก 5-6 วัน/ 1 สัปดาห์)
- คะแนน 3 เท่ากับ ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นปานกลาง  
 (ปฏิบัติทุก 3-4 วัน/ 1 สัปดาห์)
- คะแนน 2 เท่ากับ ปฏิบัติน้อย หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อย  
 (ปฏิบัติทุก 1-2 วัน/ 1 สัปดาห์)
- คะแนน 1 เท่ากับ ปฏิบัติน้อยมาก/ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อยมากหรือ  
 ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย (ปฏิบัติ 1 วัน แต่ไม่ต่อเนื่องในแต่ละ  
 สัปดาห์ หรือไม่ปฏิบัติเลย)
- หมายเหตุ : - สำหรับข้อคิดเห็นเพิ่มเติมนั้น จะใช้สัมภาษณ์ เฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมี  
 ความคิดเห็นเพิ่มเติมในข้อนั้นๆ
- แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยภายหลังการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ไป 2  
 สัปดาห์ หรือประมาณ 1-2 วัน ก่อนกลับบ้าน (กรณีที่ผู้ป่วยมีระยะเวลา  
 การนอนพักในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยกว่า 2 สัปดาห์)

ข้อความ (ท่านได้ปฏิบัติพฤติกรรมต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด)	ระดับการปฏิบัติ					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)
	มากที่สุด (ทุกวัน) (5)	มาก (ทุก 5-6 วัน) (4)	ปานกลาง (ทุก 3-4 วัน) (3)	น้อย (ทุก 1-2 วัน) (2)	ไม่ปฏิบัติ (ไม่ปฏิบัติเลย) (1)	
<b>การรับประทานอาหาร</b> 1. รับประทานอาหารประเภท ไข่ ถั่ว หรือเนื้อสัตว์ต่างๆ เช่น เนื้อหมู ไก่ ปลา ฯลฯ ในแต่ละวัน 2. รับประทานอาหารประเภทปลาเล็กปลาน้อย ปู หอย หรือนมในในแต่ละวัน 3. รับประทานอาหารผักใบเขียวต่างๆ เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง ผักตำลึงในแต่ละวัน 4. รับประทานอาหารผลไม้ต่างๆ เช่น ส้ม ฝรั่ง มะละกอสุก ในแต่ละวัน 5. ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว (แก้วละ 250 ซีซี)						
<b>การพักผ่อน</b> 6. นอนหลับอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง						
<b>การรับประทานยาตามแผนการรักษา</b> 7. รับประทานยาตรงตามเวลาและสัมพันธกับมืออาหาร 8. รับประทานยาครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง						
<b>การขยับถ่าย</b> 9. ใช้วิธีการขยับถ่ายที่เหมาะสมกับสภาพการบาดเจ็บ โดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ทำผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกขณะขยับถ่าย 10. มีการขยับถ่ายเป็นปกติ						
<b>การออกกำลังกาย</b> 11. ออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ที่ไม่มีการบาดเจ็บ หรือไม่มีพยาธิสภาพ วันละ 2-3 รอบ 12. ออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณขาข้างที่ทำผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกและกล้ามเนื้อบริเวณใกล้เคียง สลับกับท่าพัก วันละ 2-3 รอบ						

ข้อความ (ท่านได้ปฏิบัติพฤติกรรมต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด)	ระดับการปฏิบัติ					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)
	มากที่สุด (ทุกวัน) (5)	มาก (ทุก 5-6 วัน) (4)	ปานกลาง (ทุก 3-4 วัน) (3)	น้อย (ทุก 1-2 วัน) (2)	ไม่ปฏิบัติ (ไม่ปฏิบัติเลย) (1)	
<b>ทำทางและการเคลื่อนไหว</b>						
13. นอนพักในท่ายกขาข้างที่ทำผ่าตัดให้สูงกว่าระดับหัวใจ โดยการใช้หมอนรองหรือวางบนโครงเหล็กวางขา						
14. ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น คอกหัดเดิน หรืออุปกรณ์ ใช้ในการเคลื่อนย้าย เช่น รถเข็นนั่งทุกครั้งเมื่อต้องการเคลื่อนย้ายไปที่ต่างๆ ในระยะที่แพทย์ยังไม่อนุญาตให้เดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน						
15. เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันทุกครั้งในระยะที่แพทย์อนุญาตให้เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันได้						
16. ไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ใช้โลหะยึดตรึงภายนอกก่อนได้รับอนุญาตจากแพทย์						
17. เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพการบาดเจ็บ						
<b>การป้องกันการติดเชื้อ</b>						
18. ดูแลบริเวณผิวหนังรอบๆ เข็มโลหะยึดตรึงภายนอกและบริเวณแผลผ่าตัดไม่ให้สกปรกและระมัดระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ						
19. ดูแลบริเวณรอบเข็มโลหะและเข็มโลหะที่ยึดตรึงภายนอกไม่ให้สกปรก						
20. ไม่แกะเกาบริเวณแผลผ่าตัดแม้จะมีอาการคัน						
<b>การสังเกตอาการผิดปกติ</b>						
21. สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อนบริเวณแผลผ่าตัดและบริเวณรอบๆ เข็มโลหะที่ยึดตรึงภายนอก						
22. สังเกตอาการที่แสดงถึงการไหลเวียนโลหิตผิดปกติ เช่น ผิวหนังบริเวณขาข้างที่ทำผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอกมีสีคล้ำ ปลายเท้าบวมและพักทันทีที่มีอาการดังกล่าว						



ข้อความ (ท่านได้ปฏิบัติพฤติกรรมต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด)	ระดับการปฏิบัติ					ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)
	มากที่สุด (ทุกวัน) (5)	มาก (ทุก 5-6 วัน) (4)	ปานกลาง (ทุก 3-4 วัน) (3)	น้อย (ทุก 1-2 วัน) (2)	ไม่ปฏิบัติ (ไม่ปฏิบัติเลย) (1)	
23. สังเกตอาการที่แสดงถึงการที่เข็มโลหะ แทงกุดผิวหนัง ได้แก่ ผิวหนังรอบเข็มโลหะ เป็นสัน ตึง หรือถูกดึงรั้งมีสีแดง และปวด						
24. สังเกตการเลื่อนหลวมหรือแน่นเกินไปของ กรอบโลหะและเข็มโลหะที่ยึดตรึงภายนอก <b>การจัดการกับความเครียด</b>						
25. แสวงหาข้อมูลโดยวิธีต่างๆ เช่น การพูดคุย ซักถามกับบุคคลอื่น หรือการอ่านเอกสาร ต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการนำมาจัดการ กับความเครียด						
26. เลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียด ที่เหมาะสมกับตนเองเมื่อมีความเครียด <b>การดำรงบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น</b>						
27. ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมขณะได้รับ การพยาบาล						
28. ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดตามความสามารถ โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน						
29. พูดคุย หรือซักถามกับบุคคลอื่นๆ เช่น ญาติ แพทย์ พยาบาล หรือผู้ป่วยด้วยกันทั้งใน เวลาปกติและเวลามีปัญหาหรือข้อสงสัย <b>การยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง</b>						
30. ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกายที่เกิดขึ้นหลังจากการเจ็บป่วย และการรักษาโดยการผ่าตัดใส่โลหะ ยึดตรึงภายนอก						
31. ยอมรับที่จะต้องเดินโดยใช้อุปกรณ์ ช่วยพยุงเดิน เช่น คอกหัดเดิน ไม้ค้ำยัน เมื่ออยู่ในสังคมขณะที่กระดูกยังไม่ติดดี และยังคงใส่โลหะยึดตรึงภายนอก						

## ภาคผนวก ก.

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ และการปฏิบัติด้านสุขภาพ จำแนกเป็นรายชื่อ

ตาราง 8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น จากการกระทำ และการปฏิบัติด้านสุขภาพ จำแนกเป็นรายชื่อ

ลำดับข้อ	ข้อมูล	การรับรู้ฯ			ความคาดหวังฯ			การปฏิบัติฯ		
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
<b>การรับประทานอาหาร</b>										
1.	รับประทานอาหารประเภท ไข่ ถั่ว หรือเนื้อสัตว์ต่างๆ เช่น เนื้อหมู ไก่ ปลา ฯลฯ ในแต่ละวัน	3.73	1.28	มาก	4.13	0.99	มาก	4.29	0.81	มาก
2.	รับประทานอาหารประเภทปลาเล็ก ปลาน้อย ปู หอยหรือนมในในแต่ละวัน	3.86	1.03	มาก	4.17	0.86	มาก	4.03	0.94	มาก
3.	รับประทานผักใบเขียวต่างๆ เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง ผักตำลึงในในแต่ละวัน	4.28	0.84	มาก	4.32	0.80	มาก	4.19	0.89	มาก
4.	รับประทานผลไม้ต่างๆ เช่น ส้ม ฝรั่ง มะละกอสุกในในแต่ละวัน	4.14	0.87	มาก	4.28	0.70	มาก	4.17	0.88	มาก
5.	ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว (แก้วละ 250 ซีซี)	3.92	1.03	มาก	4.38	0.71	มาก	4.03	1.06	มาก
<b>การพักผ่อน</b>										
6.	นอนหลับอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง	4.03	1.04	มาก	4.34	0.78	มาก	4.21	1.02	มาก
<b>การรับประทานยาตามแผนการรักษา</b>										
7.	รับประทานยาตรงตามเวลาและสัมพันธ์ กับมื้ออาหาร	4.74	0.55	มากที่สุด	4.86	0.35	มากที่สุด	4.91	0.32	มากที่สุด
8.	รับประทานยาครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง	4.79	0.46	มากที่สุด	4.88	0.33	มากที่สุด	4.92	0.27	มากที่สุด
<b>การขยับถ่าย</b>										
9.	ใช้วิธีการขยับถ่ายที่เหมาะสมกับสภาพ การบาดเจ็บ โดยไม่ลงน้ำหนักขาข้าง ที่ทำผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก ขณะขยับถ่าย	3.98	0.97	มาก	4.36	0.74	มาก	4.27	0.96	มาก
10.	มีการขยับถ่ายเป็นปกติ	3.79	1.00	มาก	4.38	0.76	มาก	4.18	0.86	มาก
<b>การออกกำลังกาย</b>										
11.	ออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ที่ไม่มีการบาดเจ็บ หรือ ไม่มีพยาธิสภาพ วันละ 2-3 รอบ	4.14	1.14	มาก	4.47	0.69	มาก	4.58	0.62	มากที่สุด
12.	ออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อ บริเวณขาข้างที่ทำผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง ภายนอกและกล้ามเนื้อบริเวณใกล้เคียง สลับกับทำพัก วันละ 2-3 รอบ	4.02	1.02	มาก	4.46	0.67	มาก	4.44	0.70	มาก

ตาราง 8 (ต่อ)

ลำดับข้อ	ข้อมูล	การรับรู้			ความคาดหวัง			การปฏิบัติ		
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
<b>ท่าทางและการเคลื่อนไหว</b>										
13.	นอนพักในท่าขกขาข้างที่ทำผ่าตัดให้สูงกว่าระดับหัวใจ โดยการให้หมอนรองหรือวางบนโครงเหล็กวางขา	4.26	0.91	มาก	4.32	0.86	มาก	4.5	0.74	มากที่สุด
14.	ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น คอกหัดเดิน หรือ อุปกรณ์ใช้ในการเคลื่อนย้าย เช่น รถเข็นนั่ง ทุกครั้งเมื่อต้องการต้องการเคลื่อนย้ายไปที่ต่างๆ ในระยะที่แพทย์ยังไม่อนุญาตให้เดิน โดยใช้ไม้ค้ำยัน	3.87	1.91	มาก	4.33	0.86	มาก	4.47	0.88	มาก
15.	เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันทุกครั้งในระยะที่แพทย์อนุญาตให้เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันได้	4.13	1.04	มาก	4.48	0.75	มาก	4.56	0.75	มากที่สุด
16.	ไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ใช้โลหะยึดตรึงภายนอกก่อนได้รับอนุญาตจากแพทย์	4.26	0.87	มาก	4.59	0.67	มากที่สุด	4.52	0.88	มากที่สุด
17.	เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันอย่างถูกวิธีและเหมาะสมกับสภาพการบาดเจ็บ	4.04	1.06	มาก	4.52	0.77	มากที่สุด	4.52	0.69	มากที่สุด
<b>การป้องกันการติดเชื้อ</b>										
18.	ดูแลบริเวณผิวหนังรอบๆ เข็มโลหะยึดตรึงภายนอกและบริเวณแผลผ่าตัดไม่ให้สกปรกและระมัดระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ	4.31	0.86	มาก	4.59	0.60	มากที่สุด	4.72	0.47	มากที่สุด
19.	ดูแลบริเวณกรอบโลหะและเข็มโลหะที่ยึดตรึงภายนอกไม่ให้สกปรก	4.16	0.86	มาก	4.44	0.62	มาก	4.48	0.67	มาก
20.	ไม่แกะเอาบริเวณแผลผ่าตัด แม้จะมีอาการคัน	3.83	1.13	มาก	4.38	0.83	มาก	4.26	0.97	มาก
<b>การสังเกตอาการผิดปกติ</b>										
21.	สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัดและบริเวณรอบๆ เข็มโลหะที่ยึดตรึงภายนอก	4.04	1.00	มาก	4.54	0.62	มากที่สุด	4.56	0.67	มากที่สุด
22.	สังเกตอาการที่แสดงถึงการไหลเวียนโลหิตผิดปกติ เช่น ผิวหนังบริเวณขาข้างที่ทำผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก มีสีคล้ำ ปลายเท้าบวมและพักทันทีที่มีอาการดังกล่าว	4.08	1.05	มาก	4.51	0.67	มากที่สุด	4.52	0.69	มากที่สุด

ตาราง 8 (ต่อ)

ลำดับข้อ	ข้อมูล	การรับรู้			ความคาดหวัง			การปฏิบัติ		
		$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
23.	สังเกตอาการที่แสดงถึงการที่เข็มโลหะ แทงกุดผิวหนัง ได้แก่ ผิวหนังรอบเข็มโลหะ เป็นสัน ตึง หรือถูกดึงรั้งมีสีแดง และปวด	3.83	1.09	มาก	4.40	0.65	มาก	4.34	0.74	มาก
24.	สังเกตการเลื่อนหลวมหรือแน่นเกินไปของ กรอบโลหะและเข็มโลหะที่ยึดตรึงภายนอก	3.61	1.23	มาก	4.28	0.84	มาก	4.16	0.87	มาก
<b>การจัดการกับความเครียด</b>										
25.	แสวงหาข้อมูลโดยวิธีต่างๆ เช่น การพูดคุย ซักถามกับบุคคลอื่น หรือการอ่านเอกสาร ต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการนำมา จัดการกับความเครียด	3.97	0.91	มาก	4.26	0.77	มาก	4.22	0.86	มาก
26.	เลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่ เหมาะสมกับตนเองเมื่อมีความเครียด	4.04	0.86	มาก	4.26	0.77	มาก	4.23	0.84	มาก
<b>การดำรงบทบาทและสัมพันธ์กับบุคคลอื่น</b>										
27.	ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมขณะ ได้รับการพยาบาล	4.58	0.69	มากที่สุด	4.81	0.52	มากที่สุด	4.78	0.44	มากที่สุด
28.	ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดตามความ สามารถโดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน	4.32	0.79	มาก	4.61	0.57	มากที่สุด	4.61	0.55	มากที่สุด
29.	พูดคุย หรือซักถามกับบุคคลอื่นๆ เช่น ญาติ แพทย์ พยาบาล หรือผู้ป่วยด้วยกันทั้งใน เวลาปกติและเวลามีปัญหาหรือข้อสงสัย	4.23	1.01	มาก	4.53	0.67	มากที่สุด	4.40	0.78	มาก
<b>การยอมรับในสภาพลักษณะของตนเอง</b>										
30.	ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ที่เกิดขึ้นหลังจากการเจ็บป่วย และการรักษา โดยการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก	4.13	0.81	มาก	4.40	0.63	มาก	4.57	0.65	มากที่สุด
31.	ยอมรับที่จะต้องเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วย พยุงเดิน เช่น คอกหัดเดิน ไม้ค้ำยัน เมื่ออยู่ในสังคมขณะที่กระดูกยังไม่ติดดี และยังคงใส่โลหะยึดตรึงภายนอก	4.29	0.84	มาก	4.52	0.57	มากที่สุด	4.63	0.68	มากที่สุด

หมายเหตุ : การรับรู้ หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

ความคาดหวัง หมายถึง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ

การปฏิบัติ หมายถึง การปฏิบัติด้านสุขภาพ

## ภาคผนวก ง.

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ มีดังต่อไปนี้

1. แพทย์หญิงกัญญิกา ชำนิประศาสน์  
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์  
ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์  
ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เนตรนภา กุ๋พันทวี  
อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลออร์โธปิดิกส์  
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณสุนันทา ยังวนิชเศรษฐ์  
พยาบาลวิชาชีพ 7 (หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง-พิเศษ)  
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลออร์โธปิดิกส์  
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
4. คุณอรอุษา ชูบุรี  
พยาบาลวิชาชีพ 7 (หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 440)  
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลออร์โธปิดิกส์  
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
5. คุณพนิดา ชูสุวรรณ  
พยาบาลวิชาชีพ 7 (หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย)  
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลออร์โธปิดิกส์  
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวเบญจวรรณ ละอองผล

วัน เดือน ปีเกิด 25 มีนาคม 2514

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

ชื่อสถาบัน

ปีที่สำเร็จการศึกษา

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา พ.ศ. 2536

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพพระดับ 5

สถานที่ทำงาน ตึกศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส