

THE RELATIONSHIP BETWEEN BODY IMAGE AND ADAPTATION IN AMPUTEES

“ដំណាច់ព័ន្ធនៃ ឧ.ឧ.សា”

26926

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

ศศิธร อุดมศรี

คณิศร อุดมศรี

ผู้วิจัย

ศศิธร อุดมศรี

ศศนา บุญทอง ,ค.บ.,M.S., Ed.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

วราณี สัตยวิวัฒน์ ,วท.บ.,ค.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

สุวิทย์ แก้วจันทร์

มยุรี แก้วจันทร์ ,ค.บ. (พยาบาล)

วท.ม. (พยาบาล)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศศนา บุญทอง

ศศนา บุญทอง ,ค.บ.,M.S.,Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

ศศนา บุญทอง

มนตรี จุลสมัย ,พ.บ.,Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคณะหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 29 ธันวาคม 2535

.....
คณิศร อรุณรัตน์

คณบดี

ผู้ทรง

.....
ศศนา บุญทอง ,ค.บ.,M.S.,Ed.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
วราณี สัตยวิวัฒน์ ,วท.บ.,ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
นงนุช พันธุ์กุล ,วท.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
นงนุช พันธุ์กุล ,วท.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
นงนุช พันธุ์กุล ,วท.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศศนา บุญทอง ,ค.บ.,M.S.,Ed.D.

คณบดี

.....
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
นงนุช พันธุ์กุล ,วท.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
นงนุช พันธุ์กุล ,วท.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
นงนุช พันธุ์กุล ,วท.บ.

คณบดี

.....
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	เรืออากาศเอก พิบัง คณิงนิจ อนุโรจน์
วันเดือนปีเกิด	27 กุมภาพันธ์ 2502
สถานที่เกิด	จังหวัดปทุมธานี
ประวัติการศึกษา	โรงเรียนพยาบาลทหารอากาศ พ.ศ. 2519-2523 : ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2527-2529 : พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2533-2535 : วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล)
ทุนการศึกษา	ทุนจากกองทัพอากาศไทย
ทุนวิจัย	China Medical Broad of New York, Inc.
ตำแหน่ง	นายทหารพยาบาลหอผู้ป่วย จักษุ โรคต้อ นาสสิก แผนกการ พยาบาล กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ ชั้น 5 อาคารคุ้มเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา บุญทอง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มยุรี แก้วจันทร์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรวิทย์ สัตยวิวัฒน์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กอบกุล พันธะเจริญกุล ที่ได้กรุณาให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และสนับสนุนให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด จนกระทั่งวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ พร้อมทั้งนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลเลิดสินและโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช รวมทั้งหัวหน้าหน่วยงานอุปการดีเยี่ยมและหน่วยแขนขาเยี่ยมของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ และสำคัญที่สุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ได้อบรมสั่งสอนปลูกฝังความรู้ในการศึกษา ขอบพระคุณพี่ชายทั้ง 4 ท่าน ซึ่งรักและให้โอกาสทางการศึกษาแก่ผู้วิจัย ขอบพระคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจด้วยดี และบุคคลที่สำคัญอีก 3 ท่านที่คอยให้กำลังใจและความช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทรตลอดมา คือ นาวาอากาศตรี เกียรติศักดิ์ อนุโรจน์ เด็กชาย กฤตวิทย์ อนุโรจน์ และเด็กชาย กฤตศักดิ์ อนุโรจน์ และขอขอบพระคุณ กองทัพอากาศที่ได้กรุณาให้ทุนการศึกษา ตลอดจน China Medical Broad of New York, Inc. ที่ได้กรุณาสับสนุนเงินทุนบางส่วนในการหาวิจัยครั้งนี้

เรืออากาศเอก หญิง คณินิจ อนุโรจน์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

ผู้วิจัย เรืออากาศเอก หิมา คณิงนิจ อนุโรจน์

ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศศนา บุญทอง ,ค.บ.,M.S.,Ed.D.

มยุรี แก้วจันทร์ ,ค.บ. (พยาบาล) ,วท.ม. (พยาบาล)

วรรณิ สัตยวิวัฒน์ ,วท.บ.,ค.ม.

วันที่สำเร็จการศึกษา 29 ธันวาคม พ.ศ. 2535

บทคัดย่อ

สาเหตุของการถูกตัดขานั้นมีด้วยกันหลายสาเหตุ เช่น การติดเชื้อ เนื้องอกและการได้รับอุบัติเหตุต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม สาเหตุการถูกตัดขาสั้นใหญ่โตเนื่องมาจาก ความผิดปกติของหลอดเลือดส่วนปลาย เมื่อผู้ป่วยถูกตัดขา สิ่งสำคัญนอกเหนือจากการสูญเสียอวัยวะของร่างกายไป คือ ความรู้สึกสูญเสียความเป็นบุคคลที่มีร่างกายสมบูรณ์ โดยไม่สามารถหาตัวกลับคืนมาได้ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายและจิตสังคมตามมา การช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่ถูกตัดขาจึงเป็นเรื่องที่จำเป็น เพื่อผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ฉะนั้นในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกตัดขา พยาบาลจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้อง การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์และปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสียขา ระดับที่ถูกตัดขา กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตัดขา (amputees) และมาติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกทางออร์โธปิดิกส์ หรือที่หน่วยกายอุปกรณ์เทียมของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 150 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล

ส่วนตัว แบบสอบถามภาพลักษณ์และแบบสอบถามการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเข้าโปรแกรมสำเร็จรูป SPSSX โดยการหาร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หตุคูณและเลือกตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยการใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิเคราะห์สรุปได้ดังนี้

1. ภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.8005$)
2. สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.2686$)
3. ระยะเวลาที่สูญเสียขามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.4184$)
4. อายุ ระดับที่ถูกตัดขา มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)
5. ภาพลักษณ์ ระยะเวลาที่สูญเสียขาเป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถรวมทำนายการปรับตัวได้ร้อยละ 66.97 ($p<.001$)

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะคือ พยาบาลควรตระหนักถึงบทบาทของตนในการส่งเสริมครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ในการช่วยเหลือดูแลและส่งเสริมภาพลักษณ์ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ พยาบาลควรทำงานประสานกับนักกายภาพบำบัดและนักอาชีวบำบัด ในการให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การฟื้นฟูสภาพร่างกายรวมทั้งการใช้กายอุปกรณ์เทียมที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา เช่น การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ต่อความพิการของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาค้นคว้าสภาพจิตใจ เพศสัมพันธ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้

Thesis Title The Relationship Between Body Image and
Adaptation in Amputees

Name Khaneungnich Anuroj

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Tassana Boontong , B.Ed.,M.S.,Ed.D.

Mayuree Kaewchantr , B.Ed. ,M.Sc. (Nursing)

Wannee Satayawiwat ,B.Sc.,M.Ed.

Date of Graduation 29 December B.E.2535 (1992)

ABSTRACT

Amputation of lower limb may be the result of a number of disorders , including infections , neoplasms , and traumatic injuries. Most of them , however ,are the result of peripheral arterial diseases. When a person underwent on amputation , they of course , feel lost forever the sense of wholeness or the sense of being an intact person. The impact of amputation affects the amputee's physical and psychological well-being , somatic identity , sexuality , occupational identity , and social role. Helping the amputees in psychological and physiological rehabilitation are essential in order to increase their abilities to adapt themselves. Caring of these patients ,nurses should be aware of factors which may influence

the amputees' adaptation in order to promote and enhance their adaptabilities. In this study, the researcher used the Roy Adaptation Model theory as a theoretical framework to study the relationship between body image, demographic variables (i.e. age, marital status, length of being the amputee, level of amputation) and adaptation in amputees. The sample was composed of 150 outpatient amputees who came to follow up at the orthopaedic outpatient department or the prosthetic clinic at Siriraj, Pramongkutklao, Lerd Sin and Bhumibol Adulyadej Hospital. The instruments were 3 questionnaires, i.e. demographic data, body image and adaptation questionnaires. Data were analyzed by using SPSS^x program for percentage, arithmetic mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient and the stepwise multiple regression.

The results were as follows.

1. There was a significantly positive correlation between body image and adaptation at the .001 level ($r=.8005$)
2. There was a significantly positive correlation between marital status and adaptation at the .001 level ($r=.2686$)
3. There was a significantly positive correlation between length of being the amputee and adaptation at the .001 level ($r=.4184$)
4. There were no significant correlation between age, level of amputation and adaptation ($p>.05$)
5. The result of stepwise multiple regression analysis showed that 66.97 percents of the variances of adaptation

was accounted for by two significant predictors , there are ,
body image and length of being the amputee.

From the result of this study , nurses should encourage the amputee's family and health team to provide support and also promote their body image. Nurses , furthermore , should co-operate with the physical therapist and occupational therapist in teaching and supervising the amputees to adapt their activities so that they are able to have good life. Further studies should be conducted on other factors influence adaptation , e.g. social support , perception about handicap of amputee. Furthermore the studies about sexuality , psychological problem and quality of life in these patients are also suggested.

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญแผนภูมิ

บทที่

1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย

ขอบเขตของการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

นิยามคำแปร

2 บรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด เกี่ยวกับการปรับตัวตามทฤษฎีของรอย

ปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

มโนคติของภาพลักษณ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์

การ เปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

ก

ค

ฉ

ช

ฎ

1

1

5

6

6

6

6

7

9

9

16

27

30

38

40

48

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

แนวคิดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ	51
อันเนื่องมาจากการถูกตัดขา	
3 วิธีดำเนินการวิจัย	57
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล	62
การวิเคราะห์ข้อมูล	63
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	67
ผลการวิจัย	67
การอภิปรายผล	85
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	95
สรุปผลการวิจัย	95
ข้อเสนอแนะ	96
บรรณานุกรม	102
ภาคผนวก	
ก ตารางแสดงข้อมูลภาพลักษณ์และการปรับตัว	116
ข ผู้ทรงคุณวุฒิ	119
ค ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	122

สารบัญตาราง

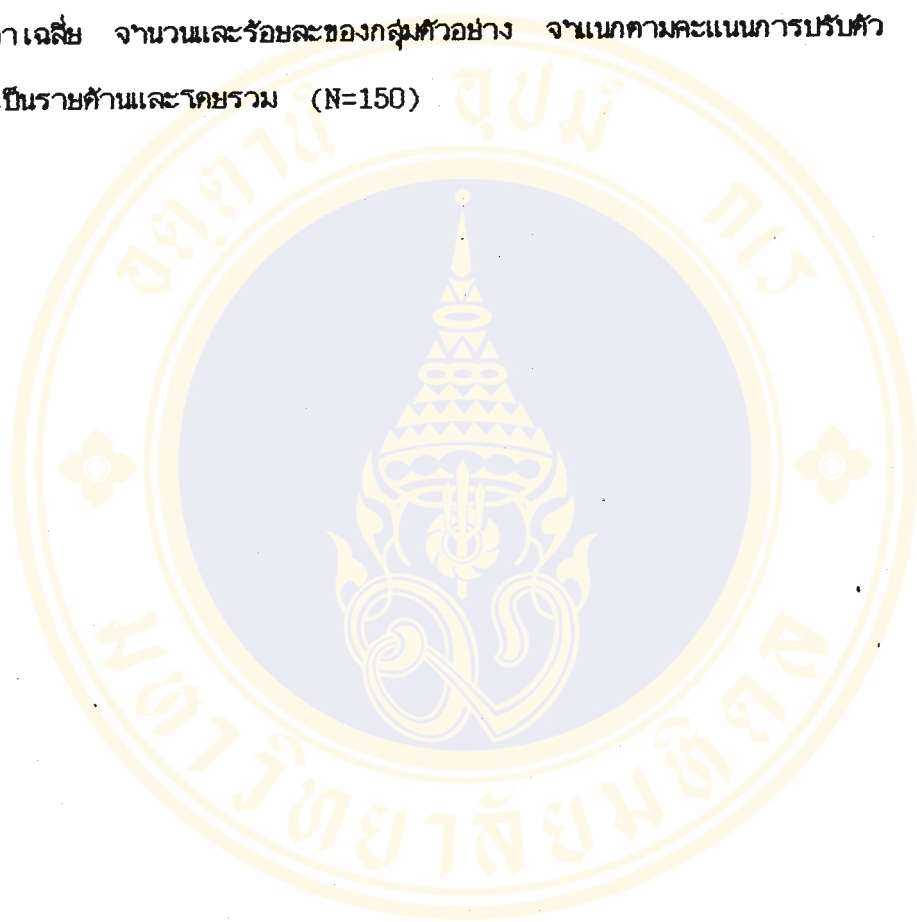
ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	67
2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาพลักษณ์ รายด้าน และโดยรวม	70
3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัว รายด้าน และโดยรวม	71
4 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่แสดงถึงความรู้สึก ความคิดเห็นและการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ จำแนก ตามรายข้อย่อยในแต่ละด้าน (N=150)	72
5 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่แสดงถึงการปรับตัวด้านร่างกาย จำแนกตามรายข้อย่อย (N=150)	76
6 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่แสดงถึงการปรับตัว จำแนกตามรายข้อย่อยในด้านอัคมโนทัศน์ ด้าน บทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน	78
7 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ภาพลักษณ์ด้านการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกศึกษา และผลการทดสอบความมีนัยสำคัญ	81
8 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสียงานถึงปัจจุบัน ระดับของการถูกศึกษา ภาพลักษณ์ และการปรับตัว ในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix) และผลการทดสอบการมีนัยสำคัญ	82
9 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวหาคำทำนายกับการปรับตัว	84
10 ค่าเฉลี่ย จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนภาพลักษณ์ เป็นรายด้านและโดยรวม (N=150)	117

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่

- 11 ค่าเฉลี่ย จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามคะแนนการปรับตัว
เป็นรายด้านและโดยรวม (N=150) 118



สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่

- | | | |
|---|---|----|
| 1 | กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย | 5 |
| 2 | รูปแบบทฤษฎีการปรับตัวของรอย | 15 |
| 3 | แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์กับการปรับตัว | 51 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มนุษย์ทุกคนต้องการมีร่างกายที่สมบูรณ์อันเป็นส่วนประกอบที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ดังนั้นการสูญเสียอวัยวะจะทำให้เกิดความแตกต่างจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะการสูญเสียอวัยวะที่ใช้ในการเคลื่อนไหวและรับสัมผัส เช่น ผู้ที่ถูกตัดขา ซึ่งนับว่าเป็นการสูญเสียขอบเขตของร่างกาย (Body boundaries) ขอบเขตกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เมอเรย์และเซนท์เนอร์ (Murray & Zentner 1975 : 229) กล่าวว่า การเคลื่อนไหวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคคลทั่วไป บุคคลไม่เพียงแต่ต้องการการเคลื่อนไหวเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่บุคคลยังต้องการมีความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวเหล่านั้นด้วย ฉะนั้นการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บของร่างกายจึง เป็นสัญญาณของการสูญเสียกลไกการควบคุมที่มีอยู่และ เคยมีมาก่อน ทำให้บุคคลที่ถูกตัดขามีความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนพิการ เดินไม่ได้ ไปไหนมาไหนไม่สะดวก ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง สมรรถภาพทางร่างกายลดลง หมดโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน รายได้ลดลง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ถูกจำกัด อาจต้อง เปลี่ยนบทบาททั้งในครอบครัวและสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่าการที่ต้องถูกตัดขาข้อมีผลกระทบต่องานของผู้ป่วยแน่นอน ผลของการสูญเสีย นับว่าเป็นสิ่งสำคัญมากต่อผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเขา คำนึงถึงสังคมที่ต้องการบุคคลที่มีร่างกายสมบูรณ์นับว่ามีผลต่อความภาคภูมิใจของบุคคลที่ต้องสูญเสียส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไป (Macgregor 1960 : 131) เนื่องจากการสูญเสียนี้ทำให้ผู้ป่วยกลัวการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นต่อไป เช่น กลัวการต้องออกจากงาน กลัวการดำเนินชีวิตในรูปแบบใหม่ (Luckmann & Sorensen 1974 : 834) ซึ่งแนวความคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของฮูเบอร์และคณะ (Huber, et al 1988 : 326) ที่กล่าวว่า การถูกตัดแขนหรือขานั้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลในการเคลื่อนไหว การประกอบกิจวัตรประจำวันและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม

นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้สึกเศร้าโศก (grief) มักจะเกิดขึ้นกับทุกคนที่ถูกตัดขา ถึงแม้ว่าขาข้างที่ถูกตัดออกนั้นจะมีพยาธิสภาพ ทำให้เกิดความเจ็บปวดและใช้ประโยชน์ไม่ได้แล้วก็ตาม จากการศึกษาของอาร์โนลด์ (Arnold 1973 : 167) ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลเรื้อรังและถูกตัดขาออกไปจำนวน 20 ราย พบว่าผู้ป่วยทุกรายที่ถูกตัดขาจะมีปฏิกิริยาเศร้าโศก

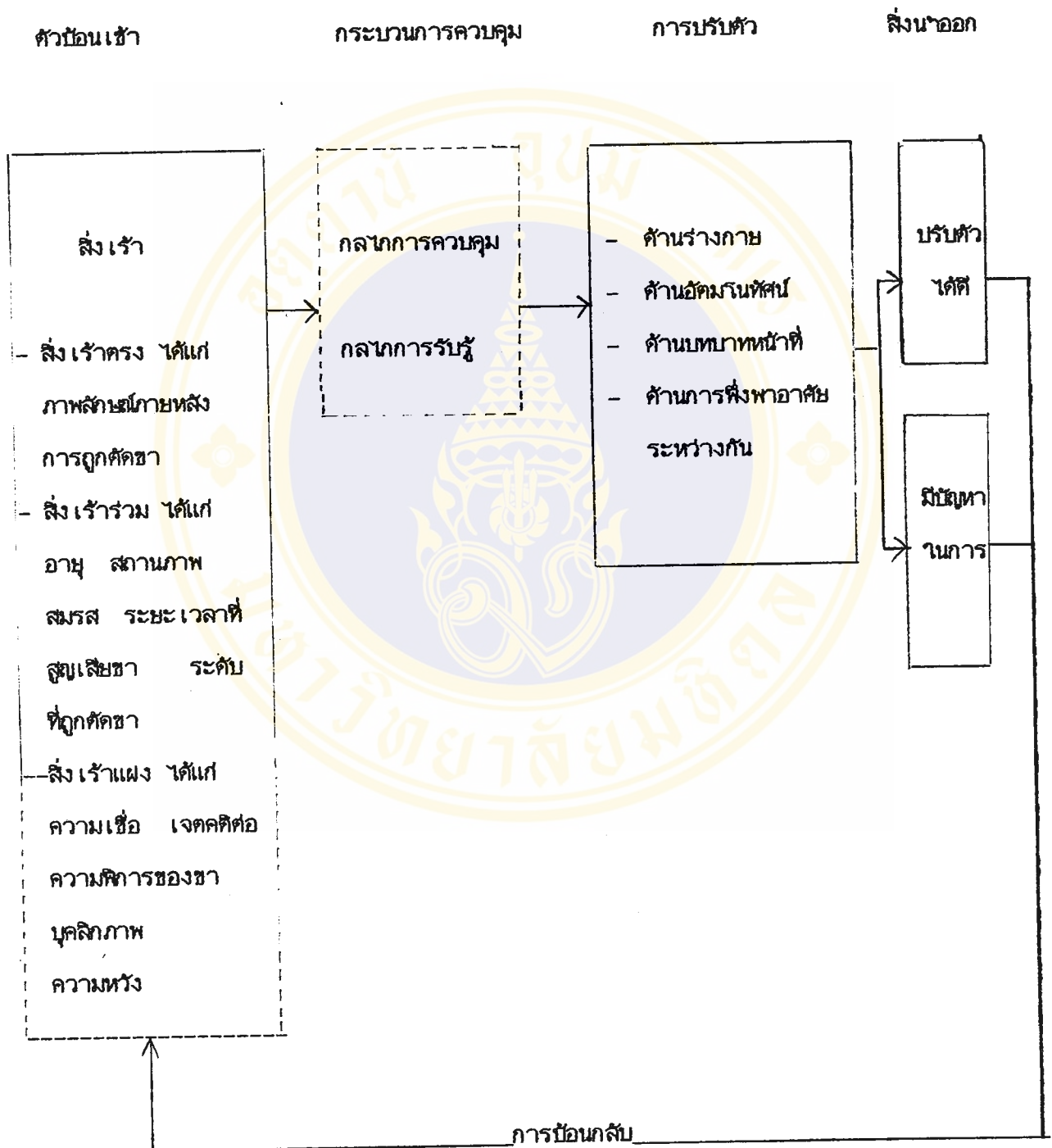
จากความรู้สึกว่าได้สูญเสียการทำงานและส่วนของร่างกายที่ถูกตัดออกไป ซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียความรู้สึงานึกคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์และการมีเอกลักษณ์แห่งตน ความรู้สึกลุสเสียนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจใช้เวลาเป็นเดือน เป็นปี จนถึงหลายปีจึงจะสามารถยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์นี้ได้ ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นได้เลย ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยเหล่านั้นไม่สามารถผ่านขั้นตอนการปฏิเสธและมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น แยกตนเอง เพื่อฉีก ก้าวร้าว คึดสุรา สูบบุหรืจิด (Morris 1977 : 2381) ซึ่งความรู้สึกลุสเสียนี้จะมีมากหรือน้อยแตกต่างกันเท่าใดนั้น ขึ้นอยู่กับความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตน ซึ่งแตกต่างกันไปตามวัย เพศ ค่านิยม อาชีพ การศึกษาและสังคมของแต่ละบุคคล (กาญจนว ำแจ่มปฐม 2532 : 116-118)

จากการศึกษาระบาดวิทยาของคนพิการในประเทศไทยของบรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2525) พบว่าอัตราบุคคลแขนขาพิการในประเทศไทยเท่ากับ 168.8 คน ต่อประชากรแสนคน โดยมีอัตราส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.58 : 1 และพบว่าร้อยละ 40 ของผู้พิการนี้อยู่ในวัยทำงาน และร้อยละ 73 ต้องอาศัยญาติในการดำรงชีวิต และเฉพาะในกรุงเทพมหานครพบอัตราบุคคลแขนขาพิการถึง 461.2 คน ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 0.98 : 1 ร้อยละ 66 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ด้วยเหตุนี้ สมาพันธ์บัณฑิตแห่งประเทศไทย จึงมีมติรับหลักการร่างพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นวาระแรก เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2534 สำระสำคัญของพระราชบัญญัตินี้มีว่า จะให้คนพิการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม มีอาชีพได้เท่าเทียมคนปกติ โดยการสงเคราะห์พัฒนาและฟื้นฟูด้วยวิธีการทางการแพทย์ การการศึกษา สังคมและการฝึกอาชีพ (ทนเกล้า ฎเกล้า 2534 : 17) เพื่อช่วยให้บุคคลเหล่านี้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์เหล่านี้ไปได้ โดยเฉพาะบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือและได้รับการสงเคราะห์จากผู้ใกล้ชิด เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งมีการให้ความแนะนำในคำต่าง ๆ เพื่อจะช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์ของบุคคลและช่วยให้บุคคลยอมรับภาพลักษณ์ที่มีอยู่ปัจจุบันได้ดียิ่งขึ้น (Maguire , et al 1980 : 35 -37) บุคคลก็จะมีคามเครียดลดลง สามารถเลือกและนำเอาวิธีการต่าง ๆ มาใช้ในการจัดการกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม นำไปสู่การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ได้

ด้วยเหตุนี้ผู้ที่ถูกตัดขาจึงต้องนำวิธีการปรับตัว ต่อภาวะการเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป รอยาเค่อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวไว้ว่า มนุษย์เป็นหน่วยเดียวกัน ไม่สามารถแยกร่างกายกับจิตใจออกจากกันได้ เมื่อมีสิ่งใดมากระทบหน่วยใดหน่วยหนึ่งจะกระเทือนถึงกัน เพื่อดำรงความเป็นมนุษย์อยู่ได้จึงต้องมีวิธีการปรับตัวต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบ (Roy 1976 : 11-17) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขานั้นมีหลายประการได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยด้านอื่น เช่น อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสียขา ระดับที่ถูกตัดขา เป็นต้น นอกเหนือจากปัจจัยดังกล่าว ภาพลักษณ์ภายหลังการถูกตัดขาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอีกประการหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม เนื่องจากบุคคลที่มีความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนไปในทางที่ดี จะมองเห็นความสำคัญในการที่จะดูแลและช่วยเหลือตนเองให้หลุดพ้นจากความทุกข์ ไม่หมกมุ่นหรือคิดน้อยใจในสภาพของตนเอง ผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีพฤติกรรมต่าง ๆ เป็นไปในทางที่ส่งเสริมตนเองให้มีสุขภาพที่ดี และเป็นไปในทางที่เหมาะสม (Brundage & Broadwell 1987 : 413) บุคคลจะมีความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนเองไปในทางที่ดีได้มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการสร้างภาพลักษณ์มาตั้งแต่ช่วยเริ่มต้นของชีวิต อย่างไรก็ตาม ภาพลักษณ์สามารถเปลี่ยนแปลงได้จากการเรียนรู้ การรับรู้ต่อตนเองและบุคลิกภาพของบุคคล ตลอดจนความรู้สึกมันคงในตัวเอง ซึ่งอาจเป็นผลกระทบมาจากบุคคลอื่นหรือจากสิ่งแวดล้อม การมีภาพลักษณ์ในทางลบจะมีผลทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพของร่างกายและจิตใจตามมา (Price 1990 : 21,57) ดังนั้นบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จึงต้องมีการปรับตัวต่อภาพลักษณ์ที่คงอยู่ จากการศึกษาของกอฟฟ์แมน (Goffman 1963 : 138-139) ในผู้ป่วยที่สูญเสียขาพบว่า บุคคลกลุ่มนี้ต้องการการยอมรับจากสังคมต้องการอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ต้องการความสวยงาม ความน่าดูน่าชม โดยพยายามปรับสภาพของร่างกาย เช่น การใส่ขาเทียม แต่ถ้าพวกเขาไม่สามารถปรับสภาพร่างกายได้ เขาอาจจะหาทางออกใหม่โดยมีผลต่อสภาพจิตใจ เช่น แยกตัวออกจากสังคม ซึมเศร้า มีมดค้อย ซึ่งปัญหาอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์นี้ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบความล้มเหลวในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

สำหรับผู้ป่วยที่ถูกตัดขานั้น การถูกตัดขาเป็นสิ่งที่เร้าโดยตรงที่เข้ามากกระทบต่อผู้ป่วย (input) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งเป็นวิกฤตการณ์ที่ผู้ป่วยจะต้องปรับตัวต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากกระทบ รอยมองมนุษย์เป็นองค์รวม เมื่อมีสิ่งเร้าต่าง ๆ เข้ามากระทบ บุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อคงภาวะสมดุล โดยจะมีการปรับตัวด้วยกัน 4

ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน
 กิจในระบบการปรับตัวจะมีกระบวนการควบคุม ซึ่งประกอบด้วย กลไกการควบคุมและกลไก
 การรับรู้ และส่งผลให้เกิดการปรับตัว (output) ออกมาใน 2 ลักษณะ คือ ปรับตัวได้เหมาะ-
 สม หรือมีปัญหาในการปรับตัว ซึ่งจะส่งผลให้ข้อมูลย้อนกลับเข้ามาในระบบอีกครั้งหนึ่ง (feed
 back) (Andrews & Roy 1991 : 6-8) ในรายที่มีปัญหาในการปรับตัว พบว่า การ
 เปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะภายหลังการถูกตัดขาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบกลับเข้ามาในระบบบุคคล
 (feedback) ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของผู้ป่วยภายหลังการถูกตัดขาจึงเป็นสิ่งเร้าโดย
 ตรง (focal stimuli) สำหรับสิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) ผู้วิจัยได้เลือก
 อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสียขาและระดับที่ถูกตัดขา ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้
 จะมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยใช้กลไกการปรับตัว ทั้งกลไกการควบคุมและกลไก
 การรับรู้ แสดงออกมาในรูปแบบต่าง ๆ ของการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ
 ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของภาพลักษณ์และการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขาว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่
 และเป็นไปในทิศทางใด โดยอาศัยกรอบทฤษฎีของรอย ผลที่ได้รับจากการศึกษานี้จะ
 ช่วยให้นักพยาบาลเข้าใจปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อเป็นแนวทางช่วย
 เหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ในทางที่ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม
 การเผชิญภาวะเครียดที่เหมาะสมและประสบผลสำเร็จในการเผชิญภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งจะ
 ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสีย ระดับที่ถูกตัดขา การปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา
3. ศึกษาอำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสีย ระดับที่ถูกตัดขาและภาพลักษณ์ที่มีต่อการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา
2. อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสีย ระดับที่ถูกตัดขา มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา
3. อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสีย ระดับที่ถูกตัดขา ภาพลักษณ์ สามารถรวมทำนายการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขาโดยหาการศึกษาในผู้ป่วยที่ถูกตัดขาที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกทางออร์โธปิดิกส์ หรือหน่วยงานอุปรณ์เทียมที่โรงพยาบาลต่าง ๆ เหล่านี้ คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลเลิดสินและโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยนำจากเพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสียและระดับที่ถูกตัดขา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถทราบและตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา และนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่เหมาะสม

2. เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้กำหนดนโยบายในการที่จะพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับภาพลักษณ์และการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขาได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล โดยสอดคล้องและเน้นให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจ และตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขาได้อย่างเหมาะสม

4. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ถูกตัดขาต่อไป

นิยามคำแปร

ภาพลักษณ์ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นและการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อร่างกายในด้านต่าง ๆ ภายหลังการถูกตัดขาซึ่งจำแนกออกเป็น 3 ด้าน คือด้านรูปร่างลักษณะภายนอกของตน ด้านการหาหน้าที่และความสามารถของร่างกาย และด้านการรับรู้ของตนเองจากปฏิกิริยาของบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคมที่มีต่อร่างกายตน ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการตัดขา โดยใช้แบบสอบถามความรู้สึก ความคิดเห็นและการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาจากตำรา เอกสารวารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา ในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งภายนอกและภายในร่างกาย ซึ่งได้แก่พฤติกรรม การปรับตัวตามความต้องการด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์แห่งตน ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน ตามแนวทฤษฎีของรอย (Roy's theory) ซึ่งความหมายของพฤติกรรมการปรับตัวด้านต่าง ๆ มีดังนี้

1. พฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกาย หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงความสามารถของผู้ป่วย ในการตอบสนองความต้องการปฐมภูมิของร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย การพักผ่อน อาหาร การขับถ่าย นอนและเคลื่อนไหว ออกซิเจน การไหลเวียนโลหิตและการควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย

2. พฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ หมายถึง พฤติกรรมตอบสนอง

ความรู้สึกลึกซึ้งที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองเกี่ยวกับด้านร่างกาย (Physical self) และด้านส่วนบุคคล (Personal self) ซึ่งแบ่งเป็นด้านศีลธรรมจรรยา ด้านความมั่นคงอันเกิดจากความเสมอต้นเสมอปลาย ความคาดหวัง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3. พฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวกับบทบาทการเป็นผู้ป่วย และบทบาทการเป็นสมาชิกในครอบครัว

4. พฤติกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน หมายถึง พฤติกรรมเกี่ยวกับการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน รวมทั้งความสัมพันธ์เกี่ยวข้อระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัว และ / หรือ บุคคลอื่น ๆ

การปรับตัวด้านต่าง ๆ วัตถุประสงค์จากแบบประเมินพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ที่ถูกตัดขาดตามแนวทางของรอย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาจากตำรา เอกสารวารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ป่วยที่ถูกตัดขาด นับตั้งแต่เกิด จนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา โดยเศษของปีไม่น้อยกว่า 6 เดือนตัดทิ้ง ถ้าเท่ากับหรือมากกว่า 6 เดือนขึ้นปัดเพิ่มเป็น 1 ปี

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ป่วยโดยแบ่งตามการสมรสเป็น

1. สถานภาพสมรสโสด หมายถึง หย่า แยกกันอยู่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ยังมิได้สมรส หรือสมรสหรือมีคู่ครองแล้ว แต่มิได้อยู่ร่วมกับคู่สมรสหรือคู่ครองของตน

2. สถานภาพสมรสคู่ หมายถึง ผู้ป่วยที่สมรสหรือมีคู่ครองแล้ว

ระยะเวลาที่สูญเสียขา หมายถึง จำนวนเต็มเป็นเดือนของระยะเวลาภายหลังถูกตัดขาด นับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการตัดขาดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา โดยเศษของเดือนที่น้อยกว่า 15 วันตัดทิ้ง ถ้าเท่ากับหรือมากกว่า 15 วันขึ้นปัดเพิ่มเป็น 1 เดือน

ระดับที่ถูกตัดขาด หมายถึง ความพิการที่หลงเหลืออยู่ภายหลังการถูกตัดขาด โดยแบ่งเป็น

ระดับที่ 1 การถูกตัดขาดระดับข้อเท้า (Syme amputation)

ระดับที่ 2 การถูกตัดขาดระดับใต้เข่า (Below knee amputation)

ระดับที่ 3 การถูกตัดขาดระดับข้อเข่า (Knee disarticulation)

ระดับที่ 4 การถูกตัดขาดระดับเหนือเข่า (Above knee amputation)

ระดับที่ 5 การถูกตัดขาดระดับข้อสะโพก (Hip disarticulation)

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาดังต่อไปนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวตามทฤษฎีของรอย

บุธการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

มุมมองของภาพลักษณ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์

การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

แนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์อันเนื่องมาจากการถูกตัดขา

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวตามทฤษฎีของรอย

ชีวิตจะดำรงอยู่อย่างมีคุณภาพได้ต้องมีการปรับตัว มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่มากระทบชีวิต ทั้งจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกร่างกายนั้น จำเป็นต้องเป็นไปโดยอัตโนมัติ เพื่อรักษาคุณภาพที่ต้องการเอาไว้ให้ได้ ท่ามกลางกระแสของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านั้น กระบวนการปรับตัวที่เกิดขึ้นเพื่อปะทะสัมพันธ์กับสิ่งเร้าต่าง ๆ ของชีวิตในทันทีโดยอัตโนมัติ เรียกว่า กลไกการปรับตัว (regulating mechanism) (ลอ ทูทางกูร 2522 : 25) เซลเย (Selye 1965 : 7) กล่าวว่า ชีวิตส่วนใหญ่คือกระบวนการปรับตัวต่อสถานการณ์แวดล้อมชีวิต คุณงามความดีของสุขภาพและความสุขอยู่ที่ความสำเร็จในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอันนับวันสิ้นสุดของสิ่งแวดล้อมชีวิตนั่นเอง

ความหมายของการปรับตัว

นักทฤษฎีได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้คือ

✓ นิภา นิธยาน (2520 : 8-9) อ้างถึงลาซาลัส (Lazarus) ได้กล่าวสรุปถึงการปรับตัวว่า การปรับตัวประกอบขึ้นด้วยกระบวนการหรือวิธีการทั้งหลายทางจิต ซึ่งมนุษย์ใช้ในการเผชิญกับแรงผลักดันภายในนอกจากสภาพแวดล้อมและสังคม และแรงผลักดันภายในร่างกาย และประสบการณ์ทางสังคมที่ได้เรียนรู้ในอดีต พฤติกรรมสุดท้ายที่ส่ง เกิดและวัดได้ นั่นเอง คือ การปรับตัว

เออร์คอฟฟ์ (Arkoff 1968 : 4) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม บุคคลพยายามหาสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อตอบสนองความต้องการและบรรลุเป้าหมายของตนเอง ในขณะที่เดียวกันบุคคลนั้นจะอยู่ภายใต้แรงผลักดันจากสิ่งแวดล้อมให้ประหลาดคนในแนวทางต่าง ๆ

อุบล นิวิศิษฐ์ (2527 : 103-108) อ้างถึงเมอเรย์และเซนต์เนอร์ (Merray & Zentner) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นกระบวนการปรับตัวของสรีระร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ที่มีต่อสิ่งกระตุ้นจากภายในและภายนอกตัวบุคคล จุดหมายปลายทางของการปรับตัวก็เพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งความสมบูรณ์มั่นคงและความสุขสบายของบุคคล

การปรับตัวของบุคคลโดยทั่วไปนั้นแบ่งได้เป็น 2 ประการคือ การปรับตัวด้านร่างกายและการปรับตัวด้านจิตใจ ซึ่งการปรับตัวด้านร่างกายนั้น เป็นการปรับตัวต่อสิ่งเร้าโดยการเปลี่ยนแปลงการทำงานส่วนประกอบและโครงสร้าง เพื่อรักษาความสมดุลของชีวิต ส่วนการปรับตัวด้านจิตใจ เป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งเร้า โดยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลิกภาพ ความเชื่อและความคิด เพื่อขจัดความตึงเครียดและให้มีคุณภาพหรือความสงบสุขของจิตใจ ✓ (ลออ ทูทางกูร 2522 : 52-58)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การปรับตัวหมายถึง ความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล เพื่อสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม รวมทั้งให้บรรลุเป้าหมายของตนเอง และคงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิต

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ในบรรดาทฤษฎีการพยาบาลต่าง ๆ ในปัจจุบัน ทฤษฎีการพยาบาลของรอยเป็นทฤษฎีหนึ่งที่มีการยอมรับและนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลอย่างกว้างขวาง รอยได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว โดยยึดหลักการทางวิทยาศาสตร์ของ เบอร์ทาเลนฟี (Bertalanffy) (1968) ทฤษฎีระบบ (system theory) ทฤษฎีการปรับตัวของเฮลสัน (Helson's Adaptation Level Theory) (1964) และปรัชญาที่ว่าด้วยคุณค่าของความเป็นมนุษย์ (Humanistic value) และความเป็นจริง (Veritativity) เป็นพื้นฐาน (Roy 1983 : 258-260 ; Andrews & Roy 1991 : 5-6) โดยแนวคิดของทฤษฎีมีความเชื่อว่า บุคคลเป็นระบบการปรับตัวระบบหนึ่ง ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งแวดล้อมตามแนวคิดของรอย ได้แก่ หุ้สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ล้อมรอบตัวบุคคล (Roy 1984 : 22) และเนื่องจากบุคคลเป็นระบบการปรับตัวระบบหนึ่ง สิ่งแวดล้อมจึงจัดเป็นตัวป้อนเข้า (input) ที่ส่งไปที่ระบบดังกล่าว โดยรอยใช้แนวคิดของเฮลสัน (Helson 1964) จัดแบ่งสิ่งแวดล้อม ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้บุคคลปรับตัวออกเป็น 3 ชนิดคือ (Roy 1989 : 107 ; Andrews & Roy 1991 : 8-10)

1. สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าจากภายในหรือภายนอกที่บุคคลเผชิญอยู่โดยตรงและมีความสำคัญมากที่สุด ที่ทำให้บุคคลต้องปรับตัว เช่น การถูกตัดขา

2. สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่มีอยู่ทั่วไปในสิ่งแวดล้อมนอกเหนือจากสิ่งเร้าตรง ซึ่งมีผลต่อสิ่งเร้าตรงและมีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของบุคคลนั้น ซึ่งได้แก่ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งจากภายในและภายนอกตัวบุคคล อาจเป็นปัจจัยทางด้านบวกหรือด้านลบเช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่สูญเสียขา ระดับที่ถูกตัดขาในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา เป็นต้น

3. สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลมาจากประสบการณ์ในอดีต และมีผลต่อสภาวะการณืนั้นแต่ไม่ชัดเจน บุคคลอาจจะไม่ตระหนักถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าว เนื่องจากเป็นอิทธิพลที่สังเกตได้ยาก เช่น เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ อุดมคติและบุคลิกภาพเดิมซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย

ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งเร้าดังกล่าว บุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัว โดยยึดกลไกในการปรับตัวดังนี้ คือ (Roy 1984 : 28)

1. กลไกการควบคุม (Regulator Mechanism) เป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ได้แก่ การทำงานของระบบประสาท สารเคมี ระบบต่อมไร้ท่อ และส่วนของการรับรู้และการตอบสนองที่ประสานกัน เพื่อช่วยให้บุคคลเผชิญภาวะเครียดกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

2. กลไกการรับรู้ (Cognitor Mechanism) เป็นกระบวนการทางจิตสังคม ประกอบด้วย การรับรู้ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการแสดงอารมณ์

การทำงานของกลไกการควบคุม และกลไกการรับรู้นี้ จะทำให้บุคคลมีการแสดงออกที่เรียกว่า การปรับตัว ซึ่งมีด้วยกันทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน (Roy 1989:108) เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิต ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological need) มีพื้นฐานมาจากความต้องการความมั่นคงทางด้านร่างกาย (Physiological integrity) ซึ่งครอบคลุมความต้องการพื้นฐานในเรื่อง การออกกำลังกายและการพักผ่อน ภาวะโภชนาการ การขับถ่าย นอนและเคลื่อนไหว ออกซิเจน การไหลเวียนโลหิต การควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย และระบบต่อมไร้ท่อ

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self - concept) เป็นการปรับตัวเพื่อให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทางด้านจิตใจ (Psychic integrity) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเองที่เรียกว่า อัตมโนทัศน์ อันเกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ ตลอดจนปะทะสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับรู้ดังกล่าวประกอบด้วย ความรู้สึก ความนึกคิด ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และการยอมรับเกี่ยวกับตนเองทางด้านรูปร่าง คุณลักษณะและความสามารถต่าง ๆ ของตน ซึ่งอัตมโนทัศน์นี้จะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมของบุคคล รอยได้แบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 2 ด้าน คือ

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) หมายถึง การรับรู้ถึงรูปร่าง หน้าตา และสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงสมรรถภาพทางเพศ สาเหตุใดก็ตามที่ทำให้รูปลักษณ์ของบุคคลเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะเป็นจากความเจ็บป่วยหรืออื่น ๆ ถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้น บุคคลไม่สามารถยอมรับได้ จะนำมาซึ่งความรู้สึกสูญเสีย

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล (Personal self) เป็นแก่นแท้ส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ค่านิยม คุณมคติ ความคาดหวัง ภูมิลำเนา และสิ่งที่

บุคคลนั้นคือ แบ่งออกเป็นย่อย ๆ ได้ดังนี้

2.2.1 ด้านศีลธรรม จรรยา (Moral-ethical-spiritual self) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับกฎเกณฑ์ และค่านิยมทางสังคม ซึ่งรวมถึงค่านิยมทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ซึ่งบุคคลยึดถือเป็นบรรทัดฐานในการปฏิบัติ และตัดสินใจว่า สิ่งใดดีหรือเลว ถูกหรือผิด ในภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าจะมีกฎเกณฑ์ หรือค่านิยมของสังคมจะแสดงออกถึงความรู้สึกผิด เป็นบาปหรือตำหนิตนเอง

2.2.2 ด้านความมั่นคงในตนเอง (Self - consistency) บุคคลจะพยายามดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกมั่นคงหรือสม่ำเสมอในตนเอง เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงทางความรู้สึก ภาวะใดก็ตามที่คุกคามความรู้สึกภายในตน เกิดความไม่แน่ใจในความมั่นคงหรือความปลอดภัยของตน จะก่อให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลขึ้น

2.2.3 ด้านเป้าหมายและความคาดหวังในตนเอง (Self-ideal / expectancy) เป็นความรู้สึกนึกคิดและความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับตนเอง ตามที่บุคคลปรารถนาจะเป็น ทั้งนี้รวมถึงความคาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตนด้วย หากไม่บรรลุตามที่คาดหวัง บุคคลจะรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ เปื่อหน่ายชีวิต ไม่ทำสิ่งกายและกำลังใจต่อสู้กับโรคอีกต่อไป

2.2.4 ด้านความมีคุณค่าในตนเอง (Self - esteem) เป็นความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับและยกย่องจากบุคคลอื่น มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ สภาพการณ์ใดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกด้อยค่าในบุคคล บุคคลจะพยายามปรับความรู้สึกของตนเอง ซึ่งจะสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับระดับความเชื่อมั่น ความเข้าใจ ตลอดจนบุคลิภาพโดยส่วนรวมของบุคคลนั้น

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function) เป็นการแสดงบทบาทหน้าที่ของบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการและคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม (Social integrity) หรือเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ในสถานการณ์ใดก็ตามที่บุคคลไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนได้ บุคคลต้องมีการปรับตัวเพื่อให้การแสดงบทบาทของตนเป็นไปตามบทบาทที่ตนจะสำเร็จหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยการปรับตัวของบุคคลนั้น ปัจจัยการปรับตัวในด้านนี้จะแสดงออกใน 3 รูปแบบ คือ

3.1 การแสดงบทบาทหน้าที่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (Role distance) หมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมกับบทบาท แต่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง เพื่อต้องการปกป้องสิ่งที่ตนรู้สึกไม่สบายใจ เช่น ผู้ป่วยแสดงกริยาสดชื่น แจ่มใส

เพื่อปกป้องความวิตกกังวลและความกลัวที่คนมีอย่างมากต่อความเจ็บป่วย หรือการผ่าตัด เป็นต้น

3.2 ความขัดแย้งในการแสดงบทบาท (Role conflict)

หมายถึง ความขัดแย้งที่เกิดขึ้น จากการไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบทบาทของคนได้ในบางสถานการณ์ เนื่องจากความคาดหวังของตนเอง และความคาดหวังของผู้อื่นที่มีต่อบทบาทนั้น ๆ ไม่ตรงกัน เช่น หญิงที่มีทั้งลูกคามา เกิดความรู้สึกขัดแย้งในใจ เนื่องจากไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับสามีตามความต้องการของสามีได้

3.3 ความล้มเหลวในการแสดงบทบาท (Role failure)

หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่สามารถแสดงบทบาทของตนเองได้เลย เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดขาทั้ง 2 ข้าง ไม่สามารถกลับประกอบอาชีพได้อีก ผู้ป่วยเกิดความล้มเหลวในการแสดงบทบาทในฐานะหัวหน้าครอบครัว ซึ่งต้องเลี้ยงดูภรรยาและบุตร

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน (Interdependence)

บุคคลต้องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคล ที่จะคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม (Social integrity) ความพอเหมาะพอสมระหว่างการพึ่งพาตนเอง (Independence) การพึ่งพาผู้อื่น (Dependence) และการให้ผู้อื่นได้พึ่งพาตน มีส่วนช่วยให้เกิดความมั่นคง ทั้งทางด้านจิตใจและสังคม โดยปกติบุคคลจะพยายามคงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง และการยอมพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในขอบเขตที่ตนเองและสังคมยอมรับ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับการปรับตัวในด้านนี้จะแสดงออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

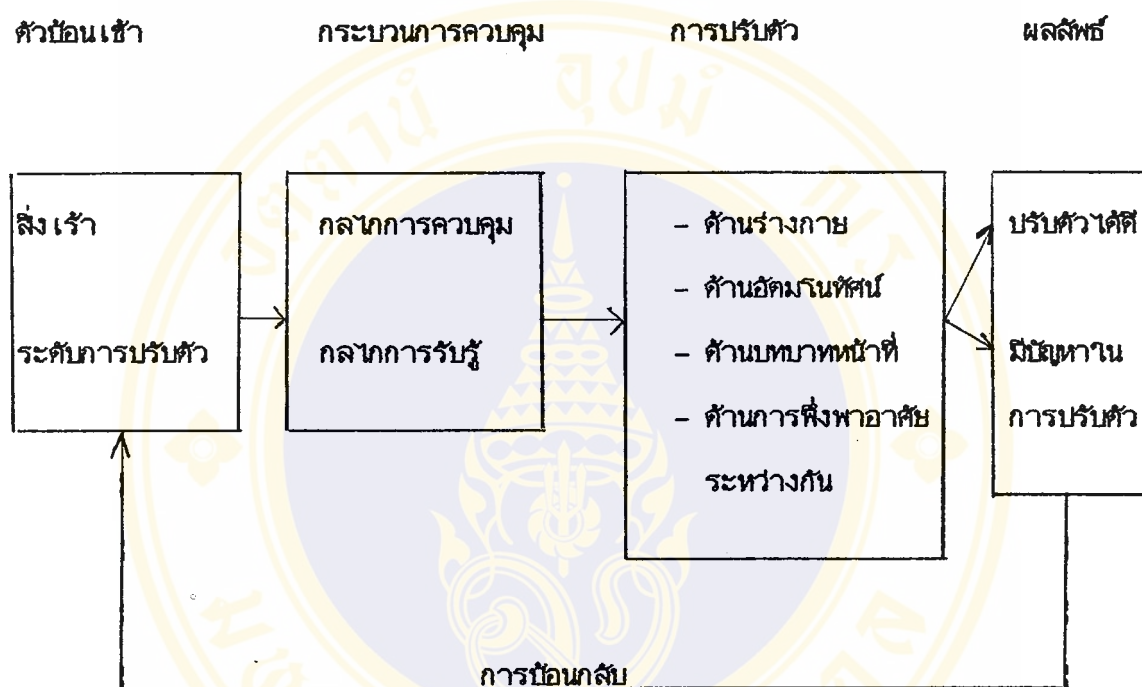
4.1 พฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่นไม่เหมาะสม (Dysfunction dependence)

คือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเกินความจำเป็น จนอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่ยอมช่วยเหลือตนเองหรือเคลื่อนไหวตนเอง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

4.2 พฤติกรรมพึ่งตนเองไม่เหมาะสม (Dysfunction independence)

ซึ่งจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้เช่นกัน เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจต้องนอนพักอยู่บนเตียง แต่ผู้ป่วยไม่เชื่อฟัง พยายามจะลงจากเตียง เพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองเสมอ

แบบแผนการปรับตัวตามทฤษฎีของรอยสรุปได้ตามแผนภูมิต่างต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบทฤษฎีการปรับตัวของรอย

(Roy 1984 : 30)

เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีของรอย คือ การส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย ทั้ง 4 ด้านดังกล่าวข้างต้น ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยประกอบด้วยกระบวนการพยาบาล 6 ขั้นตอนดังนี้ (Andrews & Roy 1991 : 27-49)

1. การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย (Assessment of behavior) เป็นการรวบรวมพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ทัศน ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน วิธีการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย อาจจะได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติ

การ เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว จึงนำมาพิจารณาว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวที่เหมาะสมหรือมีอุปสรรคในการปรับตัว

2. การประเมินสิ่งเร้า (Assessment of stimuli) เป็นการค้นหาสิ่งเร้าทั้งจากภายในและภายนอกตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินสิ่งเร้าทั้ง 3 ชนิด คือ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝง

3. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) หลังจากค้นหาสิ่งเร้าซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาการปรับแต่ละด้านแล้วก็เป็นขั้นตอนของการวินิจฉัยทางการพยาบาล ทฤษฎีนี้ได้เสนอแนวทางซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาลำดับความสำคัญของปัญหาไว้ ดังนี้ คือ ปัญหาที่ต้องนำมาพิจารณาวางแผนการพยาบาลเป็นอันดับแรก คือ การปรับตัวด้านร่างกายซึ่งมีความสำคัญต่อการมีชีวิตรอด รองลงมาคือ ความมั่นคงปลอดภัย ความรักและความเป็นเจ้าของ ความมีคุณค่าและการพัฒนาศักยภาพแห่งตนตามลำดับ (Rambo 1984 : 32)

4. การกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล (Goal setting) เป้าหมายทั่วไปของการพยาบาลตามแนวทฤษฎีของรอยคือ การปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม และสำหรับพฤติกรรมที่เหมาะสมแล้ว จะต้องส่งเสริมเพื่อดำรงไว้ซึ่งการปรับตัวที่ดี

5. การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) เป็นการจัดการต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาการปรับตัว เพื่อให้การพยาบาลบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาล ซึ่งตัดสินจากพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วยซึ่งรวบรวมได้จากวิธีการต่าง ๆ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนทำการพยาบาล หากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการปรับตัว พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลและวางแผนการช่วยเหลือใหม่ เพื่อปรับพฤติกรรมต่อไปจนกระทั่งบรรลุเป้าหมายการพยาบาลตามที่ต้องการ

ปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาจะต้องมีการปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วย สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งสภาพร่างกายใหม่ จึงมีโอกาสเกิดปัญหาต่อการปรับตัวขึ้นได้ ปัญหาของผู้ป่วยซึ่งแสดงออกโดยพฤติกรรมต่าง ๆ จะสะท้อนถึงการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาการปรับตัวที่พบในผู้ป่วยที่ถูกตัดขามีดังต่อไปนี้ คือ

1. ปัญหาการปรับตัวด้านร่างกาย

เนื่องจากสาเหตุของการศึกษานั้นมีด้วยกันหลายสาเหตุ อันประกอบด้วยสาเหตุจากอุบัติเหตุหรือการกระทบกระเทือน จากโรค เนื้องอก หรือความพิการแต่กำเนิด ทำให้สามารถพบผู้ป่วยที่ถูกศึกษาได้ในทุกช่วงอายุ ระดับของการศึกษาอาจเป็นส่วนต้นหรือส่วนปลาย หรือโครงสร้างของขาทั้งหมดที่มีความพิการหรือเสียหน้าที่ และพบว่าภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมักเผชิญกับปัญหาการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย อันเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย ภายหลังการถูกตัดขา (Lambert & Lambert 1985 : 52) ดังนั้นปัญหาการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ถูกตัดขาที่เห็นเด่นชัด ประกอบด้วย

1.1 การออกกำลังกายและการพักผ่อน

ภายหลังการถูกตัดขา ผู้ป่วยมักออกกำลังกายได้น้อยเนื่องจากมีอาการปวดแผล ประกอบกับความรู้สึว่าตนเองไม่สามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม ทำให้ผู้ป่วยจำกัดกิจกรรมของตนซึ่งเอกซม จูละจาริตส์ (2524 : 383-384) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยที่ถูกตัดแขน ตัดขา ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเรื่องที่จำเป็น เพราะจะทำให้การรักษาได้ผลดีสมบูรณ์ถ้าผู้ป่วยได้รับความแนะนำและการรักษาที่ดีและถูกต้อง โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ ต้องมีการเคลื่อนไหวครบรอบศาของการเคลื่อนไหวหรือใกล้เคียงเพื่อป้องกันการติดของข้อ และควรทำอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง การเคลื่อนไหวควรทำด้วยตัวของผู้ป่วยเอง (active exercise) จะช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตและนำเหลืองดีขึ้นซึ่งจะช่วยลดบวมและการติดยึดข้อ และเมื่อแผลหายดีแล้วควรทำการเคลื่อนไหวอย่างน้อยวันละ 2 เวลา

นอกจากนี้อาจพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีอาการสะดุ้งตื่นขึ้นมากลางดึกและพบว่าตนเองเหงื่อ ครอบคลุมถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอ (Simpson & Dickinson 1983 : 273-275)

1.2 ภาวะโภชนาการ

ในผู้ป่วยที่ถูกตัดขาจำเป็นต้องได้รับน้ำและอาหารให้ครบทุกหมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง แคลเซียม วิตามินซีและแร่ธาตุต่าง ๆ เพื่อช่วยเสริมสร้างเนื้อเยื่อ และช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น (Bedrosian 1989 : 202 ; Price 1990 : 127) สำหรับในรายที่อ้วนจำเป็นต้องลดน้ำหนักลง เพราะจะเป็นอุปสรรคในการเคลื่อนไหวและมีปัญหาในการใส่ขาเทียมเนื่องจากตอขาจะคับ (Cox, et al 1989 : 298 ; Bandenhorst

1986 : 34-38)

1.3 การขับถ่าย

ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาจะมีปัญหาในการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เนื่องจากการเบี่ยงเบนน้ำหนักและไม่เคยชินกับการนอนถ่ายบนเตียง ทำให้ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาพยายามกลั้นอุจจาระและ / หรือปัสสาวะ และจากัดน้ำดื่ม ซึ่งมีผลเสียต่อระบบขับถ่ายของผู้ป่วยโดยตรง (Bedrosian 1989 : 202 ; Martin , et al 1981 : 504-510)

1.4 น้ําน้ำและเกลือแร่

ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาบางราย อาจเกิดความเสี่ยงความยากลำบากในการขับถ่ายร่วมกับไม่สามารถหยิบยื่นหรือร่างกายได้สะดวกเนื่องจากความเจ็บปวด ผู้ป่วยจึงดื่มน้ำน้อยลง เป็นเหตุให้เกิดผิวแห้งเหี่ยว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่สูงอายุ ซึ่งมีน้ำหนักและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ผิวแห้งเหี่ยวและมีรอยย่นมากอยู่แล้ว จะส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับขึ้นได้ง่าย (ผ่องศรีศรีมรกต , บรรจง คำหอมกุล 2533 : 209 ; วิลาวรรณ ทองเจริญ 2532 : 61)

1.5 ออกซิเจนและการไหลเวียน

ภายหลังการผ่าตัดในระยะแรก ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาส่วนใหญ่จะมีอาการอ่อนเพลีย เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ และมีการสูญเสียเลือดขณะทำการผ่าตัด เมื่ออยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ผู้ป่วยมักจะรู้สึกเหนื่อยขึ้นกว่าเดิมในขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังการใส่ขาเทียมในระยะแรก เนื่องจากกล้ามเนื้อต้องทำหน้าที่หนักในขณะที่ยืนหรือเคลื่อนไหวในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องใช้พลังงานและออกซิเจนมากกว่าคนปกติ โดยที่กล้ามเนื้อจะมีการหดและคลายตัวเพื่อรับออกซิเจนและปล่อยคาร์บอนไดออกไซด์ โดยผ่านทางระบบไหลเวียนโลหิต (Cox , et al 1989 : 297)

จากการศึกษาของวอเตอร์และคณะ (Waters , et al 1976 : 87-88) ซึ่งได้ทำการศึกษาถึงความต้องการออกซิเจนในขณะเดินของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา จำนวน 70 ราย โดยเลือกผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บบริเวณข้อขาและใส่ขาเทียมแล้วอย่างน้อย 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาจะมีความต้องการพลังงานและออกซิเจนเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 35-37 ในขณะเดินด้วยขาเทียม นอกจากนี้ ฮวงและคณะ (Huang , et al 1979 : 18-24) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาในขณะที่ยืนด้วยความเร็วเท่ากับคนปกติ จะใช้พลังงานและต้องการออกซิเจนสูงกว่าคนปกติ และผู้ป่วยที่ถูกตัดขาและใช้ไม้เท้าในการช่วยเดินโดยนำใช้ขาเทียม จะใช้พลังงานและต้องการออกซิเจนต่ำกว่าผู้ป่วยที่ใส่ขาเทียม

1.6 การควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย

ในเรื่องการควบคุมความเจ็บปวดพบว่า หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีการปวดเกิดขึ้น อาการปวดนี้มีได้หลายลักษณะแตกต่างกันไป คือ อาการปวดที่เกิดขึ้นในระยะแรก หลังผ่าตัดใหม่ ๆ (early postoperative peroid) และอาการปวดที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิด ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันดังนี้

1.6.1 อาการปวดที่เกิดจากแผลผ่าตัด จะมีได้ตั้งแต่อาการปวดปานกลางไปจนถึงอาการปวดรุนแรง ซึ่งต้องประเมินสภาพผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง อาการปวดชนิดนี้ เกิดขึ้นในระยะแรกหลังผ่าตัด ซึ่งจัดว่าเป็นการตอบสนองของร่างกาย ต่อการบาดเจ็บอย่างปกติ แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1.6.1.1 ปวดบริเวณแผลผ่าตัดโดยตรง และอาการปวดนั้นจะค่อย ๆ ลดน้อยลงไปในระยะเวลาหนึ่ง สามารถขบออกได้ สาเหตุอาจจะมาจากมีแรงกดคัน เช่น การพันผ้ายึดบริเวณแผลผ่าตัดแน่นเกินไป หรือมีการเน่าตายของแผล เป็นต้น

1.6.1.2 ปวดในลักษณะแพร่กระจายไปทั่วบริเวณที่ผ่าตัด ผู้ป่วยไม่สามารถขบออกได้อย่างแน่นอนว่าเจ็บปวดบริเวณใด อาการปวดที่ไม่ลดลงหรือมีที่หาว่า จะเลวลงเรื่อย ๆ ให้สงสัยว่ามีการคิดเชื่อเกิดขึ้น ซึ่งจะมีภาวะใช้ร่วมด้วย (สุปรานี เชื้อสุวรรณ 2532 : 147-148)

1.6.2 อาการปวดที่เกิดจากความรู้สึกในบริเวณส่วนของขาที่ถูกตัดออกไปแล้ว (Phantom pain in the limb) จัดว่าเป็นความรู้สึกที่น่ากลัว (dreaded complication) ซึ่งอาจแยกความรู้สึกนี้ออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1.6.2.1 ลักษณะของแพนทอมลิมบ์หรือขาหลอน (Phantom limb) หลังจากทำการผ่าตัดในระยะแรก ผู้ป่วยที่ถูกตัดขา มักมีความรู้สึกขาบริเวณที่ถูกตัดออกไปนั้นยังคงอยู่ (Lambert & Lambert 1985 : 56) อีริกสัน (Erikson cited in Brown 1964 : 397-409) กล่าวว่า การสูญเสียส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไป จะคุกคามต่อความรู้สึกต่อตนเอง จนตัวเองพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่คุกคามเหล่านี้ ไม่ยอมรับความจริง โดยอ้างว่าสิ่งที่มาคุกคามต่อความมั่นคงในตัวเองนั้นเป็นการลงโทษ ผู้ป่วยจะรับรู้ในสิ่งที่สูญเสียไป ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่เรียกว่าขาหลอน โดยปกติอาการขาหลอนมักเกิดขึ้นทันทีทันใดภายหลังถูกตัดขาและเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเกือบทุกราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอีวอลท์ (Ewalt 1974 : 8-18) ซึ่งได้ทำการศึกษานับผู้ป่วยทหารผ่านศึกที่ถูกตัดอวัยวะแขนขา จำนวน 2,000

ราย พบว่า ผู้ป่วยเกือบทุกรายยังมีความรู้สึกที่ตนเองยังมีแขนขาอยู่ โดยความรู้สึกนี้เกิดขึ้นทันทีทันใดภายหลังการถูกตัดแขนหรือขา ถึงร้อยละ 85.5 อีกร้อยละ 7.6 เกิดภายใน 1 เดือน ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 6.8 เกิดระหว่าง 1 เดือน ถึง 1 ปี อาจคงอยู่นานตั้งแต่ 6 เดือน จนถึง 20 ปี หลังผ่าตัด (Frazier & Kolb 1970 : 481-490) ซึ่งความรู้สึกนี้จะรุนแรงมาก อาจพบได้ในลักษณะที่ผู้ป่วยพยายามที่จะลุกจากเตียงนอนมาขึ้นหรือเดิน ซึ่งความรู้สึกแขนหรือขาหลอนนี้ ผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนจะรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่ถูกตัดขาและการถูกตัดอวัยวะในระดับสูงจะรุนแรงมากกว่าถูกตัดในระดับต่ำ (สุปราณี เชื้อสุวรรณ 2532 : 148) อาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้เนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้ยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปในระยะแรกได้ ซึ่งพาร์กส์ (Parkes 1973 : 97-98) กล่าวว่าสภาพจิตใจของผู้ป่วยมีส่วนอย่างมากที่ทำให้เกิดความรู้สึกเช่นนี้

1.6.2.2 ลักษณะขาหลอนชนิดเจ็บปวด (Phantom pain) ภายหลังการถูกตัดขา ผู้ป่วยมักมีอาการขาหลอนชนิดเจ็บปวด ซึ่งจากการศึกษาของเชอร์แมนและคณะ (Sherman, Sherman & Parker 1984 : 83-95) พบว่าประมาณร้อยละ 80 ของทหารผ่านศึกชาวอเมริกันที่ถูกตัดอวัยวะแขนขามีอาการแขนหรือขาหลอนชนิดเจ็บปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาการปวดชนิดนี้พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีประวัติเจ็บป่วยเรื้อรังบริเวณอวัยวะที่ถูกตัดหรือในรายที่ได้รับการความเจ็บปวดอย่างรุนแรงจากอุบัติเหตุต่าง ๆ อาการขาหลอนชนิดเจ็บปวดนี้จะรุนแรงในพวกที่ถูกตัดแขนมากกว่าตัดขา และในพวกที่ถูกตัดในระดับสูงมากกว่าระดับต่ำ และอาการมักจะรุนแรงในเวลากลางคืน (สุปราณี เชื้อสุวรรณ 2532 : 149)

2. ปัญหาการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย บาร์บารา (Barbara 1976 : 193 - 195) กล่าวถึงความเจ็บป่วยว่า มีผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย โดยจะทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละราย จะมีความรู้สึกรุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน สำหรับผู้ป่วยที่ถูกตัดขานั้น จะมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ความเป็นเอกลักษณ์ ความเชื่อมั่น และความพึงพอใจในตนเอง (Carlson 1980 : 311) เนื่องจากการถูกตัดขานั้น เสมือนเป็นการสิ้นสุดความสามารถในการเคลื่อนไหว สูญเสียความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต และเป็นการทำลายความสวยงามทางด้านร่างกาย (Lambert & Lambert 1985 : 52-53) ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าและมีอัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ (Byrne 1974 : 294) ซึ่งจะเห็นว่า ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาจำนวนมากพยายามปกปิดความ

อาการที่เกิดขึ้น เพราะเกรงว่าตนเองจะไม่ใช่ที่ต้องการแก่ผู้พบเห็นเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมที่ยึดถือคุณค่าของความสวยงาม (Lambert & Lambert 1985 : 52 ; Roger , et al 1982 : 346)

นอกจากนี้การมีการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์แห่งตนในทางลบ อาการซึมเศร้า ความเจ็บปวดและการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับสมรรถภาพและบทบาททางเพศ (Billings & Stokes 1987 : 562) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา จะมีความรู้สึกว่าคุณเองไม่เป็นที่น่าสนใจเพียงพอที่จะมีความสัมพันธ์ทางเพศ (Lambert & Lambert 1985 : 58) ทั้งนี้เพราะเขาเป็นส่วนประกอบที่ช่วยให้มีการดึงดูดใจทางเพศและเป็นภาพลักษณ์ทางด้านเพศของบุคคล (Parkes 1976 cited in Lambert & Lambert 1985 : 58-59) โดยเฉพาะเพศหญิง การที่ต้องถูกตัดขาทำให้คิดว่าตนเองมีสิ่งดึงดูดใจทางเพศน้อยลง เพราะเขาเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยกระตุ้นการรมณ์ให้เกิดขึ้น เปรียบเทียบกับเพศชายที่ถูกตัดขาจะมีความรู้สึกว่าตนเองถูกจำกัดทางด้านเพศสัมพันธ์ และเชื่อว่าลักษณะความเป็นชายของตนเองกำลังถูกคุกคาม (Cummings 1976 cited in Lambert & Lambert 1985 : 59) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาอาจจะเกิดความรู้สึกผิดที่เกิดความต้องการทางเพศขึ้น โดยมีความเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งไม่ดี ทำให้ความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ของเขาลดน้อยลง (Lambert & Lambert 1985 : 59-60)

ความกลัวเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่พบได้ในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา คือ กลัวสามีหรือภรรยาไม่ยอมรับตนเนื่องจากการมีขาทำให้เสียการมีเพศสัมพันธ์ (Bossert & Freeman 1979 cited in Barry 1989 : 324) ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยอาจมีปัญหาด้านร่างกายร่วมด้วยคือ อาจมีอาการชาหลอนชนิดเจ็บปวด (phantom pain) รวด (Riding 1976 cited in Lambert & Lambert 1985 : 58) กล่าวว่า ในเพศชายจะพบอาการชาหลอนชนิดเจ็บปวดเกิดขึ้นภายหลังถึงจุดสุดยอด (orgasm) จากการมีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่เพศหญิงอาการชาหลอนชนิดเจ็บปวดจะเกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยถึงจุดสุดยอด (orgasm) จากการมีเพศสัมพันธ์ จากสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาสูญเสียความสามารถทางเพศ เท่ากับเป็นการสูญเสียทุกอย่างในชีวิต (Fozzard 1978 : 92-93) เรนสไตน์และคณะ (Reinstein , et al 1978 501-504) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่ถูกตัดขาไว้จะแขนขาจำนวน 60 ราย เกี่ยวกับความรู้สึกทางเพศก่อนและหลังตัดขาไว้จะแขนขา พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 79 มีความรู้สึกทางเพศลดลง ภายหลังตัดขาไว้จะแขนขา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยนั้นกล้าแสดง

ออกว่าตนเองมีปัญหาทางด้านเพศสัมพันธ์ เป็นผลให้ขาดการได้รับความแนะนำ อีกทั้งเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่มีศอษาค่านามอภิปรายให้เป็นทีเ้าาใจนหุพหยาบาลและผู้ป่วย (Stoklosa & Bullard 1986 : 91) ทั้งทีเป็นเรื่งจาเป็นสาหรณมนุษย์เรื่งหนึ่ง ดังนั้นพหยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้สมรสค่อภิปรายและชุกคย เกียวกับปัญหาเรื่งเพศสัมพันธ์ของพวเขา ซึ่งบางครั้งอาจต้องปรึกษาทีมการรักษาที่มีความชำนาญในการให้คำแนะนำทางด้านเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะ (Lambert & Lambert 1985 : 60 ; Schain 1986 21-22)

2.2 อัดมรณทัศน์ด้านส่วนบุคคล

2.2.1 ด้านศีลธรรม-จรรยา

ผู้ป่วยที่ถูกคัดขาบางรายรู้สึกว่ตนเองมีความผิดหรือมีมลทิน (guilt) และคิดว่การที่ตนต้องถูกคัดขานั้นเป็นการลงโทษ (กาญจนกแจงมปฐม 2532 : 113) บางรายจะโกรธระชชะตาที่ทาให้ตนต้องกลายมาเป็นคนพิการ นอกจากนั้นการสูญเสียอาจทาให้คาหนิผู้อื่นหรือโทษสิ่งอื่น อารมเศร้าร้าย กระวนกระวายหรือซึมเศร้า หรือพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Lambert & Lambert 1985 : 54 ; William 1980 : 316-319 ; กาญจนกแจงมปฐม 2532 : 117) แต่ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนน้อยที่รู้สึกว่ตนเองยังโชคคคืออยู่ แรนคอลลส์และคณะ (Randall , et al 1945 : 128-145) ได้ศึกษาพฤติกรรมของทหารที่เสียแขนหรือขาในสงครามจำนวน 100 ราย โดยคัดตามทั้งแต่ถูกคัดอวัยวะแขนขาใหม่ ๆ จนกระทั่งถูกส่งกลับมามีคัพพืนในรณพหยาบาลแนวหลัง ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยออกรบจำนวน 70 รายและเป็นผู้ที่ถูกคัดแขนหรือขาจากสาเหตุอื่น ๆ 24 ราย พบว่ภายหลังการถูกคัดอวัยวะแขนขาใหม่ ๆ กลุ่มผู้ป่วยที่ออกรบร้อยละ 42 มีความรู้สึกว่ตนเองยังโชคค แต่เมื่อเวลาผ่านพ้นไปหลังจากถูกส่งไปคัพพืนแล้ว พบว่ผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองโชคคคลดลงเหลือร้อยละ 7 สำหรับผู้ป่วยที่ถูกคัดแขนหรือขาโดยมิค่อออกรบนั้นมีครู้สึกว่ตนเองโชคคคเลย

2.2.2 ด้านความมั่นคงในตนเอง

ความเจ็บป่วยและการถูกคัดขาที่เกิดขึ้นนี้ รบกวนความรู้สึกปลอดภัยและความมั่นคงของผู้ป่วย ทาให้ผู้ป่วยตระหนักว่ความทุกข์ทรมานและความใกล้ตายใกล้เข้ามา ซึ่งทาให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ไม่ปลอดภัย มีความวิตกกังวลเกรงว่จะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (Luckman & Sorensen 1979 : 57-60) จากการศึกษาของชาร์ลส์และวินสเทน (Charles & Weinstein 1985 : 687-689) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ระหว่างผู้ป่วยที่ถูกคัดอวัยวะแขนขาในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปในรณพหยาบาล พบว่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกคัดอวัยวะแขนขา จะมีความวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกคัดอวัยวะแขนขาต้องพบกับความไม่แน่นอน

ชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อนั่นคงและความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.2.3 ด้านพื้นฐานและความคาดหวังในตนเอง จากการศึกษาของชาร์ล และวินสเทน (Charles & Weinstein 1985 : 687-689) ยังพบอีกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกตัดอวัยวะแขนขา เมื่อเวลาผ่านไป ผู้ป่วยจะเกิดความหวังว่าตนเองจะสามารถเดินได้เหมือนคนปกติ สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัวได้และได้รับการยอมรับจากสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสเตลลาและเฮเลน (Stella & Helen 1963 : 90-102) ซึ่งได้ทำการศึกษาความต้องการและความหวังของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มองมีความหวังไว้ว่าจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวันและได้รับการยอมรับจากกลุ่ม นอกจากนี้ผู้ป่วยยังคาดหวังว่าจะได้รับความปลอดภัยและลดความเจ็บปวดที่มีอยู่ แต่ถ้าความหวังของผู้ป่วยไม่ประสบผลสำเร็จ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจและอาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยเกิดขึ้นมาได้อีก ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาอาจมีความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถทำตามที่ได้คาดหวังได้ เมื่อความคาดหวังของผู้ป่วยไม่ประสบผลสำเร็จ ประกอบกับความพิการของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำงานน้อยลง สมรรถภาพทางร่างกายเปลี่ยนแปลงไปผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความรู้สึกตัวเองไร้ค่า ไม่มีความหมายสำหรับผู้อื่น ไม่ชื่นชอบตัวเอง ที่ค่าตัวเองต่ำจึงมักไม่ค่อยสมาคมกับใคร แยกตนเอง เพราะคิดว่าคนอื่นไม่ชื่นชอบตนเอง (Brundage 1980 : 149) โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ การถูกตัดขาอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนกำลังเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต ก่อให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง (Erikson 1963 cited in Lambert & Lambert 1985 : 57)

2.2.4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การถูกตัดขามีผลต่อชีวิตของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ป่วยต้องเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ อย่่างถาวรซึ่งคุกคามความเป็นเอกลักษณ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต้องถูกแยกออกจากชีวิตปกติ (Bruckhardt 1987 : 543) โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในระยะแรกผู้ป่วยอาจได้รับความสนใจจากบุคคลเหล่านี้เป็นอย่างดี แต่เมื่อนานเข้าบุคคลรอบข้างจะเกิดความเคยชินหมดความสนใจและเบื่อหน่ายในที่สุด ผู้ป่วยจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ในโรงของคนเดียวแต่เพียงลำพัง ซึ่งทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางลบหรือรู้สึกเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Norbeck 1981 cited in Bruckhardt 1987 : 548 ; Thompson 1987 : 58) ซึ่งความรู้สึกไม่ชื่นชอบตนเองและคิดว่าตนเองไร้ค่า อาจนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ (Meninger 1987 : 78)

3. ปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่

การถูกตัดขาดทำให้เกิดผลกระทบต่อการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากสมรรถภาพทางกายที่ลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาทบางอย่างของการเป็นสมาชิกในสังคม ต้องเปลี่ยนบทบาทกับคู่สมรส เช่น ไม่สามารถทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวได้ เกิดความไม่มั่นคงต่อชีวิตในอนาคต ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมทั้งต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตทั้งด้านส่วนตัว ด้านสังคมและหน้าที่การงาน (Lambert & Lambert 1987 : 527) การที่ไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนได้ ผู้ป่วยจะเกิดความคับข้องใจและถือว่าเป็นการคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการเศร้าโศกหรือเกิดความรู้สึกไม่พอใจในชีวิต (Blumberg & Drumonds 1963 : 5) นอกจากนี้ความคับข้องใจจะยังคงอยู่เมื่อความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนอง โดยเฉพาะขณะอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยจะแสดงออกโดยการเรียกร้อง ค่าสินไหมหรือบำนาญการกระทำของพยาบาล ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะพบได้ในผู้ป่วยที่มีความสามารถจำกัดทางด้านร่างกาย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมประจำวันได้ (Pare 1964 : 289) เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทใหม่ที่แตกต่างกันจากบทบาทของคนปกติ ซึ่งมีอิสระภาพ (Autonomy) มีความเป็นตัวของตัวเอง (Self direction) แต่บทบาทของผู้ป่วยคือการได้รับการปกป้องดูแล (Protection) ไม่ต้องรับผิดชอบในเรื่องบางอย่างชั่วคราว ต้องร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น (Dependence role) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจขึ้นได้ (จาเรียง ฐรมะสุวรรณ 2521 : 32 ; Buchler 1975 : 1953) และการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม จากการเป็นพ่อ แม่ ลูกหรือคู่สมรสมาอยู่โรงพยาบาล และไม่สามารถดำรงบทบาทตามที่คาดหวังไว้ มีผลให้สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Brundage 1980 : 150)

นอกจากนี้ บทบาทในครอบครัวที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเช่นกัน สัมพันธภาพในครอบครัวอาจเปลี่ยนแปลงไปเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถดำรงบทบาทผู้นำครอบครัวได้ ต้องพึ่งพาอาศัยสมาชิกในครอบครัว ร่วมกับปัญหาด้านอื่น ๆ เช่น การมีสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว้าแค้นศรีแค้นแห่งความเป็นชายลดลง (Salmons 1980 : 617-619)

4. ปัญหาการปรับตัวด้านพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน

ความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ที่ถูกตัดขาดอาจไม่แน่นอน บางครั้งผู้ป่วยอยากอยู่อย่างคนปกติ คือ ไม่ต้องการให้ใครมาดูแล หรือแสดงความสงสาร แต่บางครั้งก็ต้องการเป็นคน

การที่ผู้มาแสดงความเห็นใจหรือเข้ามาช่วยเหลือ (คาร์ง กิจกุล 2526 : 154) โดยปกติเมื่อเกิดความเจ็บป่วย จะเกิดความไม่สมดุลระหว่างการพึ่งพาผู้อื่นและการช่วยเหลือตนเอง โดยจะพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าปกติ ซึ่งเป็นการปรับตัวตามธรรมชาติ แต่ในระยะพักฟื้นสมรรถภาพของร่างกาย ผู้ป่วยจะเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นการช่วยเหลือตนเองมากยิ่งขึ้นถือว่าเป็นการปรับตัวตามปกติ (Roy 1984 : 306) แต่ในรายที่มีการปรับตัวไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจะแสดงออกถึงการพึ่งพาตนเองและพึ่งพาผู้อื่นใน 2 ลักษณะ คือ การมีพฤติกรรมของการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากเกินไป เช่น มีความพิการเพียงเล็กน้อย แต่ไม่ยอมช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวตลอดเวลา จนก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง เช่น มีอาการข้อติด เป็นต้น และการมีพฤติกรรมของการพึ่งพาตนเองมากเกินไป เช่น ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาที่ได้รับอนุญาตให้หัดเดินเป็นครั้งแรก แต่ไม่ยอมขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น อาจทำให้เกิดความผิดพลาดหลังหัดเดินหรือตกเตียงได้ (Roy 1976 : 297 ; Hart 1983 : 118) นอกจากนี้ในรายที่มีการสูญเสียสมรรถภาพจนกระทั่งต้องกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น จะมีผลต่อปฏิสัมพันธ์กับสังคมและการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าตนเองแตกต่างหรือด้อยกว่าบุคคลอื่น ต้องการความสนใจ และแยกตัวออกจากกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมและผู้อื่นได้ (Sokon & Carson 1982 : 603)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ถูกตัดขาดต้องเผชิญกับความเครียดอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ได้แก่ ปัญหาทางด้านการเดิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ รวมทั้งการเข้าไปมีชีวิตร่วมในสังคม ตลอดจนปัญหาทางด้านจิตใจ ความเครียดดังกล่าวนับว่าเป็นวิกฤติการณ์ที่ผู้ป่วยต้องปรับตัว โดยพฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วยต่อภาวะเจ็บป่วยนั้น จะเป็นไปในทางที่ปรับตัวได้หรือไม่ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ อคิลเลอร่าและ เมสสิค (Aguilera & Messick 1974 : 63-64) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลทางอารมณ์ ดังนี้คือ

1. การรับรู้ต่อเหตุการณ์ (Perception of the event) เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น หากบุคคลสามารถรับรู้เหตุการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง จะสามารถช่วยให้บุคคลนั้นหาหนทางที่จะแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง ภาวะเครียดก็จะหายไ

2. ระบบเกื้อหนุนคำจุน (Situational support) ซึ่งได้แก่ญาติพี่น้อง แพทย์พยาบาลหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย (Significant person) หากสิ่งที่ย่วยสนับสนุนคำจุนมีพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะเครียดหรือปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การใช้กลไกการปรับตัว (Coping Mechanism) เป็นวิธีการจัดการหรือลดภาวะเครียดของแต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลจะเรียนรู้จากการเผชิญปัญหาทุกด้านในชีวิตประจำวัน และเกิดเป็นประสบการณ์ สามารถแก้ปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้น วิธีที่เข้ามามีด้วยกัน 2 วิธี คือ วิธี การแก้ปัญหา (Problem solving) และกลไกป้องกันทางจิต (Defense mechanism)

ในเรื่องของการปรับตัวนั้น เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าสอดคล้องกับแนวคิดตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย เพราะเป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นปัญหาในการปรับตัวของบุคคลเมื่อมีเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านเข้ามาในชีวิต และมีความเชื่อว่าเมื่อบุคคลเกิดภาวะเจ็บป่วยจะมีการปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เนื่องจากบุคคลเป็นหน่วยเดียวกัน ไม่อาจแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ สิ่งกระทบใด ๆ ที่เข้ามาจนกว่าจะเป็นสิ่งกระทบโดยตรงทางด้านร่างกายหรือเป็นสิ่งกระทบด้านจิตใจโดยเฉพาะ บุคคลจะมีการปรับตัวหรือมีพฤติกรรมตอบสนองรวมทั้งร่างกายและจิตใจเสมอ ในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา ภาพลักษณ์ภายหลังการถูกตัดขาถือว่าเป็นสิ่งเร้าโดยตรง (Focal stimuli) ตามทฤษฎีของรอย ซึ่งเมื่อมากระทบผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นเพื่อคงภาวะสมดุลของตนเอง เนื่องจากภาพลักษณ์ที่ปรากฏออกมาจนน่าดู ก่อให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้าและกระทบกระเทือนต่อจิตใจรุนแรง (Speck 1978 : 67-70) โดยเฉพาะการถูกตัดขาซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญในการดำรงชีวิต นับว่าเป็นการสูญเสียที่กระทบกระเทือนต่อภาพลักษณ์ที่สังคมยอมรับนับถือว่าเป็นสำคัญ และส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย ทำให้การรับรู้ต่อการบาดเจ็บนั้นรุนแรงกว่าและต้องใช้วิธีการเผชิญปัญหาตลอดจนการปรับตัวด้านจิตใจที่ซับซ้อนกว่าและนานกว่า (Adams & Lindemann 1974 : 131-132 ; O' Connor & Knorr 1968 : 747-749) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอีกหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา ซึ่งรอยถือว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) และ / หรือสิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) ที่มีความสำคัญต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย ปัจจัยเหล่านี้มีด้วยกันหลายประการ ซึ่งผู้ป่วยได้เลือก อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสียขา ระดับที่ถูกตัดขา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยแนวความคิดของทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาใช้เป็นหลักในการศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกศึกษา

1. อายุ มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น อายุเป็นข้อบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภาวะจิตใจ การรับรู้และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ จากการศึกษานี้ของเบลล์ (Bell 1977 : 133-137) ซึ่งได้ศึกษาความเครียดทางด้านจิตใจของผู้ป่วยจำนวน 60 ราย พบว่าบุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีการปรับตัวที่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไรแอนและคณะ (Ryan , et al 1985 : 508-511) ที่ได้ทำการศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดอวัยวะแขนขา โดยประเมินการปรับตัวจากการสังเกตความก้าวหน้าของความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย การได้รับการดูแลสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของร่างกายในการทำหน้าที่ได้ตามปกติ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของสุภาพ วนแก้ว (2528) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย เนื่องจากสามารถทำความเข้าใจต่อแผนการรักษาและสนใจดูแลเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพได้ดีกว่า (Kegel , et al 1978 cited in Alter , et al 1987 : 379)

2. สถานภาพสมรส ซึ่งรวมถึงการสนับสนุนทางสังคมและสภาพครอบครัวของผู้ป่วย จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีเจตคติต่อโรคแตกต่างกันออกไป พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อการปรับตัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย เช่น สามีหรือภรรยา จะต้องแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังคงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและมีคุณค่าต่อครอบครัวเหมือนเดิม การส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจ ประคับประคองให้การดูแลอย่างใกล้ชิดจะช่วยทำให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับต่อสภาพที่เปลี่ยนแปลงได้ดี (Haris , Grur & Naughton 1973 : 134) แต่ถ้าคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เห็นอกเห็นใจในความเจ็บป่วยมากเกินไป ก็จะกระทบกระเทือนต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย (Weinman 1981 : 207) เมลเดรุม (Meldrum 1968 : 37) ได้เน้นถึงองค์ประกอบของการปรับตัวของผู้ป่วยที่สำคัญคือ อารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวต้องมั่นคง ซึ่งมีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดและบรรลุลักษณะประสพความสำเร็จตามแผนการรักษา อันจะเป็นทางที่จะนำไปสู่การปรับตัวและใช้กลไกทางจิตในทางที่เหมาะสม จากการศึกษานี้ของโจเซฟ (Joseph 1984 : 537-541) ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่าสถานภาพสมรส

มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว โดยพบว่าในกลุ่มที่หาร้าง ถูกแยกหรือเป็นโรคจะมีพฤติกรรม การฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่แต่งงานมีครอบครัวแล้ว 7 เท่า นอกจากนี้แมคเน็ต (Mc nett 1987 : 98-103) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการปรับตัวในคนพิการจำนวน 50 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทำให้คนพิการสามารถควบคุมตนเอง และแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้ตรงจุด ในรายที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยหรือไม่มีการสนับสนุนทางสังคมเลย จะทำให้คนพิการเหล่านั้นเกิดความเครียด และมีปัญหาทางสุขภาพตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ สินธุชัย (2532) ซึ่งทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายการปรับตัวในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

ดังนั้น บุคคลที่มีโครงสร้างทางสังคมที่ผู้คอยคำจุนใจจะมีความผิดปกติน้อยกว่า หรือแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติต่ำกว่ากลุ่มที่เป็นโรค หมาย หมาย หรือขาดคนปลอบใจให้กำลังใจ (Andreason 1980 : 1519)

3. ระยะเวลาที่สูญเสีย เป็นปัจจัยหนึ่งในการปรับตัวของผู้ป่วย เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง นอกจากนี้ระยะเวลานานขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น และมีความมั่นใจในตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการเข้ามามีกิจกรรมร่วมกับสังคมได้อย่างดียิ่ง (Kottket 1982 : 60-62) จากการศึกษาของไรแอน และคณะ (Ryan , et al 1985 : 508-511) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ถูกตัดอวัยวะแขน ขา ซึ่งอยู่ในโรงพยาบาลนานเกิน 6 เดือนสามารถปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลนาน 1 เดือน เนื่องจากหลัง 6 เดือนไปแล้ว เป็นช่วงของการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีกำลังใจ ซึ่งมีส่วนช่วยให้ปรับตัวได้ดีขึ้น และจากการศึกษาของกอตต์สแมนและเลวิส (Gottesman & Lewis 1982 : 381) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ป่วยโรค มะเร็งกับผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมพบว่า ความรู้สึกเศร้าโศกใจวิตกกังวลและความรู้สึกทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง แตกต่างกับความรู้สึกของผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมและความรู้สึกเหล่านี้ยังคงมีอยู่ แม้เวลาจะผ่านไป 15 สัปดาห์ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าภาวะวิกฤติต่อชีวิตที่เกิดขึ้นต้องใช้เวลาเวลานานในการปรับตัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ คาร์ริง กิงกุล (2526 : 151-152) ซึ่งกล่าวถึงการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนหรือขาว่า เวลาเป็นยาพิชิตที่สุดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ (คาร์ริง กิงกุล 2526 : 151-152)

4. ระดับที่ถูกศึกษา ระดับของการถูกศึกษาที่แตกต่างกันอาจทำให้ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยแตกต่างกัน เนื่องจากความสูญเสียก่อให้เกิดความเศร้าและความวิตกกังวล เมื่อเกิดความวิตกกังวล ผู้ป่วยจะคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าว่าจะถูกจำกัดกิจกรรมในชีวิตประจำวัน อีกทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เจตคติของสังคมต่อผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปด้วย ผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาททางฐานะในสังคม ผู้ที่มีความพิการส่วนมากจะมีความต้องการมากกว่าธรรมดา เช่น ต้องการให้ผู้อื่นยอมรับ แต่เมื่อนำเป็นตามความต้องการจะเกิดความคับข้องใจขึ้น (King 1976 : 55) จากการศึกษาของถาวร บุตรธมมา (2525) เกี่ยวกับสุขภาพจิตของทหารราชการสนามที่ได้รับบาดเจ็บจากการต่อสู้พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมากจะมีสุขภาพจิตที่ต่ำที่สุด เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับความพิการน้อยและผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมากส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมแยกตนเองจากสังคมและมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ต่อความพิการของผู้ป่วย ความภาคภูมิใจ ความเชื่ออำนาจภายนอก-ภายในตน เจตคติต่อความพิการ บุคลิกภาพ ภาวะสุขภาพ ทัศนคติทางอารมณ์ เจตคติที่บุคคลนั้นมีต่อเขาของตน ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ก็เป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่ถูกศึกษาสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียได้ดีเพียงใดเช่นกัน

มโนคติของภาพลักษณ์

ชาซเดอร์ (Schilder 1935 cited in Price 1990 : 3) กล่าวว่า ภาพลักษณ์ หมายถึง รูปภาพของร่างกายซึ่งบุคคลได้กำหนดขึ้นภายในจิตใจของเขา หรือ ร่างกายที่ปรากฏต่อตัวของเขาเอง

กรุนดิแมนน์ (Gruendemann 1975 : 635) กล่าวว่า ภาพลักษณ์ เป็น ความนึกคิดภาพร่างร่างกายของบุคคล ประกอบด้วย ความรู้สึกในจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ความเป็นจริงและการรับรู้เกี่ยวกับรูปร่างของตน รูปพรรณที่ชัดเจนของภาพลักษณ์ขึ้นอยู่กับ ลักษณะร่างกายภายนอกที่ปรากฏ ความรู้สึกภายในและสิ่งสำคัญอื่น ๆ ที่มากระทบหรือมีปฏิสัมพันธ์ ต่อร่างกาย ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่มีการเคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ แวดล้อม แต่จะอยู่ในขอบเขตจำกัดหนึ่ง

เอสเบอร์เกอร์ (Esberger 1978 : 35) ได้ให้ความหมายของภาพลักษณ์ไว้ดังนี้

1. ภาพลักษณ์เป็นการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายและการหาหน้าที่ของร่างกายตนเอง โดยมามีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตนเอง วัฒนธรรมและสังคมเป็นสิ่งที่มิ อธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับร่างกาย
2. ภาพลักษณ์ ประกอบด้วยค่านิยม เจตคติ และความรู้สึก
3. ภาพลักษณ์ของบุคคลนั้นคงที่ มีการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการของชีวิต
4. ภาพลักษณ์รวมสิ่งที่เป็นจริงและในอุดมคติ

แมทเทิส (Mattheis cited in Cynthia 1985 : 72-73) กล่าวว่า ภาพลักษณ์เป็นการแสดงให้เห็นสภาพจิตใจของบุคคลที่มีต่อร่างกายของตนเอง ซึ่งพัฒนามาจาก ความรู้สึกภายใน อารมณ์ จินตนาการ ทำทาง ประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมภายนอก รวมถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อร่างกายของตนเอง ซึ่งเปลี่ยนแปลงตามความรู้สึกทั้ง ภายในและภายนอกตัวบุคคล

ซินเทียร์ (Cynthia 1985 : 73) กล่าวว่า ภาพลักษณ์เป็นภาพของตนเองที่ บุคคลกำหนดขึ้น แม้ผู้นั้นในจิตสำนึกแต่อาจพบได้ในจิตใต้สำนึก อาจจะมี ความมั่นคงหรือไม่นั่นคง ต่อโครงสร้างของร่างกายที่แท้จริงหรือต่อความคิดเห็นของตนเอง หรือต่อความคิดเห็นของบุคคล อื่นที่มีต่อร่างกายตน ภาพลักษณ์คือ ๖ พัฒนาการที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยทั่วไปภาพ- ลักษณ์จะมีความมั่นคง เมื่อบุคคลอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ ทั้ง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

ตลอดช่วงชีวิตของบุคคลและมีบทบาทสำคัญในการกำหนดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ความปลอดภัย (Security) และมีความสำคัญต่ออัตมโนทัศน์ (Self-concept) ของบุคคล

กล่าวโดยสรุป ภาพลักษณ์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับลักษณะความสามารถทางร่างกายของบุคคล ทั้งนี้มีความหมายรวมถึง เจตคติ การรับรู้ และความรู้สึกเกี่ยวกับสภาพร่างกาย การทำหน้าที่ และความสามารถของร่างกายตน ซึ่งความคิดเห็นเหล่านี้อาจอยู่ในจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ภาพลักษณ์จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอตลอดชีวิตของบุคคลตามการเจริญเติบโตหรือตามพัฒนาการของชีวิต การเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ

พัฒนาการของภาพลักษณ์

ภาพลักษณ์ของบุคคลนั้นจะมั่นคงอยู่กับที่ แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งแวดล้อมของชีวิต ภาพลักษณ์จะถูกสร้างขึ้นครั้งแล้วครั้งเล่าตามความประสงค์และแนวโน้มของบุคคล เมื่อสร้างขึ้นแล้วก็จะเปลี่ยนแปลงไปอีกถ้ามีการสร้างหรือมีความพยายามที่จะสร้างขึ้นมากตามภาวะอารมณ์ของบุคคลนั้น (Schilder 1970 : 241)

ได้มีผู้กล่าวถึงพัฒนาการของภาพลักษณ์ไว้เป็นจำนวนมาก ซึ่งสามารถนำมาสรุปได้ดังนี้ (Cynthia 1985 : 76-79 ; Murray 1972 : 617-627 ; Lambert & Lambert 1985 : 24-32 ; Roberts 1978 : 269-277)

1. วัยทารก (Infant) เป็นช่วงอายุระหว่าง 0-1 ขวบ ในทารกแรกเกิดนั้นมีแนวคิดใด ๆ เกี่ยวกับภาพลักษณ์ มีเฉพาะความรู้สึกเท่านั้น เช่น หิว กระหาย สบายหรือไม่สบาย เป็นต้น วัยนี้ยังไม่สามารถแยกตนเองจากสิ่งแวดล้อมได้ ควบคุมสิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้โดยการส่งเสียงร้อง ระยะต่อมาจะพัฒนาด้านการมองเห็น การเคลื่อนไหว การสัมผัส การฟัง เมื่อหยิบจับสิ่งใดจะนำเข้าปากทันที จุดศูนย์กลางของภาพลักษณ์ในเด็กทารกจะอยู่เฉพาะบริเวณปาก กิจกรรมต่าง ๆ ของทารกจะช่วยพัฒนาความรู้สึกซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของภาพลักษณ์ เมื่อเจริญวัยถึงช่วงสุดท้ายของขวบปีแรก ทารกจะเริ่มตระหนักถึงความจริงที่ว่าร่างกายของเขานั้นมิได้เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายของมารดาและบุคคลอื่น ๆ จุดศูนย์กลางโครงสร้างของภาพลักษณ์นี้จะเป็นจุดก่อตัวเกิดบุคลิกภาพของบุคคลและแผ่ขยายออกเป็นความสามารถในการเผชิญต่อความเครียด การเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการเปลี่ยนแปลง

ทางกายภาพของบุคคล ช่วงชีวิตในขณะนี้จึงมีความสำคัญต่อการมีความเชื่อมั่นหรือขาดความเชื่อมั่นของบุคคล ถ้าทารกได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม จะเป็นพื้นฐานที่สนับสนุนการสร้างภาพลักษณ์ต่อไป ในทางตรงกันข้าม ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการของร่างกาย จะเกิดความรู้สึกไม่ไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งพัฒนาการของการรับรู้เกี่ยวกับความไว้วางใจจะเป็นหลักสำคัญของการมีบุคลิกภาพที่ดี

2. วัยเตาะแตะ (Toddler) เป็นช่วงชีวิตอายุ 1-3 ปี วัยนี้จะมีพัฒนาการในด้านกล้ามเนื้อ โดยเด็กจะเริ่มหัดเดิน รับประทานอาหารเอง สื่อความหมายด้วยวาจาและควบคุมการขับถ่ายและเริ่มมีพัฒนาการด้านสังคม การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม มีความต้องการเป็นตัวของตัวเอง ในช่วงนี้บิดามารดาควรมีส่วนสำคัญต่อการสร้างบุคลิกภาพในเด็ก โดยเฉพาะด้านการพึ่งพาตนเอง ภาพลักษณ์ของเด็กวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพอย่างรวดเร็ว บ่อยครั้งที่เด็กในวัยนี้มีปัญหาเกี่ยวกับการระบอบเขตของร่างกายและอาจมีพฤติกรรมต่อต้านการล้างลำโอบเขตของร่างกายตน เช่น เมื่อบิดาหรือมารดาจะล้างหน้า คัดผมหรือตัดเล็บให้

ในวัยนี้เด็กจะเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ถ้าสิ่งแวดล้อมก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ทางที่ดีจะทำให้เด็กเป็นตัวของตัวเอง แต่ถ้าวัยนี้เรียนรู้ไปในทางลบหรือไม่ประสบผลสำเร็จ เด็กจะมีความบกพร่องเกิดความสงสัย ขี้อาย ซึ่งจะเป็นพื้นฐานของภาพลักษณ์ที่ต่ำต่อไป

3. วัยก่อนเข้าโรงเรียน (Preschooler) เป็นช่วงอายุระหว่าง 3-6 ปี เป็นช่วงสำคัญต่อการพัฒนาการทางด้านเพศ ด้านภาษา สติปัญญาและทักษะการเรียนรู้ โดยเฉพาะการเรียนรู้ถึงความแตกต่างของอวัยวะระหว่างเพศชายกับเพศหญิง เนื่องจากเด็กในวัยนี้มีความสนใจใคร่รู้ในเรื่องเกี่ยวกับอวัยวะเพศ อาจใช้มือจับหรือลูบคลำอวัยวะเพศ ถ้าบิดามารดาไม่เข้าใจและไม่ยอมรับในพฤติกรรมของเด็ก กล่าวคำหยาบหรือทำโทษ จะทำให้เด็กรู้สึกอับอาย เกิดความขัดแย้ง สิ่งเหล่านี้มีผลต่อภาพลักษณ์แห่งตนของเด็ก โดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับเพศ นอกจากนี้เด็กจะเลียนแบบบิดา มารดา โดยเด็กชายจะเลียนแบบบิดา เด็กหญิงเลียนแบบมารดา ถ้าเด็กได้รับรูปแบบหรือการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้ภาพลักษณ์ของเด็กมีความสับสนว่าตนเองเป็นชายหรือเป็นหญิง แต่ถ้าเขาได้รับการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง เขาจะสามารถตอบสนองต่อความเป็นเพศชายหรือเพศหญิงได้อย่างถูกต้อง



4. วัยเข้าโรงเรียน (Schoolager) เป็นช่วงอายุ 6-11 ปี ในวัยนี้สังคมและสิ่งแวดล้อมของเด็กจะกว้างขวางมากขึ้น จากครอบครัวมาสู่โลกภายนอก และมีการพัฒนาการเรียนรู้ด้านวิชาการมากขึ้น มีการรอคอย เรียนรู้และปฏิบัติเพื่อจะเปลี่ยนจากผู้เรียนมาเป็นผู้จัดการกับสิ่งต่าง ๆ ให้อื่นบ้าง โรงเรียนจะเป็นแหล่งเรียนรู้และสร้างรูปแบบให้เด็กมากขึ้น โดยเด็กจะต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพโรงเรียนซึ่งไม่มีผู้ใดคอยดูแลใกล้ชิดเหมือนอยู่บ้าน ความภรรรียงบางประการในตัวเด็ก เช่น การมีจินตนาการเกี่ยวกับสายตา การได้ยิน การพูด เช่น พูดไม่ชัด หรือมีสิ่งที่แตกต่างไปจากเพื่อน อาจทำให้เด็กเกิดความรู้สึกมีมด้อย อันเป็นต้นเหตุของความล้มเหลวในการสร้างการรับรู้ต่อภาพลักษณ์ในทางบวก

ในช่วงอายุ 10-11 ปี เด็กจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นชาย เป็นหญิงที่ชัดเจนขึ้น เนื่องมาจากการเจริญเติบโตที่รวดเร็วของร่างกาย เด็กจะพัฒนาการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (self conscious) และให้ความสนใจต่อร่างกายของตนเองและผู้อื่น ข้อมูลย้อนกลับที่ถูกต้องและเหมาะสม มีความจำเป็นในการช่วยพัฒนาการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของเด็กในทางบวก

5. วัยรุ่น (Puberty and adolescence) เป็นช่วงอายุระหว่าง 11-18 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่เจริญเข้าสู่วัยหนุ่มสาว มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านสัดส่วนของร่างกาย ความสูง น้ำหนัก พร้อมทั้งความเปลี่ยนแปลงที่แสดงลักษณะ เฉพาะของแต่ละเพศมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน ได้แก่ การมีขนบริเวณอวัยวะเพศ ใบหน้าและเสียงเปลี่ยนแปลง ในเพศหญิงจะมีประจำเดือน เต้านมมีขนาดเพิ่มขึ้น วัยรุ่นจึงอาจมีความรู้สึกลำบากใจ เกิดความมั่นใจในตนเอง อันอาจต่อการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของตน สิ่งเหล่านี้เป็นการรับรู้ต่อภาพลักษณ์ของตนเอง วัยรุ่นชอบที่จะคบเพื่อนและรวมตัวกันเป็นกลุ่ม ซึ่งแต่ละคนจะสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านกายภาพและสรีรภาพของกันและกัน ซึ่งอาจจะมีทัศนคติคล้อยคลึงหรือแตกต่าง วัยรุ่นจึงเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต เป็นวัยที่กำลังสร้างภาพพจน์ให้แก่ตนเอง ทั้งในด้านเจตคติ ค่านิยมและการวางตัวให้เหมาะสมในสังคม ดังนั้นถ้าสามารถปรับตัวให้เป็นที่ยอมรับของสังคมได้ ก็จะสามารถสร้างภาพลักษณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

6. วัยผู้ใหญ่ (Adulthood) เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน เป็นวัยที่บุคคลมีคู่ครอง มีครอบครัวและมีอาชีพ ภาพลักษณ์ของบุคคลในวัยนี้ยังคงมีการเปลี่ยนแปลง แต่ส่วนใหญ่มิพื้นฐานมาจากพัฒนาการในวัยต่าง ๆ ของชีวิต วัยผู้ใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงเป็น 3 ระยะคือ

6.1 วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Young adult) ช่วงอายุ 18-45 ปี เป็นวัยที่เริ่มมีความรู้สึกมั่นคงในตนเอง มีความเป็นเอกลักษณ์ของลักษณะความเป็นชายหรือเป็นหญิง มีความสนใจและสร้างสัมพันธภาพต่อเพศตรงข้าม วัยนี้เป็นวัยที่มีสุจริต การรับรู้ทางด้านเพศสัมพันธ์จึงเป็นส่วนหนึ่งของภาพลักษณ์ ความสัมพันธ์ทางเพศจะทำให้บุคคลมีภาพลักษณ์ไปในทางบวกหรือทางลบจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของอีกฝ่ายหนึ่ง ในวัยนี้ฝ่ายหญิงจะให้ความสำคัญต่อความสวยงาม โดยเน้นที่ขอบเขตรูปร่างและการทำงานของร่างกายที่บ่งบอกถึงบทบาทหน้าที่ความเป็นหญิง ส่วนฝ่ายชายจะเน้นที่ความสำคัญของหน้าที่การงานมากกว่ารูปร่างหรือร่างกาย และวัยนี้ยังต้องการความสำเร็จในการเข้าสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญและผสมผสานกันในการสร้างภาพลักษณ์ บุคคลใดสามารถรับรู้ต่อภาพลักษณ์ของตนเองได้อย่างถูกต้อง แสดงถึงความพร้อมที่จะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนกลางต่อไป

6.2 วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (Middle age adult) อยู่ในช่วงอายุ 45-65 ปี ซึ่งเป็นช่วงชีวิตที่ต้องอยู่นอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ จะเกี่ยวข้องกับการทำงาน การสร้างอนาคตที่ดีในสังคม ในขณะเดียวกันก็ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน การเสื่อมสมรรถภาพของกล้ามเนื้อเพศหญิงจะอยู่ในวัยหมดประจำเดือน อันมีผลทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง ผิวพรรณเหี่ยวลง ความสวยงามลดลง เพศชายจะเผชิญกับโรคทางรูปร่าง ผิวหนังเหี่ยวลงและกล่าวถึงการสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้บุคคลในวัยกลางคนมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ซึมเศร้า บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงรวมทั้งภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ในรายที่ไม่สามารถยอมรับต่อสภาพร่างกายหรือภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จะนำไปสู่การแสดงออกที่ไม่เหมาะสมทางสังคม เช่น การแต่งกาย และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลในวัยนี้พยายามที่จะแสดงให้ผู้อื่นเห็นว่าตนเองยังอ่อนเยาว์กว่าภาพลักษณ์ที่ปรากฏ ในรายที่ประสบผลสำเร็จในการยอมรับต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จะทำให้บุคคลเตรียมพร้อมที่จะพัฒนาตนเองเข้าสู่วัยสูงอายุต่อไป

6.3 วัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยสูงอายุ (Mature adult) เป็นช่วงตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป อันเป็นช่วงสุดท้ายของพัฒนาการในการดำรงชีวิตของบุคคล ดังนั้นบุคคลในวัยนี้จึงมักคิดถึงแต่ความตาย อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายไปในทางเสื่อมลงทุกด้าน ทั้งการได้ยิน การมองเห็น และการรู้สึกต่าง ๆ ถดถอยลง วัยนี้เป็นวัยของการสูญเสีย ได้แก่ การสูญเสียความสมบูรณ์ของร่างกาย สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน

การนับหน้าถือตา ความภาคภูมิใจในตนเอง ตลอดจนการสูญเสียความมั่นคงทาง เศรษฐกิจ สูญเสียคู่ครอง เพื่อนฝูง ซึ่งความรู้สึกสูญเสียทั้งหลายนี้ย่อมมีผลกระทบต่อนภาพลักษณ์ของบุคคลนั้น ความรู้สึกต่อภาพลักษณ์จะดีหรือเลวขึ้นอยู่กับ การยอมรับสภาพความเป็นจริง ความสามารถในการเผชิญปัญหา และการช่วยเหลือที่ถูกต้องจากบุคคลรอบข้าง ในการที่จะจัดความรู้สึก หมดหวัง เศร้า เสียใจ หรือความกลัวต่อความตายของบุคคลนั้นให้หมดสิ้นไป หรือบรรเทา ลงได้

จะเห็นว่าภาพลักษณ์จะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดชีวิตของบุคคลอันมีผลมาจากพัฒนาการ ของชีวิตตามช่วงวัยต่าง ๆ บุคคลจะมีความรู้สึกและรับรู้ต่อภาพลักษณ์ของตนคติน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับ การสร้างภาพลักษณ์มาตั้งแต่วัย เริ่มต้นของชีวิต อย่างไรก็ตาม ภาพลักษณ์สามารถ เปลี่ยนแปลงได้จากการเรียนรู้ การรับรู้ต่อตนเองและฐานะของบุคคล ตลอดจนความ รู้สึก มั่นคงในตนเองซึ่งอาจเป็นผลกระทบมาจากบุคคลอื่นและจากสิ่งแวดล้อม

ความสำคัญของภาพลักษณ์

ภาพลักษณ์นี้มีการพัฒนาตลอดระยะเวลาในกระบวนการเจริญเติบโต และพัฒนาการ ของภาพลักษณ์จะเป็นมาตรฐานหรือเค้าโครงที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติงาน และมีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (Norris 1978 : 5) กล่าวได้ว่าภาพลักษณ์เป็น พื้นฐานความเป็นเอกลักษณ์แห่งตน (Identity) ความรู้สึกภาคภูมิใจและการยอมรับในคุณค่า แห่งตน (Self- esteem) และค่าแห่งตน (Self worth) (Wassner 1982 : 87) นอกจากนี้ยังเป็นวิธีทางที่ทำให้บุคคลมองดูตนเอง (Roberts 1978 : 76) การถูกความที่ เกิดขึ้นกับภาพลักษณ์ อาจจะทลายการปฏิบัติหน้าที่การทำงานและ เป็นผลกระทบต่องานของ บุคคล (Wassner 1982 : 87)

ภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์กับความภาคภูมิใจ และการยอมรับในคุณค่าแห่งตน (Self- esteem) บุคคลที่ชอบและพึงพอใจในรูปร่างของตน ย่อมมีความภาคภูมิใจและยอมรับใน คุณค่าของตนในระดับสูง ตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีรูปร่างหรือลักษณะของร่างกายผิดไปจากแนว- คิดหรือความต้องการแห่งตน ย่อมมีความภาคภูมิใจและยอมรับในคุณค่าของตนเองต่ำไปด้วย (Hamachek 1978 : 128)

ภาพลักษณ์ของบุคคลยังมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอัตมโนทัศน์ (Self-concept) ใน แต่ละบุคคลและ เป็นส่วนสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีอัตมโนทัศน์ไปในทิศทางใด (Brundage

& Broadwell 1987 : 410) เนื่องจากภาพลักษณ์เป็นส่วนหนึ่งของอัตมโนทัศน์ ไตรเวอร์ (Driever 1976 : 174) กล่าวว่า ภาพลักษณ์ก็คือ อัตมโนทัศน์ทางด้านร่างกาย (Physical self) ซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในเรื่องเกี่ยวกับลักษณะทางประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งสมรรถภาพทางเพศและภาวะด้านสุขภาพ ส่วนอัตมโนทัศน์อีกด้านหนึ่งจะเกี่ยวข้องกับด้านส่วนตัว (Personal self) ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในด้านคุณค่าที่บุคคลยึดถือ เป็นทั้งความเชื่อ ค่านิยม คุณมคติ คุณค่าและความคาดหวัง เป็นต้น จึงจะเห็นได้ว่า ภาพลักษณ์เป็นส่วนหนึ่งของอัตมโนทัศน์นั่นเอง

ภาพพจน์แห่งตน (Self image) ก็เป็นส่วนหนึ่งของภาพลักษณ์ ดังนั้นการมีภาพลักษณ์ในทางลบจะทำให้บุคคลไม่ประสบผลสำเร็จในการคงไว้ซึ่งภาพพจน์แห่งตน เนื่องจากภาพพจน์แห่งตนนั้นจะมีความมั่นคงได้เมื่อได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น การมีภาพลักษณ์ในทางลบ เช่น การมีลักษณะรูปร่างที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม จะเป็นเหตุให้สังคมมีค่านิยมต่อบุคคลนั้นต่ำไปด้วย นั่นคือ การมีภาพลักษณ์ในทางลบจะก่อให้เกิดภาพพจน์แห่งตนในทางลบด้วย ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพของร่างกายและจิตใจตามมา (Price 1990 : 21,57)

นอกจากนี้ภาพลักษณ์และเพศสัมพันธ์ (Sexuality) ถือได้ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดเช่นเดียวกัน เนื่องจากทัศนคติของมนุษย์ในเรื่องภาพลักษณ์และเพศสัมพันธ์มีความคู่กันมาตั้งแต่วัยทารก จนกระทั่งถึงวัยผู้สูงอายุ (Henderson 1984 : 55)

การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์

ชายเคอร์ (Schilder 1970 : 11-16) กล่าวว่า ภาพลักษณ์ของบุคคลนั้นจะมั่นคงอยู่กับที่ แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาตามสิ่งแวดล้อมของชีวิต

การเปลี่ยนแปลงหรือความแปรปรวนของภาพลักษณ์จะเกิดขึ้นเมื่อภาพลักษณ์ของแต่ละบุคคลไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง หรือเป็นความคลาดเคลื่อนในสิ่งที่บุคคลคาดหวังกับภาพที่ปรากฏในความเป็นจริง (Henderson 1984 : 52 ; Price 1990 : 37)

เนื่องจากภาพลักษณ์สามารถเปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างหน้าที่ และอาจเป็นไปตามความนึกคิดของแต่ละบุคคล ดังนั้นบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์จึงต้องมีการปรับตัวในเรื่องของภาพลักษณ์ที่คงอยู่ ปัญหาอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ เกิดขึ้นเนื่องจากความล้มเหลวในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์อาจเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมภายในหรือภายนอกตัวบุคคล หรือทั้ง

จากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกตัวบุคคล (Price 1990 : 37) สาเหตุใหญ่ของการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์อาจสรุปได้ดังนี้ (Price 1990 : 41 ; Kolb cited in Cynthia 1985 : 75-77 ; Shontz 1975 : 467)

1. ความเจ็บป่วยที่เกิดจากความผิดปกติทางระบบประสาทวิทยา (Neurological disorders) และมีผลต่อระบบประสาทรับความรู้สึกและระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวและท่าทางของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นประสาทส่วนกลางหรือส่วนปลาย เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinsonism) โรคกล้ามเนื้อฝ่อ (Atrophy) เส้นเลือดในสมองแตก (Stroke) เป็นต้น
2. ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกาย (Body structure) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการแสดงออกของโรคนั่นเอง หรือจากการมีสารพิษเข้าไปในร่างกาย (Metabolism disorders) เช่น โรคคุชชิง ซินโดรม (Cushing Syndrome) โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) และการตั้งครรภ์ (Pregnancy) เป็นต้น
3. โรคทางกายอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยเด็กหรือในวัยผู้ใหญ่แล้วก็ตาม ซึ่งมีผลทำให้เกิดความพิการของร่างกายตามมา เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคข้ออักเสบ เป็นต้น
4. การสูญเสียอวัยวะของร่างกายโดยกะทันหัน (Acute dismemberment) เช่น การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่าง ๆ หรือสงคราม เป็นต้น
5. ความผิดปกติในการพัฒนาบุคลิกภาพ (Disorders of personality development) เช่น เป็นโรคจิต (Psychoses) โรคจิตโรคประสาท (Psychoneuroses) หรือมีสภาพของจิตผิดปกติ (Psychopathic states)
6. โรคที่หาที่ห้องมีการสูญเสียอวัยวะ หรือหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งกระดุก เป็นต้น

การถูกตัดขาจึงนับได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่ง ที่มีผลคุกคามต่อภาพลักษณ์ของบุคคล เนื่องจากหาให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านความสวยงาม โครงสร้างและการทำหน้าที่ของขา ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมาย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์

ในแต่ละบุคคลจะมีพฤติกรรมแสดงออกต่อการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ที่แตกต่างกัน อาจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่

1. อายุ ภาพลักษณ์ของบุคคลเป็นผลมาจากประสบการณ์ในช่วงต่าง ๆ ของชีวิต บุคคลในวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาวจะมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์มากกว่าในวัยสูงอายุ เนื่องจากในวัยนี้จะให้ความสำคัญต่อสภาพร่างกายที่สมบูรณ์หรือเป็นปกติ เพื่อให้เกิดการยอมรับในสังคม จึงมีพฤติกรรมการแต่งกายในวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาวนี้ได้มากและบ่อยกว่า อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงขอบเขตของร่างกาย ซึ่งเป็นส่วนที่เคหภาพหน้าทึบในการควบคุมมาก่อนนั่นเอง (Wood 1979 cited in Lambert & Lambert 1985 : 57)
2. เพศ เพศหญิงและเพศชายมีการคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์เป็นคนละลักษณะ อันเนื่องมาจากความแตกต่างด้านโครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกาย รวมถึงบทบาทในสังคม ในเพศชายจะให้ความสำคัญเพราะแสดงถึงความแข็งแรงและพึ่งพาตนเองได้ ในขณะที่เพศหญิงให้ความสำคัญเพราะเป็นสัญลักษณ์ในการดึงดูดความสนใจทางเพศ ภาพลักษณ์ของผู้หญิงจึงเน้นที่ขอบเขตรูปร่าง การทำงานของร่างกายที่บอกถึงบทบาทหน้าที่ความเป็นหญิง ส่วนผู้ชายจะเน้นถึงความสำเร็จของงานมากกว่ารูปร่าง (Compton 1973 cited in Lambert & Lambert 1985 : 58 ; Fisher & Cleveland 1968 cited in Lambert & Lambert 1985 : 57 ; Murray 1972 : 617)
3. บุคลิกภาพของผู้ป่วย บุคลิกภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ บุคคลที่มีความภูมิใจต่อภาพลักษณ์ของตนเองมาก เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ย่อมมีปฏิกิริยาการตอบสนองที่รุนแรงกว่าบุคคลที่มีความภูมิใจในภาพลักษณ์ของตนเองน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนลสันและกรูเวอร์ (Nelson & Gruver 1978 : 108-113) ซึ่งได้ทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับความภาคภูมิใจและภาพลักษณ์ของตัวเองในผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตส่วนล่างของร่างกาย และผู้ป่วยวัยเรื้อรังที่ทำการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล พบว่ามีความแตกต่างในเรื่องของภาพลักษณ์ แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (Low self esteem)

4. การที่บุคคลให้ความหมายต่อการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมี
ความหมายแตกต่างกันไปตามเจตคติส่วนตัวของบุคคล รวมทั้งค่านิยมที่สังคมมีต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น (Cynthia 1985 : 92)

5. ความสำคัญของอวัยวะนั้น เนื่องจากการสูญเสียอวัยวะที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมาก จะก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียได้มาก โดยเฉพาะในเพศชาย ซึ่งจะทำให้ความสำคัญต่ออวัยวะเพศและชายของคน ในขณะที่เพศหญิงจะให้ความสำคัญต่อหน้า นิ้วมือและเต้านมของคน การสูญเสียอวัยวะเหล่านี้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยประสบปัญหาในการเผชิญความเครียดต่อการสูญเสียได้มาก (Rambo 1984 : 280-282) โดยเฉพาะอวัยวะที่มีการมองเห็นได้ชัดเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงจะเกิดความสะเทือนใจมากกว่าส่วนที่มองไม่เห็น จากการศึกษาของเรย์ (Ray 1977 : 373-377) ซึ่งหาการศึกษาสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่ถูกตัดเต้านมและผู้ป่วยที่ถูกตัดถุงน้ำดี พบว่าผู้ป่วยที่ถูกตัดเต้านมมีความรู้สึกเศร้าโศก วิตกกังวลและมีบุคลิกภาพแบบเก็บตัวแตกต่างจากผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดี แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ภายนอกที่ชัดเจน มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยมากกว่าการสูญเสียอวัยวะภายใน (กาญจนา แจ่มปฐม 2532 : 116)

6. เจตคติจากบุคคลอื่น บุคคลที่ได้รับการถูกเหยียดหยาม ปราศจากการเห็นอกเห็นใจหรือการยอมรับนับถือจากสังคมเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ จะทำให้มีพฤติกรรมการตอบสนองที่รุนแรง จึงอาจกล่าวได้ว่า เจตคติของบุคคลในสังคม เป็นตัวแปรที่กำหนดภาพลักษณ์ที่สำคัญ เนื่องจากการยอมรับของบุคคลอื่นย่อมนำไปสู่การยอมรับต่อตนเอง (Cynthia 1985 : 92-93)

7. การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและครอบครัว ถ้าผู้ป่วยได้รับกำลังใจและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ แม้ว่าภาพลักษณ์จะเปลี่ยนไปจากเดิม ผู้ป่วยก็สามารถปรับตัวยอมรับสภาพความเป็นจริงและดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดยยอมรับภาพลักษณ์ใหม่ของตน สังคมรอบ ๆ ตัวของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาคำทุกข์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแมคเน็ต (Mc Nett 1987 : 98-103) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการถูกคุกคามจากความเจ็บป่วยที่มีผลต่อการปรับตัวในคนพิการจำนวน 50 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดีทำให้คนพิการสามารถควบคุมตนเอง และแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด แต่หากการสนับสนุนทางสังคมน้อยหรือไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเลย จะทำให้คนพิการเหล่านี้เกิดความเครียดและมีปัญหาด้านสุขภาพตามมา

8. ระยะเวลาที่เป็น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ย่อมทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาที่มีความรุนแรงและแก้ไขได้ยากกว่าผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป (Cynthia 1985 : 93)

9. ความสามารถในการเผชิญปัญหา นับว่ามีความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยทนต่อการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นได้มากน้อยเพียงใด (Brundage & Broadwell 1987 : 411) เนื่องจาก ในช่วงวิกฤติของชีวิต บุคคลจะพยายามใช้กลไกการป้องกันตนเองหรือรูปแบบการเผชิญภาวะเครียด ซึ่งบุคคลนั้นเคยเข้ามาในอดีต ในรายที่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาหรือการเผชิญภาวะเครียดในอดีต จะช่วยให้บุคคลนั้นมีวิธีการที่จะแก้ปัญหาหรือเผชิญภาวะเครียดที่กำลังประสบอยู่ได้ (Cynthia 1985 : 93)

การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

ความเจ็บป่วยนับเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยนั้นก่อให้เกิดการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย และถ้าอวัยวะนั้นมีความหมายต่อบุคคลผู้เป็นเจ้าของ ยิ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์มากยิ่งขึ้น

ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย บุคคลต้องประสบกับการสูญเสียทั้งที่เป็นจริงและในความคิด ปฏิริยาที่บุคคลตอบสนองต่อการสูญเสียนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น อายุ เพศ เจตคติ พื้นฐานของอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ ที่ได้สะสมมาตั้งแต่เกิด (Farrell 1977 : 190-191) การสูญเสียอาจเป็นสิ่งของ อวัยวะบางส่วน เช่นแขน ขา หรือเป็นการสูญเสียบุคคล สังคมภาพ เป็นต้น แต่เป็นที่แน่ชัดว่า การสูญเสียบางอย่างจะคุกคามสวัสดิภาพของบุคคลนั้น การสูญเสียแต่ละอย่างในแต่ละสถานการณ์ก็แตกต่างกันไป ความเศร้าโศก (grief) จะพบได้เสมอในคนที่สูญเสียอะไรไปก็ตาม (Schoenbegy , et al 1970 : 20-25 ; Speak 1978 : 72-78)

การถูกตัดขา (Amputation) ในทางออร์โธปิดิกส์ (Orthopedics) หมายถึง การตัดขาที่ผ่านกระดูก (ธนยศโรภากษ์ เกษมสันต์ 2515 : 49) ซึ่งการพิจารณาว่าจะตัดขาในระดับใดนั้น แพทย์จะพิจารณาถึงส่วนประกอบต่าง ๆ ดังนี้ (เอกชัย จุละจาริทธิ์ 2524 : 364)

1. ขาเทียม แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะต้องมีความรู้ว่ขาเทียมที่มีในปัจจุบันนี้ในทางปฏิบัติแล้วมีกี่แบบ มีหลักการในแต่ละระดับอย่างไรบ้าง เพื่อที่จะได้ตัดขาให้ระดับที่พอ

เหมาะสมกับชนิดของขาเทียมนั้น ๆ เพราะการตัดยาวเกินไปหรือสั้นเกินไป จะมีผลทั้งทางด้านเทคนิคในการสร้างและอุปสรรคในการใช้งาน ซึ่งผลเสียก็จะตกอยู่กับทุกฝ่าย และผู้ที่จะต้องสูญเสียประโยชน์มากที่สุด คือ ผู้ป่วยนั่นเอง

2. กายวิภาคศาสตร์และพยาธิสภาพ การเข้างานทั้ง 2 เรื่องนี้ จะช่วยแบ่งวาระระดับเค้นโชนจึงจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีโรคแทรกซ้อนน้อยที่สุด ซึ่งจะบดบังองค์กับการใส่ขาเทียม โดยถือหลักการว่าจะพยายามรักษาความยาวของขาที่เท่าเทียมกับขาจริงและขจัดส่วนที่จะกีดขวางทางด้านเทคนิคของการสร้างและการใช้ขาเทียมระดับนั้น ๆ ออกไป

3. ความเป็นอยู่ของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ สิ่งแวดล้อม แล้วจึงพิจารณาว่าจะตัดระดับไหน จึงจะทำให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาและกลับมามีชีวิตได้โดยทำให้เกิดความเดือดร้อน หรือปัญหาต่อสังคม ครอบครัวและตัวผู้ป่วยเองให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้

ได้มีผู้กล่าวถึงระดับของการตัดขาไว้มากมายซึ่งสามารถนำมาสรุปได้ดังนี้ (คาร์ริงกิงกุล 2526 : 43-97 ; เอกชัย จุลจาริตต์ 2524 : 364-376 ; Angel 1988 : 66-69 ; Burgess 1982 : 18-27)

1. การตัดขาบริเวณข้อเท้าลงมา โดยธรรมชาติเท้ามีโครงสร้างในการรับน้ำหนักตัว ยืนและเดินได้อย่างดีที่สุด ดังนั้น หากมีความจำเป็นที่จะต้องตัดบางส่วนข้อเท้าออกแพทย์จะยึดหลักสำคัญที่ว่า พยายามสงวนส่วนของเท้าไว้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผิวหนังทางด้านฝ่าเท้า ซึ่งมีหน้าที่รับน้ำหนักตัวโดยตรงนั้นยากที่จะหาส่วนอื่นของร่างกายมาทดแทนได้ดีเท่า

ถ้ามองในแง่การใส่ขาเทียมแล้ว หากตัดที่บริเวณปลายเท้า (Transmetatarsal amputation) ไม่ได้ แพทย์มักจะพิจารณาตัดที่บริเวณข้อเท้าแบบซิมม์ (Syme amputation) ซึ่งเป็นระดับต่ำที่สุดที่นิยมใช้ในการตัดขา เพราะการตัดขาในระดับนี้จะมีข้อดีในแง่ที่ผู้ป่วยสามารถลงน้ำหนักบนปลายข้อเท้าได้โดยไม่ต้องใช้ขาเทียม ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในแง่ของกายวิภาคจะมีกล้ามเนื้อ (gastrocnemius) ที่ยังคงอยู่ครบ ฉะนั้น การควบคุมการเคลื่อนไหวและกำลังของข้อเท้า จึงยังทนทานตึกว่าการตัดในระดับสูงมากจนต้องตัดบางส่วนของกล้ามเนื้อออก ทั้งความยาวของกระดูกที่เหลืออยู่ยังเป็นคานที่ช่วยเพิ่มความมั่นคงของขาขณะสวมขาเทียม ทำให้การใช้ขาเทียมคล่องตัวขึ้น แต่มีข้อเสียคือถึงแม้จะตัดระดับต่ำมากแต่ก็ยังทำให้ความยาวของขาข้างที่ตัดสั้นลง เพราะฉะนั้นการเดินเท้าเปล่าก็ยังคงเดินได้แต่จะเดินกระเผลอ ดังนั้น ผู้ป่วยอาจจะต้องสวมรองเท้าเสริมความสูง ซึ่งถ้าเป็นรอง

เท้าข้อมข้อก็มักจะหมุนมาใต้เขยรอบ เพราะไม่มีตำแหน่งจะยึด เนื่องจากคอขามีลักษณะค่อนข้างกลม ฉะนั้น การเคียนบนบ้านจึงอาจใช้วิธีสวมรองเท้าหนังหรือผ้าที่มีลักษณะคล้ายถุงหุ้มปลายและเย็บพองน้ำรับน้ำหนัก พร้อมทั้งเสริมความสูง เสริมขาไปในตัว จึงจะเดินไม่กระเผลก

2. การตัดขาใต้เข่า (Below knee amputation) สำหรับการตัดในระดับนี้ ควรตัดขาให้เหลือความยาวของกระดูกทibia ระหว่าง 6-6.5 นิ้ว เพราะการตัดสั้นจะทำให้เกิดการหดรั้งในทางอ้อม (flexion contracture) ง่ายและเกิดความไม่มั่นคงขณะใส่ขาเทียม การกระจายน้ำหนักเป็นปกติ เพราะขาดพื้นที่การกระจายน้ำหนัก และขาดความกระชับ เป็นเหตุให้การเดินขาดการควบคุมที่ดี และในทางอ้อมเกี่ยวกัน การตัดต่ำกว่าตำแหน่งเอ็นเนื้อของกล้ามเนื้อน่อง (gastrocnemius) ก็จะได้ข้อขาที่ขึ้นเท้าหนังหุ้มกระดูก ไม่ได้ประโยชน์อะไร เพราะไม่สามารถกระจายน้ำหนักได้ และพร้อมที่จะเกิดแผลกดทับได้ตลอดเวลา

การตัดขาที่จะให้รูปร่างสวยงาม เพื่อให้จะได้ขาเทียมที่พอเหมาะ คือการตัดให้กระดูกข้อม (Fibular) สั้นกว่า ทibia ประมาณ $1/2 - 3/8$ นิ้ว และข้อของกระดูกที่ตัดอย่าให้เป็นสันคม ด้านหน้าซึ่งเป็นส่วนของสันกระดูกและข้อกระดูกทibia ไม่ควรทำให้มีแผลเป็นบริเวณนี้เพราะมีโอกาสเกิดการฉีกขาด จนเป็นแผลได้ง่าย

3. การตัดขาที่ระดับข้อเข่าหรือตัดผ่านข้อเข่า (Knee disarticulation) เป็นระดับที่มีข้อศอกหลายอย่าง เพราะการผ่าตัดเสียเลือดน้อยมาก เนื่องจากไม่ต้องตัดกล้ามเนื้อต้นขา คานของกระดูกต้นขา (Femur) ยังอยู่ครบ และกำลังของกล้ามเนื้อต้นขาก็ยังอยู่ครบเช่นเดิม บริเวณส่วนปลายให้คั่นในการรับน้ำหนักอีกประมาณ 20 ตารางนิ้ว พร้อมทั้งยังมีความรู้สึกสัมผัส (proprioceptive) ที่ดีอีกด้วย ในผู้ป่วยที่อยู่นานวัยเจริญเติบโต ยังมีผลการเจริญเติบโต เพราะอีพิฟิซิส (epiphysis) ยังไม่ถูกตัดออก การเกิดความผิดรูปในทางของกระดูกสะโพก (Hip flexion deformity) ก็มีน้อย กำลังกล้ามเนื้อและความอดทนในการทำงาน ความมั่นคงในการใช้ขาเทียมจะสูงกว่าสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการทำงานหนัก เช่น ช่างสวน ช่างนา กรรมกร ควรใช้ขาเทียมระดับนี้ ในผู้ป่วยสูงอายุ ต้องการกำลังกล้ามเนื้อในการทำงานมาก ฉะนั้นการใช้ขาเทียมในระดับนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานขาเทียมได้อย่างรวดเร็ว

ข้อเสียของการตัดในระดับนี้ก็คือ ความสวยงามของขาเทียมจะด้อย ดังนั้นในผู้หญิงหรือในผู้ป่วยที่ต้องการความสวยงามควรคำนึงถึงข้อนี้ โดยแพทย์อาจพิจารณาตัดขาให้

ระดับเหนือเข่าแทน

4. การตัดขาในระดับเหนือเข่า (Above knee amputation) การตัดในระดับนี้จะนิยมตัดที่สูงจากระดับข้อเข่า 4-4.5 นิ้ว การตัดยาวกว่านี้อาจเป็นเหตุให้ต้องขยับข้อเข่าเพิ่มลงไปต่ำกว่าเข่าจริง ซึ่งย่อมทำให้เท้าในการเดินจะผิดไป เพราะระดับของข้อเข่าอยู่ต่ำกว่าข้างปกติ หากให้การเลี้ยงของน้องและเท้าเป็นไปอย่างรวดเร็วและแรงเกินไป เวลานั้นก็จะทำให้หัวเข่าข้างของขาเทียมอยู่ระดับต่ำกว่าข้างปกติ และหัวเข่าของขาเทียมจะยื่นออกในข้างหน้ามากกว่าข้างปกติ เพราะความยาวของขาเทียมยาวกว่าปกติ

5. การตัดขาในระดับข้อสะโพก (Hip disarticulation) การตัดในระดับนี้พบได้น้อย มักพบการตัดชนิดนี้ในผู้ป่วยมะเร็งของกระดูกต้นขา หรือในรายที่มีการติดเชื้อที่รุนแรงไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งในปัจจุบันยาปฏิชีวนะมีคุณภาพดีมาก ประกอบกับวิธีการรักษาที่ทันสมัยด้วย ความรุนแรงเช่นนี้จึงพบได้น้อยมาก

จะเห็นว่า การถูกตัดขาจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของบุคคลภายหลังการผ่าตัดและยังมีผลต่อสภาพจิตใจและสังคมของบุคคลนั้น ผลที่เกิดจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและการวิเคราะห์ปัญหาที่จะทำให้บุคคลเข้าใจและปรับตัวได้กับปัญหานั้น บ่อยครั้งที่พบว่าบุคคลมีอาการซึมเศร้าเนื่องจากการถูกตัดขาทำให้เกิดความพิการขึ้น ซึ่งอาจมีด้วยกันหลายระดับ อาจมีตั้งแต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวไหนมาไหนได้เลย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องฝึกทักษะใหม่ หรือต้องพบกับแบบแผนชีวิตใหม่ เช่น การใส่ขาเทียม บางรายอาจปรับตัวได้ดีทำให้การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) เป็นไปได้อย่างราบรื่น แต่ก็มีบางรายไม่สามารถเรียนรู้ต่อสิ่งใหม่ ๆ ได้และจมอยู่กับความเศร้า (Christopherson, Coulter & Wolanin 1974 : 252-255) เนื่องจากการถูกตัดขานั้นย่อมถือว่าเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ (คารง กิจกุลศล 2526 : 151) ปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจจึงมีผลต่อกระบวนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 50 ในขณะที่เด็กพบได้ถึงร้อยละ 75 เนื่องจากการสูญเสียขาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของอวัยวะภายนอก ซึ่งมีความหมายต่อบุคคล จึงเป็นเหตุให้กระทบกระเทือนต่อจิตใจถึงขั้นทำให้เกิดการปรับตัวไม่ได้ เกิดความรู้สึกคุกคามและอาจเกิดความรู้สึกหมดกำลังใจตายอยากในชีวิตได้ สุดท้ายในรายที่ประสบความล้มเหลวในการปรับตัว มักจะถูกแยกออกจากสังคมปกติและจากงานที่ทำอยู่ อันมีผลต่อความพึงพอใจและความภาคภูมิใจของบุคคล บางรายถูกตัดขาออกจากชีวิตครอบครัว เพื่อน คนรัก หรือมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สิ่งเหล่านี้จะเป็นเหตุถึงความทุกข์ทรมานและความผันผวนของบุคคลนั้น และ

คุณค่าต่อความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์แบบในสังคม (Rusk 1979 : 270-297 ; กาญจนา แจ่ม-
บรม 2532 : 116) สูญเสียความภาคภูมิใจของตนเอง (Self - esteem) เนื่องจากการ
ถูกตัดขาดทำให้เกิดผลกระทบต่อการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก การที่สมรรถภาพ
ของร่างกายลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาทบางอย่างของการเป็นสมาชิกในสังคม ต้อง
เปลี่ยนแปลงบทบาทกับคู่สมรส เช่น ไม่สามารถทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวได้ เกิดความไม่
มั่นคงในชีวิตอนาคต ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตน รวมทั้ง
ต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิต ทั้งด้านส่วนตัว ด้านสังคมและหน้าที่การงานไปจากเดิม
อีกด้วย (Lambert & Lambert 1987 : 527)

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์อันเนื่องมาจากการถูกตัดขาดนั้นยังมิใช่ผลกระทบ
ต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย รวมทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิตเดิมต้องเปลี่ยนแปลง
ไป (Miller 1984 : 4) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสังคมคาดหวังว่าเขาควรมี
สุขภาพที่แข็งแรง สามารถเป็นแหล่งคำจุนของครอบครัว สามารถหางานให้สังคมได้อย่าง
มีประสิทธิภาพ และควรเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ แต่จากลักษณะของการถูกตัดขาดจะมีความพิการ
คงอยู่อย่างถาวรและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายหรือ
คาดการณ์ชีวิตในอนาคตของตนได้เต็มที่ ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลหวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิด
ขึ้นในอนาคต กลัวการเปลี่ยนแปลงของชีวิต กลัวความตายและกลัวการสูญเสียความรักจาก
บุคคลใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลเหล่านั้นมากขึ้นและเป็นเวลานาน (Kelly 1985
: 214) นอกเสียจากว่าก่อนหน้านี้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้สูง และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
และมีเครือข่ายสังคมที่มั่นคง เพราะการที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นที่รักของผู้อื่นจะทำให้บุคคลนั้นมี
พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม (Wortman 1984 : 2352-2354)

พาร์กส์ (Parkes 1975 : 440) กล่าวว่า ความทุกข์เสียใจจากการถูก
ตัดขาดนั้น ย่อมถือว่าเป็นสิ่งปกติ และเคสส์เลอ (Kessler 1951 : 107-108) ได้
เปรียบเทียบความทุกข์เสียใจจากการถูกตัดขาดหรือชาวาเหมือนกับการสูญเสียบุคคลที่เรารัก (grief
of death of a love one) และช่วงของความทุกข์เสียใจที่สำคัญที่สุดคือช่วงแรก
ของการสูญเสีย (Acute grief)

การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์อันเนื่องมาจากการถูกตัดขาดนั้น นับว่าเป็นผลกระทบต่อ
ประสบการณ์ในทุกวัย โดยเฉพาะในช่วงเข้าสู่วัยรุ่น ซึ่งจะมีผลกระทบมากกว่าวัยอื่น ๆ เพราะ
ในวัยนี้มีการพัฒนาทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างรวดเร็ว ความเติบโตทางด้านร่างกาย เช่น

ความสูง น้ำหนัก กล้ามเนื้อและลักษณะทางเพศ ซึ่งจะดำเนินไปพร้อมกับการมีอัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเอง ในวัยรุ่นจะเริ่มเป็นตัวของตัวเอง รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รู้จักวางแผนในอนาคต สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะถูกเปลี่ยนแปลงไป เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทางด้านร่างกาย การกระทบกระเทือนความรู้สึกของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง โดยเฉพาะความรู้สึกของเพื่อน ๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของวัยรุ่น (เพ็ญศรี โพธิ์อุบล 2529 : 33) เนื่องจากการมองภาพลักษณ์ที่เป็นปกติของวัยรุ่นจะมีเพื่อนเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในการสร้างเอกลักษณ์ของภาพลักษณ์แห่งตน นอกจากนี้วัยรุ่นยังมีการรับรู้ต่อร่างกายในส่วนที่ปรากฏออกมาภายนอกและรับรู้เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของร่างกายที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ ถ้าเกิดการรับรู้ว่าร่างกายต้องสูญเสียขาไปและจะเกิดความพิการ หรือต้องสมรรถภาพเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อน ๆ ดังนั้นความต้องการและความรู้สึกของวัยรุ่นที่ถูกตัดขา จะแตกต่างจากความต้องการและความรู้สึกของวัยรุ่นที่ถูกตัดขา เพราะวัยรุ่นจะนึกถึงแต่เพื่อนก่อนสิ่งอื่น ต้องการการยอมรับจากเพื่อน การดูแลตนเองเป็นเรื่องเล็ก แต่รูปร่างของตนเป็นเรื่องใหญ่ วัยรุ่นที่ถูกตัดขาจึงมีผลกระทบทางด้านจิตใจมาก

สำหรับในวัยรุ่นผู้ใหญ่จะมีผลกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจมากเช่นกัน แต่ประเด็นของปัญหาจะแตกต่างจากวัยรุ่น เพราะภาพลักษณ์ในวัยรุ่นผู้ใหญ่จะมีความเป็นเอกลักษณ์ที่มั่นคงกว่า เป็นวัยที่มีการประกอบอาชีพ มีคู่ครอง โดยที่ภาพลักษณ์ของผู้หญิงจะเน้นที่ขอบเขตรูปร่าง การทำงานของร่างกายที่บอกถึงบทบาทหน้าที่ความเป็นหญิง ในขณะที่ผู้ชายจะเน้นที่ความสำคัญของงานมากกว่าร่างกาย (กาญจนา แจ่มบรม 2532 : 117-118)

ขั้นตอนของการสูญเสียในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

เนลและคอด (Neal , Cohen & Cooper 1980 : 161) กล่าวว่า การเสียสิ่งที่มีค่าของบุคคลทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย ซึ่งบุคคลจะเกิดอารมณ์ที่สนองตอบหลังจากที่รับรู้ว่าการเกิดการสูญเสีย อารมณ์ที่สนองตอบนี้จะเป็นความรู้สึกเศร้าโศก ทุกข์ใจ (grief) ซึ่งโดยธรรมชาติของบุคคลจะเกิดกระบวนการทางจิตสังคมจากผลของการสูญเสียนั้น (mourning) เกิดเป็นกระบวนการรับรู้และการปรับตัวต่อการสูญเสีย (grief and mourning process) ซึ่งแองเจิล (Engle 1965 : 93-98) ได้แบ่งกระบวนการรับรู้และการปรับตัวต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นไว้เป็น 3 ระยะ ดังนี้คือ

1. ระยะช็อกและน่าเชื่อ (shock and disbelief)

พฤติกรรมที่แสดงออกในระยะนี้ส่วนใหญ่คือ การปฏิเสธ (denial) โกรธ (anger) ร้องไห้ เป็นต้น พฤติกรรมเหล่านี้ถือว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับการที่ต้องสูญเสีย การปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้นนี้เป็นสิ่งปกติที่ผู้ป่วยจะต้องปรับตัวต่อการสูญเสียนั้น (Bracken & Shepard 1980 : 75) โดยเฉพาะการรับรู้ต่อการสูญเสียอย่างทันทีทันใด โดยมิได้รู้ตัวมาก่อน อาจทำให้ผู้ป่วยเป็นลม หมดสติ หรือมีอาการช็อคได้ ในบางครั้งยังพบว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับต่อการวินิจฉัยจากแพทย์ นำมาให้ความร่วมมือในการรักษา (Hudak, Lokre & Galb 1982 : 21) ระยะช็อคและไม่เชื่อนี้ อาจเกิดขึ้นเพียงไม่กี่นาที หรือเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรืออาจเป็นปีก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตามระยะนี้อาจกินเวลา 1-7 วัน ถ้าปล่อยไว้ระยะนี้กินเวลานาน จะนำไปสู่พฤติกรรมที่บ่งถึงการปรับตัวไม่ดี (Maladaptation) ซึ่งจะมีผลเสียต่อการรักษาผู้ป่วยต่อไป (Beland & Passos 1981 : 516 ; กาญจนา แจ่มปฐม 2532 : 120)

2. ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ต่อสิ่งที่สูญเสียไป (developing awareness of the loss)

ระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มตระหนักถึงความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง อารมณ์ที่เกิดขึ้นในระยะนี้จะแสดงออกมาหลายรูปแบบ เช่น ก้าวร้าว หุนหันแรงหรือพยายาม บางครั้งซึมเศร้าหรืออาจเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ บวคท้อง บวคศีรษะ (Lambert & Lambert 1985 : 41 ; Warner - Beland 1980 : 52-54) ผู้ป่วยอาจรู้สึกสับสน เคว้งคว้างว่างเปล่าและสิ้นหวังขณะเผชิญกับการสูญเสียต่าง ๆ การยอมรับตนเองลดต่ำลง ซึ่งอาจแสดงพฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการไม่เป็นมิตร (Lewis & Collier 1983 : 1984) การสูญเสียการยอมรับตนเองจากการที่ไม่สามารถมีกิจกรรมได้ อย่างอิสระ และมีข้อจำกัดในการเลือกวิธีการเผชิญต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถอยหนีจากสังคมได้ (Phipp, Long & Woods 1979 : 515) สำหรับพฤติกรรมที่บ่งชี้ว่ามีการเริ่มต้นการยอมรับ (acknowledgement) ว่ามีการสูญเสีย อาจปรากฏให้พยาบาล สังเกตได้จากคำพูดของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยอาจถามในทำนองว่า ถ้าเสียเต็มแล้วคนจะนำเกลี้ยกล่อมไหม อย่างไรก็ตามในระยะนี้จะพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยจะขึ้น ๆ ลง ๆ และอาจมีพฤติกรรมที่ถือว่าเป็นการปรับตัวได้ที่เกิดขึ้นในระยะแรกควบคู่ไปด้วย ซึ่งถือว่าผู้ป่วยปรับตัวได้ โดยที่พฤติกรรมระยะที่ 1 จะค่อย ๆ ลดลง ระยะนี้ยังเป็นระยะสำคัญที่ผู้ป่วยจะต้องผ่านกระบวนการเศร้าโศกเพื่อการปรับตัวต่อไป อาจใช้เวลาหลายสัปดาห์จนถึงเป็นเดือนผู้ป่วย

จึงจะเข้าสู่ระยะที่ 3

3. ระยะชดเชยหรือยอมรับต่อการสูญเสีย (restitution)

ระยะนี้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงการปรับตัวให้เข้ากับสภาพของการถูกตัดขาดได้มากขึ้น สามารถแยกการสูญเสียจากการทำงานหรือกิจวัตรที่ฝังรากลึกลงได้ กล่าวคือ มีความรู้สึกว่าการสูญเสียเข้ามาใช้สิ่งนั้นตอนชีวิตและอนาคตของตน โดยผู้ป่วยจะขอรับการช่วยเหลือและร่วมมือในการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีทั้ง เกิดกำลังใจต่อสู้ หรือท้อแท้สับสนไป ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้เนื่องมาจากการสูญเสียนั่นเอง ระยะชดเชยหรือยอมรับต่อการสูญเสียใช้เวลาเป็นปีหรือมากกว่า ซึ่งผู้ป่วยบางรายก็ล้มเหลวไม่สามารถทำระยะนี้ให้สมบูรณ์ได้ (กาญจนา แจ่มปฐม 2532 : 120-121)

อาร์นอล (Arnold 1973 :167) ได้ทำการศึกษากับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน และผลจากโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยถูกตัดแขนหรือขา พบว่าผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนหรือขาเหล่านี้มีความรู้สึกดังนี้

1. เศร้าโศก (grief) ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกเศร้าจากการที่ต้องสูญเสียส่วนของร่างกายและหน้าตาไป
2. ช่วยตนเองไม่ได้ (helplessness) ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกกลัวการไร้สมรรถภาพ กลัวการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลัวความเจ็บปวด
3. หดหู่ (hopelessness) ในสภาพของร่างกายที่ทำการกิจกรรมไม่ได้เหมือนเดิม
4. รู้สึกผิด (guilt) จากสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เหมือนเป็นการทำโทษ
5. ถูกจำกัดในการรับรู้ (sensory restriction) จากการที่อวัยวะบางส่วนขาดหายไป การตอบสนองต่อสิ่งเร้าไม่ครบถ้วนเหมือนเดิม

ในปี 1975 พาร์คส์ (Parkes 1975 : 204-210) ได้ศึกษาสภาวะทางด้านจิตใจและสังคม เปรียบเทียบกันระหว่างผู้ป่วยที่สูญเสียอวัยวะแขนหรือขา กับผู้ป่วยที่สูญเสียคู่สมรส โดยการสัมภาษณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วง 4-8 สัปดาห์ และ 13 เดือนหลังจากถูกตัดแขนหรือตัดขา หรือสูญเสียคู่สมรส ผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีปฏิกิริยาต่อการสูญเสียในช่วง 4-8 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน คือมีความรู้สึกเศร้า หดหู่ หดหู่ วิตกกังวล ปฏิเสธความจริงที่มีการสูญเสียอย่างรุนแรง ร่วมกับการทางร่างกาย หมกมุ่นครุ่นคิดถึงสิ่งที่สูญเสียไป ส่วนในช่วง 13 เดือนหลังการสูญเสีย พบว่าการแสดงออก

ของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นหลังหย่าลดลงมาก ส่วนในผู้ป่วยที่ถูกคัดแซนหรือ
ชานั้นยังคงมีอาการอยู่ ไม่แตกต่างกับในระยะแรก

ในปี 1977 เรย์ (Ray 1977 : 373-377) ได้ทำการศึกษาสภาพจิตใจ
ของผู้ป่วยที่ถูกคัดเค้นร่วมกับผู้ป่วยที่ถูกคัดคั่งน้ำคือนอกใบ พบว่า ผู้ป่วยที่ถูกคัดเค้นมีความรู้สึก
เศร้าโศก วิตกกังวล มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว แตกต่างจากผู้ป่วยที่ผ่าตัดคั่งน้ำคือนอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกคัดเค้น

โดยปกติแล้วนับว่าเป็นคนหัวขี้หรือคนพิจารณาตาม เมื่ออยู่ในสังคมทุกคนก็จะต้อง
ปฏิบัติตามบรรทัดฐาน (norm) ของสังคมนั้น เพื่อที่จะได้รับการยอมรับจากสังคมและทำให้เขา
อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข แต่ในบางครั้งบุคคลก็ไมอาจทำตามบรรทัดฐานของสังคมได้ ทั้งนี้
น่าจะเพราะเขามองปรารถนาที่จะทำ แต่เป็นเพราะสภาพของเขานั่นเองที่ทำให้เขาทำไม่ได้
ดังเช่นบรรทัดฐานเกี่ยวกับความสวยงาม น่าดู น่าชม สำหรับคนพิจารณาแล้วบรรทัดฐานนี้เป็น
สิ่งที่เขามองอาจปรับตนเองให้เป็นไปตามนั้นได้ เนื่องจากความจำกัดของสภาพร่างกายของเขา
เอง ทำให้คนพิจารณารู้สึกอึดอัด ในการที่จะได้รับการยอมรับจากคนหัวขี้ นับว่าเขาจะอยู่
ณ ที่ใดก็ตาม บรรทัดฐานนี้จะเป็นเสมือนเงาติดตามตัวเขาเรื่อยไป ทำให้เกิดมดคันคันอยู่ใน
ใจตลอดเวลา ดังนั้นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์อันเนื่องมาจากการถูกคัดเค้นอาจพยายามหาทุก
วิถีทาง เพื่อที่จะปรับตัวให้เข้ากับบรรทัดฐานดังกล่าว อาจจะเป็นโดยการปรับสภาพทางร่างกาย
เช่น การใส่ขาเทียม แต่ถ้าเขามองอาจปรับสภาพดังกล่าวได้ และบุคคลอื่นยังคงให้ความสนใจ
กับความพิการของเขาอีกอย่างหนึ่งที่น่าสนใจ เขาก็อาจจะหาทางออกใหม่ โดยการตัดตัวเองออก
ไปจากสังคมเสียก็ได้ ในบางครั้งผู้ที่ถูกคัดเค้นที่มีความต้องการที่จะแสดงออกซึ่งความสามารถของ
เขาบ้าง แต่ความพยายามดังกล่าวอาจไม่เป็นผล ทำให้คนปกติที่พบเห็นเขาเข้าไปหาการ
ช่วยเหลือ ซึ่งเขาจะไม่พอใจเลย เพราะการช่วยเหลือนั้นเป็นการกีดกันไม่ให้เขาได้แสดง
ความสามารถของเขาเอง และยิ่งไปทำลายความตั้งใจของเขา คนพิจารณาทั้งหลายนั้นพยายาม
ที่จะปรับตนเองให้เป็นปกติคนได้ เช่นเดียวกับคนปกติ เขาจะไม่ยอมรับแบบแผนของคนพิจารณาเลย
และเมื่อคนพิจารณาไม่อาจที่จะเป็นปกติคนได้ทั้งรูปแบบของคนปกติ และก็ไม่อยากที่จะปฏิบัติตามแบบ
ของคนพิจารณา เขาก็จะเกิดความอึดอัดคับข้องใจ นับว่าเขาจะปฏิบัติตนอย่างไรจึงจะเหมาะสมและ

เป็นที่ยอมรับของคนทั่วไปด้วย

อย่างไรก็ตามทั้งคนพิการและคนปกติก็มักจะแยกออกไปจากกันได้เลย และ ความแตกต่างระหว่างคนพิการและคนปกติก็เป็นสิ่งที่น่าอาจจะปฏิบัติได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นการที่จะหาให้ผู้ถูกศึกษาฝึกฝนให้ได้ดังนั้น จะต้องหาให้เขายอมรับในสภาพความจริงของเขาและ สภาพความแตกต่างจากคนปกติเสียก่อน ดังเช่นคนพิการที่มีการปรับตัวคืนนั้น เขาจะรู้จักที่จะ ยอมรับปฏิบัติได้เช่นเดียวกับคนปกติ และ เขาจะหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติในสิ่งที่เขาน่าจะสามารถปฏิบัติได้ โดยที่เขาไม่ยึดแนวทางการปฏิบัติของคนปกติเป็นหลักในการปฏิบัติของเขา ดังนั้นจึงหาให้เขา สามารถที่จะอยู่ในสังคมร่วมกับคนปกติได้อย่างมีความสุข (คาร์ริง กิจกุลศล 2526 :155-157; Wright 1960 : 112-118)

จากการศึกษาของกอฟฟ์แมน (Goffman 1963 : 50-97) ในผู้ป่วยที่ถูก คัดแขนหรือตัดขา พบว่าบุคคลที่ถูกตัดแขนหรือตัดขาจะมีความรู้สึกว่าเขาเอง เป็นบุคคลที่ผิดแปลก แตกต่างไปจากบุคคลทั่วไป เนื่องมาจากตนเองมีการสูญเสียอวัยวะที่น่ายำเกรงทำให้กลับคืนมา เหมือนเดิมได้ ในขณะที่บุคคลทุกคนต้องการการยอมรับจากสังคมและพยายามปรับตัวให้อยู่ใน สังคมได้อย่างเป็นสุข แต่เมื่อมาพบกับสภาพความพิการซึ่งมีความจำกัดทางด้านสภาพร่างกายใน การปรับตัว ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน เหนื่อย และเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

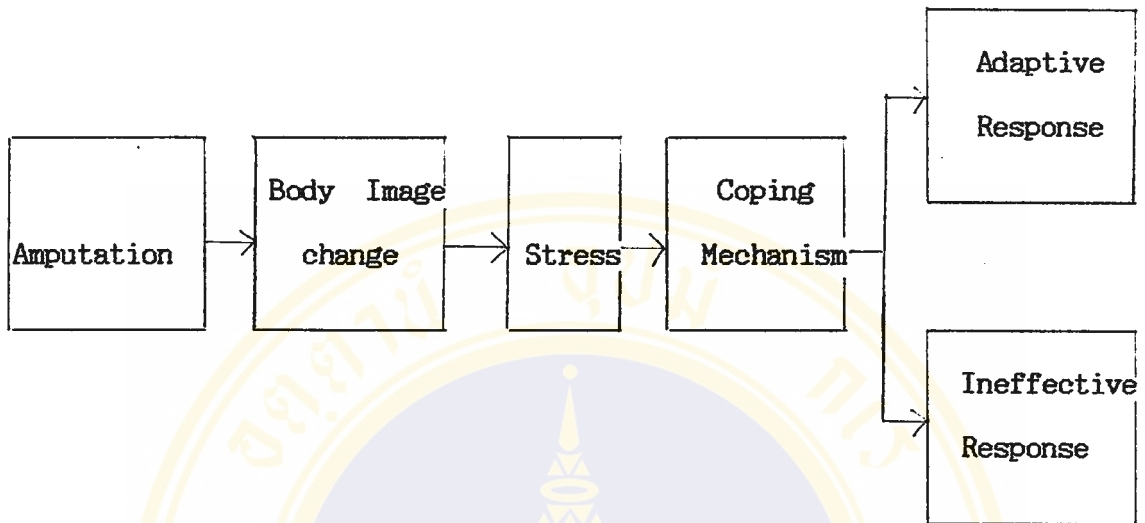
เบคเกอร์ (Becker 1967 :120-133) ซึ่งได้ศึกษาทัศนคติของคนพิการ กล่าวไว้ว่า โดยปกติแล้วคนพิการจะมีความรู้สึกว่าผู้อื่นมองเห็นว่าเขาเป็นคนที่แปลกแตกต่างไป จากคนทั่ว ๆ ไปในสังคมและสังคมมักจะปฏิบัติกับเขาในฐานะที่เป็นเพื่อนมนุษย์คนหนึ่ง คน พิการจะมีความรู้สึกรับรู้ที่ไวมาก เขาจะรับรู้ต่อพฤติกรรมของคนทั่วไปที่มีต่อเขาเมื่อได้มีการ พบปะกันในกลุ่ม และจะประเมินการปฏิบัติกันอีกกันว่ามันเปลี่ยนแปลง เขาจะไม่ชอบที่จะให้ คนอื่นแสดงความสนใจหรือห่วงใยเขามากกว่าปกติ เพราะยิ่งไปย่ำความรู้สึกเกี่ยวกับความพิการ ของเขามากขึ้น สำหรับคนพิการเองนั้น ในขณะที่เขาพยายามหาตัวให้เหมือนคนปกติเวลาอยู่ใน สังคม ความรู้สึกภายในของเขาเองก็รู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่น่าเวทนา มีความหวาดกลัว กลียดชังตนเองและพยายามที่จะหลีกเลี่ยงสภาพนั้น โดยการใช้การหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสังคม

จะเห็นว่าพฤติกรรมของบุคคลในสังคมมีส่วนสำคัญต่อการสร้างภาพลักษณ์ของผู้ป่วยเป็น อย่างมาก โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์อันเนื่องมาจากการถูกศึกษา ซึ่งเป็นอวัยวะ ที่มอง เห็นได้ชัดเจน ในรายที่น่ายำเกรงสามารถยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ใหม่ได้ผู้ป่วยก็ จะหันมาใช้กลไกของการปฏิเสธอย่างสิ้นเชิง โดยไม่สามารถผ่านพ้นไปถึงขั้นตอนของการปรับตัว

ได้ ผู้ป่วยอาจวาดภาพลักษณะของตนเองเป็นสิ่งที่น่าขบขัน ทำให้ขาดความเชื่อมั่น มีอารมณ์
ไม่คงที่และมีพฤติกรรมที่คาดเดายาก มีความยากลำบากในการเข้าสังคม ซึ่งรวมถึงการมีเพศ
สัมพันธ์ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึขาดคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเองมากยิ่งขึ้น
ส่งผลให้สภาพจิตใจทรุดโทรมลงเร็วมาก และถ้าเป็นอยู่นานและไม่ได้รับความช่วยเหลือ จะนำ
ไปสู่ภาวะวิกฤติได้ (Kaplan 1979 :52)

ในทางตรงข้าม ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและมีการส่งเสริมภาพลักษณ์ในผู้ป่วย
จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังเป็นคนที่มีคุณค่า ความเชื่อมั่นในตนเองและความภาคภูมิใจก็จะ
กลับคืนมา ความเครียดและวิตกกังวลต่าง ๆ ย่อมลดน้อยลงลงไปได้ ผู้ป่วยก็จะสามารถใช้กระบวนการ
การทางความคิดได้ดีขึ้น ทำให้มีวิธีการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดี และมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง
เหมาะสม เช่น การมองเห็นความสำคัญและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล การ
สืบเสาะหาข้อมูลและวิธีการต่าง ๆ ที่จะทำให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น ยอมรับต่อภาพลักษณ์ใหม่ ผู้ป่วย
บางรายอาจลดอารมณ์ที่ตึงเครียดลงโดยการพูดคุยเรื่องที่สนุกสนาน การนั่งสมาธิ เป็นต้น
พฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติไปได้ และสามารถปรับตัวต่อการ
เปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ใหม่ได้ในที่สุด

จากที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่าภาพลักษณ์ในผู้ป่วยที่ถูกตัดขาไปจะมีความสัมพันธ์
กับการปรับตัวของผู้ป่วย นั่นคือ ถ้าผู้ป่วยมองภาพลักษณ์ของตนเองไปในทางที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วย
มีพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าผู้ป่วยมองภาพลักษณ์ตนเองไปในทาง
ลบอยู่เสมอ และไม่ได้รับความช่วยเหลือใด ๆ จะนำไปสู่ความเครียดที่มากยิ่งขึ้น มีผลให้ผู้ป่วย
มีพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ภาวะผิดปกติทางจิตได้ ซึ่งสามารถนำมาสรุปได้
ดังนี้



แผนภูมิที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์กับการปรับตัว
(Andrews & Roy 1991 : 243)

แนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์เนื่องมาจากการถูกตัดขา

การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือ และส่งเสริมสมรรถภาพในการปรับตัวของผู้ป่วยต้องคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทั้งนี้พยาบาลต้องมีความเชื่อว่า ผู้ป่วยเป็นบุคคลหนึ่งที่มีศักดิ์ศรี มีความต้องการและมีความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกับคน ความแตกต่างระหว่างบุคคลเกิดขึ้นเนื่องจากผลที่ได้รับจากการเลี้ยงดูอบรม พื้นฐานความเชื่อและวัฒนธรรมที่ต่างกันออกไป ผู้ป่วยย่อมมีสิทธิที่จะได้รับบริการทางสุขภาพที่ดีเช่นเดียวกับผู้อื่น มีสิทธิที่จะได้รับรู้และตัดสินใจที่จะรับการรักษาพยาบาล ตามความต้องการของตน การช่วยเหลือผู้ป่วยจึงต้องค้นหาถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและศึกษาสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจอย่างแท้จริง

เทเลอร์และบาลเลนเจอร์ (Taylor & Ballenger 1980 : 29) ได้เปรียบเทียบพยาบาลว่าเป็นเสมือนบิดาหรือมารดาที่ดีของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่เอาใจใส่ สืบค้นให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย ช่วยเหลือให้ความปลอดภัยและความมั่นคงแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

ในขณะที่ผู้ป่วยพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย ผู้ป่วยจะมีความไวต่อการรับรู้ต่อปฏิกิริยาของบุคคลในครอบครัว รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพ นักวิทยาศาสตร์ในการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ ความรู้สึกเศร้าเสียใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกภาคภูมิใจและการยอมรับในคุณค่าของตนเองต่ำ (Low Self-esteem) อันเป็นผลจากการสูญเสียส่วนของร่างกายจากการผ่าตัด หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนนั้น การให้การพยาบาลต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสภาพร่างกาย เช่น บุคลิกภาพของผู้ป่วย ความสำคัญของอวัยวะที่สูญเสีย เจตคติจากบุคคลอื่น เป็นต้น ในขณะที่มีความรู้สึกภาคภูมิใจ และการยอมรับในคุณค่าของตนเองต่ำลง หรือมีภาวะที่คุกคามตนเองเกิดขึ้น บุคคลมีความต้องการอย่างมากในการแสวงหาบุคคลอื่นที่สามารถให้ความช่วยเหลือสนับสนุน รวมทั้งต้องการการป้องกันกลับจากบุคคลอื่น ซึ่งแสดงถึงคุณค่าแห่งตนและความสามารถที่ยังคงมีอยู่ ดังนั้นในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจึงมีความต้องการที่จะได้รับความเอาใจใส่ ความรัก ความสนใจเพิ่มมากขึ้นจากบุคคลอื่น ๆ เช่น เพื่อน บุคคลในครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ (Maire 1981 : 26)

พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจถึงปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงได้เร็วมากขึ้น นอกจากนั้นยังช่วยผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายในด้านต่าง ๆ ไปในทางที่ดี ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและสามารถดำรงชีวิตในสภาพจำกัดของร่างกายได้เป็นอย่างดี (Beland & Passos 1981 : 517)

เป้าหมายการพยาบาลตามทฤษฎีของรอย คือ การส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ทัศนคติ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย จะเริ่มตั้งแต่การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย (assessment of behavior) ซึ่งเป็นการประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยในแต่ละด้าน และการประเมินสิ่งเร้า (assessment of stimuli) ทั้งจากภายในและภายนอกตัวบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย เพื่อกำหนดวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) ตามพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการรับรู้และการปรับตัวต่อการสูญเสียของผู้ป่วย นำไปสู่การกำหนดวัตถุประสงค์และการวางแผนการพยาบาล (goal setting) และการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องและ

เหมาะสม (intervention) (Andrews & Roy 1991 : 27-49) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ความไว้วางใจจะเป็นสื่อกลางที่ช่วยให้พยาบาลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน เมื่อผู้ป่วยมีความไว้วางใจพยาบาล พยาบาลก็จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ได้ ถ้าพยาบาลกับผู้ป่วยไม่สามารถสร้างความไว้วางใจระหว่างกัน การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลอาจจะไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุมสมบูรณ์เท่าที่ควรจะเป็น (Carlson 1980 : 125 ; Murray 1972 : 699) การสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วยนั้น พยาบาลจะต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างเสมอต้นเสมอปลาย ในการให้ความรัก ความเอาใจใส่ยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย นอกจากนั้นการแสดงออกถึงความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกและเชื่อว่าพยาบาลเป็นผู้มีความสามารถอันที่จะช่วยผู้ป่วยได้ สิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจในคำพยาบาลมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยก็จะเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริง และให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลอย่างเต็มที่

จุดประสงค์ของการให้การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ คือ ทำให้ผู้ป่วยมีศักยภาพสูงสุดเพื่อทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป มุ่งให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองอย่างเต็มที่และถูกต้อง ซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตจนสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป (Stuart & Sundeen 1983 : 269) ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้และความเข้าใจพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออก สามารถประเมินสภาพได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใดของกระบวนการเศร้าโศก และปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับระยะนั้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี อันจะนำไปสู่การปรับตัวได้ในที่สุด

การปฏิบัติการพยาบาลในระยะต่าง ๆ ของกระบวนการเศร้าโศก พอสรุปได้ดังนี้

1. ระยะช็อกและไม่เชื่อ (shock and disbelief) บทบาทของพยาบาลอันดับแรกคือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์และพฤติกรรมปฏิเสธ นอกจากนั้นควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบาย หรือแสดงความรู้สึกต่าง ๆ ต่อการสูญเสียนั้น การที่พยาบาลช่วยเหลือในลักษณะที่เร่งเร้าให้ผู้ป่วยเผชิญกับความจริงเร็วเกินไป จะทำให้เกิดผลเสียอย่างรุนแรง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจะยิ่งเพิ่มการปฏิเสธความจริงยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงจะไม่ใช้ระยะเวลานานเกินไป จนทำให้ระยะเวลาของการปฏิเสธยืดเยื้อ (Maire 1981 : 259 ; Taylor & Ballenger 1980 : 262) พยาบาลต้องแสดงออก

ให้ผู้ป่วยทราบว่า พยาบาลเข้าใจถึงความรู้สึกต่อการสูญเสียของผู้ป่วย แสดงความเห็นอกเห็นใจ ประคับประคองและให้กำลังใจ รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ ไม่ควรแสดงความคิดเห็นหรือวิจารณ์ใด ๆ (Lambert & Lambert 1985 : 42) เมื่อใดที่ผู้ป่วยเริ่มต้องการข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ย่อมแสดงว่าผู้ป่วยยอมรับความจริงได้ พยาบาลควรให้ข้อมูลที่ เป็นความจริงมากขึ้นทีละน้อย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและสั้น (Hudak , et al 1982 : 374 ; Warner-Beland 1980 : 60) อย่างไรก็ตาม สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการพยาบาลระยะนี้ก็คือ การดูแลและการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ขณะที่อยู่ในระยะของการปฏิเสธนี้ได้ (Lambert & Lambert 1985 : 42)

2. ระยะผู้ป่วยเริ่มรับรู้ต่อสิ่งที่สูญเสียไป (developing awareness of the loss) เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความจริงกับการเปลี่ยนแปลงสภาพของร่างกาย ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธ ก้าวร้าว ซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยแยกตนเองและมีความรู้สึกว่าคุณค่าแห่งตนเองลดลง ผู้ป่วยอาจจะมีการกล่าวโทษผู้อื่นต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดขณะนั้น อาจเป็นพยาบาล บุคคลในครอบครัวหรือแม้กระทั่งตัวผู้ป่วยเอง อาจพูดด้วยวาจาว่าก้าวร้าว พฤติกรรมก็แสดงออกถึงการเรียกร้อง ไม่อดทน พยาบาลต้องเข้าใจว่าการแสดงออกของผู้ป่วยนั้น สืบเนื่องมาจากการสูญเสียที่เกิดขึ้น (Lambert & Lambert 1985 : 45-46) พยาบาลควรประเมินดูว่า การแสดงออกของผู้ป่วยนั้นเนื่องมาจากสาเหตุใด มีความวิตกกังวลในเรื่องใด หรือการสูญเสียกระทบกระเทือนหรือบั่นทอนความสำนึกในคุณค่าความเป็นบุคคลมากนักน้อยเพียงใด โดยการเปิดโอกาสหรือกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกมากที่สุด หลีกเลี่ยงการแสดงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ (Beland & Passos 1981 : 377) พยาบาลควรชี้แนะอธิบายถึงพฤติกรรมและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออก พร้อมทั้งชี้แนวทางในการปฏิบัติแก่ผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ให้กำลังใจ นอกจากนั้นการอธิบายเหตุผลให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการพยาบาล ตลอดจนคำอธิบายเกี่ยวกับโรคและคำแนะนำต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้ จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ การให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยจะต้องเป็นความจริง ไม่ควรให้ความหวังผิด ๆ หรือแสดงความยินดียิ่งเกินควร (Weston 1972 : 19)

3. ระยะชดเชยหรือยอมรับต่อการสูญเสีย (restitution) ระยะนี้จะเป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อม (Hudak , et al 1982 : 174) เริ่มเข้าใจความเป็นจริงและคิดถึงอนาคต ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มตระหนักถึง

ความต้องการความช่วยเหลือและคำอธิบายที่จะช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ (Waston 1972 : 19) ดังนั้นการให้ข้อมูลต่าง ๆ การสนับสนุนให้กำลังใจและส่งเสริมความมั่นใจจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนั้นพยาบาลต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีบุคลิกภาพและศักยภาพแตกต่างกัน การพยาบาลจึงต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยมีการพึ่งตนเองและรับผิดชอบต่อความเป็นศักยภาพของตน

ความสำเร็จของพยาบาลในการส่งเสริมการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมของผู้ป่วยนั้น นอกจากจะให้การพยาบาลโดยเน้นทางด้านจิตใจแล้ว การพยาบาลทางด้านร่างกายก็เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง การกระตุ้นและดูแลให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและฝึกกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นการเสริมกำลังกล้ามเนื้อ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึก เกี่ยวกับคุณค่าแห่งตนดีขึ้น

ครอบครัวก็มีส่วนช่วยในการปรับตัวของผู้ป่วย พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อการปรับตัวของผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยาและบุตร จะต้องแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและมีคุณค่าต่อครอบครัวเหมือนเดิม ส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจ ประคับประคองและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับต่อสภาพที่เปลี่ยนแปลงได้ (Haris , Grur & Naughton 1973 : 134) โดยเฉพาะการถูกตัดขาอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ นั้น เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติ ครอบครัวที่มีปฏิกิริยาตอบสนองเช่นเดียวกับผู้ป่วย คือ มีทั้งช็อคและปฏิเสธเช่นเดียวกัน (Friedman-Campbell & Hart 1984 : 339) พยาบาลมักคาดหวังให้ครอบครัวใกล้ชิดให้ความรัก เอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี คาดหวังว่าเมื่อพยาบาลสอนหรือแนะนำสิ่งใด ครอบครัวจะสามารถปฏิบัติตามได้ แต่เนื่องจากครอบครัวจะต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติเช่นเดียวกับผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องคำนึงถึงปฏิกิริยาของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย และยอมรับปฏิกิริยาของครอบครัวด้วย (Phipp , et al 1979 : 616) ทั้งนี้เพื่อให้ครอบครัวร่วมมือในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดียิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่า ภาพลักษณ์เป็นส่วนที่สร้างและผสมผสานเป็นบุคลิกภาพของบุคคล ความมีคุณค่า และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Robert 1976 : 76 ; Robert 1978 : 267-268 ; Norris 1978 : 5) ภาพลักษณ์สามารถเปลี่ยนแปลงได้จากการเรียนรู้ การรับรู้ต่อตนเองและพฤติกรรมของบุคคล ตลอดจนความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง ซึ่งอาจเป็นผลกระทบจากบุคคลอื่นและจากสิ่งแวดล้อม การถูกตัดขาจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์

ของบุคคลภายหลังการผ่าตัด และยังมีผลต่อสภาพจิตใจและสังคมของผู้ป่วย ผลที่เกิดจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการวิเคราะห์ปัญหาที่จะทำให้บุคคลเข้าใจและปรับตัวได้กับปัญหานั้น (Christopherson , Coulter & Wolanin 1974 : 252-255) พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มภายหลังเกิดการบาดเจ็บหรือเกิดภาวะเจ็บป่วย พยาบาลจึงควรให้การช่วยเหลือบุคคลเหล่านั้นให้มีความรู้ลึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนบนทางที่ดี ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวให้เข้ากับสภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ได้เหมาะสมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้ป่วยที่ถูกตัดขา (Amputee) ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกทางออร์โธปิดิกส์ หรือที่หน่วยกายอุปกรณ์เทียมของโรงพยาบาลต่าง ๆ เหล่านี้คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยไม่จำกัดสาเหตุที่ถูกตัดขา เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสียขาจนถึงปัจจุบันและระดับของการถูกตัดขา

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกผู้ป่วยจำนวน 150 รายตามเกณฑ์ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุระหว่าง 15-65 ปี
2. ได้รับการตัดขามานานน้อยกว่า 1 เดือน
3. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี
4. มีสภาพร่างกายและจิตใจที่พร้อมจะตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสียขา ระดับที่ถูกตัดขา สาเหตุของการถูกตัดขาและการใส่ขาเทียม
2. แบบสอบถามเรื่องภาพลักษณ์ในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาจากตำรา เอกสารวารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของแบบสอบถาม

ประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรู้สึก ความคิดเห็นและการรับรู้ที่มีต่อร่างกายในด้านต่าง ๆ ภายหลังการถูกตัดขา โดยลักษณะข้อความในแบบสอบถามมีทั้งหมด 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

2.1 ด้านรูปร่างลักษณะภายนอกของตน หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นและการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อรูปร่างลักษณะภายนอกของตนภายหลังการถูกตัดขา ได้แก่ ข้อที่ 1-9

2.2 ด้านการหาหน้าที่และความสามารถของร่างกาย หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นและการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อความสามารถของร่างกายตน ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ภายหลังการถูกตัดขา ได้แก่ข้อที่ 10-15 และข้อ 22

2.3 ด้านการรับรู้ของตนเองจากปฏิริยาของบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคมที่มีต่อร่างกายตน หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นและการรับรู้ของผู้ป่วยจากปฏิริยาของบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา สมาชิกในครอบครัว และเพื่อน เพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วยภายหลังการถูกตัดขา ได้แก่ข้อที่ 16-21

ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 อันดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประขณั้น	ไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย
เห็นด้วยบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประขณั้น	ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเป็นบางครั้ง
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประขณั้น	ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านปานกลาง
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความในประขณั้น	ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านบ่อยครั้ง หรือค่อนข้างมาก
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประขณั้น	ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเป็นประจำหรือมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ โดยข้อความด้านบวกมีจำนวน 9 ข้อ คือข้อ 1 , 4 , 7 , 8 , 13 , 14 , 15 , 16 , 22 พิจารณาให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1	คะแนน
----------------------	-----	---	-------

เห็นด้วยบ้างเล็กน้อย	ให้	2	คะแนน
----------------------	-----	---	-------

เห็นด้วยปานกลาง	๖	3	คะแนน
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	๖	4	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	๖	5	คะแนน

ข้อความด้านลบมีจำนวน 13 ข้อ คือข้อ 2 , 3 , 5 , 6 , 9 , 10 , 11 , 12 , 17 , 18 , 19 , 20 , 21 พิจารณาให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	๖	5	คะแนน
เห็นด้วยบ้างเล็กน้อย	๖	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	๖	3	คะแนน
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	๖	2	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	๖	1	คะแนน

คะแนนของภาพลักษณ์ในผู้บ่าวที่ถูกคัดเลือกเป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามภาพลักษณ์ทั้งฉบับ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 22 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 110 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง ภาพลักษณ์ของผู้บ่าวดี คะแนนต่ำ หมายถึง ภาพลักษณ์ของผู้บ่าวไม่ดี

3. แบบสอบถามการปรับตัว เป็นแบบสอบถามการปรับตัวในผู้บ่าวที่ถูกคัดเลือกซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทรา เอกสารวารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมแนวทฤษฎีของรอย จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 2 หมวด

หมวดที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมปรับตัวภายหลังการถูกคัดเลือกตามความต้องการด้านร่างกาย มีข้อคำถามทั้งสิ้น 13 ข้อ แต่ละข้อมีพฤติกรรมปรับตัวให้เลือก 4 ระดับ คือ

ข้อ 1. ปรับตัวไม่ได้	หมายถึง	มีการปรับตัวด้านร่างกายอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องปรับ
ข้อ 2. ปรับตัวได้เล็กน้อย	หมายถึง	มีการปรับตัวด้านร่างกายอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ
ข้อ 3. ปรับตัวได้ปานกลาง	หมายถึง	มีการปรับตัวด้านร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง
ข้อ 4. ปรับตัวได้มาก	หมายถึง	มีการปรับตัวด้านร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การให้คะแนน

ปรับตัวไม่ได้	๖	1	คะแนน
ปรับตัวได้เล็กน้อย	๖	2	คะแนน
ปรับตัวได้ปานกลาง	๖	3	คะแนน
ปรับตัวได้มาก	๖	4	คะแนน

หมวดที่ 2 ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวด้านอารมณ์ทัศนคติ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน จำนวน 34 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีพฤติกรรมหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นปานกลาง
มาก	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเป็นประจำ

เกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ โดย

ข้อความด้านบวก มีจำนวน 15 ข้อ คือข้อ 1 , 5 , 8 , 9 , 11 , 12 , 13 , 17 , 20 , 21 , 22 , 24 , 25 , 26 , 33 พิจารณาให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย	ให้	1	คะแนน
เล็กน้อย	ให้	2	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
มาก	ให้	4	คะแนน

ข้อความด้านลบ มีจำนวน 19 ข้อ คือข้อ 2 , 3 , 4 , 6 , 7 , 10 , 14 , 15 , 16 , 18 , 19 , 23 , 27 , 28 , 29 , 30 , 31 , 32 , 34 พิจารณาให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย	ให้	4	คะแนน
เล็กน้อย	ให้	3	คะแนน
ปานกลาง	ให้	2	คะแนน
มาก	ให้	1	คะแนน

คะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกศึกษา เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามการปรับตัว ทั้งฉบับ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 47 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 188 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง การปรับตัวของผู้ป่วยเหมาะสม คะแนนต่ำหมายถึงการปรับตัวของผู้ป่วยไม่เหมาะสม

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

1. แบบสอบถามภาพลักษณ์ผู้ป่วยที่ถูกศึกษา นำมาหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้พิจารณา ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความเหมาะสม

ของภาษาที่ใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดประกอบด้วย

จิตแพทย์	1	ท่าน
นักจิตวิทยาคลินิก	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้ชำนาญการดูแลผู้ป่วยทางออโรโธดิกส์	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้ชำนาญการดูแลผู้ป่วยทางศัลยกรรม	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้ชำนาญการเกี่ยวกับทันตวิทยาการพยาบาล	1	ท่าน

2. แบบสอบถามการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา นำมาหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้พิจารณา ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของ ภาษาที่ใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดประกอบด้วย

จิตแพทย์	1	ท่าน
นักจิตวิทยาคลินิก	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้ชำนาญการดูแลผู้ป่วยทางออโรโธดิกส์	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้ชำนาญการเกี่ยวกับทันตวิทยาการพยาบาล	2	ท่าน

หลังจากการผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมา ปรับปรุงแก้ไข ทั้งด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้งหนึ่ง

การหาความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ถูกตัดขาที่มี ลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 20 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ซึ่งมี สูตร ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร 2529 : 52)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{Sx^2} \right]$$

เมื่อ α หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n หมายถึง จำนวนข้อในแบบสอบถาม

$\sum Si^2$ หมายถึง ผลรวมความแปรปรวนของคะแนนในแต่ละข้อ

Sx^2 หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาพลักษณ์	เท่ากับ	0.82
ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปรับตัว หมวดที่ 1	เท่ากับ	0.77
ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปรับตัว หมวดที่ 2	เท่ากับ	0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามวันและเวลา ดังนี้

โรงพยาบาลศิริราช	ทุกวันจันทร์	เวลา 08.00-12.00 น.
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	ทุกวันอังคาร	เวลา 08.00-12.00 น.
โรงพยาบาลเลิดสิน	ทุกวันพุธ	เวลา 08.00-12.00 น.
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	ทุกวันศุกร์	เวลา 08.00-12.00 น.

ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกออร์โธปิดิกส์ และหัวหน้าแผนกกายอุปกรณ์เทียมของโรงพยาบาลดังกล่าว เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่ตรงตามลักษณะที่กำหนดไว้ จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มาติดตามผลการรักษาที่แผนกออร์โธปิดิกส์ที่ผู้ป่วยนอก หรือที่แผนกกายอุปกรณ์เทียมของโรงพยาบาลดังกล่าว บันทึกรายชื่อและวันที่มารับการตรวจตามแพทย์นัด

2. เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ขณะที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจรักษา ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

3. เมื่อผู้ป่วยตกลงให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามมาให้ พร้อมทั้งอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจ จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวและแบบสอบถามการปรับตัวเป็นฉบับแรก แบบสอบถามภาพลักษณ์เป็นฉบับที่สองตามลำดับ โดยการแจกทีละฉบับ และให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามโดยไม่มีจำกัดเวลา ระหว่างที่ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามนั้น ผู้วิจัยอยู่หน้าบริเวณที่ผู้ป่วยจะซักถามได้ทันทีเมื่อมีข้อสงสัย หลังจากผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเสร็จ

แล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบแบบสอบถามทุกข้อ ถ้าพบว่าผู้บวชลืมตอบในข้อใด ผู้วิจัยทำการซักถามเพื่อให้ได้คำตอบครบถ้วน

3.2 ผู้บวชที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ หรือมีปัญหาในการอ่าน ผู้วิจัยได้อ่านข้อความแบบสอบถามให้ผู้บวชฟังทีละข้อ ให้ผู้บวชเป็นผู้เลือกตอบ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ทำเครื่องหมายลงในแบบสอบถามให้

ในการที่ผู้บวชตอบแบบสอบถามในเวลาเดียวกันหลายคน ผู้วิจัยได้จดจำผู้บวชนั่งห่างกันเพื่อมิให้มีการปรึกษากัน

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน เป็นผู้บวชจากโรงพยาบาลศิริราช 61 คน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 56 คน โรงพยาบาลเลิดสิน 36 คน และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 3 คน

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด มาคิดคะแนนและนำคะแนนไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS^X (Statistical Package for the Social Sciences) ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลทั่วไป
2. หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาพลักษณ์และการปรับตัวรายด้านและโดยรวม
3. หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาพลักษณ์และการปรับตัวเป็นรายข้อ แล้วประเมินค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้จาก เกณฑ์ซึ่งกำหนดจากจุดกึ่งกลางของแต่ละช่วงคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาพลักษณ์

ค่าเฉลี่ยที่อยูในช่วง 1.00–1.49 หมายถึง มีความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนเองไม่ดี

ค่าเฉลี่ยที่อยูในช่วง 1.50–2.49 หมายถึง มีความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนเองค่อนข้างไม่ดี

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 2.50-3.49 หมายถึง มีความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนเอง
ปานกลาง

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 3.50-4.49 หมายถึง มีความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนเองที่

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 4.50-5.00 หมายถึง มีความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนเอง
ดีมาก

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัว

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 1.00-1.49 หมายถึง มีการปรับตัวอยู่ในเกณฑ์ต่ำหรือ
ต้องปรับปรุงแก้ไข

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 1.50-2.49 หมายถึง มีการปรับตัวอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 2.50-3.49 หมายถึง มีการปรับตัวอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 3.50-4.00 หมายถึง มีการปรับตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ

4. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product
moment correlation coefficient) ระหว่างปัจจัยแต่ละประการ คือ อายุ
สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสีย ระดับที่ถูกศึกษา ภาพลักษณ์และการปรับตัว

และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่า
t (t) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (วชิธร เกตุสิงห์ 2526 : 28)

$$t = \frac{r \sqrt{N-2}}{1-r^2}$$

เมื่อ N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

df = N-2

r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละตัวกับการปรับตัว

5. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation
coefficient) ระหว่างตัวทำนายทั้งหมด ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสีย
ระดับที่ถูกศึกษา ภาพลักษณ์ กับการปรับตัว ซึ่งเป็นตัวเกณฑ์ โดยผู้วิจัยเลือกใช้วิธี
วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นค่อน (Stepwise multiple regression) ซึ่งมีการเลือก
ตัวทำนายเข้าในวิเคราะห์ในแต่ละขั้น เริ่มจากขั้นที่ 1 จนถึงขั้นสุดท้าย จากตัวทำนายที่มีความ

สัมพันธ์กับตัวเกณฑ์มากที่สุด จนถึงตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับตัวเกณฑ์น้อยที่สุด ตามลำดับดังนี้

5.1 ขั้นแรกหาตัวแปรอิสระตัวหนึ่ง โดยดูความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากที่สุด มาวิเคราะห์และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในขั้นที่ 1 หลังจากนั้นพิจารณาผลการวิเคราะห์ โดยดูค่าเอฟส่วนรวม (overall F) ถ้าพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในขั้นนี้มีนัยสำคัญ จะพิจารณาค่า t ที่ใช้ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอย (b) ของตัวทำนายตัวแรก ถ้าพบว่ามีความมีนัยสำคัญ แสดงว่าตัวทำนายตัวแรกนี้เป็นตัวทำนายที่ดีกว่าตัวที่เลือกตัวแรก

5.2 ขั้นที่ 2 หาตัวแปรอิสระตัวที่ 2 ที่เมื่อมารวมกับตัวทำนายตัวแรกแล้ว สามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้มากกว่าตัวอื่น ๆ และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในขั้นที่ 2 หลังจากนั้นพิจารณาผลการวิเคราะห์ โดยดูค่าเอฟส่วนรวม และเมื่อพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในขั้นนี้มีนัยสำคัญ จะพิจารณาค่า t ที่ใช้ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายตัวแรก และตัวทำนายตัวที่ 2 ถ้ามีความมีนัยสำคัญแสดงว่าตัวทำนายตัวแรกและตัวทำนายตัวที่ 2 เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดชุดหนึ่ง

5.3 ขั้นต่อ ๆ ไป ก็หาตัวแปรอิสระตัวอื่น ๆ ที่ยังคงเหลืออยู่ มาเข้าสมการต่อ ๆ ไปตามลำดับ มาวิเคราะห์สมการถดถอย และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในขั้นต่อ ๆ ไป หลังจากนั้นพิจารณาวิเคราะห์โดยดูค่าเอฟส่วนรวมในข้อ 2 จนกระทั่งค่า t ที่ใช้ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอย (b) ในขั้นนั้น ๆ ไม่มีนัยสำคัญ แสดงว่าตัวทำนายตัวสุดท้ายในขั้นนั้น จะใช้เป็นตัวทำนายไม่ได้ ถึงแม้ค่าเอฟส่วนรวมในขั้นนี้จะมีความมีนัยสำคัญก็ตาม ดังนั้นกลุ่มของตัวทำนายที่ใช้ทำนายได้ดีที่สุด จึงเป็นชุดของตัวทำนายที่อยู่ในขั้นก่อนขั้นที่ 1 ขึ้น การค้นหาตัวทำนายก็จะสิ้นสุดลงและได้กลุ่มตัวทำนายที่เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดชุดหนึ่ง

เนื่องจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สันและสัมประสิทธิ์พหุคูณกำหนดไว้ว่าตัวแปรที่จะนำมาคำนวณต้องเป็นตัวแปรที่วัดค่าในระดับอันดับกลางขึ้น (interval scale) ขึ้นไป (ยูวตี ภาวษา และคณะ 2526 : 338) ดังนั้น ในการคำนวณจึงปรับตัวแปรที่วัดค่าในระดับนามบัญญัติดังนี้คือ ปรับตัวแปรที่วัดค่าในระดับนามบัญญัติ (nominal scale) เป็นตัวแปรในระดับอันดับกลางขึ้น ดังนี้

สถานภาพสมรส กำหนดค่าให้

โสด หย่าร้าง หย่า แยกกันอยู่	=	1
คู่	=	2

ระดับความพิการ กำหนดค่าให้

ระดับที่ 5 การถูกตัดขา ระดับข้อสะโพก (Hip disarticulation)	=	1
ระดับที่ 4 การถูกตัดขา ระดับเหนือเข่า (Above knee amputation)	=	2
ระดับที่ 3 การถูกตัดขา ระดับข้อเข่า (Knee disarticulation)	=	3
ระดับที่ 2 การถูกตัดขา ระดับใต้เข่า (Below knee amputation)	=	4
ระดับที่ 1 การถูกตัดขา ระดับข้อเท้า (Syne amputation)	=	5

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา ผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1. จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	23	15.3
ชาย	127	84.7
อายุ (ปี)		
15-25	40	26.7
26-35	53	35.3
36-45	23	15.3
46-55	16	10.7
56-65	18	12.0
สถานภาพสมรส		
โสด , หย่า / ฆ่า / แยกกันอยู่	73	48.7
คู่	77	51.3
ระยะเวลาที่สูญเสียขา (เดือน)		
1-24	69	46.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
25-48	12	8.0
49-72	16	10.7
73-96	10	6.7
97-120	8	5.3
>120	35	23.3
ระดับการศึกษา		
ระดับที่ 1 การถูกตัดขาระดับข้อเท้า (Syme amputation)	8	5.3
ระดับที่ 2 การถูกตัดขาระดับใต้เข่า (Below knee amputation)	83	55.3
ระดับที่ 3 การถูกตัดขาระดับเข่า (Knee disarticulation)	9	6.0
ระดับที่ 4 การถูกตัดขาระดับเหนือเข่า (Above knee amputation)	44	29.0
ระดับที่ 5 การถูกตัดขาระดับข้อสะโพก (Hip disarticulation)	6	4.0
สาเหตุของการถูกตัดขา		
อุบัติเหตุ	119	79.3
โรค	27	18.0
ความพิการแต่กำเนิด	4	2.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การใส่ยาเข็ม		
ใส่ยาเข็มแล้ว	93	62.0
อยู่ในระหว่างการลองใส่ยาเข็ม	41	27.3
ยังไม่ได้ใส่ยาเข็ม	16	10.7

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 84.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 26-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.3 มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 51.3 ระยะเวลาที่สูญเสียขาอยู่ในช่วง 1-24 เดือนคิดเป็นร้อยละ 46 และมีการถูกตัดขาในระดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 55.3 นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุของการถูกตัดขาส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุคิดเป็นร้อยละ 79.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการใส่ยาเข็มแล้วคิดเป็นร้อยละ 62.0

2. ข้อมูลเกี่ยวกับช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรภาพลักษณ์และการปรับตัว

ตารางที่ 2. ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาพลักษณ์รายด้านและโดยรวม

แบบสอบถาม	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	S.D.
	ของแบบสอบถาม	ของกลุ่มตัวอย่าง		
ภาพลักษณ์รายด้าน				
ด้านรูปร่างและลักษณะ ภายนอก	9-45	11-45	27.66	6.65
ด้านการทำหน้าที่และความ สามารถของร่างกาย	7-35	11-35	23.61	5.46
ด้านการรับรู้ของตนเองจาก ปฏิกิริยาของบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคม	6-30	9-30	24.49	4.46
ภาพลักษณ์โดยรวม	22-110	37-107	75.77	13.92

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของภาพลักษณ์ด้านรูปร่างและลักษณะภายนอกเท่ากับ 27.66 จากคะแนนต่ำสุด 9 และคะแนนสูงสุด 45 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.65 ด้านการทําหน้าที่และความสามารถของร่างกายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.61 จากคะแนนต่ำสุด 7 และคะแนนสูงสุด 35 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.46 ด้านการรับรู้ของตนเองจากปฏิกริยาของบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.49 จากคะแนนต่ำสุด 6 คะแนนสูงสุด 30 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.46 และภาพลักษณ์โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.77 จากคะแนนต่ำสุด 22 คะแนนสูงสุด 110 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.92

ตารางที่ 3. ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวรายด้านและ
โดยรวม

แบบสอบถาม	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	S.D.
	ของแบบสอบถาม	ของกลุ่มตัวอย่าง		
การปรับตัวรายด้าน				
ด้านร่างกาย	13-52	27-52	42.67	4.82
ด้านอารมณ์ทัศน	19-76	27-76	55.38	9.65
ด้านบทบาทหน้าที่	8-32	13-32	25.50	3.96
ด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน	7-28	8-28	19.48	4.35
การปรับตัวโดยรวม	47-188	91-181	143.03	18.23

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการปรับตัวด้านร่างกายเท่ากับ 42.67 จากคะแนนต่ำสุด 13 คะแนนสูงสุด 52 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.82 ด้านอารมณ์ทัศนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.38 จากคะแนนต่ำสุด 19 คะแนนสูงสุด 76 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.65 ด้านบทบาทหน้าที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.50 จากคะแนนต่ำสุด 8 คะแนนสูงสุด 32 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.96 ด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกันมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.48 จากคะแนนต่ำสุด 7 คะแนนสูงสุด 28 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.35 และการปรับตัวโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 143.03 จากคะแนนต่ำสุด 47 คะแนนสูงสุด 188 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 18.23

ตารางที่ 4. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงถึงความรู้สึก ความคิดเห็นและการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ จานแนตามรายข้อย่อยในแต่ละด้าน (N = 150)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยบ้าง เห็นด้วย เห็นด้วยค่อนข้าง เห็นด้วย แปลความ							ระดับคะแนน
	$\bar{X}$	S.D.	อย่างยิ่ง	เล็กน้อย	ปานกลาง	ช้งมาก	มากที่สุด	
<u>ด้านรูปร่างและลักษณะภายนอก</u>								
1. ท่านพึงพอใจใน								
รูปร่าง.....	2.38	1.33	37.3	17.3	24.0	12.7	8.6	ค่อนข้างไม่เห็น
2. ร่างกายของท่าน								
น่าดู.....	3.44	1.29	24.7	28.0	26.0	9.3	12.0	ปานกลาง
3. ความสวยงาม /								
ความหล่อ....	3.3	1.3	20.0	27.3	26.7	11.3	14.0	ปานกลาง
4. น้ำหนักตัวของ								
ท่าน.....	3.09	1.38	15.3	21.3	25.3	15.3	22.7	ปานกลาง
5. แผลที่เกิดจาก								
การผ่าตัด...	3.58	1.31	30.7	28.7	19.3	10.7	10.7	ค
6. การผ่าตัดครั้งนี้								
ทำให้ท่านสุข-								
เสีความ...	2.74	1.44	15.3	18.0	22.0	14.7	30.0	ปานกลาง
7. ท่านยังคง เป็นที่								
น่าสนใจของ.	2.68	1.18	18.7	24.0	38.9	9.3	10.0	ปานกลาง
8. การเลือกใส่								
เสื้อผ้าของท่าน								
ยังทำให้....	3.08	1.5	12.7	20.0	32.7	16.0	18.7	ปานกลาง
9. ท่านไม่สามารถ								
เลือกใส่....	3.38	1.5	34.0	18.7	15.3	15.3	16.7	ปานกลาง

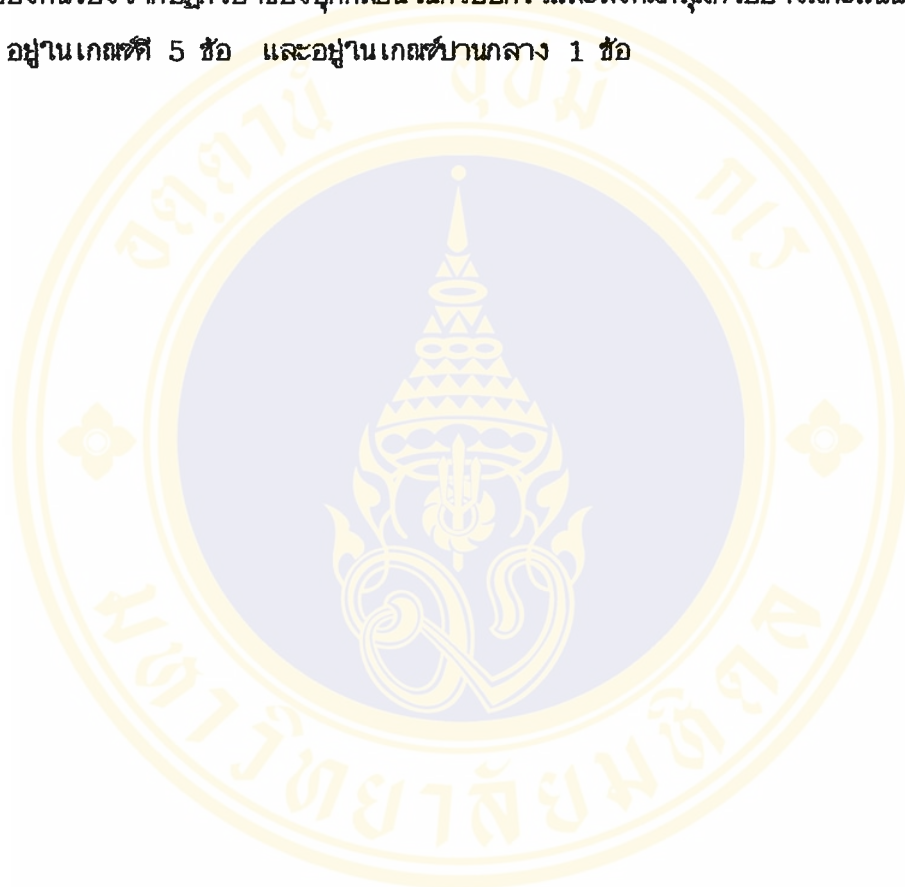
ตารางที่ 4. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงถึงความ
รู้สึก ความคิดเห็นและการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ จำนวนตามรายข้อย่อยในแต่ละด้าน
(N = 150) (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	ปานกลาง	ข้างมาก	มากที่สุด	แปลความ ระดับคะแนน
<u>ด้านการทำหน้าที่และความสามารถของร่างกาย</u>								
10. ท่านรู้สึกว่ ร่างกาย....	3.6	1.24	29.3	28.7	20.7	14.7	6.7	ดี
11. ท่านช่วยเหลือ ตนเองใน...	3.73	1.12	29.3	32.0	26.0	7.3	5.3	ดี
12. ท่านรู้สึกว่... ไม่...	2.93	1.32	11.3	29.3	21.3	17.3	20.7	ปานกลาง
13. ท่านสามารถ ประกอบ อาชีพเดิม...	3.12	1.42	17.3	18.0	25.3	14.0	25.3	ปานกลาง
14. ท่านสามารถ เดินหรือ...	2.97	1.36	19.3	17.3	28.7	16.7	18.0	ปานกลาง
15. ท่านคิดว่ากา รใส่แว่นตา จะช่วยให้...	3.39	1.32	10.7	14.7	26.7	20.7	27.3	ปานกลาง
<u>ด้านการรับรู้ของตนเองจากบริการของบุคคลอื่นในสังคม</u>								
16. บุคคลอื่น ๆ ทั่วไปยังคง คบหา.....	3.79	1.18	5.3	8.0	25.3	24.7	36.7	ดี
17. ท่านไม่ค้อง- การให้เคร...	3.29	1.65	36.7	16.7	12.0	8.0	26.7	ปานกลาง

ตารางที่ 4. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงถึงความ
รู้สึกรู้สึก คิดเห็นและการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ จำนวนตามรายชื่อข้อย่อยในแต่ละด้าน
(N = 150) (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ไม่เห็นด้วย อย่างถึง ที่สุด	เห็นด้วย บ้าง	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย ค่อนข้าง มาก	เห็นด้วย มากที่สุด	แปลความ ระดับคะแนน
18. บุคคลใกล้ชิด ที่ทราบว่าคุณ ถูกฟัดคาน ครั้งนี้แสดง ท่าที.....	4.47	0.84	63.3	26.0	6.7	2.7	1.3	ดีมาก
19. บุคคลใกล้ชิด ของท่านมี ท่าที.....	4.15	1.28	58.7	19.3	9.3	3.3	9.3	ดี
20. บุคคลใกล้ชิด ของท่านมี ท่าที.....	4.39	1.02	66.0	17.3	10.0	3.3	3.3	ดี
21. ท่านรู้สึก ว่า บุคคลใกล้ชิด ของท่าน น่ากลัว.....	4.40	1.06	67.3	17.3	8.0	2.7	4.7	ดี
22. ท่านคิดว่า ผู้ที่ถูกคชช จะยังคงมี...	3.88	1.36	9.3	8.0	18.7	13.3	50.7	ดี

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาพลักษณ์ด้านรูปร่างและลักษณะภายนอกอยู่ใน
 เกณฑ์ 1 ข้อ อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง 7 ข้อ และอยู่ในเกณฑ์ดี 1 ข้อ ด้านการหาพื้นที่และ
 ความสามารถของร่างกาย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ 2 ข้อ อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง 4 ข้อ
 ด้านการรับรู้ของตนเองจากปฏิกิริยาของบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์
 มาก 1 ข้อ อยู่ในเกณฑ์ 5 ข้อ และอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง 1 ข้อ



ตารางที่ 5. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงถึงการปรับตัวด้านร่างกาย จานแนตามรายชื่อย่อย (N = 150)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	1	2	3	4	แปลความหมาย ของระดับคะแนน
การปรับตัวด้านร่างกาย							
1. การออกกำลังกายและการพักผ่อน							
1.1 การช่วยเหลือตนเอง ในการทํากิจวัตร ประจำวัน	3.53	0.59	0.00	6.00	52.7	41.3	ปกติ
1.2 การทำงานอดิเรก	3.14	0.96	4.7	25.3	21.3	48.7	ปานกลาง
1.3 ความสามารถในการ การออกกำลังกาย	2.58	1.12	20.7	30.0	20.0	27.3	ปานกลาง
1.4 การนอนหลับ	2.97	1.03	12.7	16.0	33.3	38.0	ปานกลาง
1.5 อาการอ่อนเพลีย	2.99	0.74	5.3	11.3	62.0	21.3	ปานกลาง
2. ภาวะโภชนาการ							
2.1 ความสามารถในการ การรับประทานอาหาร	3.66	0.62	0.7	6.0	20.0	73.3	ปกติ
3. การขับถ่าย							
3.1 การถ่ายอุจจาระ	3.58	0.71	3.3	2.7	26.7	67.3	ปกติ
3.2 การถ่ายปัสสาวะ	3.72	0.64	2.0	4.0	14.0	80.0	ปกติ
4. นอนและเกลื่อแร่							
4.1 ปริมาณการดื่มน้ำ	3.84	0.45	0.7	1.3	11.3	86.7	ปกติ
5. ออกซิเจนและการไหลเวียน							
5.1 อาการหน้ามืด หรือเวียนศีรษะ ขณะเดิน	3.57	0.64	1.3	4.0	31.3	63.3	ปกติ

ตารางที่ 5. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงถึงการปรับตัวด้านร่างกาย จำนวนตามรายชื่อย่อย (N = 150) (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	1	2	3	4	แปลความหมาย ของระดับคะแนน
6. การควบคุมการทรงตัวของร่างกาย							
6.1 อาการครั่นเนื้อ							
ครั่นตัว มีไข้	3.33	0.71	2.7	6.0	46.7	44.7	ปานกลาง
6.2 รู้สึกว่าขาบริเวณ ที่ถูกตัดออกไหมแล้ว							
ยังคงอยู่	2.71	1.03	18.7	16.0	41.3	24.0	ปานกลาง
6.3 อาการปวดขา บริเวณที่ถูกตัด							
ออกไหมแล้ว	3.23	0.82	2.0	18.7	34.0	45.3	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 6 ข้อและอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง 7 ข้อ

ตารางที่ 6 . ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงถึง การปรับตัว จำนวนตามรายชื่อย่อยในด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านพึงพาอาศัยระหว่างกัน

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	แปลความหมาย ของระดับคะแนน
<u>ด้านความรู้สึกรู้จักตนเอง</u>							
1. บุคคลที่ฉันยอมรับว่าท่าน....	3.02	0.78	3.3	19.3	49.3	28.0	ปานกลาง
2. ท่านรู้สึกโกรธตนเอง.....	2.91	1.16	44.0	22.0	15.3	18.7	ปานกลาง
3. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีเคราะห์..	2.09	1.12	13.3	26.7	15.3	44.7	ค่อนข้างต่ำ
4. ท่านรู้สึกน้อยใจในโชคชะตา..	2.38	1.12	18.0	34.7	14.7	32.7	ค่อนข้างต่ำ
5. ท่านมีความพึงพอใจใน.....	2.70	1.01	17.3	18.0	42.0	22.7	ปานกลาง
6. ท่านกลัวว่าท่านจะไม่สามารถ ประกอบอาชีพ /	2.83	1.23	46.0	14.0	17.3	22.7	ปานกลาง
7. ท่านเบื่อหน่ายข้อแก้ตัว.....	2.95	1.05	37.3	34.7	13.3	14.7	ปานกลาง
8. ท่านมีกำลังใจที่จะออกกำลังใจ..	3.00	1.13	17.3	11.3	25.3	46.0	ปานกลาง
9. ท่านภูมิใจใน.....	3.23	1.01	10.0	12.0	23.3	54.7	ปานกลาง
10. การผัดผ่อนครั้งนี้ทำให้ความ เชื่อมั่นในตนเองของท่าน....	2.67	1.07	26.0	34.7	20.0	19.3	ปานกลาง
11. ท่านรู้สึกว่าท่านยังโชคดี.....	3.23	0.95	8.0	12.0	28.7	51.3	ปานกลาง
12. ท่านยังคงเป็นคนที่มีคุณค่า....	3.33	0.88	5.3	11.3	28.7	54.7	ปานกลาง
13. ท่านยังคงเป็นคนที่มีคุณค่า....	2.92	0.89	4.7	29.3	35.3	30.7	ปานกลาง
14. ท่านเบื่อหน่ายตนเองที่.....	2.55	1.12	22.7	36.0	14.7	26.7	ปานกลาง
15. ท่านรู้สึกว่าบุคคลในครอบครัว หรือ เพื่อนร่วมงาน.....	3.15	1.04	52.7	19.3	18.7	9.3	ปานกลาง
16. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ..	2.76	1.1	31.3	33.3	15.3	20.0	ปานกลาง
17. ท่านคิดว่าผู้ที่ถูกศึกษา จะ สามารถให้ความสุขทางเพศ..	3.26	0.93	8.7	7.3	33.3	50.7	ปานกลาง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงถึง
การปรับตัว จำแนกตามรายชื่อย่อยในคำอันอุดมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านพึงพา
อาศัยระหว่างกัน (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	แปรความหมาย ของระดับคะแนน
18. ท่านคิดว่าความรู้สึและความ ต้องการทางเพศของ.....	3.03	1.04	46.7	17.3	28.0	8.0	ปานกลาง
19. ท่านคิดว่าการถูกตัดขาจะ เป็นอุปสรรคต่อ.....	3.37	0.97	64.0	18.0	9.3	8.7	ปานกลาง
<u>ด้านบทบาทหน้าที่</u>							
20. ท่านสามารถแก้ปัญหา.....	3.07	0.89	5.3	20.0	37.3	37.3	ปานกลาง
21. ท่านสามารถกลับมามีงาน..	2.83	1.07	16.0	18.7	32.0	33.3	ปานกลาง
22. ท่านสนใจหรือปฏิบัติตามคำ แนะนำของแพทย์.....	3.62	0.74	2.7	7.3	15.3	74.7	ปกติ
23. ท่านรู้สึก เบื่อหน่ายที่ต้อง....	3.18	1.06	54.7	20.7	12.7	12.0	ปานกลาง
24. ท่านมาตรวจตามแพทย์นัด....	3.55	0.82	4.7	7.3	16.0	72.0	ปกติ
25. เมื่อมีปัญหา เกี่ยวกับสุขภาพ... 3.07	1.06	11.3	18.0	22.7	48.0		ปานกลาง
26. ท่านยังคงทำหน้าที่ของสมาชิก ในครอบครัวได้.....	3.19	0.82	5.3	10.0	45.3	39.3	ปานกลาง
27. ท่านยังมีปัญหาในเรื่อง.....	2.99	0.87	30.7	46.0	15.3	8.0	ปานกลาง
<u>ด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน</u>							
28. ท่านรู้สึกไม่สบายใจที่ต้อง ขอความช่วยเหลือจาก.....	2.67	1.08	14.0	32.7	19.3	34.0	ค่อนข้างต่ำ
29. ท่านพึ่งพาสมาชิก.....	3.35	0.71	46.7	43.3	8.0	2.0	ปานกลาง
30. ท่านรู้สึกว่าถ้ายัง เดินไม่ได้..	2.78	1.15	36.7	24.7	18.7	20.0	ปานกลาง
31. ท่านเหงาและ.....	2.70	1.16	33.3	26.0	18.0	22.7	ปานกลาง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงถึง การปรับตัว จำแนกตามรายชื่อย่อยในด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านพึงพาอาศัยระหว่างกัน (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	แปลความหมาย ของระดับคะแนน
32. ท่านพูดคุยกับผู้อื่น.....	2.89	1.17	44.0	19.3	18.0	18.7	ปานกลาง
33. ท่านยังคงไปมาหาสู่.....	2.90	1.01	11.3	22.0	32.0	34.7	ปานกลาง
34. ท่านรู้สึกว่าชีวิตต้องพึ่งพา บุคคลใกล้ชิด.....	2.60	1.02	20.0	39.3	21.3	19.3	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (ด้านความรู้สึกที่มีต่อตนเอง) อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง 17 ข้อ และอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ 2 ข้อ ด้านบทบาทหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปรับตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2 ข้อ และอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง 2 ข้อ ด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปรับตัวอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง 6 ข้อ และอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ 1 ข้อ

3. ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละคู่

ตารางที่ 7. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ภาพลักษณ์ กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา และ ผลการทดสอบความมีนัยสำคัญ

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับการปรับตัว	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ภาพลักษณ์รายด้าน	
ด้านรูปร่างและลักษณะภายนอก	.7087***
ด้านการหาหน้าที่และความสามารถของร่างกาย	.7069***
ด้านการรับรู้ของตนเองจากปฏิกิริยาของบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคม	.5766***
ภาพลักษณ์โดยรวม	.8005***

*** = $p < .001$

จากตารางที่ 7 พบว่าภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .8005$) นอกจากนี้ยังพบว่า ภาพลักษณ์ด้านรูปร่างและลักษณะภายนอก ด้านบทบาทหน้าที่และความสามารถของร่างกายและด้านการรับรู้ของตนเองจากปฏิกิริยาของบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .7087$, $r = .7069$, $r = .5766$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 8. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละคู่ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสียงานถึงปัจจุบัน ระดับของการถูกศึกษา ภาพลักษณ์และการปรับตัว ในรูปเมทริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix) และผลการทดสอบความมีนัยสำคัญ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. อายุ	1.000					
2. สถานภาพสมรส	.5286***	1.000				
3. ระยะเวลาที่สูญเสียงาน	.2122**	.2018**	1.000			
4. ระดับที่ถูกศึกษา	.1632*	.0991	.0575	1.000		
5. ภาพลักษณ์	.0929	.2201**	.3217***	.1036	1.000	
6. การปรับตัว	.1445	.2686***	.4184***	.1121	.8005***	1.000

*** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * = $p < .05$

จากตารางที่ 8 ภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .8005$)

อายุมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .2686$)

ระยะเวลาที่สูญเสียงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4184$)

ระดับที่ถูกศึกษามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวหาค้างนี้

อายุมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

($r=.5286$) มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่สูญเสียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

($r=.2122$) และมีความสัมพันธ์กับระดับที่ถูกตัดขาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

($r=.1632$)

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่สูญเสียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .01 ($r=.2018$) และมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

($r=.2201$)

ระยะเวลาที่สูญเสียมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .001 ($r=.3217$)

4. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวทำนายที่สามารถใช้ร่วมทำนายการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

ตารางที่ 9. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับการปรับตัว

ขั้นที่	ตัวแปร	R	R ²	R ² change	F change	b	Beta	t
1.	ภาพลักษณ์	.8005	.6408	.6408	264.0633***	.9726	.7428	14.837***
2.	ระยะเวลาที่สูญเสียขา	.8183	.6697	.0289	12.837***	.036	.1794	3.583***
	Constant (a)					66.5706		13.722***
R ² adjusted =		.6652		Overall F = 149.0099***				

***=p<.001

จากตารางที่ 9 เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับเลือก คือ ภาพลักษณ์ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวมากที่สุด ได้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .6408 แสดงว่าภาพลักษณ์สามารถทำนายการปรับตัวได้ร้อยละ 64.08 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากนั้นเพิ่มตัวทำนายเข้าในการวิเคราะห์ ตัวทำนายที่ได้รับเลือกเข้าในพิจารณาในขั้นตอนที่ 2 คือ ระยะเวลาที่สูญเสียขา ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .6697 ซึ่งสามารถทำนายการปรับตัวได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 66.97 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นตอนค่าสัมประสิทธิ์ตัวทำนายที่เปลี่ยนเป็นมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวทำนายการปรับตัวจึงยุติลง ณ ขั้นที่ 2

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวทำนายที่สามารถทำนายการปรับตัวได้อย่างมีนัยสำคัญคือ ภาพลักษณ์และระยะเวลาที่สูญเสีย โดยตัวทำนาย สองตัวนี้ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการปรับตัวได้ร้อยละ 66.97 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

1. สมมติฐานที่หนึ่ง ภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

ผลการศึกษาค้นพบว่า ภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา ($r=.8005$) $p<.001$ (จากตารางที่ 7) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความรู้สึกดีต่อภาพลักษณ์ของตนจะมีการปรับตัวที่ดีและผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่ดีต่อภาพลักษณ์ของตนก็จะมีการปรับตัวไม่ดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากภาพลักษณ์เป็นส่วนที่สร้างและผสมผสานเป็นบุคลิกภาพของบุคคล ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นซึ่งมีอิทธิพลต่อศักยภาพในการปฏิบัติงานของบุคคล นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและการยอมรับในคุณค่าแห่งตน (Robert 1976 : 76; Robert 1978 : 267-268 ; Norris 1978 : 5) บุคคลที่มองเห็นคุณค่าในตนเองย่อมมีพฤติกรรมแสดงออกในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้เหมาะสมกว่าบุคคลที่มองไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดจากการตัดสินใจคุณค่าแห่งตนจากความสำเร็จ หรือความล้มเหลวในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยวิเคราะห์จากการรับรู้เกี่ยวกับตัวเองในสิ่งที่ เป็นจริงกับการรับรู้เกี่ยวกับตัวเองในสิ่งที่คาดหวังไว้ (Kelly 1985 : 213-214) บุคคลที่รู้สึกว่าตนเองประสบความสำเร็จตามความคาดหวัง จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง แต่ถ้าล้มเหลวหรือไม่เป็นไปตามความคาดหวัง จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Stuart & Sundeen 1987 : 399) ซึ่งแซงเจอร์และเรนิคอฟฟ์ (Sanger & Reynicoff 1981 : 2341) กล่าวว่า บุคคลที่มีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ในทางที่ดีย่อมมีพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ในทางที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของบีทาคูบคิจิต (2533) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการตัดเต้านม จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีความ

รู้สึกที่ตีต่อภาพลักษณ์ของคนจะมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่ตี ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความรู้สึทันทัดต่อภาพลักษณ์ของคนจะมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่นตีด้วย ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัย

2. สมมติฐานที่สอง อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสียขาจนถึงปัจจุบัน ระดับของการถูกตัดขา มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

2.1 สถานภาพสมรสกับการปรับตัว

ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2682$) $p < .001$ (จากตารางที่ 8) แสดงว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการปรับตัวที่ดี ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส ุสด ฃ่าย ฃาหรือแยกกันอยู่จะมีการปรับตัวที่นตีด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากคู่สมรสเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ และต้องการให้ดูแลตนมากกว่า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ก่อให้เกิดประสพการณ์ที่ดี มีการสนับสนุน ส่งเสริมให้รู้จักคิดและแก้ปัญหาได้ดีขึ้นและทำให้เงื่อนไขของปัญหาลดความรุนแรงลง มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคมากขึ้นและช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ดี (Brown 1986 : 4 ; McElveen 1978 : 320) สอดคล้องกับการศึกษาของโจเซฟ (Joseph 1984 : 537-541) ซึ่งได้ทำการศึกษากับวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วย กล่าวคือ กลุ่มทีุ่สด ฃ่าย ร้าง หรือแยกกันอยู่กับคู่สมรสจะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มที่อยู่กับคู่สมรส 7 ฑา ทั้งนี้เนื่องจากคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแหล่งหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยให้ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว (Weiss 1974 : 17-26) จะเห็นได้ว่า คู่สมรสเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย การที่คู่สมรสแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ป่วยยังคงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและมีคุณค่าต่อครอบครัวเหมือนเดิม จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ดี (Harris , Grur & Naughton 1973 : 134) แต่ถ้าวคู่สมรสแสดงปฏิกิริยาตื่นตกใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากเกินไป จะกระทบกระเทือนต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยได้ (Weinman 1981 : 207)

2.2 ระยะเวลาที่สูญเสียขากับการปรับตัว

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่สูญเสียขามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.4184$) $p<.001$ (จากตารางที่ 8) แสดงว่า ถ้าระยะเวลาภายหลังถูกตัดขายาวนาน ผู้ป่วยจะมีการปรับตัวที่ดี หรือในทางตรงกันข้าม ถ้าระยะเวลาภายหลังถูกตัดขาน้อย ผู้ป่วยจะมีการปรับตัวที่แย่ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและการสูญเสียเช่นการถูกตัดขานั้น ย่อมก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเนลและคณะ (Neal, et al 1980 : 161) กล่าวว่า การเสียสิ่งที่มีค่าของบุคคลจะก่อให้เกิดการสูญเสีย (loss) ซึ่งบุคคลจะเกิดอารมณ์ที่สับสนท้อแท้ภายหลังการรับรู้ว่าการสูญเสีย อารมณ์ที่สับสนท้อแท้จะเป็นความรู้สึกเศร้าโศก ความทุกข์ใจ (grief) ซึ่งโดยธรรมชาติของบุคคลจะเกิดกระบวนการทางจิตสังคมจากผลของการสูญเสีย (mourning) เกิดเป็นกระบวนการรับรู้และการปรับตัวต่อการสูญเสียนั้น (grief and mourning process) ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจ ผู้ที่ถูกตัดขาจึงจำเป็นต้องเรียนรู้การหาใจ-วัตถุประจักษ์วันต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตต่อไป ซึ่งระยะเวลาจะเป็นตัวเฝ้าระวังรักษาบาดแผลทางด้านจิตใจที่ดีแก่ผู้ป่วย (Kindon & Pearce 1982 : 350) ทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะช่วยทำให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีความมั่นใจในตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการเข้าไปมีกิจกรรมร่วมกันในสังคมได้อย่างดียิ่ง (Kottket 1982 : 60-62) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของจันทพร (2534) ซึ่งหาการศึกษาการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 100 ราย พบว่าระยะเวลาภายหลังผ่าตัดเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัย

2.3 อายุกับการปรับตัว

ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) (จากตารางที่ 8) ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ใบแก้ว (2528) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย แต่สอดคล้องกับการศึกษาของอรรณ จุลวงษ์ (2533) ซึ่งพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยทหารอากาศที่ถูกตัดอวัยวะแขนขา และการศึกษาของสมจิตต์สินธุชัย (2532) ซึ่งพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ภายหลังการถูกตัดขา ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ ปัญหาทางด้านการเงิน การหา

กายอุปกรณ์เทียม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ รวมทั้งการเข้าในชีวิตคนสังคม เป็นต้น การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและความเครียดที่คล้ายคลึงกัน อีกทั้งสภาพในสังคมไทยมีความเชื่อถือนในเรื่องของโชคชะตา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.0 รู้สึกว่าตนเองมีเคราะห์กรรม (จากตารางที่ 6) การที่มีความเชื่อถือนในเรื่องของโชคชะตา จะทำให้การยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตเป็นไปได้ง่าย (Hanucharurnkul 1988 :135) ซึ่งการยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มีผลทำให้การปรับตัวไม่ยุ่งยาก (Lambert & Lambert 1985 : 181) ดังนั้นแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอายุอยู่ในช่วงใดก็ตามก็มีความเชื่อโอกาสที่จะเผชิญกับปัญหา ความวิตกกังวลและความกลัวในเรื่องต่าง ๆ ให้เช่นกัน ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้น ย่อมเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยทั้งสิ้น ผู้ป่วยจึงต้องนำกลไกและวิธีการต่าง ๆ มาใช้ในการป้องกันตนเองเพื่อให้เกิดภาวะสมดุลทางจิตใจ แสทเชอร์และคณะ (Hatcher, Durham & Richey 1985 : 35) กล่าวว่า ผู้ป่วยนั้นอาจจะอายุเท่าใดก็ตาม ถ้าต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและความพิการ หรือต้องสูญเสียหน้าที่ของร่างกายตามปกติไป จะมีผลกระทบต่องานจิตใจของผู้ป่วยคล้ายคลึงกัน จึงพบว่าแม้ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาจะมีอายุที่แตกต่างกัน แต่การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์อันเนื่องมาจากการถูกตัดขา จะส่งผลให้เกิดความเครียดที่คล้ายคลึงกันและนำไปสู่การปรับตัวที่ต่างกันแตกต่างกันได้

2.4 ระดับที่ถูกตัดขากับการปรับตัว

ผลการศึกษาพบว่า ระดับที่ถูกตัดขามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ (จากตารางที่ 7) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของไรแอนและคณะ (Ryan, et al 1985 : 508-511) ซึ่งพบว่าระดับของความพิการมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขาด้วยแขนขา และการศึกษาของอรรณ จุลวงษ์ (2533) ซึ่งพบว่าระดับความพิการมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยรายการสนทนากายหลังการถูกตัดขาด้วยแขนขา

เมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างที่หาการศึกษานครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 55.3 เป็นผู้ป่วยที่ถูกตัดขาในระดับเข่า (จากตารางที่ 1) และเป็นการสูญเสียขาเพียงข้างใดข้างหนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถหากายอุปกรณ์เทียมมาทดแทนอวัยวะที่สูญเสียไป ซึ่งในปัจจุบันเทคโนโลยีเจริญก้าวหน้ามาก การผลิตขาเทียมค่อนข้างทันสมัยและมีความสะดวกสบายในการใช้ ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนภายหลังการใส่พบได้น้อย ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (ดำรง กิจกุลศล 2525 : 16) อีกทั้งการใส่ขาเทียมยัง

ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอะไรที่สูญเสียไปนั้นได้รับการทดแทนไม่ว่าจะถูกคิดในระดับใดก็ตาม สามารถดำรงบทบาทของคนในครอบครัวและสังคมได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้นั้นจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยัง เป็นบุคคลที่มีคุณค่าและสามารถพึ่งตนเองได้ เกิดความเชื่อมั่นในความแข็งแรงของร่างกาย กระทั่งถึงคุณค่าแห่งคนในการที่จะสามารถพึ่งตนเองได้อย่างอิสระ นำไปสู่การปรับตัวที่ดีได้

นอกจากนี้การประเมินระดับความพิการในการศึกษาค้างนี้ เป็นการประเมินความพิการด้านร่างกายเพียงด้านเดียวและประเมินโดยผู้วิจัยเท่านั้น ไม่ได้ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความพิการที่เกิดขึ้น ซึ่งตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย บุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ กระตุ้นให้เกิดกลไกการปรับตัว จึงควรมีการประเมินการรับรู้ต่อความพิการของผู้ป่วยร่วมด้วย

3. สมมติฐานที่สาม อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสียขาจนถึงปัจจุบัน ระดับของการถูกตัดขา ภาพลักษณ์ สามารถรวมทำนายการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้คนแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา ได้แก่ ภาพลักษณ์และระยะเวลาที่สูญเสียขา (จากตารางที่ 8) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนในทางที่ดี ย่อมตระหนักและมองเห็นคุณค่าของชีวิต มีความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตัวเอง เนื่องจากยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นได้ จึงเป็นพลังผลักดันให้ผู้ป่วยสำนึกในการดูแลตนเองและสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ด้วยความมั่นใจ ส่งผลให้มีพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดบนทางที่ถูกต้องและมีการปรับตัวที่เหมาะสมตามมา ดังนั้นภาพลักษณ์จึงมีความสำคัญยิ่งต่อการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา จึงเป็นตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับเลือกเข้ามา ส่วนระยะเวลาที่สูญเสียขาถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านขั้นตอนและกระบวนการต่าง ๆ ของความเศร้าโศกและความสูญเสียที่เกิดขึ้น ระยะเวลาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้น

จะเห็นว่าภาพลักษณ์และระยะเวลาที่สูญเสียขา สามารถรวมทำนายการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา โดยที่ภาพลักษณ์เป็นปัจจัยตัวแรกที่สามารถทำนายการปรับตัวได้ดีที่สุด กล่าวคือ สามารถอธิบายความผันแปรของการปรับตัวได้ร้อยละ 64.08 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 (จากตารางที่ 8) และเมื่อเพิ่มปัจจัยเข้ามาทีละตัวตามขั้นตอนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัยที่ 2 ที่สามารถรวมทำนายการปรับตัวคือ ระยะเวลาที่สูญเสียขา สามารถอธิบาย

ความผันแปรได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 66.97 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 33.03 ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาในครั้งนี้อาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ต่อความพิการของผู้ป่วย เป็นต้น เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ีอาจผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขาได้

เมื่อพิจารณาตามกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอยที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พอสรุปได้ว่าการถูกตัดขาเป็นสิ่งที่เร้าตรง ที่เข้ามากระทบการปรับตัวของผู้ป่วย เมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่อสิ่งที่เร้าที่เข้ามากระทบจะกระตุ้นให้เกิดกลไกการปรับตัว ซึ่งจะมีการปรับตัวออกมาเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมรณทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน ผลลัพธ์ของการปรับตัว จะออกมาในลักษณะปรับตัวได้เหมาะสมหรือมีปัญหาในการปรับตัว ในรายที่มีปัญหาในการปรับตัวนั้นพบว่า การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์เนื่องมาจากการถูกตัดขาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบเข้าในระบบการปรับตัวของผู้ป่วยและกระตุ้นการปรับตัวของผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งภาพลักษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของอัตมรณทัศน์ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย ดังนั้น การที่ผู้ป่วยมีปัญหากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์เนื่องมาจากการถูกตัดขา ย่อมแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีปัญหากในการปรับตัวด้านอัตมรณทัศน์นั่นเอง ผลการศึกษานี้จึงพบว่า ภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวที่ค่อนข้างสูง ($r=.8005$) (จากตารางที่ 7)

สรุปจากผลการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่ามีบางส่วนเป็นไปตามกรอบแนวคิดตามแผนภูมิที่ 1 ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการปรับตัวของรอย โดยที่ภาพลักษณ์ภายหลังการถูกตัดขาเป็นสิ่งที่เร้าตรง และระยะเวลาที่สูญเสียขาเป็นสิ่งที่เร้าร่วม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขาค่อนข้างสูง ($r=.6408$, $r=.6697$ $p<.001$)

นอกจากสมมติฐานการวิจัยที่อภิปรายมาแล้วข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า

1. การปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

1.1 การปรับตัวด้านร่างกาย เมื่อพิจารณาแบบสอบถามนี้เป็นรายชื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.7 ไม่ได้ออกกำลังกายเลย หรือออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย (จากตารางที่ 5) จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เห็นประโยชน์และความสำคัญของการบริหารร่างกาย โดยเฉพาะการบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ของขาข้างที่ผ่าตัดนอกจากนี้ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม ทำให้ผู้ป่วยจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ของตน และพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายมีอาการข้อติด โดยเฉพาะในรายที่ตัดขาระดับข้อเข่าและข้อขาที่เหลือนีระดับสั้นเกินไป มักจะมีการติดของข้อเข่า สอดคล้องกับการศึกษาของ

ไวส์ตาและโกลเบรนสัน (Wirta & Golbranson 1980 : 85-88) ซึ่งได้ทำการสำรวจถึง การเกิดข้อคิดเชิงลบในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีข้อคิดเชิงลบบริเวณข้อเข่าและ ข้อสะโพก จากการเกิดข้อคิดเชิงลบและการเจ็บปวดบริเวณข้อขาเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.7 มีความรู้สึกว่ายังคงมีขาบริเวณที่ถูก ตัดออกไปแล้ว (อาการชาท่อน) อยู่เป็นประจำหรือค่อนข้างบ่อย (จากตารางที่ 5) ซึ่งในผู้ป่วย ที่มีอาการชาท่อนนี้ ร้อยละ 55.77 เป็นผู้ที่ถูกตัดขามาเป็นเวลาน้อยกว่า 1 ปี ส่วนที่เหลืออีก ร้อยละ 44.23 เป็นผู้ป่วยที่ถูกตัดขามากกว่า 1 ปี และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่าใน กลุ่มที่ไม่มีอาการชาท่อนแล้วนั้น จะมีอาการชาท่อนในช่วงที่ถูกตัดขาใหม่ ๆ เป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของอีวอลท์ (Ewalt 1974 : 8-18) ซึ่งได้ทำการศึกษานักป่วยทหาร ผ่านศึกที่ถูกตัดอวัยวะแขนขา จำนวน 2,000 ราย พบว่า เกือบทุกรายจะรู้สึกว่าตนเองยัง คงมีแขนขาอยู่ โดยความรู้สึกนี้จะเกิดขึ้นทันทีทันใดภายหลังการถูกตัดอวัยวะแขนขา ถึงร้อยละ 85.8 และคงอยู่นานตั้งแต่ 6 เดือน จนถึง 20 ปี หลังผ่าตัด (Frazier & Kolb 1970 : 481-490)

1.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (ด้านความรู้สึกที่มีต่อตนเอง) เมื่อพิจารณา แบบสอบถามนี้เป็นรายชื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ 2 ข้อ (จาก ตารางที่ 6) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.0 รู้สึกว่าตนเองมีเคราะห์กรรม ร้อยละ 47.3 รู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเอง แต่ในกลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกว่าตนเองมีเคราะห์กรรมนี้ พบว่า ร้อยละ 41.5 ไม่รู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตน ในขณะที่อีกร้อยละ 50.5 รู้สึกน้อยใจ ในโชคชะตาของตนเอง ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่า การถูก ตัดขาในครั้งนี้เป็นการลงโทษหรือเป็นเคราะห์กรรมที่ตนเองได้ทำไว้ บางรายจะโกรธโชคชะตา ของตนเอง ซึ่งกาญจนา แจ่มบูรณ์ (2532 : 113) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาบางราย อาจคิดว่าตนเองมีความผิดหรือมีมลทิน (guilt) และคิดว่าการที่ตนต้องถูกตัดขานั้นเป็นการ ลงโทษ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.0 กล่าวว่าตนเองจะไม่สามารถประกอบ อาชีพ ศึกษาเล่าเรียนหรือทำงานบ้านได้เหมือนเดิม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การถูกตัดขาที่รบกวน ความรู้สึกปลอดภัยและความรู้สึกมั่นคงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากต้องพบ กับความไม่แน่นอนของชีวิต (Luckman & Sorensen 1979 : 57-60) และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 34.0 คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีประโยชน์ต่อสังคม ร้อยละ 41.3 รู้สึกเบื่อหน่าย

ตนเองที่ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม และร้อยละ 39.3 รู้สึกว่าความเชื่อมั่นในตนเองลดน้อยลง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยต้องเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่ถาวรอันเนื่องมาจากการถูกตัดขา (Burekhardt 1987 : 543) ทำให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าชีวิตไร้คุณค่าขาดความเชื่อมั่นและความภูมิใจในตนเอง (Taft 1985 : 77-84)

1.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ เมื่อพิจารณาแบบสอบถามนี้เป็นรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.7 (จากตารางที่ 6) ไม่สามารถกลับบทบาทหน้าที่รับผิดชอบได้เหมือนเดิม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การถูกตัดขาเป็นสาเหตุให้สมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยลดน้อยลง ผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาททางอย่างของการเป็นสมาชิกในครอบครัวและสังคม บางรายต้องเปลี่ยนบทบาทกับคู่สมรส เช่นในรายที่ไม่สามารถทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวได้ เป็นต้น (Lambert & Lambert 1985 : 527)

1.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน เมื่อพิจารณาแบบสอบถามนี้เป็นรายชื่อพบว่า ผู้ป่วยมีการปรับตัวอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ 1 ข้อ (จากตารางที่ 6) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.0 รู้สึกว่าสมาชิกในครอบครัวต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นแม้ในเรื่องที่จำเป็น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การถูกตัดขาทำให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพ จนกระทั่งผู้ป่วยต้องกลายมาเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ซึ่งมีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ตนเองแตกต่างหรือต่ำกว่าบุคคลอื่น ต้องการความสนใจและแยกตัวออกจากกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมและบุคคลอื่น ๆ ได้ (Soken & Carson 1982 : 603) ซึ่งจากการศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.7 รู้สึกเหงาและว้าเหว่ ร้อยละ 36.7 พูดคุยกับผู้อื่นน้อยลงและร้อยละ 33.3 ไม่พาสู่เพื่อนบ้าน ญาติมิตรหรือเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นน้อยลงหรือไม่ทำอะไรเลย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโรเซนและคาร์สันดังกล่าวข้างต้น

2. ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา

2.1 ภาพลักษณ์ด้านรูปร่างลักษณะภายนอก เมื่อพิจารณาแบบสอบถามนี้เป็นรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาพลักษณ์อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ 1 ข้อ (จากตารางที่ 4) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.6 ไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง และยังพบว่า ร้อยละ 44.7 รู้สึกว่าตนเองสูญเสียความภาคภูมิใจในการเป็นชาย / เป็นหญิงที่สมบูรณ์ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์อันเนื่องมาจากการถูกตัดขามีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย โดยที่รูปแบบการดำเนินชีวิตเดิมต้องเปลี่ยนแปลงไป (Miller 1984 : 4) เนื่องจากสังคมจะให้การยอมรับบุคคลที่มีร่างกายสมบูรณ์ นิยมชมชอบต่อความสวยงามและความสามารถเดินได้

คล่องแคล่ว แต่การถูกตัดขาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการที่คงอยู่ถาวร ไม่สมประกอบ แลดู ไม่สวยงาม เคลื่อนไหวได้ช้าไม่คล่องแคล่ว ซึ่งเป็นสาเหตุให้ความภาคภูมิใจของผู้ป่วยต่ำลง และรู้สึกว่าตนสูญเสียความน่าดูทางร่างกายไป (Rambo 1984 : 280-281; Lambert & Lambert 1985 : 52-53 ; กรรณิการ์ สุวรรณเจตร 2529 : 132) เกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ลดการยอมรับนับถือตนเองและความพึงพอใจในตนเอง ซึ่ง ความรู้สึกนี้จะรุนแรงมากขึ้นถึงขั้นเกลียดตนเองได้ (กรรณิการ์ สุวรรณเจตร 2529 : 132)

2.2 ภาพลักษณ์ด้านการหาหน้าที่และความสามารถของร่างกาย เมื่อพิจารณาแบบสอบถามนี้เป็นรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.3 ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมหรือทำงานต่าง ๆ นอกเหนือจากกิจกรรมประจำวันได้เช่นเคย (จากตารางที่ 4) และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้นั้น จะเป็นกลุ่มที่ประกอบอาชีพโดยการใช้ขาเป็นส่วนใหญ่ เช่น ทำงานโรงงานที่ต้องยืนทำงานอยู่กับเครื่องจักร ชีบรถ หานา ทาไร เป็นต้น ซึ่งทั้งนี้เนื่องจากสภาพร่างกายที่จำกัดและการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ไม่คล่องแคล่วเหมือนเดิม ผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะผู้ที่ทำงานโรงงาน จะถูกนายจ้างตัดโอกาสของผู้ป่วยโดยการใช้ให้ออกจากงานแทนที่จะมีการพิจารณางานใหม่ที่เหมาะสมกับผู้-ป่วย แต่ผู้ป่วยบางรายก็จะลาออกจากงานเอง เนื่องจากรู้สึกอับอายเพื่อนร่วมงานที่ตนต้องกลายมาเป็นคนพิการ สำหรับผู้ป่วยที่สามารถกลับประกอบอาชีพเดิมได้นั้น พบว่ามักเป็นผู้ป่วยที่รับราชการและผู้ป่วยที่ทำงานโดยไม่ได้ใช้ขาเป็นหลัก เช่น คำชาย ทำงานเสมียน ช่างฝีมือต่าง ๆ อาทิ ช่างเงินช่างทอง ช่างจักรสานหรือช่างทอผ้า เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้จึงมักไม่มีปัญหาในการประกอบอาชีพภายหลังการถูกตัดขา

2.3 ภาพลักษณ์ด้านการรับรู้ของตนเองจากปฏิริยาของบุคคลอื่นในสังคม เมื่อพิจารณาแบบสอบถามนี้เป็นรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.7 ไม่ต้องการให้ใครทราบว่าตนเองถูกตัดขา (จากตารางที่ 4) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บุคคลเมื่ออยู่ในสังคมจะต้องปฏิบัติตามบรรทัดฐาน (norm) ของสังคมนั้น เพื่อที่จะได้รับการยอมรับจากสังคม การถูกตัดขาเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามบรรทัดฐานเกี่ยวกับความสวยงาม น่าดู น่าชม เนื่องจากความจำกัดของสภาพร่างกายของเขา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงอยู่ในใจตลอดเวลา ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามหาทุกวิถีทางเพื่อที่จะปรับตัวให้เข้ากับบรรทัดฐานดังกล่าว อาจจะโดยการปรับสภาพของร่างกาย เช่น การใส่ขาเทียม เพื่อมิให้คนอื่นสนใจต่อความพิการของเขา ผู้ป่วยบางรายอาจโกรธหรือเกลียดกายอุปกรณ์เทียมที่ต้องใช้อยู่ในชีวิตประจำวัน จน

นขอมมาใช้ภายในพระตำหนัก หรือจำเป็นต้องใช้ภายนอก (กรรมการ สุวรรณเจตร
2529 : 132)



สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ถูกตัดขาที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกทางออร์โธปิดิกส์หรือที่หน่วยงานอุปกรณ์เทียมของโรงพยาบาลต่างว
เหล่านี้ คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลเลิดสินและโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามการปรับตัวและแบบสอบถามภาพลักษณ์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัว โดยหาความถี่และคิดเป็นอัตราร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาพลักษณ์และการปรับตัว
3. คำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสียขา ระดับที่ถูกตัดขา ภาพลักษณ์กับการปรับตัว โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน และทดสอบการมีนัยสำคัญที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t test)
4. คำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนาย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่สูญเสียขา ระดับที่ถูกตัดขา ภาพลักษณ์กับตัวเกณฑ์ คือ การปรับตัว โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์หาคถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Step wise multiple regression)

ผลการวิจัยสรุปดังนี้

1. ภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
2. อายุมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)
3. สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
4. ระยะเวลาที่สูญเสียขามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .001

5. ระดับที่ถูกศึกษา มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

6. ภาพลักษณ์และระยะเวลาที่สูญเสีย สามารถร่วมทำนายการปรับตัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถทำนายการปรับตัวได้ร้อยละ 66.57

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านการบริหารพยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกตัดขา นั้น พยาบาลควรได้ตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา ได้แก่ ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ระยะเวลาที่สูญเสีย ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยเน้นการปฏิบัติ ดังนี้

1.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึที่ดีในด้านภาพลักษณ์ และส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังถูกตัดขาน้อย โดยการพัฒนาความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยในด้านที่นักศึกษาได้ศึกษา ดังนี้

1.1.1 ให้ข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การรักษา โดยการตัดขา การใส่ขาเทียมทดแทนขาที่สูญเสียไป และให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ภายหลังการใส่ขาเทียม ประเมินความก้าวหน้าในความสามารถของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดการยอมรับต่อสภาพของร่างกายและปรับตัวให้ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความปกติสุข

1.1.2 ส่งเสริมกิจกรรมการเล่น หรือกีฬาที่เหมาะสมต่อสภาพร่างกาย จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ประเมินสมรรถภาพของร่างกายตนเอง และภาคภูมิใจที่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเอง

1.1.3 ส่งเสริมการฝึกอาชีพ โดยพยาบาลควรประสานงานกับนักอาชีพบำบัดและนักกายภาพบำบัด ในการแนะนำอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและความสามารถของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้เหมาะสม มอง เป็นคุณค่าในตนเอง

และดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสามารถมากที่สุด

1.1.4 ให้นิยามจิตใจผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจและเกิดเจตคติที่ดีต่อความเจ็บป่วยของตน ไม่รู้สึกว่าตนเองอยู่ในภาวะด้อยหรือไร้สมรรถภาพ และไม่เกิดความรู้สึกอับอายเกี่ยวกับความพิการของตนเอง

1.1.5 ส่งเสริมให้มีกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) อาจตั้งเป็นชมรมหรือกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ต่าง ๆ ซึ่งกันและกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยที่ถูกตัดขารู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความรู้สึกที่ดีต่อภาพลักษณ์ของตน สามารถเรียนรู้วิธีการช่วยเหลือตนเองและสามารถปรับตัวได้เร็วขึ้น

1.1.6 แนะนำบุคคลในครอบครัวให้เห็นความสำคัญของผู้ป่วย ไม่แสดงกริยาและวาทะให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมาย หรือเป็นการระแวงของครอบครัว พร้อมทั้งให้กำลังใจ สนใจและแสดงความห่วงใยผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคล ยินดีรับฟังปัญหาเพื่อบรรเทาความทุกข์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการเผชิญปัญหาหรือความเครียดได้เหมาะสม ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้เกิดการยอมรับต่อภาพลักษณ์ใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการถูกตัดขาและภายหลังใส่กายอุปกรณ์เทียม มีหลักการดังนี้

1.1.6.1 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจว่าภายหลังการใส่กายอุปกรณ์เทียม ผู้ป่วยจะสามารถประกอบอาชีพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

1.1.6.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รู้จักและพูดคุยกับผู้ป่วยที่ถูกตัดขารายอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในเรื่องของ อายุ ชนิดของการถูกตัดขา กายอุปกรณ์เทียมที่ใช้ และสามารถปรับตัวต่อภาพลักษณ์ของตนได้เป็นอย่างดี

1.1.6.3 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำ รวมทั้งข้อมูลข่าวสารจากหน่วยกายอุปกรณ์เทียมเป็นระยะ ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการใส่กายอุปกรณ์เทียมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

1.1.6.4 ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับทราบถึงตารางการฝึกหัดการใส่กายอุปกรณ์เทียมที่หน่วยกายอุปกรณ์เทียมจัดไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบถึงขั้นตอนการใส่กายอุปกรณ์เทียมที่ถูกต้อง ซึ่งจะสามารถช่วยป้องกันการใส่กายอุปกรณ์เทียมที่ไม่เหมาะสม

1.1.6.5 แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวให้ทราบถึงข้อจำกัด

ในการใช้กายอุปกรณ์เทียม การแต่งกายร่วมกับการใช้กายอุปกรณ์เทียมให้เลอู่เหมาะสม สวยงาม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับต่อภาพลักษณ์ใหม่ได้

1.1.6.6 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของท่าเดิน ท่าวิ่งของผู้ป่วยภายหลังการใส่กายอุปกรณ์เทียม ซึ่งจะแตกต่างไปจากเดิม เพื่อป้องกันความผิดพลาดของผู้ป่วยและครอบครัว และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงข้อจำกัดและสามารถใช้กายอุปกรณ์เทียมได้ง่ายขึ้น

พยาบาลควรให้ความสำคัญต่อการปรับตัวเพื่อยอมรับภาพลักษณ์ใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา โดยการให้คำแนะนำที่ดีตั้งแต่ก่อนผ่าตัด (ในรายที่รับทราบล่วงหน้าว่าจะต้องผ่าตัด) และให้คำแนะนำอีกครั้งหนึ่งในช่วงหลังผ่าตัด ร่วมมือกับครอบครัวของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายข้อคับข้องใจต่าง ๆ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและพึงพอใจต่อภาพลักษณ์ใหม่ของตนเองได้ดียิ่งขึ้น

1.2 ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยที่สลด หน่าย หมดหวังหรือแยกกันอยู่ โดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลใกล้ชิดหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วย ตั้งแต่เริ่มเข้าโรงพยาบาลครั้งแรก เพื่อปลูกฝังความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวให้แน่นแฟ้น ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง เป็นการป้องกันมิให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ ซึ่งจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา เน้นให้บุคคลใกล้ชิดได้สังเกตเห็นถึงความสำคัญของการให้การสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะรักษาและประคับประคองชีวิตให้อยู่ต่อไปได้อย่างมีความสุข และสามารถปรับตัวรับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจ

1.3 การวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัว ควรเน้นถึงการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ดังนี้

1.3.1 การส่งเสริมการปรับตัวด้านร่างกาย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มิได้มีการปรับตัวได้เหมาะสม (จากภาคผนวก ก. ตารางที่ 11) ซึ่งควรสนับสนุนให้คงอยู่ต่อไปโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างสม่ำเสมอและเน้นถึงความสำคัญของการออกกำลังกายบริหารสุขภาพและบริหารขาข้างที่ผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวของข้อหรือเพิ่มการเคลื่อนไหวของข้อให้ดีขึ้น ป้องกันการยึดติดของเนื้อเยื่อต่าง ๆ และเพิ่มการไหลเวียนของเลือด และป้องกันการสับของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อยืดและทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลอัน

เนื่องมาจากการถูกตัดขาด

1.3.2 การส่งเสริมการปรับตัวด้านอัตมรณทัศน์ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการปรับตัวด้านอัตมรณทัศน์ยังไม่เหมาะสม (จากภาคผนวก ก. ตารางที่ 11) ดังนั้น พยาบาลควรตระหนักและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอัตมรณทัศน์ที่ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การยอมรับตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นและสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่ดี และเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตต่อไปได้ เช่น การสอนผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ภายหลังการถูกตัดขาดและภายหลังการใส่กายอุปกรณ์เทียม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและตระหนักถึงสภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อันจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่มั่นคงขึ้น หรืออาจจัดให้มีการสังสรรค์ระหว่างผู้ป่วยที่ถูกตัดขาดด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นซึ่งกันและกันบ้าง เป็นครั้งคราว และควรให้ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาดหรือผู้ป่วยที่ใส่กายอุปกรณ์เทียมแล้วและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ดี ได้เป็นผู้นำกลุ่ม

1.3.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้เหมาะสม (จากภาคผนวก ก. ตารางที่ 11) ซึ่งควรสนับสนุนให้คงอยู่ต่อไป และควรส่งเสริมให้คำแนะนำ ร่วมกับนักอาชีพบำบัดเกี่ยวกับความเหมาะสมในการประกอบอาชีพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกับประกอบอาชีพได้มากขึ้น โดยเฉพาอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ต้อง เปลี่ยนแปลงงานใหม่จะก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วยได้สูง ดังนั้น บทบาทของพยาบาล จะต้องเป็นผู้รับฟังที่ดีและให้การสนับสนุนผู้ป่วย เช่น การแนะนำแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ที่เหมาะสม อาทิ ศูนย์ฝึกอาชีพ สถานที่หางาน เป็นต้น นอกจากนี้ ควรกระตุ้นให้ครอบครัวสนับสนุนผู้ป่วย ยกย่องในความสำเร็จที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ ซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี ที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่าและมีความสามารถที่จะช่วยเหลือครอบครัวได้

1.3.4 การส่งเสริมการปรับตัวด้านพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการปรับตัวในด้านนี้ได้เหมาะสม (จากภาคผนวก ก. ตารางที่ 11) ซึ่งควรสนับสนุนให้คงอยู่ต่อไป โดยพยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงระดับความสามารถที่ผู้ป่วยทำได้ เพื่อส่งเสริม ให้ผู้ป่วยมีการดูแลช่วยเหลือตนเองและพึ่งพาผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และสมาชิกในครอบครัวไม่รู้สึกคับข้องใจ เพื่อลดการเกิดเหตุการณ์การบ่นของผู้ป่วยมาก เกินไป

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาล ควรกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๖ ให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา เพื่อทิศทางการดูแล แนะนำหรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพสูงสุด

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

ในการจัดการเรียนการสอน ควรเน้นให้นักศึกษาตระหนักถึงผลกระทบทางด้านจิตสังคมที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ได้แก่ระยะเวลาที่สูญเสียขาและความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์แห่งตนของผู้ป่วย ตระหนักถึงบทบาทของคนในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยโดยเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย ให้ข้อมูลกับญาติหรือผู้ใกล้ชิด นอกจากนี้จะต้องเสริมสร้างเจตคติที่ดีแก่นักศึกษาและเน้นการเป็นผู้ประสานงานที่ดีในทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่ถูกตัดขาได้ผลดีที่สุด

4. ด้านการวิจัย

4.1 ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา เช่น การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ว่ามีผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่ถูกตัดขาหรือไม่

4.2 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขาเพิ่มเติม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ต่อความพิการของผู้ป่วย เป็นต้น ว่ามีผลต่อการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขาหรือไม่

4.3 ควรร่วมผลการวิจัยในครั้งนี้ เป็นแนวทางร่วมพิจารณาในการศึกษาวิจัย และนำเอาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดขาไปใช้ในการวิจัยเชิงทดลอง เช่น การให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผน หรือการใช้กระบวนการกลุ่ม ต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ในทางที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

4.4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีโครลอสติมี เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางโครงสร้างของร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของร่างกายจะเกี่ยวข้องกับการสูญเสียความสมบูรณ์และการควบคุมของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่และรูปร่างของร่างกาย ส่วนด้านจิตใจนั้นเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ประสบการณ์ในโรงพยาบาลและบริการของบุคคลอื่น ซึ่งมีผลมาจากความรู้สึกอาย กลัวคนอื่นรู้และรังเกียจดูจากระยะ กลิ่นและเสียงของอุจจาระที่

ออกมาทางหน้าท้อง และกล่าวการอยู่คนเดียว เป็นต้น

นอกจากนี้ ควรศึกษาภาพลักษณ์ด้านการปรับตัวในผู้ป่วยบาดเจ็บจากแผลไหม้ เนื่อง จากผู้ป่วยเหล่านี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เห็นได้ชัดเจน โดยเฉพาะการบาดเจ็บจาก แผลไหม้ที่บริเวณหน้า แขนหรือขา ซึ่งจะก่อให้เกิดการตั้งรังของข้อต่อต่าง ๆ หรืออาจมีปัญหา เกี่ยวกับการมองรวมตัว หรือแผลไหม้ที่ทาลายจนถึงชั้นกล้ามเนื้อก็จะมีผลทำให้ภาพลักษณ์ บท- บาทหน้าที่และศักยภาพในการทำงานของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปได้ จากการมีการเปลี่ยนแปลง ภาพลักษณ์อย่างถาวร เป็นต้น

4.5 จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ยังไม่ เหมาะสม ซึ่งกล่าวได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาการปรับตัวด้านจิตใจ จึงควรมีการสำรวจสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ สุวรรณโคตร. " การพยาบาลฟื้นฟูสภาพด้านจิตสังคม " ใน กรณีเลือกสรรการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ. หน้า 111-196. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, บรรณธิการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์ , 2529.
- กาญจนา แจ่มปฐม." ความเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ของผู้ป่วย Amputation และกรณีศึกษา :การพยาบาลด้านจิตใจในผู้ป่วยที่สูญเสียขา " ใน เอกสารการประชุมวิชาการ การพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 2 เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม : ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ วันที่ 29-31 พฤษภาคม 2532. หน้า 116-138. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล , 2532.
- จาเรียง กูระมสุวรรณ. สังคมวิทยาสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย , 2521.
- ดำรง กิจกุล. การคัดแยกคัดข่าและแขนขาเทียม. กรุงเทพฯ : มูนิธิพิบัติเคชั่น , 2526.
- ถาวร บุตรโสมคา. สุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล , 2525.
- ทเกลัว ภูเกล้า. " กลิ่นเหม็นเข้า ค่ายเหม็นออก บอกทเกลัว ภูเกล้า " ไทยรัฐ (1 กันยายน 2534) : 17.
- ธัญญะภาค เกษมสันต์. ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์กับประสาท. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2515.
- นิภา นิธยาน การปรับตัวและบุคลิกภาพ : จิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สารศึกษาการพิมพ์ , 2520.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องระดับการศึกษาของคนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทย. องค์การอนามัยโลก , 2525.
- ประคอง กรรณสุตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ ฉบับปรับปรุงแก้ไข. ปทุมธานี : บริษัทศูนย์หนังสือ คร. ศรีสง่า จำกัด , 2529.
- ปัทมา คูปจิต. ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ กับพฤติกรรมและการเผชิญภาวะเครียด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังได้รับการตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล , 2533.
- พงศ์ศรี ศรีมรกต & บรรจง คำหอมกุล. "การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการทาลำตัด Amputa-

- tion " ใน การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. หน้า 197-229. วรรณิ สักยวิ-
วัฒน์, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ไพศาลศิลปการพิมพ์ , 2533.
- เพ็ญศรี โพธิ์อุบล "แนวคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ " วารสารวิทยาลัยพยาบาล สงขลา นครินทร์.
6,4 (ตุลาคม - ธันวาคม 2529) : 33.
- บุวดี ภาชา และคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และท่าอากาศยานเจรณผล,
2526.
- ลลอบ หุตางกูร . ธรรมชาติของมนุษย์ : หลักการใหม่ในแนวคิดใหม่สำหรับพยาบาล ตอนที่ 1.
กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล , 2522.
- วิเชียร เกตุสิงห์ . สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช , 2526.
- วิไลลักษณ์ จันทร์พวง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรส
กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ " การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ " ใน
การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1. หน้า 60-81. จรัสวรรณ เขียนประกาศ,
บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล , 2532.
- สุปราณี เชื้อสุวรรณ. "การพยาบาลผู้ป่วยที่คัดค้านและเขา " ใน เอกสารการประชุมวิชาการ
การพยาบาลศัลยกรรม ครั้งที่ 2 เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม : ผลกระทบ
จากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ วันที่ 29-31 พฤษภาคม 2532 . หน้า 140-
152. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหา-
วิทยาลัยมหิดล , 2532.
- สุภาพ วนแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับการร่วมมือในการ
รักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล , 2528.
- สมจิตต์ สินธุชัย ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวในผู้ป่วย
โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล-
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล , 2532.
- อรรวรรณ จุลวงษ์. ปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของผู้ป่วยทหารอากาศที่บาดเจ็บด้วยระเบิด
ชา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล) บัณฑิตวิทยาลัย มหา
วิทยาลัยมหิดล, 2533.

- อุบล นิวัติชัย. หลักการพยาบาลจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2527.
- เอกชัย จุลละจาริษฐ์ . แขนและขาเทียมกับระดับที่ตัด. ใน ศัลยกรรมอุบัติเหตุ และ ออร์โธปิดิกส์. หน้า 364-385. พงษ์ศักดิ์ วัฒนา, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2524.
- Adams, J.E. & Lindemann , E. " Coping with Long - term Disability " In Coping and Adaptation. pp : 131-132 New York : Basic Book , 1974.
- Aguilera , D.C. & Messick , J.M. " Crisis Intervention " In Theory and Methodology. pp : 63-64. 4th ed. Saint Louis : C.V. Mosby Company , 1974.
- Altner , P.C., Rockley , p. & Kirby , K. " Hemiplegia and Lower Extremity Amputation : Double Disability " Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 68 (June 1987) : 378-379.
- Andreason , N.T.C. " Nature of the patient." In Comprehensive text book of Psychiatry III. pp. 1519-1520. Vol 2. 3rd. ed. Baltimore : Williams Wilkins , 1980.
- Andrews, H.A. & Roy, Sr.C. The Roy Adaptation Model : The Definitive Statement. California : Appleton & Lange , 1991.
- Angel , J.C. " Principle in the Early Monthes After Lower Limb Amputation " In Amputation Surgery & Lower Limb Prosthesis. pp : 63-70. Oxford : Blackwell Scientific Publications , 1988.
- Arnold , H.M. " Elderly Diabetic Amputee " In Nursing in the Seventies. pp. 167. New York : John Wiley & Sons Inc , 1973.
- Arkoff , A. Adjustment and Mental Health . New York : Mc Graw - Hill Book Company , 1968.
- Barbara , J.G. " Problem of Physical Self : Loss " In Introduction to Nursing : Adaptation model. pp : 192-201. New Jersey :

- Printice - Hall Inc, 1976.
- Bandenhorst , J. " A Multidisciplinary Approach to the Rehabilitation of the Amputee " Rehabilitation in South Africa . (June 1986) : 34-38.
- Barry , P.D. Psychosocial Nursing : Assessment and Intervention care of the Physically Ill Person. 2nd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company , 1989.
- Becker , H.S. The Other side. New York : Collier - Macmillan Limited, 1967.
- Bedrosian , C.A. " Amputation : Above or Below the Knee " In Home Health Nursing : Nursing Diagnosis & Care Plans. pp. 199-207. Norwalk : Appleton & Lange ,1989.
- Beland ,I. & Passos , J.Y. Clinical Nursing : Phathophysiological and Psychosocial Approaches. 4th ed. New York : Macmillan Publishing Company ,1981.
- Bell , L. " Stressful Life Events and Coping Methods in Mental Illness and Wellness Behaviors " Nursing Research. 2 (March - April 1977) : 133-141.
- Billings , D.M. & Stokes , L.G. Medical - Surgical Nursing. 2nd ed. Saint Louis : The C.V. Mosby Company , 1987.
- Blumberg , J.E. & Drumonds , E.G. Nursing Care of Long - term Patients. New York : Springer Publishing Co. Inc.,1963.
- Bracken , M.B. & Shepard , J.J. " Coping and Adaptation Following Acute Spinal Cord Injury : A Theoretical Analysis " Paraplegia. 18 (1980) : 74-78.
- Brown , F. " Knowledge of Body Image and Nursing Care of the Patients with Limb Amputation." Journal of Psychaitric Nursing. 2 (1964) : 397-409.
- Brown , M.A. " Social Support During Pregnancy : A Unidimensional

- Construct. Nursing Research. 34 (January-February 1986) : 4-9.
- Brundage , D.J. Nursing Management of Renal Problems. Saint Louis :
The C.V. Mosby Company , 1980.
- Brundage , D.J. & Broadwell, L. " Altered Body Image " In Medical
Surgical Nursing : Concept and Clinical Practice. 3rd ed.
pp : 409-413. Saint Louis : The C.V. Mosby Company , 1987.
- Buchler , J.A. " What Contributes to Hope in Cancer Patient ? " American Journal of Nursing. (August 1975) : 1953.
- Bruckhardt , C.S. " The Impact of Arthritis on Quality of Life " Nursing Research. 34 (January / February 1985) : 11-16.
- Bruckhardt , C.S. " Coping Strategies of the Chronically Ill " Nursing Clinics of North America. 22 (september 1987) :
543-550.
- Burgess , E.M. " Amputation Surgery and Postoperative Care. In Rehabilitation Management of Amputees. pp : 17-41.
Baltimore : Williams & Wilkins , 1982 .
- Byrne , D. An Introduction to Personality : Research , Theory , and
Application. New Jersey : Prentice - Hall Inc , 1974.
- Carlson,C.E. Behavioral Concepts and Nursing Intervention.
Philadelphia : J.B. Lippincott Company , 1980
- Charles,L. & Weinstein,M. " Assertiveness , Anxiety , and
Interpersonal Discomfort Among Amputee : Implication
for Assertiveness Training " Archive Physical Medical And
Rehabilitation. 10 (october 1985) : 687-689.
- Christopherson,V.A., Coulter,P.P. & Wolanin,M.C. Rehabilitation Pro-
spectives and Applications Nursing. New York : Mc Graw-
Hill Book Company , 1974.
- Cox,H.C. et al. Clinical Applications of Nursing Diagnosis : Adult
Health , Woman's Health , Mental Health , and Home Health.

- Baltimore : Williams & Wilkins , 1989.
- Cynthia,S. " Impairment of Body Image " In Sign and Syntoms in Nursing Interpretation and Management. pp : 72-101.
Philadelphia : J.B. Lippincott Company , 1985.
- Driever ,M.J. " Theory of Self - concept" In Introduction to Nursing : An Adaptation Model. pp : 174. New Jersey : Prentice Hall Inc , 1976.
- Engel,G. " Grief and Grieving " American Journal of Nursing.
(September 1965) : 93-98.
- Esberger,K. " Body Image " Journal of Gerontological Nursing.
4 (July / August 1978) : 35-37.
- Ewalt , J. " The phantom Limb " Psychosomatic of Medicine. 7
(June 1974) : 8-18
- Farrell,J. Illustrated Guide to Orthopedic Nursing. Philadelphia :
J.B. Lippincott Company, 1977.
- Fozzard , E.L. " The Psychosexual needs of the Neurologically Disabled " Journal of Neurosurgical Nursing. 10 (March 1978) : 92-93.
- Frazier,S. & Kolb , L. " Psychiatric aspects of pain and the Phantom Limb " Orthopedic Clinics of North America. 1, 2 (1970) : 481-490.
- Friedman - Campbell, M. & Hart , C.A. " Theoretical Strategies and Nursing Intervention to Promote Psochosocial Adaptation to Spinal Cord Injuries and Disability." Journal of Neurosurgical Nursing. 16 (1984) : 335-342.
- Goffman,E. Stigma. New Jersey : Prentice - Hall Inc , 1963.
- Gottesman, D. & Lewis,M.S. " Differences in Crisis Reactions Among Cancer and Surgical Patients " Journal of Consulting and Clinical Psychology. 3 (June 1982) : 381.

- Gruendemann,B.J. " The Impact of Surgery on Body Image." Nursing Clinics of North America. 10,14 (December 1975) : 635-645.
- Hamachek,D.E. Encounters with the Self. 2nd ed. New York : Holt, Rinehart and Winston ,1978.
- Hanucharurnkul, S. Social Support, Self Care, and Quality of life in Cancer patients Receiving Radiotherapy in Thailand. (Docteral Dissertatation) Colledge of Nursing, Wayne State University, Detroit, MI. 1988
- Hart , F.D. Over Coming Arthritis. Singapore : P.G. Publishing Pte Ltd , 1983.
- Haris,P. Grur,W. & Naughton, J." Psychological and Social Reaction to Acute Spinal Paralysis " Paraplegia. 11 (1973) : 132-136.
- Hatcher , B.J., Durham , J.D. & Richey , M. " Overcoming Stroke Related Depression." Journal of Gerontological Nursing. 11 (November 1985) : 35-39.
- Henderson,G." Body image and Sexuality " In The Clinical Practice of Medical Surgical Nursing , pp : 51-61. 2nd ed. Boston : Little and Company , 1984.
- Huang , A. et al. " P.T. Amputation : Energy Cost of Amputation " Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2 (January 1979) : 18-24.
- Huber,P. et al. "Prosthetic Problem Inventory Scale " Rehabilitation Nursing. 13 (Nov - Dec 1988) : 326-329.
- Hudak,C.M. , Lokre,T. & Galb ,B.M. Critical Care Nursing. 3rd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company , 1982.
- Joseph,M.R. " Suicide in United State Army Personnel , 1981-1982 " Military Medicine. 10 (October 1984) : 537-541.
- Kaplan,S.P. " Some Psychological and Social Factors Present in the Condition of Obesity " Journal Rehabilitation. 45,3

(1979) : 52-54.

- Kelly, M.A. Nursing Diagnosis Source Book : Guidelines For Clinical Application. Connecticut : Appleton - Century Crofts , 1985
- Kessler, H.H. " Psychological Preparation of Amputee " Industrial Med. 20,2 (1951) : 107-108.
- Kindon , D. & Pearce, T. " Psychosocial Assessment and Management of the Amputee." In Rehabilitation Management of Amputees. pp: 350-371. Baltimore : Williams & Wilkins, 1982.
- King, S. Introduction to Psychology. New York : Mc Graw Hill Book Company , 1976.
- Kolb , L.C. " Disturbances of the Body Image." In American Handbook of Psychiatry Vol 1. pp : 673-750. New York : Basic Book Inc. 1959.
- Kottket, F.J. " Philosophic Consideration of Quality of Life For the Disabled " Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 63 (February 1982) : 60-62.
- Lambert, V.A. & Lambert, C.E Psycho - Social Care of the Physical Ill : What every nurse should know. 2nd ed. New Jersey : Prentice - Hall, 1985.
- Lambert, V.A. & Lambert, C.E. " Phychological Impacts Created by Chronics Illness." Nursing clinics of North America. 22 (September 1987) 524-532.
- Lewis , S.M. & Collier , C.C. Medical - Surgical Nursing : Assessment and Management of Clinical Problem. New York : Mc Graw-Hill Book Company , 1983.
- Luckmann, J. & Sorensen, K.C. Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach. Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1974.
- Luckmann, J. & Sorensen, K.C. Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach. 2nd.ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co,

1979.

- Macgregor , F.C. " Psychosocial Aspects of Physical Disability " In Social Science in Nursing. pp : 131. New York : Rossell Sage Foundation , 1960.
- Maguire,G.P.,et al. " Emotional Aspects of Mastectomy : Planning a Caring Program " Nursing Mirror. 17 (January 1980) :35-37.
- Maire ." Concepts Related to the Nursing Care of Surgical Oncology Patients " In Concepts of Oncology Nursing. pp : 256-263. New Jersey : Prentice - Hall Company , 1981.
- Martin,N. et al. Comprehensive Rehabilitation Nursing. New York : Mc Graw - Hill Book Company , 1981.
- McElveen ,P.M. " Social network " In Critical Practice in Psycho-social Nursing : Assessment and Intervention. pp: 319-338. New York: Appleton - Century Crofts, 1978.
- Mc Nett,S.C. " Social Support , Threat , and Coping Responses and Effectiveness in the Functionally Disabled " Nursing Research. 16 (March - April 1987) : 98-103.
- Meldrum,J.G. " The Impact of Chronic Hemodialysis Upon the Socioeconomic of a Veteran Patient Group " Journal of Chronic Disease. 21 (June 1968) : 37.
- Meninger , K. Man Against Himself. New York : Harcourt Brace Company , 1987.
- Miller,J.F. " Developmental and Validation of Diagnostic Level : Powerlessness " In Classification of Nursing Diagnosis : Proceeding of The Fifth National Conference. pp : 116-125. Saint Louis : The C.V. Mosby Company , 1984.
- Morris,T. et al."Psychological and Social Adjustment to Mastectomy " Cancer. 40 (1977) : 2381.
- Murray,R.L. " Principle of Nursing Intervention for Adult Patient

- with Body Image Changes" Nursing Clinics of North America.
7 (December 1972) : 617-707.
- Murray ,R.L. & Zentner.J. Nursing Assessment and Health Promotion through the Life Span. Englewood Cliffs,N.J.: Prentice - Hall , 1975.
- Neal,M.C. , Cohen,P.F. & Cooper,P.G. " Response to loss : The grief and mourning process " In Nursing care Planning Guides for Long - Term Care. pp : 161 Nurseco , Inc Pacific Palsades , CA, 1980.
- Nelson,M. & Gruver.G.G. " Self - Esteem and Body - Image Concept in Paraplegias " Rehabilitation Counseling Bulletin. 22 (December 1978) 108-113.
- Norris,C.M. " Body Image Its Relevance to Professional Nursing " In Behavior Concept & Nursing Intervention. 2nd ed. pp : 5. Philadelphia : J.B. Lippincott , 1978.
- O'Conner,G.J. & Knorr,N.J." Body Image and Trauma " In The Management of trauma. pp : 747-749. Philadelphia : W.B. Saunders Company , 1968.
- Pare,A. The work of that Famous Chirugion . Ambrose Pare. Translated out of Latin and Compared with France. London : Cotes and Willi : Du - gard , 1964.
- Parkes,C.M. " Factors Determining the Persistence of Phantom pain in the Amputee. Psychosom Res. 17 (1973) :97-108.
- _____. "Phycho - social Transition : comparison between Reaction to Loss of Limb and Loss of Spouse " British Journal of Psychity. 127 (Sept 1975) : 204-210.
- _____. & Napier , M.M. " Psychiatric Sequelac of Amputation " Br.J. Psychiatry. 9 (1975) : 440-446.
- Phipp , W.J. , Long , B.C. & Woods , N.E. Medical - Surgical Nursing.

- London :The C.V. Mosby Company , 1979.
- Price,B. Body Image : Nursing Concepts and Care. New York :
Prentice - Hall ,1990.
- Rambo,B.J. Adaptation Nursing and Intervention. Philadelphia : W.B.
Saunders Company, 1984.
- Randall,P. et al. " Psychiatric Reaction to Amputation "
Journal of the American Medical Association. 3 (February
1945) : 128-145.
- Ray,C. " Psychology Implication of Mastectomy " The British Jour-
nal of Social and Clinical Psychology. 16 (Nov 1977) :
373-377.
- Reinstein,L. et al. " Sexual Adjustment after Lower Extremity
Amputation " Archives of Physical Medicine and Rehabilita-
tion. 6 (Nov 1978) : 501-504.
- Roberts,S.L. Behavioral Concepts and the Critically Ill Patient.
New York : Prentice - Hall , 1976.
- _____. Behavioral Concepts and Nursing throughout the Life
Span. New Jersey : Prentice - Hall , 1978.
- Roger,M.P. et al. " psychological Care of Adult With Rheumatoid
Arthritis " Annual of Internal Medicine. 96 (March 1982) :
344-348.
- Roy,Sr.C. Introduction to Nursing : An Adaptation Model. New Jersey:
Prentice - Hall ,1976.
- _____. " Roy Adaptation Model " In Family Health a Theoretical
Approach to Nursing Care. pp : 258-260. New York : A Wiley
Medical Publication , 1983.
- _____. Introduction to Nursing : An Adaptation Model. New Jer-
sey : Prentice - Hall , 1984.
- _____. " The Roy Adaptation Model " In Conceptual Model For

- Nursing Practice, pp : 105-114. 3rd ed. California : Appleton & Lange , 1989.
- Rusk,H.A." Principle in Management of Psychologic and Psychiatric Problem " In Rehabilitation medicine, pp : 270-297. Saint Louis : The C.V. Mosby Company , 1979.
- Ryan,B. et al. " Functional Change in Vascular Amputee Patients : Evaluation by Barthel Index , Pulses Profile and ESCROW Scale " Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 8 (August 1985) : 508-511.
- Sanger,C.K. & Reynikoff, M. " A Comparision of the Psychological Effects of Breast-Saving Procedures with the Modified Radical Mastectomy " Cancer. 48 (1981) : 2341-2346.
- Salmon,M.A. " Psychological Outcome of Extremity Sarcoma Survivors Undergoing Amputation or Limb Salvage " Journal of Clinical Oncology. 10 (October 1980) 617-619.
- Schain,W.S. " Sexual Functioning , Self - Esteem and Cancer Care " In Body Image , Self - Esteem , and Sexual in Cancer Patients. pp : 15-23. 2nd ed. Basel : Karger , 1986.
- Schilder,P. The Image and Appearance of The Human Body. 2nd ed. New York : The International Universities Press,1970.
- Schoenbegy,B. et al. Loss and Grief : Psychological Management in Medical Practice. New York : Columbia University Press , 1970.
- Selye,H. The Stress of Life. New York : Mc Graw -Hill , 1965.
- Sherman,R. , Sherman,C. & Parker,L. " Chronic Phantom and Stump Pain among American Veterans : Results of Survey , Pain. 18 (1984) : 83-95.
- Shontz.F.C. " Body Image and Its Disorders " Psychiatry in Medicine. 5,4 (1975) 465-470.

- Simpson, C.F. & Dickinson, G.R. "Adult Arthritis : Exercise " American Journal of Nursing. 83 (February 1983) : 273 -275 .
- Soken, K.L. & Carson, V.J. " Responding to the Spiritual Needs of the Chronically Ill " Nursing clinics of North America. 22 (September 1982) 603-611.
- Speck, P.W. " Disability From The Injury " In Loss and Grief in Medicine. pp : 67-78. London : Bailliere Tindall , 1978.
- Stella, I.H. & Helen, C.A. " Are Nurse Meeting Patient ' s Needs " American Journal of Nursing. 63 (october 1963) : 90-102.
- Stoklosa, J.M. & Bullard, D.G. " talking about Sex : Suggestions for the Health Professional" In Body Image , self - Esteem and Sexuality in Cancer Patient. pp : 91-95. 2nd ed. Basel : Karger, 1986.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. Principle and Practice of Psychiatric Nursing. 2nd. ed. London : The C.V. Mosby Company , 1983.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. Principle and Practice of Psychiatric Nursing. 3rd. ed. London : The C.V. Moeby Company , 1987.
- Taft, L.B. " Self - Esteem in Later Life : A Nursing Perspective." Advances in Nursing science. 8 (October 1985) : 77-84.
- Taylor, J.W. & Ballenger, S. Neurological Dysfunction and Nursing Intervention. New York : Mc Graw - Hill Book Company , 1980.
- Thompson, B.E. " When Caring is the only Cure : Management the Chronically Ill Patient " Nursing 87. 17 (January 1987) : 58-59.
- Warner-Beland , J.A. Grief Response to Long - term Illness and Disability. Reston Virginia : Reston Publishing Company , 1980
- Wassner, A. " The Impact of Multilating Surgery on Trauma on Body Image " International Nursing Review. 29 (May / June 1982)

: 87-88.

Waston , J . E . Medical - Surgical Nursing and Related Physiology.
Philadelphia : W.B. Saunders Company , 1972.

Waters.R.L. et al. " Energy Cost Walking of Amputatee : The
Influence of Level of Amputation " Journal of Bone and
Joint Surgery. 8 (June 1976) : 87-88.

Weinman,J. "Psychological Reaction to Physical Illness and Hand-
icap " In An outline of Psychology. pp : 207-209. Bristol
: John Wright and Son Ltd.,1981

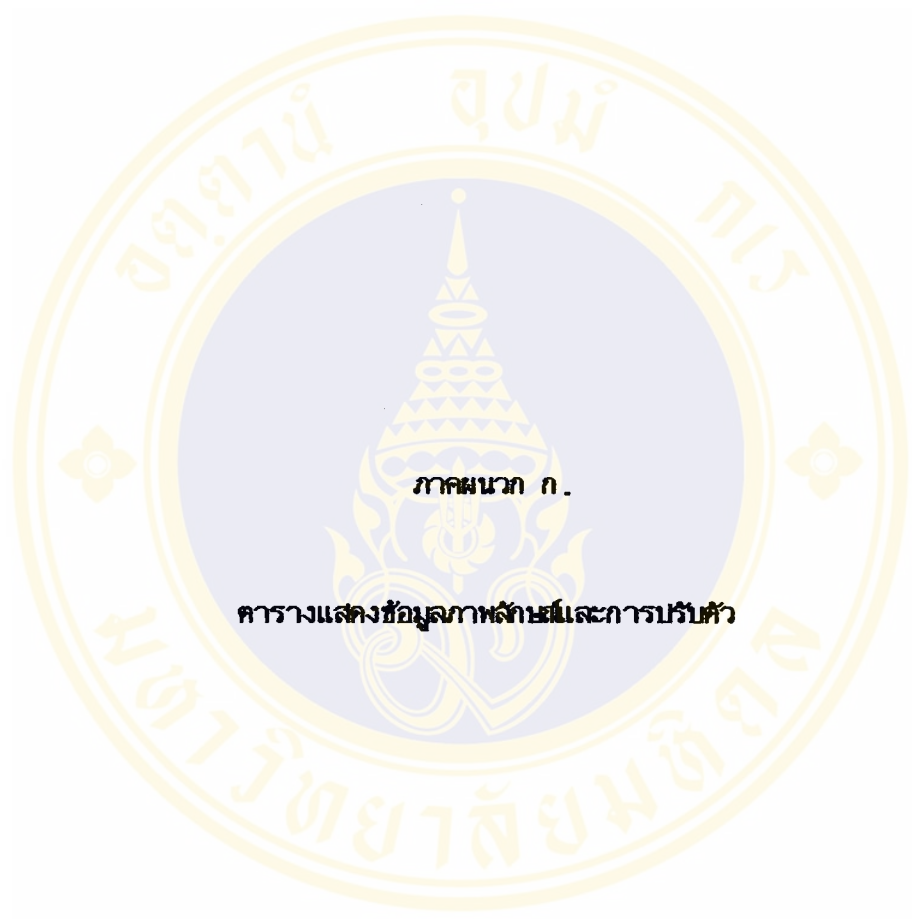
Weiss, R. " The Provision of Social Relationships." In Doing Unto
Others. pp : 17-26. Englewood Cliffs : N.J. Prentice Hall ,
1974.

William,E. " The Family In The Military Community " Issues for
Military Psychiatrist. 6 (May 1980) : 316-319.

Wirta,V. & Golbranson,R. " F.L.A. Technique for the Display of
Joint Movement Deviations" Bull of Prosthetic Respiration.
5 (February 1980) : 85-88.

Wortman,C.B." Social Support and the Cancer Patients :
Conceptual and Methodological Issue " American Cancer
Society. 53 (May 1984) : 2339-2360.

Wright,Beatrice A.P. Physical Disability a Psychological Approach.
New York : Harper and Brothers ,1960.



ภาคผนวก ก.

ตารางแสดงข้อมูลภาพลักษณ์และการปรับตัว

ตารางที่ 10. ค่าเฉลี่ย จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนภาพลักษณ์ เป็นราย
ด้านและโดยรวม (N = 150)

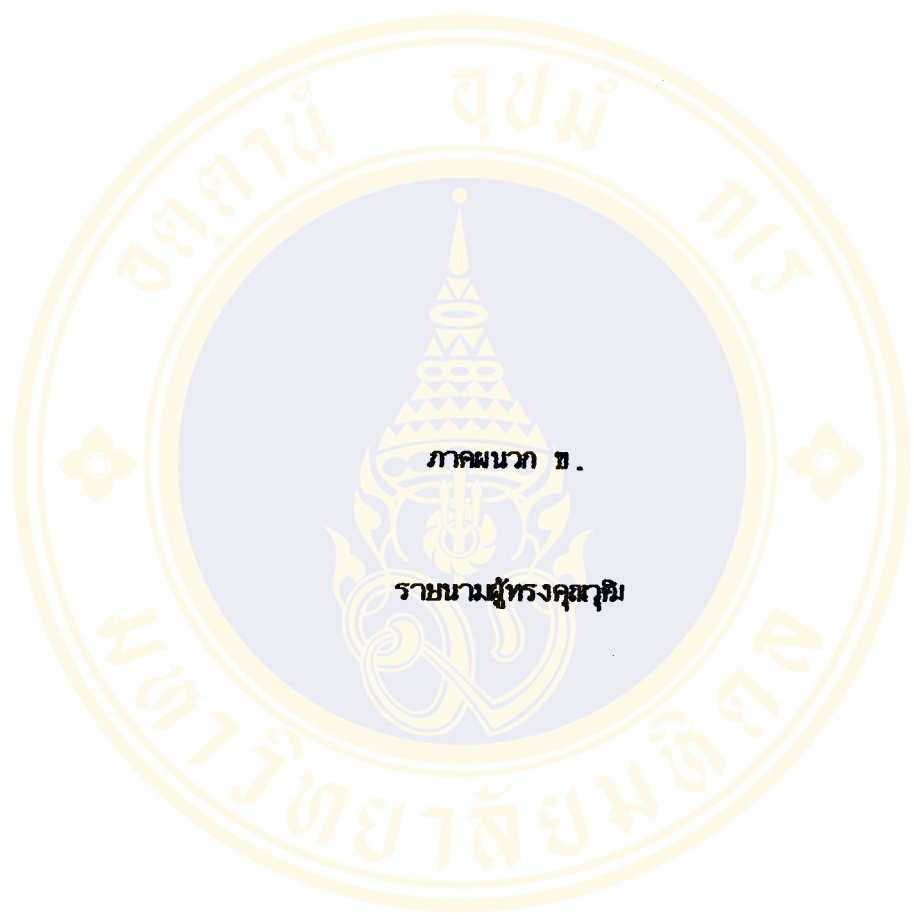
ภาพลักษณ์	$\bar{X}$	คะแนน > ค่าเฉลี่ย		คะแนน < ค่าเฉลี่ย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาพลักษณ์รายด้าน					
ด้านรูปร่างลักษณะภายนอก	27.66	75	50.0	75	50.0
ด้านการหาหน้าที่และความ สามารถของร่างกาย	23.61	80	53.3	70	46.7
ด้านการรับรู้ของตนเองจาก บริการของบุคคลอื่นในสังคม	24.49	90	60.0	60	40.0
ภาพลักษณ์โดยรวม	75.77	77	51.3	73	48.7

จากตารางที่ 10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 51.3 มีคะแนนภาพลักษณ์โดยรวมมากกว่า
ค่าเฉลี่ย ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 48.7 มีคะแนนภาพลักษณ์ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย
โดยที่ผู้ปวยส่วนใหญ่มีคะแนนภาพลักษณ์ในแต่ละด้านมากกว่าค่าเฉลี่ย ยกเว้น
ด้านรูปร่างลักษณะภายนอกซึ่งมีจำนวนผู้ปวยที่มีคะแนนภาพลักษณ์มากกว่าค่าเฉลี่ย
คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากับ จำนวนผู้ปวยที่มีคะแนนภาพลักษณ์ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 11. ค่าเฉลี่ย จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนการปรับตัว
เป็นรายด้านและโดยรวม (N = 150)

การปรับตัว	$\bar{X}$	คะแนน > ค่าเฉลี่ย		คะแนน < ค่าเฉลี่ย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การปรับตัวรายด้าน					
ด้านร่างกาย	42.67	87	58.0	63	42.0
ด้านทัศนคติ	55.38	71	47.3	79	52.7
ด้านบทบาทหน้าที่	25.50	82	54.7	68	45.3
ด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน	19.48	78	52.0	72	48.0
การปรับตัวโดยรวม	143.03	77	51.3	73	48.7

จากตารางที่ 11 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 51.3 มีคะแนนการปรับตัว
โดยรวมมากกว่าค่าเฉลี่ย ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 48.7 มีคะแนนการปรับตัวโดยรวมต่ำกว่าค่า
เฉลี่ย โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนการปรับตัวในแต่ละด้านมากกว่าค่าเฉลี่ย ยกเว้น ด้าน
อารมณ์ทัศน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนการปรับตัวต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 52.7

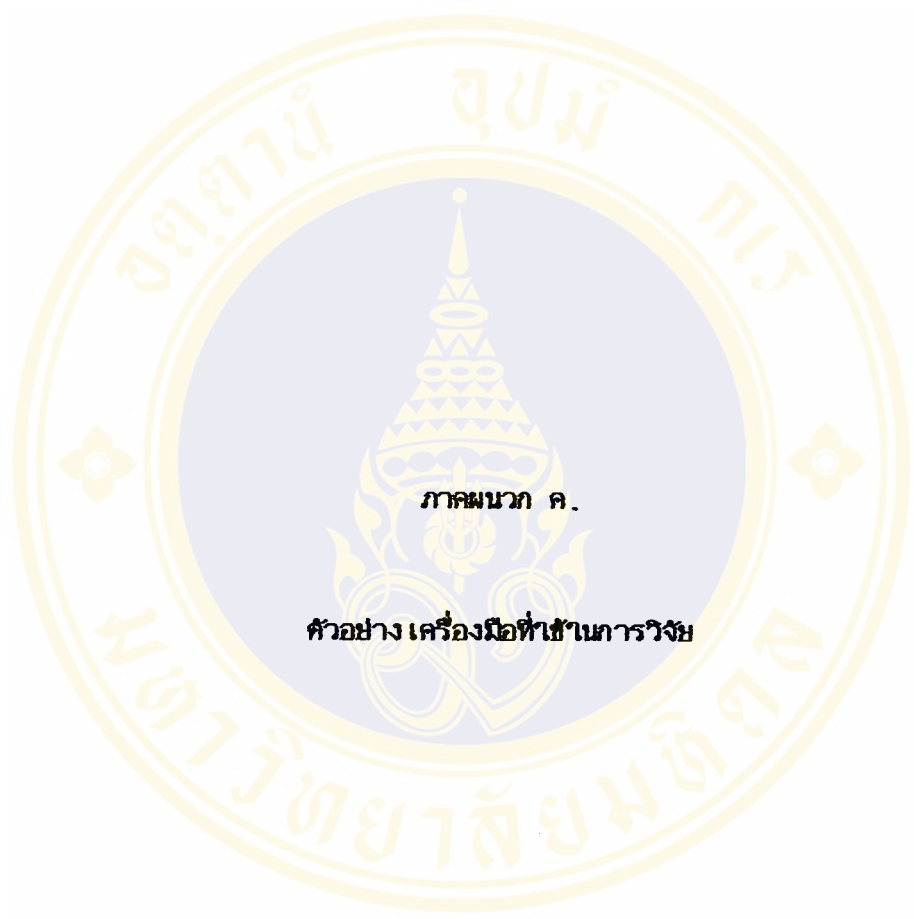


รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามภาพลักษณ์

1. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อรพรรณ ทองแดง
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ บงกช เก่งเซตกิจ
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. อาจารย์ กนกรัตน์ สุชะตุงคะ
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ อรพรรณ รัตสิงห์
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการปรับตัว

1. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อรพรรณ ทองแดง
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ บงกช เก่งเชคกิจ
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศรี ระเบียบ
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น
5. อาจารย์ กนกรัตน์ สุชะตุงคะ
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



ภาควิชา ค.

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม

โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจงในการใช้แบบสอบถาม

ให้ขีดเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. อายุ เพศ.....
2. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ คู่
☐ หย่า / หย่า / แยกกันอยู่
3. ระยะเวลาที่สูญเสียงานถึงปัจจุบัน
 (ระบุเป็นวัน เดือน หรือ ปี)
4. สาเหตุของการถูกตัดขาด
5. ท่านทราบล่วงหน้ามาก่อนหรือไม่ว่าจะต้องถูกตัดขาด
☐ ทราบ ☐ ไม่ทราบมาก่อน
6. การใส่ขาเทียม
☐ ใส่ เมื่อ เดือน พ.ศ.
☐ อยู่ในช่วงการลองใส่ขาเทียม
☐ ยังไม่ได้ใส่ขาเทียม
7. ระดับของการถูกตัดขาด (สำหรับผู้วิจัยบันทึก)
 ระดับที่ 1 การถูกตัดขาดระดับข้อเท้า (ยกเว้นการตัดนิ้วเท้า)
 ระดับที่ 2 การถูกตัดขาดระดับได้เข่า
 ระดับที่ 3 การถูกตัดขาดระดับข้อเข่า
 ระดับที่ 4 การถูกตัดขาดระดับเหนือเข่า
 ระดับที่ 5 การถูกตัดขาดระดับข้อสะโพก

แบบสอบถามภาพลักษณ์

คำชี้แจงในการใช้แบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงความรู้สึกรู้สึก คิดเห็น และการรับรู้ของท่านที่มีต่อร่างกายของท่าน ภายหลังการถูกตัดขา ขอให้ท่านพิจารณาว่าท่านมีความรู้สึกและความคิดเห็นตรงกับข้อความในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก คิดเห็น และการรับรู้ของท่านมากที่สุด การเลือกตอบให้ชื่อ เกณฑ์ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย
เห็นด้วยบ้าง เล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเป็นบางครั้ง
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านปานกลาง
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านบ่อยครั้ง หรือค่อนข้างมาก
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเป็นประจำ หรือมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยบ้าง เล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยค่อนข้างมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
[0] ขาของท่านเลวสวยงาม				✓	

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วยบ้าง เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วยค่อนข้าง มาก	เห็นด้วย มากที่สุด
หลังการผ่าตัด					
1. ท่านพึงพอใจในรูปร่างของท่าน					
2. ร่างกายของท่านแข็งแรง					
3. ความสวยงาม / ความหล่อ ของท่านลดน้อยลง					
22. ท่านคิดว่าผู้ที่ถูกตัดขาจะยังคงมี สมรรถภาพทางเพศเหมือนเดิม					

แบบสอบถามการปรับตัว

คำชี้แจงในการใช้แบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้แบ่ง เป็น 2 หมวด

หมวดที่ 1 ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมปรับตัว ภายหลังการถูกศึกษา ตามความต้องการด้านร่างกาย ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความที่ตรงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่าน

1. การออกกำลังกายและการพักผ่อน

1.1 ท่านสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว รับประทานอาหารและ เคลื่อนไหวได้เพียงใด

1. ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ต้องอาศัยผู้อื่นช่วยหมดทุกอย่าง เป็นประจำ
2. ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมาก ต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเกือบทั้งหมด และเป็นเช่นนี้บ่อย ๆ
3. ช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ ต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเป็นบางส่วนและนาน ๆ ครั้ง
4. ช่วยเหลือตนเองได้ทุกอย่างและทุกครั้ง

1.2 ท่านใช้เวลาว่างในการหางานอดิเรกหรือกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเป็นการผ่อนคลายได้มากน้อยเพียงใด

1. ไม่ได้ทำอะไรเลย
2. ทำนาน ๆ ครั้ง
3. ทำบ่อยครั้ง
4. ทำเป็นประจำ

;
;
;

6.3 ท่านมีอาการปวดขาบริเวณที่ถูกตัดออกแล้วบ้างหรือไม่

1. ปวดมากทุกวัน
2. ปวดพอทนได้ทุกวัน
3. ปวดพอทนได้บางวัน
4. ไม่มีอาการ

หมวดที่ 2 แบบสอบถามส่วนนี้ประกอบด้วย ข้อความซึ่งถามเกี่ยวกับความรู้สึกและการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ภายหลังการถูกตัดขา ในด้านความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบให้อธิบายดังนี้

ไม่มีเลย	หมายถึง	ท่านไม่มีพฤติกรรมหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นปานกลาง
มาก	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเป็นประจำ

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
[0] ท่านรู้สึกเศร้าเสียใจเมื่อนึกถึงโรคที่เป็นอยู่	✓			



ข้อความ	หมายเลข	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
ด้านความรู้สึกที่มีต่อตนเอง				
1. บุคคลทั่วไปยอมรับว่าท่านเป็นคนดี				
2. ท่านรู้สึกภาระตนเองที่ต้องถูกศึกษา				
3. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีเคราะห์กรรม				
⋮				
⋮				
⋮				
ตอบเฉพาะผู้ที่มีสามี / ภรรยา				
34. ท่านรู้สึกว่าชีวิตต้องพึ่งพาสามี / ภรรยาของท่านมากขึ้น				
ตอบเฉพาะผู้ที่มีสามี / ภรรยา				
34. ท่านรู้สึกว่าชีวิตต้องพึ่งพาบุคคลใกล้ชิดมากขึ้น				