

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้มีความมุ่งหมายที่จะศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคการรับรู้ความสามารถแห่งตน ที่มีต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพของนักกีฬาบาดเจ็บ และความสามารถทางกายของบริเวณที่บาดเจ็บ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ

1.1 ความหมาย

1.2 อัตราความร่วมมือ

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือ

1.4 การประเมินความร่วมมือ

2. การรับรู้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ในการฟื้นฟูสภาพ

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ

2.3 การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการฟื้นฟูสภาพ

3. ความสามารถทางกายของบริเวณที่บาดเจ็บ

3.1 โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพสำหรับอาการข้อเท้าแพลง

3.2 การทดสอบความสามารถในการทำงานของเขา

3.2.1 การทดสอบยืนขาเดียว

3.2.2 การทดสอบกระโดดขาเดียว 1 ก้าว

4. ความสัมพันธ์ของตัวแปร

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ กับความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการฟื้นฟู กับความสามารถทางกาย

ของบริเวณที่บาดเจ็บ

ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ

WHO (2003) ให้ความหมายของความร่วมมือ (Adherence) ว่า เป็นการยอมรับของผู้ป่วยเกี่ยวกับคำแนะนำผ่านการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ และผู้ป่วยให้ความร่วมมือ

อย่างดีในการยึดมั่นต่อการดูแลตนเอง

ความร่วมมือเกิดจากความสมัครใจของผู้ป่วย (Niven, 2007) มีการประสานงาน และทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย (Vermeire, Hearnshaw, van Royen, & Denekens, 2001) ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมให้เข้ากันกับคำแนะนำที่ได้ตกลงกันเอาไว้ (Horn, Weinman, Barber, Elliott & Morgan, 2006) เพื่อเป็นการป้องกัน หรือให้เกิดผลการบำบัดตามที่ต้องการ (Niven, 2007)

สำหรับความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพหมายถึง การที่ผู้บาดเจ็บให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ในการดำเนินตามแผนการฟื้นฟู (De Heredia, Munoz & Artaza, 2004) โดยการฟื้นฟูสภาพร่างกายของนักกีฬาที่ได้รับบาดเจ็บมีเป้าหมายสูงสุดคือการให้นักกีฬายกอาการบาดเจ็บ และสามารถกลับไปเล่นกีฬาได้อีก ความร่วมมือประกอบด้วย การให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพที่คลินิกฟื้นฟู และความร่วมมือที่บ้าน (Meichenbaum & Turk, 1987) พฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ระดับความเอาใจจริงเอาใจต่อการบริหารกล้ามเนื้อ ระดับของความถี่ในการทำตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด และระดับการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อให้สอดคล้องกับแผนการฟื้นฟูสภาพ (Brewer et al., 1995) สำหรับความร่วมมือที่บ้านหมายถึง การทำตามคำแนะนำของแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดในการใช้ความเย็นเพื่อบรรเทาอาการปวด การบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อ จำนวนเวลาที่ใช้ในการบริหาร ระดับของความถี่ในการบริหาร และการงดจากกิจกรรมกีฬาชั่วคราว (Bassett & Prapavessie, 2010; Brewer et al., 2000a; Meichenbaum & Turk, 1987)

ในทางตรงกันข้ามการไม่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพได้แก่ ไม่มาตามนัดการฟื้นฟู ไม่ทำตามโปรแกรมการรักษา และไม่ทำตามคำแนะนำให้งดเว้นจากการเล่นกีฬา ซึ่งการกระทำเช่นนี้ย่อมส่งผลทางลบต่อกระบวนการฟื้นฟู เช่น ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการ ต้องใช้ระยะเวลาเพื่อการฟื้นฟูยาวนานกว่าปกติ สำหรับตัวนักกีฬาที่บาดเจ็บก็จะสูญเสียเวลาเพราะไม่สามารถกลับไปลงแข่งขันได้ เกิดความท้อถอยและความเครียด ที่มีปัญหาเนื่องจากขาดตัวผู้เล่น (Hamson, n.d.)

ความร่วมมือเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกภายหลังจากการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการควบคุมไม่ให้โรคหรืออาการบาดเจ็บเกิดความรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อันจะทำให้ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บสามารถดำรงชีวิตได้ดีเทียบเท่าหรือใกล้เคียงกับคนปกติ แต่ความหมายของความร่วมมือมิได้ใช้เพื่อตัดสินเกี่ยวกับพฤติกรรมว่าดีหรือไม่ดีอย่างไร เป็นเพียงการแสดงถึงความจริงที่ปรากฏและสามารถสังเกตได้

จึงมิได้เป็นการกล่าวโทษผู้ป่วย เพราะการไม่ให้ความร่วมมือย่อมเป็นสิทธิในการตัดสินใจ
ของบุคคล

อัตราความร่วมมือ

การศึกษาของ Al-Eisa (2010) เกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูร่างกายของ
ผู้ป่วยเพศหญิงชาว Saudi ที่มีอาการปวดหลังบริเวณบั้นเอว (Low Back Pain) พบว่า อัตรา
ของผู้ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูมีจำนวน 40 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษา
ของ Ludwig and Adams (1968) ที่พบว่าผู้ที่ให้ความร่วมมือเต็มที่ต่อโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ
มีจำนวน 44 เปอร์เซ็นต์ ส่วนอัตราของผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือ Sluijs et al. (1993) รายงานว่า
มีสูงถึง 1 ใน 3 ถึง 2 ใน 3 ส่วนของผู้ที่เข้ารับบริการการฟื้นฟูสภาพ

Sluijs et al. (1993) พบว่า อัตราการให้ความร่วมมือต่อการบริหารกล้ามเนื้อ
เพียงบางส่วนเมื่ออยู่ที่บ้านมีจำนวน 41 เปอร์เซ็นต์ ขณะที่ Bassett (2003, p. 60) พบว่า อัตรา
ผู้ที่ให้ความร่วมมือน้อยหรือไม่ให้ความร่วมมือเมื่ออยู่ที่บ้านมีสูงถึงร้อยละ 60 และอีกร้อยละ
10 ไม่ทำตามคำแนะนำใด ๆ ทั้งสิ้นจากบุคลากรทางการแพทย์

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมา มีการรายงานอัตราของความร่วมมือในการรักษา
ที่แตกต่างกันมีสาเหตุมาจากปัจจัย 5 ประการ (O'Brien, 2010, pp. 11-13) ได้แก่ 1) วิธีการ
รายงานอัตราการให้ความร่วมมือ การรายงานแบ่งความร่วมมือออกเป็น ระดับสูง กลาง และต่ำ
(Forkan et al., 2006; Sluijs et al., 1993) ขณะที่บางการศึกษารายงานเป็นจำนวนร้อยละ
(Krischak, Krasteva, & Schneider, 2009) 2) ลักษณะตัวแปรที่ใช้วัดพฤติกรรมการให้ความร่วมมือ
เช่น วัดจากจำนวนครั้งของการมาตามนัดหมายการรักษา หรือ วัดจากพฤติกรรมเมื่ออยู่ที่คลินิก
และที่บ้าน 3) ความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้วัดความร่วมมือ ตัวอย่างเช่น ความร่วมมือในการ
ฟื้นฟูเมื่ออยู่บ้านใช้วิธีให้ผู้ป่วยเขียนรายงาน (Sluijs et al., 1993; Taylor & May, 1996) หรือ
จดบันทึกการบริหารร่างกาย (Lyngcoln, Taylor, Pizzari & Baskus, 2005) 4) ความแตกต่างของ
โปรแกรมการรักษาของอาการหรือโรคที่เป็น ตัวอย่างเช่น โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหัวใจ
(Barbour & Miller, 2008) การฟื้นฟูสภาพผู้มีอาการข้อเข่าเสื่อมเมื่ออยู่ที่บ้าน (Pisterset, Veenhof,
Bakker, Schellevis & Dekker, 2010) การฟื้นฟูภายหลังผ่าตัดข้อมือ (Krischak et al., 2009)
โปรแกรมป้องกันการหกล้ม (Fokran et al., 2006) การฟื้นฟูสภาพจากอาการบาดเจ็บทางกีฬา
(Taylor & May, 1996) และการฟื้นฟูผู้ป่วยนอกทั่ว ๆ ไป (Sluijs et al., 1993) โดย การศึกษา
ที่กล่าวมาข้างต้น 3 การศึกษาสุดท้าย (Fokran et al., 2006; Sluijs et al., 1993; Taylor & May,
1996) ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการนัดหมาย

ทางการแพทย์ ลักษณะการฟื้นฟู ทำให้อัตราของความร่วมมือมีความหลากหลาย และ 5) ระยะเวลาของการรักษา โดยผู้ที่ใช้เวลาในการรักษาช่วงสั้น มีแนวโน้มให้ความร่วมมือมากกว่า (Deyle et al., 2005; Sluij et al., 1993) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพ ที่ใช้ระยะเวลานานกว่า (Forkan et al., 2006; O' Reilly, Muir, Doherty, 1999; Pisters et al., 2010) อัตราความร่วมมือมีแนวโน้มลดลง สนับสนุนโดยการศึกษาของ Rejeski, Brawley, Ettinger, Morgan and Thompson (1997) ที่พบว่า ความร่วมมือต่อโปรแกรมการออกกำลังกายใน 3 เดือนแรก มีร้อยละ 85 ในเวลา 18 เดือนลดลงเหลือร้อยละ 50

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมืออาจแบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ คุณลักษณะของบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ อารมณ์ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สังคม สิ่งแวดล้อม จากการศึกษาของ Niven (2007) โดยการสัมภาษณ์นักกายภาพบำบัดผู้เชี่ยวชาญ การบาดเจ็บทางกีฬาจำนวน 9 รายพบว่า ปัจจัยภายใน อันได้แก่บุคลิกลักษณะของนักกีฬา และปัจจัยภายนอกอันได้แก่ สถานการณ์แวดล้อม มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูของนักกีฬา และต่อการฟื้นฟูจากการบาดเจ็บ สำหรับปัจจัยด้านสถานการณ์ ยังมีผลในการส่งเสริม เพื่อให้ นักกีฬามีความร่วมมือในการฟื้นฟูร่างกาย แตกต่างกับการศึกษาของ William, Haskard and DiMatteo (2008, p. 159) ที่พบว่า ปัญหาของความไม่ร่วมมือ ไม่ได้มีสาเหตุมาจากลักษณะ บุคลิกภาพ เพศ ระดับทางสังคม ระดับการศึกษา เพราะผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงก็ไม่ให้ความร่วมมือเช่นเดียวกับผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับ Hartigen et al. (2000) ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อของผู้ที่มีอาการปวดหลังบริเวณบั้นเอว กับอายุ เพศ และระดับการศึกษา แต่แตกต่างกับ Daly, Sindon, Thomson, Hancock, Chang and Davidson (2002) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า วัยสูงอายุ เพศ หญิง ผู้ได้รับการศึกษาน้อย อาการเลี้ยววัยไปที่แขนซ้าย และการมีกิจกรรมทางกายน้อย มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือกับโปรแกรม แต่การศึกษาของ Sluijs et al. (1993) กลับพบว่า ผู้ที่ได้รับการศึกษาสูง จะให้ความร่วมมือในโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อที่บ้านน้อยกว่า สำหรับความร่วมมือของนักกีฬายกน้ำหนัก Daly, Brewer, Van Raalte, Petitpas and Sklar (1995) พบว่า ระดับความสามารถของนักกีฬา (นักกีฬาระดับแข่งขัน นักกีฬาระดับนันทนาการ) ไม่มีความแตกต่างในการให้ความร่วมมือทางคลินิก

Byerly, Worrell, Gahimer and Domholdt (1994) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการฟื้นฟูของนักกีฬาที่มีต่อตัวแปรปัจจัยด้านจิตสังคม 6 ด้านได้แก่ ความปวด การสนับสนุนทางสังคม การนัดหมายของทางคลินิก แรงจูงใจ และสิ่งแวดล้อม โดยกลุ่มตัวอย่าง

เป็นนักกีฬาที่ได้รับบาดเจ็บทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และต้องเข้ารับการฟื้นฟูสภาพพบว่า จำนวนนักกีฬาที่ร่วมมือในการฟื้นฟูร่างกายมีจำนวน 27 ราย ส่วนผู้ที่ไม่ร่วมมือมีจำนวน 17 ราย ตัวแปรด้านความปวดและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งตัวแปรทั้งสองมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ให้ความร่วมมือกับกลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือ โดยกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า และมีอาการปวดน้อยกว่า

Schneiders et al. (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการรักษาที่มีต่อการให้ความร่วมมือในการออกกำลังกายของผู้ที่มีอาการปวดหลังระยะเฉียบพลันกับหลังระยะเฉียบพลันพบว่า ผู้ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายทั้งทางคำพูดและเอกสาร มีอัตราการให้ความร่วมมือมากกว่า (ร้อยละ 77) กลุ่มผู้ที่ได้รับข้อมูลเพียงคำพูดอย่างเดียว (ร้อยละ 38) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Linden (1995) ที่เปรียบเทียบวิธีการส่งเสริมโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยการแจกคู่มือโปรแกรมฟื้นฟูการทำงานของหัวใจ (Heart Manual Rehabilitation Programme) เปรียบเทียบกับการให้คำแนะนำพร้อมทั้งแจกแผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั่วไป และทำการติดตามผลในสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 6 ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินผลโดยวัดความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และการรับรู้ด้านความมั่นใจและการฟื้นตัวของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มที่ได้รับคู่มือโปรแกรมฟื้นฟูการทำงานของหัวใจ มีระดับความมั่นใจต่อการฟื้นตัวและการรับรู้ต่อการพัฒนาของร่างกายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำกับแผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั่วไป และกลุ่มที่ได้รับคู่มือมีคะแนนความวิตกกังวลลดลง แต่ความรู้สึกซึมเศร้าไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำกับแผ่นพับ มีความวิตกกังวลและความรู้สึกซึมเศร้าสูงขึ้น การศึกษานี้ทำให้เข้าใจว่าบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพ ควรใช้วิธีส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่มีประสิทธิภาพและมีความเจาะจง ชัดเจน และเหมาะสม ต่อสถานะของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และนำคำแนะนำไปปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง โดย Ley (1997, p. 283) ได้แนะนำให้บุคลากรทางสุขภาพส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาว่า “ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจรายละเอียดอย่างชัดเจนในเรื่อง ความถี่ ระยะเวลาของการรักษา” “ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจเหตุผลของการรักษาามากเพียงพอ ว่าทำไมเช่นนั้นไปทำไม” และ “เขียนสิ่งที่จำเป็นต้องทำเอาไว้เพื่อป้องกันการลืม และป้องกันปัญหาด้านอื่น ๆ” ซึ่งการกำหนดพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติอย่างชัดเจนและอธิบายถึงสิ่งที่จะได้รับการปฏิบัติ เป็นการให้ผู้ป่วยได้รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ สำหรับการจดบันทึกสิ่งที่ควรทำเป็นการลดอุปสรรคต่าง ๆ เช่น ความไม่มั่นใจ การหลงลืม ความกลัวอันตราย

จากการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ อาการปวด โรคหรืออาการที่เป็น ฐานะทางการเงิน ฯลฯ) และปัจจัยภายนอก (สิ่งแวดล้อม การสนับสนุนจากสังคม การได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นและการปฏิบัติตน ฯลฯ) ส่งผลต่อความร่วมมือต่อการรักษาหรือการฟื้นฟูของผู้ป่วยแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือก็ยังเป็นประโยชน์ เพื่อหาวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาฟื้นฟู

การประเมินความร่วมมือ

ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาที่มีความหลากหลาย (Brien, 2010, p. 13) ฉะนั้น เครื่องมือวัดความร่วมมือจึงมีอยู่มากมาย และมีความแตกต่างกัน บางรายงานการศึกษาใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ เช่น เครื่องมือวัดจำนวนก้าวที่เดิน (Pedometer) หรือตัววัดการออกกำลังกาย ซึ่งการประเมินด้วยวิธีนี้เป็นวิธีการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และอยู่นอกเหนือไปจากขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาครั้งนี้

วิธีประเมินความร่วมมือในการฟื้นฟูที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมี 3 แบบ ได้แก่ 1) การมาตามนัดหมายของคลินิกฟื้นฟู (Bassett & Prapavessis, 2007; Levy et al., 2008; Krischak et al., 2009) 2) การสังเกตพฤติกรรมในระหว่างการฟื้นฟูที่คลินิก (Bassett & Prapavessis, 2007; Brewer et al., 2000a; Brewer et al., 1995; Levy et al. 2008) และ 3) ความร่วมมือในการฟื้นฟูที่บ้านโดยการรายงานด้วยตนเอง (Bassett & Prapavessis, 2007; Levy et al., 2008; Sluijs et al., 1993)

การประเมินอัตราการมาตามนัดหมายของคลินิกฟื้นฟู (Clinic-based Rehabilitation Session) เป็นการประเมินอัตราของจำนวนครั้งในการมาตามนัดหมายกับการนัดหมายจริง (Bassett, 2003) วิธีการคำนวณสามารถทำได้ง่าย แต่มีข้อด้อยคือการมาตามนัดหมายมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพในระดับต่ำ ($r = .21$) และได้บ่งบอกถึงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในขณะการฟื้นฟู (Brewer et al., 2000b)

การประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมในระหว่างการฟื้นฟูที่คลินิก (Clinic-based Clinician Observation) โดยใช้แบบประเมินระดับความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพจากการบาดเจ็บทางกีฬา มีข้อดีคือเป็นแบบวัดที่สามารถทำได้ง่าย และไม่มีผลลำเอียงของผู้บาดเจ็บเข้ามาเกี่ยวข้อง

การประเมินความร่วมมือในการฟื้นฟูที่บ้านโดยการรายงานด้วยตนเอง (Self-reporting of the Home-based Rehabilitation) มี 2 รูปแบบ ให้เขียนเป็นบันทึกการออกกำลังกายประจำวัน แล้วนำมาคำนวณเป็นอัตราจำนวนครั้งในการออกกำลังกายตามคำแนะนำ (Levy et al., 2008)

และรายงานระดับของการออกกำลังกาย เป็นชุดคำถามให้ผู้ป่วยประเมินระดับที่ตนได้ปฏิบัติ การประเมินโดยการรายงานด้วยตนเองมีข้อดีคือผู้ป่วยสามารถทำได้ง่าย แต่ข้อด้อยคือผู้ประเมิน รายงานเกินความเป็นจริง (Pisters et al., 2010)

วิธีในการประเมินความร่วมมือในการฟื้นฟูมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน สำหรับการวิจัยนี้ ได้ประยุกต์ใช้การประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมในระหว่างการฟื้นฟูที่คลินิก และวิธีรายงานระดับของความร่วมมือในการฟื้นฟู โดยลดข้อด้อยของการประเมินด้วยวิธีรายงาน ด้วยตนเอง ด้วยการกล่าวแนะนำ และเขียนในแบบสอบถามว่า “ขอความร่วมมือในการตอบ แบบสอบถามด้วยความเป็นจริง”

การประเมินความร่วมมือในการฟื้นฟูแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การให้ความร่วมมือในการ ฟื้นฟูที่คลินิก และการให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูที่บ้าน มีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินความร่วมมือในการฟื้นฟูที่คลินิก

แบบสอบถามความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพจากการบาดเจ็บทางกีฬา (The Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale; SIRAS) พัฒนาโดย Brewer et al. (1995) เพื่อใช้วัดระดับการให้ความร่วมมือที่คลินิกฟื้นฟู ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ได้แก่

- 1) ความเอาใจจริงเอาใจในการบริหารกล้ามเนื้อ
- 2) การทำตามคำแนะนำของผู้ให้การรักษา และ
- 3) การยอมรับการเปลี่ยนแปลงการรักษาตามโปรแกรมการฟื้นฟู คำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันดังนี้ ข้อ 1. ความเอาใจจริงเอาใจในการบริหารกล้ามเนื้อระดับ 1 หมายถึง มีความพยายามน้อยที่สุด และระดับ 5 หมายถึงมีความพยายามมากที่สุด ข้อ 2 การทำตามคำแนะนำของผู้ให้การรักษา ระดับ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ ระดับ 5 หมายถึง ปฏิบัติเสมอ สำหรับข้อ 3 การยอมรับการเปลี่ยนแปลงการรักษาตามโปรแกรมการฟื้นฟู ระดับ 1 หมายถึง ไม่ให้การยอมรับ ระดับ 5 หมายถึง ให้การยอมรับมากที่สุด แบบวัดมีความเที่ยงตรง ภายใน .82 มีค่าความเชื่อมั่น .87 (Brewer et al., 2000b) แบบประเมินนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ต่าง ๆ ได้แก่ ที่มีอาการปวดหลัง (Kolt & McEvoy, 2003) ภายหลังเข้ารับการรักษาผ่าตัดข้อเข่า (Brewer, et al., 2003; Brewer et al., 2000a) และกระดูกข้อมือหัก (Lyngcoln et al., 2005)

2. การประเมินความร่วมมือในการฟื้นฟูที่บ้าน

แบบสอบถามความร่วมมือในการฟื้นฟูที่บ้านโดยการรายงานด้วยตนเอง (Participant Self-report Scales of their Home-based Rehabilitation Adherence) พัฒนาขึ้นโดย Taylor and May (1996) จากการสัมภาษณ์นักกายภาพบำบัดและผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อใช้วัด ระดับการทำตามคำแนะนำของผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่

การบริหารกล้ามเนื้อ การงดเว้นจากกิจกรรมกีฬาและกิจกรรมประจำวัน การประคบความเย็น การใช้ผ้ายืดพันรัดบริเวณที่บาดเจ็บ และการยกบริเวณที่บาดเจ็บให้สูง คำตอบเป็นแบบประเมิน ค่า 5 ระดับ ระดับ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย และระดับ 5 หมายถึง ปฏิบัติเสมอ (ช่องด้าน หลังสุดสำหรับคำตอบ “ไม่เคยได้รับคำแนะนำ”) มีค่าความสอดคล้องภายใน .78 (Bassett & Prapavessis, 2007)

มีการศึกษาที่ใช้แบบประเมินความร่วมมือเมื่ออยู่ที่บ้านในลักษณะของการอาการ บาดเจ็บที่แตกต่างกัน ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพนักกีฬาบาดเจ็บ (Taylor & May, 1996) การฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยทั่วไป (Bassett, 2003) การฟื้นฟูสภาพนักกีฬาบาดเจ็บหลังการผ่าตัดข้อเข่า ไช้เข้าด้านหน้า (Brewer et al., 2003; Chan, Lonsdale, Ho, Yung & Chan, 2009) การฟื้นฟู นักกีฬาบาดเจ็บที่เส้นเอ็น จากการใช้งานมากเกินไป (Levy et al., 2008)

ความร่วมมือในการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อฟื้นฟูสภาพ เป็นเรื่องที่มีปัญหาเช่น ความร่วมมือในการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน ประกอบด้วยปัจจัย หลายประการ ปัจจุบันการศึกษาค้นคว้าของการไม่ให้ความร่วมมือ อาศัยเพียงบางส่วนของทฤษฎี ในการอธิบาย ประกอบกับบุคลากรทางสุขภาพจะอธิบายเพียงปรากฏการณ์ในสิ่งที่การวิจัยค้นพบ ทำให้มีความเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการให้ความร่วมมือที่หลากหลาย อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ การให้ความร่วมมือในการออกกำลังกายพบว่า ทฤษฎีด้านพฤติกรรมสามารถอธิบายการให้ ความร่วมมือในระยะเวลาดสั้น ๆ (Short-term Adherence) ได้ดีที่สุด ในขณะที่ทฤษฎีด้าน การควบคุมตนเองสามารถอธิบายการให้ความร่วมมือในระยะยาวได้ดี (Sluijs & Knibbe, 1991) สำหรับนักกีฬาที่ได้รับบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา และต้องเข้ารับการฟื้นฟูสภาพร่างกายในระยะสั้น จำเป็นต้องมีความร่วมมือต่อการฟื้นฟูสภาพในระดับสูง จึงต้องใช้ทฤษฎีด้านพฤติกรรม การศึกษา การรับรู้ซึ่งเป็นความคิดหรือความเชื่อของนักกีฬา ที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม จะทำให้เข้าใจ อิทธิพลของการรับรู้ และพัฒนาไปสู่แนวทางการส่งเสริมความเชื่อที่มีผลทางบวก และลดทอน ความเชื่อที่ส่งผลทางลบต่อการแสดงพฤติกรรมในการฟื้นฟูสภาพ

การรับรู้ (Perceived)

การรับรู้เป็นกระบวนการที่มนุษย์ติดต่อกับสิ่งรอบ ๆ ตัว โดย นางลักษณ จารุวัฒน์ (ม.ป.ป.) อธิบายว่า มนุษย์จะตีความสิ่งที่สัมผัสได้แล้วจึงตอบสนองกลับอย่างเหมาะสม โดยมี จิตใจและความคิดเป็นพื้นฐาน ทำให้บุคคลตีความหมายแตกต่างกัน และรัชนี นพเกตุ (2540 อ้างถึงใน ปราณีต รามสูตร, 2545) ระบุว่า เป็นการประมวลและแปลความหมายข้อมูลรอบตัว โดยผ่านอวัยวะรับรู้ความรู้สึก ซึ่ง (Wood & Wood, 2000 อ้างถึงใน ปราณีต รามสูตร, 2545)

Quinn (1985) กล่าวว่ามนุษย์ทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อมโดยอาศัยความรู้เดิม และบุคคลเป็นผู้เลือกสรรที่จะรับรู้ โดยมีองค์ประกอบส่วนบุคคล 2 ส่วน คือ 1) ด้านสรีระ ประกอบด้วย อวัยวะรับสัมผัส สภาพร่างกาย และ 2) ด้านจิตวิทยา ประกอบด้วย ความสนใจ ความคาดหวัง ความต้องการ และการเห็นคุณค่า ซึ่ง Crider, Goethal, Kavanaugh and Solomon (1983, p. 110) กล่าวว่าประสบการณ์มีผลต่อการรับรู้ จากการศึกษานักเรียนสองกลุ่ม โดยกลุ่มแรกให้ดูภาพหญิงสาว อีกกลุ่มหนึ่งให้ดูภาพหญิงชรา ต่อจากนั้น ให้ทั้งสองกลุ่มดูภาพที่มีลักษณะเป็นสองนัยคือ เห็นเป็นภาพหญิงสาวหรือหญิงชราก็ได้ ปรากฏว่ากลุ่มที่ดูภาพหญิงสาวทุกรายตอบว่า เห็นเป็นภาพหญิงสาว ส่วนกลุ่มที่ดูภาพหญิงชราจำนวน 95 เปอร์เซ็นต์ตอบว่าเห็นเป็นภาพหญิงชรา

จากการกล่าวข้างต้นอาจสรุปได้ว่า การรับรู้หมายถึงกระบวนการประมวลและแปลความหมายของข้อมูลโดยผ่านประสาทสัมผัสและแปลข้อมูลโดยใช้ประสบการณ์ ความเข้าใจและความเชื่อของตน

ในทางสุขภาพ Hiatt, Pedlar and Borgan (1984, p. 87) ให้ความหมายของการรับรู้สุขภาพว่าหมายถึง ความคิดและความเข้าใจของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ที่เกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อความปกติสุขด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจของบุคคล ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล

Brown (2005, p. 224) และ Sirur, Richardson, Wishart and Hanna (2009) แนะนำว่า ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มีอิทธิพลสูงต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่ง Janz and Becker (1984) พบว่า ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 91 และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสามารถอธิบายได้ร้อยละ 81

การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นความเชื่อหรือความรู้สึกลึกซึ้งของบุคคลที่เป็นองค์ประกอบในแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมประกอบด้วย Hochbum, Kegeles, Laventhal และ Rosenstock เมื่อปี ค.ศ. 1950 โดยในระยะแรก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งอธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรค หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรค ถ้าไม่มีแรงจูงใจทางสุขภาพ และไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น ๆ (Becker, Maiman, Kirscht, Haefner, & Stanislaw, 1977)

ต่อมา Kasl and Cobb (1996) ได้แบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพ

อนามัยสมบุรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค 2) พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลเมื่อมีความรู้สึกผิดปกติ และ 3) พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาการป่วยดีขึ้น

การแบ่งพฤติกรรมดังกล่าวสนับสนุน Becker (1990) ที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพครอบคลุมการอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั่วไปและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของบุคคล ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Illness Beliefs) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การเกิดของโรค การเยียวยา การรักษา การฟื้นฟู ความสามารถในการจัดการและควบคุมอาการเจ็บป่วย และการพยากรณ์การเจ็บป่วย

สำหรับการศึกษานักกีฬาบาดเจ็บทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ Brewer (1993) พบว่า การรับรู้ของนักกีฬาที่มีต่อประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสภาพ ทำให้นักกีฬาให้ความร่วมมือในการฟื้นฟู ซึ่งความเชื่อในประสิทธิผลของการปฏิบัติพฤติกรรม และความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นให้ประโยชน์ต่อตนเอง จัดว่าเป็นการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และจากการศึกษาของ Sluijs et al. (1993) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือต่อการรักษามากที่สุด นอกจากนี้การศึกษานักกีฬาบาดเจ็บยังพบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพอีกด้วย

การรับรู้ประโยชน์ในการฟื้นฟูสภาพ

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ถึงผลดีของการปฏิบัติตนตามแผนของการรักษาว่า สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการของโรค ลดภาวะความเจ็บป่วย หรือหายจากโรคได้ (Rosenstock, 1974) ซึ่งการรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนตามแผนการรักษา (Becker, 1974) เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นสามารถลดความรุนแรงของโรคที่คุกคามอยู่ให้ลดลงได้ คุ่มค่ากับค่าใช้จ่ายในการรักษา คุ่มค่ากับเวลาที่เสียไปเป็นมูลเหตุให้บุคคลตัดสินใจลงมือปฏิบัติตนตามความเชื่อนั้น

การศึกษาของ Becker (1974) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย มีความเชื่อว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ในการควบคุมอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรง คล้ายคลึงกับที่ Pagnotta, Korner-Bitnesky, Mazer, Baron, and Wood-Dauphinee (2005) พบว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์กลุ่มที่ร่วมมือในการใส่เฝือกข้อมือ เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการใช้เฝือก

Wilcox et al. (2006) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยแบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย (การควบคุมอาการปวด, ข้อติดขัด การเคลื่อนไหวได้สะดวก มีความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของร่างกาย น้ำหนักลด) ด้านทัศนคติและความเชื่อ (ลดการพึ่งพาผู้อื่น เพิ่มระดับความเชื่อมั่น มีทัศนคติว่าสามารถควบคุมอาการของโรคได้) ด้านอารมณ์ (สนุกสนาน ควบคุมตนเองให้ออกกำลังกายได้) ด้านสังคม (มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อตัวแปรด้านร่างกาย ทัศนคติและความเชื่อ อารมณ์ และสังคม

Wadey and Evans (2011) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ภายหลังการบาดเจ็บโดยการสัมภาษณ์นักกีฬาจำนวน 10 ราย เมื่อแบ่งช่วงเวลาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะภายหลังได้รับบาดเจ็บทันที (สอบถามในเรื่องของอารมณ์) ระยะการฟื้นฟูสภาพ (ถามในเรื่องของการไม่ต้องทำอะไร) และระยะกลับไปเล่นกีฬา (ผลกระทบต่อการฝึกซ้อม) พบว่า นักกีฬายังคงมีการรับรู้ประโยชน์จากการบาดเจ็บในลักษณะการมีโอกาสค้นหาตนเอง (Self-disclosure) และการได้รับความกำลังใจจากคนใกล้ชิด แสดงให้เห็นว่านักกีฬาสามารถปรับตัวจากความสูญเสียศักยภาพเนื่องจากการบาดเจ็บ ไปสู่ความรู้สึกว่าเป็นโอกาสสำหรับการเติบโตและพัฒนาตนเอง

การรับรู้อุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นความเชื่อหรือการคาดการณ์ของบุคคลถึงปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Becker, 1974) โดยก่อนการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนการรักษา บุคคลจะประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น กล่าวคือ หากบุคคลรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมน้อย บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น แต่หากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคมาก บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อันเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการรักษา

การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา (Becker, 1974; Rizvi et al., 2010) และการไม่ให้ความร่วมมือในโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ (Brien, 2010, p. 26) ซึ่ง Sluijs et al. (1993) ได้ศึกษาโดยการสัมภาษณ์นักกายภาพบำบัดที่ทำงานด้านการฟื้นฟูสภาพจำนวน 222 ราย และผู้ป่วยจำนวน 1,681 รายพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไม่ให้ความร่วมมือกับการฟื้นฟูร่างกายมากที่สุด

Wilcox et al. (2006) ศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์ โดยแบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคต่อร่างกาย (อาการปวด ความล้า เคลื่อนไหวไม่สะดวก ภาวะรู้สึกไม่สบาย) การรับรู้อุปสรรคต่อจิตใจ (ขาดแรงจูงใจ ความรู้สึกสนุกสนาน) การรับรู้อุปสรรคต่อความกลัว (กลัวเจ็บ กลัวอันตราย กลัวผลลัพธ์ไม่ดี)

การรับรู้อุปสรรคต่อสังคม (ขาดคนแนะนำ ช่วยเหลือ, ขาดความรู้ แพทย์ไม่ได้แนะนำ ไม่มีเพื่อน ร่วมออกกำลังกาย) และการรับรู้อุปสรรคทางสิ่งแวดล้อม (ขาดโปรแกรมที่เฉพาะของโรค ค่าใช้จ่าย การเดินทาง) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มีอิทธิพลต่อบุคคลทั้งในมิติ ด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด สังคม และสิ่งแวดล้อม

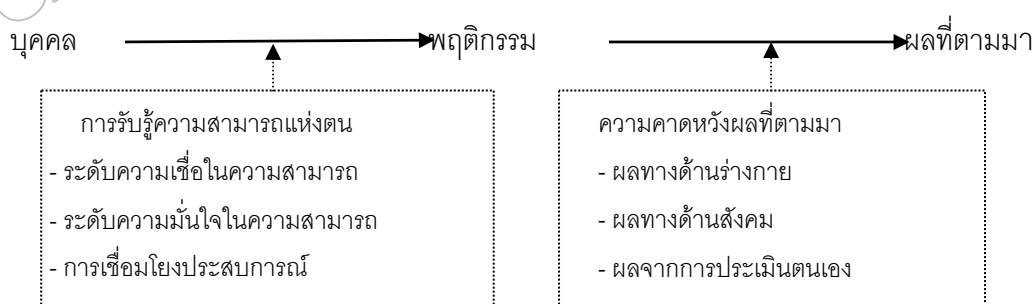
Jack et al. (2010) ศึกษาการรับรู้อุปสรรคของผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูทางระบบ กล้ามเนื้อและกระดูกพบว่า การไม่ให้ความร่วมมือมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายที่ น้อยกว่าระดับมาตรฐาน หรือลดลงกว่าสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงมีระดับการออกกำลังกายตามโปรแกรม การฟื้นฟูสภาพน้อย ระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำ มีอารมณ์ซึมเศร้า ความวิตกกังวลสูง การไม่ได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง และมีความรู้สึกละอายใจในระหว่างการบริหารกล้ามเนื้อ

นอกจากการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคแล้ว Stretcher and Rosenstock (1997, p. 116) ยังแนะนำว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตน เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สามารถ ทำนายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสถานะทางสุขภาพได้ดีด้วย

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการฟื้นฟูสภาพ

การรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นความเชื่อหรือการตัดสินใจของบุคคลในความสามารถ ของตนเอง ต่อการจัดการและดำเนินการกระทำเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการ (Bandura, 1997) การรับรู้ ความสามารถแห่งตนในระดับสูงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติจนประสบความสำเร็จ เพราะแม้ บุคคลมีความรู้และทักษะในการกระทำ แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติให้ดีที่สุด เนื่องจากบุคคล มักตัดสินใจในความสามารถของตนเองร่วมด้วย

นอกจากนั้นการที่บุคคลหนึ่งตัดสินใจลงมือกระทำพฤติกรรมใด ๆ จะมีปัจจัยที่เป็น องค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และความคาดหวังผล ที่ตามมา (Outcome Expectation) ดังแสดงตามภาพประกอบที่ 2



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตน กับความคาดหวังผลที่ตามมา

(Bandura, 1997, p. 22)

จากภาพที่ 2 เห็นได้ว่าเมื่อบุคคลตัดสินใจลงมือกระทำพฤติกรรม บุคคลจะประเมินจากการรับรู้ความสามารถของตน แล้วจึงคิดถึงผลที่ตามมา ซึ่งระดับความมั่นใจในความสามารถของตนประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่

1. มิติระดับความเชื่อในความสามารถของตน (Level/ Magnitude) หมายถึงระดับความเชื่อของบุคคลว่าตนสามารถกระทำได้ โดยขึ้นอยู่กับความยากง่ายของงาน บุคคลที่รับรู้ว่าการนั้นเป็นสิ่งที่ง่ายและตนเองมีความสามารถกระทำได้ เป็นผลให้บุคคลเกิดความมั่นใจลงมือกระทำพฤติกรรม อีกนัยหนึ่งหากบุคคลรับรู้ว่าการนั้นเป็นสิ่งที่ยากและเกินความสามารถของตนเองกระทำได้ เป็นผลให้บุคคลขาดความมั่นใจ และหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

2. มิติระดับความเข้มแข็งของความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะกระทำ (Strength) หมายถึง การรับรู้ว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำ โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ว่ามีมากหรือน้อยเพียงใด บุคคลที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนสูง จะพยายามเอาชนะต่ออุปสรรคจนประสบความสำเร็จ หากมีการรับรู้ในระดับต่ำก็มีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงไม่กระทำ

3. มิติของการเชื่อมโยงประสบการณ์ (Generality) หมายถึงการที่บุคคลพยายามเชื่อมโยงความสามารถของตนเองในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งไปยังสิ่งอื่น ๆ หรืองานอื่น ๆ ที่มีความคล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกัน บุคคลที่เคยประสบความสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างมาก่อน จะมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติต่อสถานการณ์นั้นหรือสถานการณ์ที่มีความคล้ายคลึงกันในระดับสูง แต่บุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ความสำเร็จ หรือประสบความสำเร็จในอดีต จะมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติต่อสถานการณ์นั้นหรือสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันในระดับต่ำ

โดยบุคคลสองรายอาจมีความสามารถเท่าเทียมกัน แต่หากมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ต่างกัน ก็ทำให้มีพฤติกรรมที่แตกต่างกันด้วย หรือในบุคคลเดียวกันหากมีการรับรู้ความสามารถของตนในแต่ละสถานการณ์แตกต่างกัน ก็แสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกันได้

สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนทางกีฬาที่มีความหมายว่า เป็นการตัดสินใจของนักกีฬาวาดตนเองสามารถทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ (Feltz & Lirgg, 2001) มีความสัมพันธ์กับการแสดงความสามารถทางกีฬา (Feltz & Mugno, 1983 cited in Feltz, Short & Sullivan, 2008) และความอดทนต่องานที่ยากลำบากอย่างต่อเนื่อง (Weinberg, Gould, & Jackson, 1979) นักกีฬาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูง มีการแสดงความสามารถที่มีประสิทธิภาพมากกว่าปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องยาวนานกว่า ไม่เกรงกลัวต่อเป้าหมายที่มีความยากและท้าทาย และเมื่อเผชิญกับความล้มเหลวก็ไม่ยอมแพ้ ยังคงมีความเพียรพยายามปฏิบัติต่อไปอย่างตั้งใจ

สำหรับนักกีฬาที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำ มักหลีกเลี่ยงต่อเป้าหมายที่ยาก มีความพยายามน้อย เมื่อเกิดผิดพลาดหรือล้มเหลวก็ยอมแพ้ง่าย และมีความวิตกกังวลสูงว่าจะบาดเจ็บ (Feltz, Short & Sullivan, 2008, p. 5)

การรับรู้ความสามารถแห่งตนสามารถประยุกต์เข้ากับพฤติกรรมด้านสุขภาพได้ดี (Bandura, 1997, p. 261) ตัวอย่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาฟื้นฟูมีตัวอย่างดังต่อไปนี้

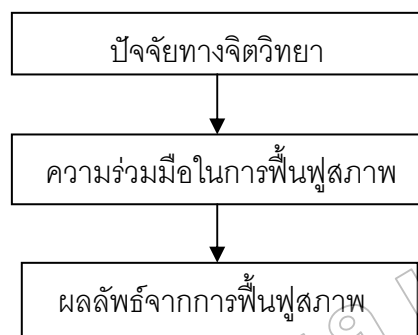
Makelainen, Vehvilainen-Julkunen and Pietila (2008) ศึกษาการรับรู้ความสามารถแห่งตนในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงจะยอมรับความเจ็บปวดได้ดี นอกจากนี้ใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการแล้วยังพยายามสรรหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะบรรเทาอาการปวดด้วย แต่กลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับต่ำสัมพันธ์กับภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีความบกพร่องทางร่างกายสูง

Thomee et al., (2007a, 2007b) ศึกษาผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดซ่อมเอ็นข้อเข่าจำนวน 33 ราย โดยติดตามเป็นเวลา 1 ปีพบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการใช้ข้อเข่ามีการเปลี่ยนแปลงภายหลังการเข้ารับผ่าตัดและระหว่างการฟื้นฟูสภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้น ผู้ที่มีระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงจะมีกิจกรรมทางกายก่อนเข้ารับผ่าตัดมากกว่า และเมื่อเปรียบเทียบระดับอายุพบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยมีระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนมากกว่าวัยผู้ใหญ่

Levy et al. (2008) ศึกษาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่เป็นตัวทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูของนักกีฬาที่มีอาการเส้นเอ็นอักเสบจากสาเหตุใช้งานมากเกินไป จำนวน 70 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลความร่วมมือในการฟื้นฟูที่คลินิกและที่บ้าน โดยให้นักกายภาพบำบัด เป็นผู้ประเมินความร่วมมือที่คลินิก และให้นักกีฬาจัดบันทึกความร่วมมือที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูที่คลินิกได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตน แรงจูงใจ การมีวิธีบรรเทาอาการปวด ประสิทธิภาพในการรักษา ความรู้สึกพึงพอใจต่อผู้รักษา และการสนับสนุนจากสังคม ปัจจัยที่ทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูที่บ้านได้แก่ การมีวิธีบรรเทาอาการปวด ความพึงพอใจต่อผู้รักษา แต่การรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงจูงใจไม่สามารถทำนายความร่วมมือเมื่ออยู่ที่บ้านได้ การศึกษาทำให้ทราบว่าปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมได้แก่ การรับรู้ของผู้ป่วย แรงจูงใจ การตั้งเป้าหมาย การมีวิธีบรรเทาอาการ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ เป็นปัจจัยที่มีผลบวกต่อความร่วมมือในการฟื้นฟู

แบบแสดงการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความคิดปัญญา (Cognitive Appraisal Model; Brewer, 1994) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางจิตวิทยามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ

ในการฟื้นฟูสภาพ และผลที่ได้จากการฟื้นฟูดังนี้



ภาพที่ 3 แบบแสดงการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความคิดปัญญา (Cognitive Appraisal Model) (Brewer, 1994)

จากภาพที่ 3 เป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตวิทยา กับความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ และผลของการฟื้นฟูสภาพของนักกีฬาที่บาดเจ็บ โดย Brewer et al. (2000a) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 3 ในกลุ่มนักกีฬาที่เข้ารับการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าเข่า จำนวน 93 ราย โดยการสำรวจและเก็บข้อมูล ตัวแปรด้านปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม อัตลักษณ์แห่งตนของนักกีฬา ความทุกข์ทางจิตใจ ตัวแปรด้านปัจจัยความร่วมมือในการฟื้นฟู ได้แก่ ความร่วมมือในการฟื้นฟูที่คลินิกและที่บ้าน และตัวแปรด้านผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ อาการข้อเข่าหลวม การทำงานของข้อเข่า และอาการของนักกีฬาพบว่า แรงจูงใจเป็นตัวแปรทางจิตวิทยาที่สามารถทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูที่บ้าน สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรทางจิตวิทยาอันได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการฟื้นฟูสภาพ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพและผลลัพธ์ที่ได้จากการฟื้นฟูสภาพของนักกีฬาที่บาดเจ็บ

ความสามารถทางกายของบริเวณที่บาดเจ็บ

การบาดเจ็บเป็นสาเหตุทำให้ความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อและข้อต่อลดลง ปัญหาที่เกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บทางกีฬา มักเกิดจากการที่นักกีฬามีอาการปวดทำให้ไม่เคลื่อนไหว บริเวณนั้น หรือต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อให้เนื้อเยื่อเกิดกระบวนการซ่อมแซมอย่างสมบูรณ์ จึงมักเกิดปัญหาตามมา ได้แก่ 1) เนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อต่อเกิดการหดรั้ง ทำให้ข้อเคลื่อนไหวได้ไม่เต็ม

พิสัย 2) กระดูกอ่อนผิวข้อเสื่อมลง และ 3) กล้ามเนื้อลีบ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง (จิตรา วงศ์วิวัฒนานนท์, 2537, หน้า 343 - 356)

จากการแนะนำของ Brewer (1999 cited in Bassett & Prapavessis, 2007) ว่า ใน การศึกษาวิจัยควรเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะอาการบาดเจ็บคล้ายคลึงกัน จะช่วยลดปัญหา ตัวแปรด้านความหลากหลายของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ จากสถิติการบาดเจ็บทางกีฬาใน ประเทศไทยพบว่าตำแหน่งที่มีการบาดเจ็บมากที่สุดคือที่บริเวณขา โดยเฉพาะอาการข้อเท้าแพลง (Ankle Sprain) (ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์, 2536; ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์ และจตุพร ณ นคร. (2534); บวรฤทธิ์ จักรไพวงศ์, บวรรัฐ วรณรงค์วรรณ, ชรินทร์ ลำซ้ำ, ธีรกุลทนันทน์, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับ สถิติการบาดเจ็บทางกีฬาในต่างประเทศ (Schmikli, Vries, Inklaar, & Backx, 2010; Vanhoenacker et al., 2007; Gabbe, Finch, Wajswelner & Bennell, 2004) ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในกลุ่มนักกีฬา ที่มีอาการข้อเท้าแพลง

ข้อเท้าแพลงเป็นการบาดเจ็บบริเวณข้อเท้า มีผลทำให้ข้อเท้าเคลื่อนไหวได้น้อยกว่า ปกติ ความสามารถในการยืน เดิน และการเคลื่อนย้ายตนเองจึงทำได้น้อยลง ความรุนแรงของ ข้อเท้าแพลงแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ (ชรินทร์ ลำซ้ำ, ม.ป.ป.)

ระดับ 1 บาดเจ็บเล็กน้อย เป็นกลุ่มที่มีการบาดเจ็บต่อเอ็นข้อเท้าด้านข้างไม่มาก ข้อเท้า มีอาการบวมเล็กน้อยหรือไม่บวม มีจุดกดเจ็บ แต่ผู้ป่วยยังสามารถใช้งานข้อเท้าและเดินได้ มักหายภายใน 1-2 สัปดาห์

ระดับ 2 บาดเจ็บปานกลาง เป็นกลุ่มที่มีการบาดเจ็บมากขึ้น ผู้ป่วยมีอาการข้อเท้าบวม และปวด ข้อเท้าขยับเคลื่อนไหวได้น้อยลงและเดินกระเผลก การบาดเจ็บระดับนี้ใช้เวลารักษา ประมาณ 4-8 สัปดาห์

ระดับ 3 บาดเจ็บรุนแรงมาก มีอาการข้อเท้าบวมเจ็บปวดชัดเจน มีรอยช้ำเขียว ข้อเท้า ขยับเคลื่อนไหวได้เพียงเล็กน้อย ไม่สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่บาดเจ็บได้ ใช้เวลารักษา 3-4 เดือน

ระดับความรุนแรงของอาการข้อเท้าแพลงมีผลต่อการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ โดย อาการระดับ 1 บาดเจ็บเพียงเล็กน้อย รักษาด้วยการพักใช้งาน อาการบาดเจ็บระดับ 2 เป็นระดับ ที่การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาจนหาย (วัฒนชัย โจน์วานิช, 2542) ส่วนอาการบาดเจ็บระดับ 3 มักต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ฉีกขาด

โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพสำหรับอาการข้อเท้าแพลง

โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพสำหรับอาการข้อเท้าแพลงแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะ เฉียบพลัน ระยะเคลื่อนไหว และระยะเพิ่มความแข็งแรง โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมการฟื้นฟูอาการข้อเท้าแพลง (Bassett & Prapavessie, 2007, pp. 1136 -1137)

ระยะการบาดเจ็บและเวลาในการรักษาโดยประมาณ	การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด	ความก้าวหน้า	ตัวบ่งชี้
ระยะเฉียบพลัน (36-48 ชั่วโมง ภายหลังได้รับบาดเจ็บ)	งดกิจกรรมที่กระทบกระเทือนบริเวณที่บาดเจ็บ	อาการบวมยุบ บวมและลดจำนวนครั้ง	ปวดลดลง
	ประคบด้วยความเย็น และพันผ้ายืด	การประคบด้วยความเย็น	
ระยะการบาดเจ็บและเวลาในการรักษาโดยประมาณ ระยะเคลื่อนไหว (10-14 วัน)	ยกบริเวณบาดเจ็บให้สูง	เคลื่อนไหวได้มากขึ้น	ตัวบ่งชี้ ออกแรงด้านได้ ยืนได้
	ขยับข้อเท้าด้วยตนเองเบา ๆ		
	การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดบริหารโดยกระตุ้นข้อเท้าขึ้นลง หมุนข้อเท้าเข้าด้านในออกด้านนอก	ความก้าวหน้า เคลื่อนไหวไปจนสุดมุม	
	เพิ่มความแข็งแรงโดยมีแรงต้าน	เพิ่มระยะเวลาค้างในช่วงทำาย	
ระยะเพิ่มความแข็งแรง (10-14 วัน โดยประมาณ)	ยืดเหยียดกล้ามเนื้อน่องและสันเท้า	เริ่มจากทำน่องเพิ่มเป็นทำยยืน	จำนวนครั้งจากการรักษาเมื่อทำงาน
	พันผ้ายืดหรือเทปกาวบริเวณข้อเท้า	ถอดออกล่วงหน้าก่อนไปคลินิก	
	ใช้แถบยืดบริหารข้อเท้า	ดึงแถบยืด ค้างไว้สักครู่	
	ยืน เขย่งเท้า ลงน้ำหนักบนขาข้างที่บาดเจ็บ โดยมือยึดจับราวไว้	เพิ่มเวลายืน ลดการพยุงตัว	
	ยืนด้วยขาข้างที่บาดเจ็บ	เพิ่มเวลายืน	
	การแขนออก	เปลี่ยนท่าทาง ล้มตา หลับตา	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ระยะการบาดเจ็บ และเวลาในการรักษาโดยประมาณ	การรักษาและฟื้นฟู ทางกายภาพบำบัด	ความก้าวหน้า	ตัวบ่งชี้
	ยืนบนกระดานฝึกการทรงตัว	ลดฐานการยืน ข้างรับลูกบอล	
	กิจกรรมที่เพิ่มการลงน้ำหนักบนขา เช่น วิ่ง กระโดด	เพิ่มจำนวนครั้ง	
	พันผ้ายืดบริเวณข้อเท้า	พันผ้ายืดเฉพาะ เวลาเครื่องไหว รุนแรง	

จากตารางที่ 1 แสดงถึงโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพสำหรับอาการข้อเท้าแพลง การดูแลรักษาในระยะแรกประกอบด้วย การพักและหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวบริเวณข้อเท้า การประคบน้ำแข็ง การพันผ้ายืด และการยกเท้าสูง การดูแลในระยะที่สองคือระยะเคลื่อนไหวซึ่งเป็นระยะการฟื้นฟูสภาพ เริ่มให้ผู้บาดเจ็บทำการเคลื่อนไหวบริเวณข้อเท้าเพื่อบริหารยืดเหยียดและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ร่วมกับการพันผ้ายืดหรือติดเทปขาว สำหรับการดูแลในระยะที่สามซึ่งเป็นระยะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โปรแกรมการฟื้นฟูประกอบด้วย การบริหารกล้ามเนื้อแบบมีแรงต้าน การยืนบนขาข้างที่บาดเจ็บ และการฝึกทรงตัว

การทดสอบความสามารถในการทำงานของขา

การวัดหรือการทดสอบการทำงานของร่างกาย เป็นการวัดที่มีวิธีวัดหรือมีเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดคุณลักษณะของบุคคล เช่น การวัดน้ำหนัก ความสูง อัตราการเต้นชีพจร ช่วงการเคลื่อนไหว กำลังกล้ามเนื้อ เป็นต้น สำหรับการทดสอบความสามารถทางร่างกาย (Physical Performance) มีความแตกต่างจากการวิเคราะห์การเคลื่อนไหวของร่างกายเฉพาะส่วน แต่มีบทบาทสำคัญต่อการประเมินผู้ป่วยโดยวิเคราะห์จากงานหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ หรือประเมินจากการบ่งชี้ในกิจกรรมบางอย่างที่เป็นผลมาจากการบาดเจ็บของผู้ป่วย ผลที่ได้จากการประเมินจะเป็นตัวชี้้นำต่อการเลือกวิธีการรักษา หรือแสดงถึงผลลัพธ์จากการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ และถึงแม้ว่าการทดสอบหรือการวัดความสามารถทางร่างกายมีลักษณะเป็นจิตวิสัย ก็มิได้ทำให้เครื่องมือที่ใช้วัดมีประสิทธิภาพน้อย (Magee, 2008, pp. 39-40)

รายละเอียดกิจกรรมที่ใช้ทดสอบความสามารถทางร่างกายควรกระทำได้ง่าย ผู้ได้รับการทดสอบสามารถเข้าใจได้ มีการเคลื่อนไหวที่ประสานกันของข้อต่อหลายข้อ เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะทำได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีการทดสอบความสามารถในการทำงานของขาที่สามารถใช้ได้กับผู้ที่บาดเจ็บจากอาการข้อเท้าแพลง ได้แก่ การยืนขาเดียว (Single Leg Stance) (เลอส์ตันด์ หนูมาโนช, 2547; จรัสพิมพ์ ศรีบุญเรือง, 2552; Hertel et al. 2001; Trojian & McKeag, 2006) และการกระโดดขาเดียว (Single Leg Hop Test) (ศิริรัตน์ ไต้ะปรีชา, 2552; Itoh, Kurosaka, Yoshiya, Ichihashi & Mizuno, 1998)

การทดสอบยืนขาเดียว (Single Leg Stance Test)

การทดสอบยืนขาเดียวเป็นการทดสอบความสามารถในการทรงตัว (Reiman & Mansk, 2009) ซึ่งผู้ที่มีอาการบาดเจ็บที่ข้อเท้ามักมีความบกพร่องในการทรงตัว (Guskiewicz et al., 2004, p. 166) โดยความสามารถในการทรงตัวจะมีความแตกต่างกันระหว่างข้อเท้าข้างที่บาดเจ็บกับข้างที่ไม่บาดเจ็บ (Friden, & Lieber, 1998)

Hartel et al. (2001) ศึกษาความสามารถยืนขาเดียวในผู้ที่มีอาการข้อเท้าแพลงที่มีความรุนแรงของอาการบาดเจ็บระดับ 1 และ 2 และได้รับการฟื้นฟูสภาพพบว่า ความสามารถในการทรงตัวในท่ายืนด้วยขาข้างที่บาดเจ็บอยู่ในระดับต่ำภายใน 2 สัปดาห์ หลังจากบาดเจ็บ และจะดีขึ้นในสัปดาห์ที่ 4 แสดงการฟื้นฟูสภาพทำให้ความสามารถในการทรงตัวของนักกีฬาที่มีอาการข้อเท้าแพลงดีขึ้นในสัปดาห์ที่ 4

Trojian and McKeag (2006) ศึกษาการทดสอบยืนขาเดียวเพื่อใช้ทำนายอาการข้อเท้าแพลงที่อาจเกิดขึ้นในการแข่งขันกีฬาพบว่า นักกีฬาที่ยืนขาเดียวได้ในระยะเวลาที่น้อย และไม่ป้องกันข้อเท้าโดยการพันผ้ากาวเมื่อเล่นกีฬา มีอัตราเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการข้อเท้าแพลง แสดงว่าการยืนขาเดียวสามารถบอกถึงความมั่นคงของข้อเท้าได้

ในประเทศไทยมีการทดสอบยืนขาเดียวโดย เลอส์ตันด์ หนูมาโนช (2547) ซึ่งใช้การทดสอบยืนขาเดียวเพื่อประเมินความมั่นคงของข้อเท้าของกลุ่มนักกีฬาที่มีอาการข้อเท้าแพลงระดับ 2 พบว่า นักกีฬาที่ได้รับการรักษาและฝึกการทรงตัวมีค่าระยะเวลาในการทดสอบยืนขาเดียวเพิ่มขึ้นภายใน 4 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของจรัสพิมพ์ ศรีบุญเรือง (2552) ที่พบว่านักกีฬาที่มีอาการข้อเท้าไม่มั่นคง เมื่อได้รับการฝึกตามโปรแกรมการทรงตัว จะสามารถยืนขาเดียวได้นานขึ้นในสัปดาห์ที่ 2-4

และณัฏฐา ภักดีเจริญฤทธิ์ (2548) ใช้การทดสอบยืนขาเดียวเพื่อประเมินความมั่นคงของข้อเท้าในการศึกษาฝึกการทรงตัวของผู้ที่มีภาวะความไม่มั่นคงของข้อเท้าเรื้อรังพบว่า ผู้ที่มีภาวะความไม่มั่นคงของข้อเท้าเรื้อรังสามารถยืนขาเดียวหลังบำบัดได้ระยะเวลาเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม Hartel et al. (2001) ได้แนะนำว่าการทดสอบโดยวิธียืนขาเดียวเป็นการทดสอบความสามารถของข้อเท้าในท่าหนึ่ง (Static) สำหรับผู้ที่มีอาการข้อเท้าแพลงควรมีการทดสอบในท่าเคลื่อนไหว (Dynamic) อันได้แก่การกระโดดหรือสตาร์เอ็คซเคอชันร่วมด้วย

การทดสอบกระโดดขาเดียว (Single Leg Hop Test)

การทดสอบกระโดดขาเดียว เป็นการประเมินกำลังของกล้ามเนื้อขา (Itoh et al., 1998) และการเคลื่อนไหวของขาทางอ้อม (Ross, Langford & Whelan, 2002) ถึงแม้ในทางคลินิกไม่สามารถใช้วินิจฉัยอาการบาดเจ็บได้ แต่เป็นการทดสอบความสามารถในการทำงานของขาข้างที่มีอาการบาดเจ็บได้ (Ross et al., 2002; Fitzgerald, Axe & Snyder-Mackler, 2000)

ในประเทศไทยมีการศึกษาที่ใช้การทดสอบกระโดดขาเดียวได้แก่การศึกษาของ ศิริรัตน์ ไตะบริชา (2552) เพื่อเปรียบเทียบการกระโดด 4 ท่าได้แก่ กระโดดขาเดียว 1 ก้าว (Single Hop Test) กระโดดขาเดียวอย่างต่อเนื่อง 3 ก้าว (Triple Hop Test) กระโดดขาเดียวข้ามเส้นสลับอย่างต่อเนื่อง 3 ก้าว (Cross-over Hop Test) และกระโดดขาเดียว 6 เมตร (6-Meter Timed Hop Test) ทั้งในกลุ่มที่เป็นนักกีฬาและไม่ใช่นักกีฬาระดับมหาวิทยาลัย อายุระหว่าง 18-25 ปี พบว่า การทดสอบทั้ง 4 แบบไม่มีความแตกต่างกัน แสดงว่าสามารถเลือกการทดสอบแบบใดแบบหนึ่งเพื่อทดสอบความสามารถในการทำงานของขาในการฟื้นตัวจากการบาดเจ็บได้

นอกจากนี้ในต่างประเทศ มีการศึกษาการทดสอบด้วยวิธีกระโดดขาเดียวในผู้ที่มีอาการข้อเท้าแพลง ได้แก่ Hartel et al. (2001) ทดสอบการทรงตัวของผู้ที่มีอาการข้อเท้าแพลงระดับความรุนแรงน้อยและปานกลาง อายุเฉลี่ย 21.8 ปี (SD= 5.9) พบว่า ภายหลังจากเกิดข้อเท้าแพลง 1 วันและ 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีการทรงตัวไม่ดี แต่เมื่อเวลาผ่านไป 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างสามารถทรงตัวได้ดีขึ้นเมื่อทดสอบโดยการกระโดดขาเดียว 1 ก้าว

Johnson and Stoneman (2007) ศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความสามารถของข้อเท้าของนักกีฬา (Sports Ankle Rating System) กับวิธีการทดสอบกระโดด 2 แบบ ได้แก่ การกระโดดขาเดียว 1 ก้าวและการกระโดดด้านข้าง (Laterral Hop Test) กับกลุ่มนักกีฬาที่มีอาการข้อเท้าแพลงจำนวน 29 ราย อายุระหว่าง 19-22 ปี ก็พบว่าการทดสอบทั้งสองวิธีสามารถใช้กับอาการข้อเท้าแพลงได้ และ Sawkins (2005) ศึกษาผลของการใช้เทปกาวยที่มีผลต่อความมั่นคงของข้อเท้า โดยเลือกใช้การทดสอบความมั่นคงของข้อเท้าด้วยวิธีกระโดดขาเดียว 1 ก้าวกับสตาร์เอ็คซเคอชันเนื่องจากการทดสอบที่มีค่าความเชื่อมั่นและความไวต่อการวัดในระดับสูง

การกระโดดขาเดียว 1 ก้าว กระทำโดยให้ผู้รับการทดสอบยืนด้วยขาข้างเดียว จากนั้นกระโดดไปข้างหน้าให้ไกลที่สุด 1 ก้าว เมื่อยืนบนพื้นแล้วยังคงทรงตัวอยู่ได้ 2 วินาทีโดยไม่เซ

(Gabriel, n.d.) ผู้ทดสอบวัดระยะทางของกระดูก โดยเริ่มวัดจากปลายนิ้วเท้าในท่ายืนก่อนกระดูก ถึงปลายสันเท้าเมื่อกระดูกไปแล้ว จดบันทึกระยะทาง

ในการศึกษานี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นนักกีฬาอายุ 18-25 ปี มีอาการข้อเท้าแพลงระดับสอง กำลังเริ่มต้นระยะการฟื้นฟูสภาพ ได้รับการฝึกบริหารและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ฝึกยืนฝึกทรงตัว และฝึกกระดูก โดยการควบคุมของนักกายภาพบำบัด กำหนดตัวแปรต้นได้แก่ การรับรู้ในการฟื้นฟูสภาพ (การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง) กำหนดตัวแปรตาม ได้แก่ ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ และความสามารถทางกายของบริเวณที่บาดเจ็บ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ ในการฟื้นฟูสภาพ แบบสอบถามความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ และวัดความสามารถในการทำงานของขาโดยการทดสอบยืนขาเดียว หลับตา และกระดูกขาเดียว 1 ก้าว

ความสัมพันธ์ของตัวแปร

การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค กับความร่วมมือในการฟื้นฟูร่างกาย

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ในผู้ป่วยหรือผู้ที่มีอาการบาดเจ็บต่าง ๆ มีรายละเอียดดังนี้

พงษ์พินิต ไชยวุฒิ (2551) ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 197 รายพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับปานจิต นามพลกรัง (2547) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และฉวีวรรณ จิตต์สาคร (2543) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการออกกำลังกายสามารถทำนายการเข้าร่วมการออกกำลังกายของผู้ป่วยได้ร้อยละ 50

จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ Forkan et al. (2006) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายที่บ้านของกลุ่มผู้สูงอายุที่การทรงตัวไม่ดีและได้รับการจำหน่ายออกจาก การฟื้นฟูสภาพ โดยการรับรู้อุปสรรคเรื่องสุขภาพไม่ดีเป็นเหตุผลที่สำคัญต่อความร่วมมือในการออกกำลังกาย นอกจากนั้นอุปสรรคด้านอื่น ๆ ได้แก่ ไม่มีความสนใจ อารมณ์ซึมเศร้า กลัวหกล้ม และมีความคาดหวังต่อผลที่ได้รับในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายเมื่ออยู่ที่บ้าน

Rizvi et al. (2010) พบว่า ปัจจัยที่มีผลทางลบต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ได้แก่ ความเชื่อในการรักษาตามแนวธรรมชาติ การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคต่อผลข้างเคียงของยา ส่วนปัจจัยทางบวกต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาได้แก่ ความเชื่อในประสิทธิภาพของการรักษา ความเชื่อในประโยชน์ด้านการรักษาของแพทย์แบบดั้งเดิม และปัจจัยที่ทำนายการให้ความร่วมมือที่น้อยลง ได้แก่ การล้ม อุปสรรคทางการเงิน และผลข้างเคียงของยา จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การรับรู้หรือความเชื่อของผู้ป่วยรูมาตอยด์มีผลต่อการให้ความร่วมมือกับการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยได้แนะนำว่ากลวิธีเพื่อส่งเสริมความร่วมมือได้แก่เพิ่มความเชื่อทางบวกในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา และช่วยลดหรือกำจัดอุปสรรคที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือเท่าที่จะทำได้

Basett and Prapavessie (2007) ศึกษาความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพที่บ้านของกลุ่มที่มีอาการข้อเท้าแพลงจำนวน 47 รายพบว่า การฟื้นฟูสภาพที่บ้านมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือที่คลินิกเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีการนัดหมายมาที่คลินิกเป็นครั้งคราว

สำหรับการศึกษาในกลุ่มนักกีฬา Sluijs et al. (1993) พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการฟื้นฟูเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพการรับรู้ประโยชน์ได้แก่ นักกีฬามีความเชื่อว่าการบริหารกล้ามเนื้อช่วยให้ตนมีสมรรถภาพร่างกายที่ดีขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Brewer (1993); Levy, Polman and Clough (2009) ที่พบว่า ความเชื่อในประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสภาพมีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ การรับรู้อุปสรรคในการฟื้นฟูอันได้แก่ งานประจำ ความยากในการบริหารร่างกาย ไม่สามารถทำได้ เป็นสิ่งที่ขัดขวางความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ

การรับรู้ความสามารถแห่งตนกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ

การศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและผู้ที่มีอาการบาดเจ็บ มีรายละเอียดดังนี้

การศึกษาของพงษ์พิณิต ไชยวุฒิ (2551) พบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งสอดคล้องกับปานจิต นามพลกรัง (2547) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

Wesch et al. (2011) ศึกษาการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับความร่วมมือในการฟื้นฟูร่างกายของผู้ที่มีอาการบาดเจ็บจำนวน 90 รายพบว่า ในระยะการฟื้นฟูร่างกายผู้บาดเจ็บที่มีระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงจะให้ความร่วมมือในระดับสูงด้วย

สำหรับการศึกษาในกลุ่มนักกีฬา Flint (1992) พบว่านักกีฬาที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่ามีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้น เมื่อได้พบผู้ที่มีลักษณะอาการบาดเจ็บที่คล้ายคลึงกันหรือเข้ารับการผ่าตัดเหมือนกัน และทำให้ความร่วมมือต่อการฟื้นฟูร่างกายสูงขึ้นด้วย

Brewer et al. (2003) ศึกษาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของนักกีฬาที่เข้ารับการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าพบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนสามารถทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูที่คลินิกได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความร่วมมือในการรักษา นักกีฬาบาดเจ็บที่มีระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูง มีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพในระดับสูงด้วย (Barlow, 2010; Bolkow, 2010; Levy, Polman, & Clough, 2009; Milne, Hall & Forwell, 2005; Sluijs, & Knibbe, 1991)

Levy, Polman and Clough (2009) ศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูของนักกีฬาที่บาดเจ็บเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าเนื่องจากการใช้งานมากเกินไป โดยใช้แนวคิดการปรับตัวทางพฤติกรรม (Adapted Planned Behavior Model) พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนสามารถทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูที่คลินิก แต่ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูเมื่ออยู่บ้านได้

ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพกับความสามารถทางกายของบริเวณที่บาดเจ็บ

การศึกษาความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพกับความสามารถทางกายของบริเวณที่บาดเจ็บในกลุ่มผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บมีดังนี้

Brewer et al. (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตวิทยา ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ และผลจากการฟื้นฟู กลุ่มตัวอย่างมีอาการเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดจำนวน 95 ราย ก่อนการผ่าตัดเก็บข้อมูล ปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการฟื้นฟู ได้แก่ ค่าเฉลี่ยการมาตามนัดหมายการรักษา บันทึกการฟื้นฟูที่บ้านด้วยตนเอง บันทึกการออกกำลังกายด้วยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ แบบสอบถามความร่วมมือในการฟื้นฟูอาการบาดเจ็บทางกีฬา (SIRAS) และผลจากการฟื้นฟู ได้แก่ อาการของข้อเข่า พบว่าการมาตามนัดหมายการรักษาและความร่วมมือในการฟื้นฟูอาการบาดเจ็บมีความสัมพันธ์กับอาการของข้อเข่าจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยในระดับน้อย และมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการของข้อเข่า และการบริหารกล้ามเนื้อที่บ้าน แต่หลังจาก 1 ปีก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือกับผลจากการฟื้นฟู

Pizzari, McBurney, Taylor and Feller (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ กับผลจากการฟื้นฟูสภาพ ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการผ่าตัดเอ็นไขว้หน้าเข้าจำนวน 68 ราย เก็บข้อมูลความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพโดยหาค่าเฉลี่ยการมาตามนัดหมายที่คลินิก SIRAS การเขียนรายงานด้วยตนเอง และข้อมูลผลจากการฟื้นฟูสภาพโดยการทดสอบข้อเข่า พบว่า การบริหารกล้ามเนื้อที่บ้านมีความสัมพันธ์กับผลที่ได้จากการฟื้นฟูสภาพเป็นไปทางบวกในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี แต่มีความสัมพันธ์ทางลบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี

Emery et al. (2004) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการฟื้นฟูภายหลังการเข้ารับการผ่าตัดเอ็นไขว้หน้าเข้าเป็นเวลา 6 สัปดาห์ กับผลที่ได้จากการฟื้นฟูสภาพ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 ราย โดยวัดการทำงานของขา ก่อนการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด 6 สัปดาห์ พบว่า ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลที่ได้จากการฟื้นฟู และระดับของความร่วมมือที่คลินิกมีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติจากการรายงานอาการด้วยตนเองในระดับน้อย

Colaco, Oussedik, Paton and Haddad (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตวิทยา 5 ด้าน ได้แก่ อัตลักษณ์แห่งตน แรงจูงใจ ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ การทำงานของขา โดยการติดตามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 57 ราย ระยะก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าเข้าเป็นเวลา 1 ปี พบว่า แรงจูงใจ อัตลักษณ์แห่งตนในระดับสูง การได้รับการสนับสนุนที่ดีทางสังคม และการควบคุมตนเอง เป็นตัวทำนายทางบวกต่อผลที่ได้จากการฟื้นฟูสภาพ สำหรับบุคคลที่มีระดับแรงจูงใจต่ำและถูกควบคุมโดยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับผลที่ได้จากการฟื้นฟูในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่า ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลจากการฟื้นฟูสภาพ แต่ไม่พบว่าปัจจัยทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ

อย่างไรก็ตามระยะเวลาอาจมีผลต่อการฟื้นตัวของบริเวณบาดเจ็บด้วย โดย Guillodo, Legoff and Sarau (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ของความร่วมมือกับผลจากการฟื้นฟูภายหลังมีอาการข้อเท้าแพลง โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 ราย เข้ารับการฟื้นฟูสภาพเต็มโปรแกรมร้อยละ 82.9 ด้วยวิธีการฝึกน้ำหนัก การดัดดึง การนวด ฝึกการรับรู้ข้อต่อ พบว่า การฝึกด้วยน้ำหนักและการดัดดึงไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของข้อเท้า แต่การนวดและการฝึกข้อต่อมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัว แสดงว่าความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพช่วยฟื้นตัวให้กับอาการข้อเท้าแพลง แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือกับการฟื้นตัวเมื่อระยะเวลา 3 เดือน

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ความร่วมมือในการฟื้นฟูมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของบริเวณที่บาดเจ็บ มีบางการศึกษาที่พบว่า อายุ วิธีการรักษา ระยะเวลา มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือกับการฟื้นตัวของบริเวณที่บาดเจ็บ

การรับรู้กับความสามารถทางกายของบริเวณที่บาดเจ็บ

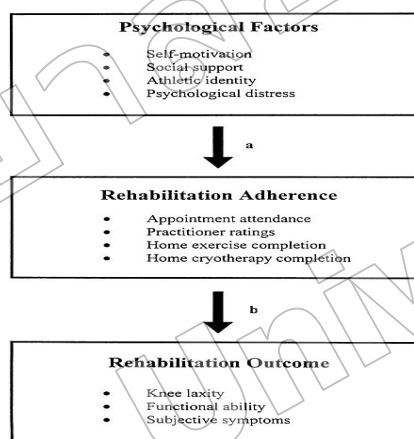
การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีผลต่อโรคหรืออาการของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาการบาดเจ็บทางกีฬา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถทางกาย สำหรับการศึกษาร่วมกันของปัจจัยทางจิตวิทยา กับความร่วมมือในการฟื้นฟู และผลลัพธ์ที่ได้จากการฟื้นฟูยังมีน้อย (Brewer et al., 2000a; Mendonza et al., 2007)

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่า ผลลัพธ์จากการรักษาทางการแพทย์ มีอิทธิพลต่อจิตใจ เช่น Kocher, Saxon, Hovis and Hawkins (2002) พบว่า ความรู้สึกพึงพอใจของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าเข่า ขึ้นอยู่กับผลที่ได้จากการรักษา โดยกลุ่มที่มีความพึงพอใจในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับอาการของบริเวณที่บาดเจ็บ ได้แก่ ข้อยึด ข้อหลวม อาการเจ็บ บวม และมีความสัมพันธ์กับการทำงานของบริเวณที่บาดเจ็บ ได้แก่ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ต่ำ เดินลำบาก และไม่สามารถเล่นกีฬาและทำงานหนักได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Toole, Castillo and MacKenzie (2008) ที่พบว่า การทำงานของขาที่บาดเจ็บ และอาการปวดเป็นตัวทำนายความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วย

จากแบบบูรณาการการตอบสนองทางจิตสังคมของการบาดเจ็บทางกีฬาและกระบวนการฟื้นฟูสภาพ (Brewer, 1994; Wiese-Bjornstal et al., 1998) อธิบายว่า ปัจจัยทางจิตวิทยา (เช่น บุคลิกภาพ การรับรู้ อารมณ์) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ และผลจากการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งความสัมพันธ์ในลักษณะนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของเส้นทาง a, b และ c (Brewer et al., 2000a)

Brewer et al. (2000a) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตวิทยา ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ และผลที่ได้จากการฟื้นฟูสภาพ ในการบาดเจ็บทางกีฬาคือครั้งแรก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักกีฬาที่เอ็นไขว้หน้าเข่าบาดเจ็บ ต้องเข้ารับการผ่าตัดจำนวน 93 ราย เก็บข้อมูลด้านจิตวิทยา ได้แก่ แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม อัตลักษณ์ของความเป็นนักกีฬา (Athletic Identity) ความเครียด ข้อมูลความร่วมมือในการฟื้นฟูที่คลินิกและที่บ้านได้แก่ การมาตามนัดของคลินิกฟื้นฟู แบบรายงานการฟื้นฟูด้วยตนเองที่บ้าน และข้อมูลผลจากการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ อาการข้อเข่าหลวม (Knee Laxity) การกระโดดขาเดียว และคะแนนความสามารถของข้อเข่า

(Lysholm Knee Scoring Scale) พบว่า แรงจูงใจเป็นตัวแปรทางจิตวิทยาเพียงตัวเดียวที่สามารถทำนายความร่วมมือในการฟื้นฟูที่บ้านได้ อัตลักษณ์ของความนักกีฬาและความเครียดสามารถทำนายอาการข้อเข่าหลวม การมาตามนัดหมายของคลินิกฟื้นฟูและการประคบความเย็นที่บ้านสามารถทำนายการทำงานของข้อเข่า อย่างไรก็ตามความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพไม่ได้เป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยากับผลจากการฟื้นฟูสภาพ แต่ปัจจัยทางจิตวิทยา (อัตลักษณ์ของความนักกีฬาและความเครียด) มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อผลจากการฟื้นฟูสภาพ (อาการข้อเข่าหลวม)



ภาพที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตวิทยา กับความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ และผลจากการฟื้นฟูสภาพ (Brewer et al., 2000a)

Mendonza et al. (2007) ได้ศึกษาบรรณกรรมจำนวน 117 เรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านจิตวิทยากับความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพและผลจากการฟื้นฟูสภาพ ในกลุ่มที่มีอาการบาดเจ็บไขว้หน้าเข่า โดยปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และการรับรู้ของบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพและผลจากการฟื้นฟูสภาพ อย่างไรก็ตามพบว่าความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลจากการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย แต่มีความสัมพันธ์ทางลบในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากรายละเอียดที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตวิทยา (การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการฟื้นฟูสภาพ) ที่มีต่อ

ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ (ความร่วมมือในการฟื้นฟูที่คลินิกและที่บ้าน) และผลจากการฟื้นฟูสภาพ (ความสามารถทางกายของขาข้างที่บาดเจ็บ ทดสอบโดยวิธียืนขาเดียว หลับตา และ กระโดดขาเดียว 1 ก้าว

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University