

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541) ในปี พ.ศ. 2539 พบว่ามีการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 1,222 ราย เป็นเพศชายจำนวน 757 ราย เพศหญิงจำนวน 465 ราย จากการศึกษา และจัดอันดับการเกิดมะเร็ง และการมารับการรักษาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2537 พบว่าในเพศชายมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 124 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.99 อยู่ในอันดับที่ 4 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด และเพศหญิงมีจำนวน 122 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.03 อยู่ในอันดับที่ 7 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (หน่วยงานสถิติทางการแพทย์ งานเวชระเบียนและสถิติ, 2537) ในส่วนของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องชนิดถาวรในแต่ละปีระหว่าง พ.ศ. 2537 ถึง พ.ศ. 2540 มีจำนวน 43 79 48 และ 44 รายตามลำดับ (งานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2540)

การผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง (colostomy) ถือเป็นการรักษามะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ดีที่สุด การผ่าตัดเป็นการสร้างทางเปิดระหว่างลำไส้ใหญ่และผนังหน้าท้องเพื่อเป็นทางระบายออกของอุจจาระแทนทวารหนัก (Doughty & Jackson, 1993) ซึ่งพบว่าหากการผ่าตัดดังกล่าวกระทำทันทีภายหลังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะแรก ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตถึงร้อยละ 80 (Miessner, 1996) อย่างไรก็ตามแม้ว่าการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องจะเป็นการรักษาโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพดี แต่การผ่าตัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะอย่างถาวร เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ แบบแผนการขับถ่าย เกิดความไม่สุขสบาย มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Audisio, 1997) จากการที่ผู้ป่วยต้องมีช่องเปิดลำไส้ที่มีลักษณะเหมือนกับบาดแผลที่เปิดตลอดเวลาแม้ช่องเปิดลำไส้ใหญ่จะไม่มีเจ็บปวด และการที่มีผู้อื่นมองเห็นการขับถ่ายอย่างเปิดเผย (Blake & Gubb, 1976) มีการขับถ่ายอุจจาระที่ไม่เป็นเวลาเพราะขาดกล้ามเนื้อหูรูดในการควบคุมการ

ซับซ้อน การเกิดคลื่นและลมที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลว่าจะมีบุคคลรอบข้างรังเกียจ ผู้ป่วยบางรายแสดงอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว ไม่ยอมให้ร่วมมือในการรักษา ท้อแท้ หดหวัง เบื่อหน่าย และไม่ยากที่จะมีชีวิตอยู่ (พจนา ปิยะปรภรณ์ชัย, 2526) และในบางครั้งอุจจาระอาจรั่วซึมออกมานอก อุจจาระรับอุจจาระทำให้ผิวหนังรอบๆ ช่องเปิดลำไส้เกิดการระคายเคือง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความมั่นใจ ในการเลือกรับประทานอาหาร เพราะกลัวว่าอาหารที่รับประทานเข้าไปอาจทำให้เกิดก๊าซ เกิดคลื่น และทำให้เกิดอาการท้องผูก หรืออาการท้องเดินได้ (Thomas, Madden & Jehu, 1987) การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องมีอุจจาระติดตัวตลอดเวลา ผู้ป่วยจะเกิดความกลัว ไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัว ไม่กล้าที่จะดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง (Enlke, 1987) ปัญหาดังกล่าวเป็นสิ่งที่รบกวนความรู้สึกของผู้ป่วย มีผลกระทบต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม ทำงานการงาน และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (Bekkers, van Knippenberg, van den Borne & van Berge-Henegouwen, 1996)

นอกจากนี้ในปัจจุบันการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องจะกระทำโดยเร็วตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยได้ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จึงพบว่าในบางครั้งได้ขาดการเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ และการดูแลตนเองภายหลังการมีช่องเปิดลำไส้โดยเฉพาะในรายที่ได้ รับการผ่าตัดฉุกเฉินจากก้อนมะเร็งอุดตันลำไส้ อีกทั้งในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาวะ คุกคามชีวิตพร้อมกันหลายๆ ด้าน ทั้งจากการดำเนินของโรค การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และโครงสร้าง ของร่างกาย จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเผชิญสถานการณ์การมีช่องเปิดลำไส้ได้ (Bekkers et al., 1996) หลังผ่าตัดผู้ป่วยจึงต้องการได้รับคำแนะนำ และความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถดูแลช่องเปิด ลำไส้ได้ต่อไป (Blake & Gubb, 1976) ระยะเวลาที่จึงเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลืออย่าง เหมาะสม

จากการศึกษาติดตามปฏิกิริยาทางอารมณ์ ความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วย ภายหลังทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีระบบขณะอยู่ในโรงพยาบาล ของ พจนา ปิยะปรภรณ์ชัย (2526) ซึ่งติดตามประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ จำนวน 4 รายในวันแรกหลังการผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีอารมณ์ วิตกกังวลและ/หรือกลัว ตั้งแต่วันแรกหลังการผ่าตัดจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล อารมณ์โกรธพบ 3 ใน 4 ราย อารมณ์ซึมเศร้าส่วนมากเกิดขึ้นในวันที่ 2-3 เมื่อมองเห็นช่องเปิดลำไส้ครั้งแรก ผู้ป่วย รายหนึ่งแสดงความเศร้าเสียใจถึงกับร้องไห้ วันที่ 4-5 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจึงจะเริ่มมีความพร้อมที่ จะดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง และพยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มองเห็นช่องเปิดลำไส้โดยเร็วที่สุด

ในวันที่ 2-3 หลังการผ่าตัด จากการศึกษาของ แบลคและกับบ์ (Blake & Gubb, 1976) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ได้จะประสบกับภาวะความหดหู่ และซึมเศร้า มีการแสดงอารมณ์คล้ายเด็ก กลัวอุจจาระออกมาเป็นเนื้อผ้า และไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้ และการศึกษาของ ซับปีและคณะ (Schaube, Scharf & Herz, 1996) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระทางช่องเปิดลำไส้ได้ จะมีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองลดลง มีอาการซึมเศร้า และมีระยะการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดช้าลง ผู้ป่วยจะเกิดความคับข้องใจในตนเองเนื่องจากสิ่งที่ยังออกมาทางช่องเปิดลำไส้ใหญ่ คืออุจจาระซึ่งเป็นสิ่งปฏิกูลที่น่ารังเกียจทั้ง ลักษณะ สี กลิ่น และวิธีการขับถ่าย ซึ่งปกติจะต้องเป็นสิ่งที่ปฏิบัติในที่ลับตาคน ผู้ป่วยจึงไม่เพียงจะมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายเท่านั้นแต่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเองด้วย นอกจากนี้จากการศึกษาของ ซอลเตอร์ (Salter, 1992) ในผู้ป่วย 7 รายที่ผ่าตัดเปิดของลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง พบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีการมองตนเองในด้านลบ และประเมินคุณค่าตนเองต่ำ (Hughes, 1991) ซึ่งมีผลทำให้มีการประเมินความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ของตนเองต่ำ เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง (Bekkers et al., 1996) การยอมรับตนเองต่อการมีช่องเปิดลำไส้จึงเกิดได้ยาก (Black, 1996) จึงก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตสังคมจากการมีช่องเปิดลำไส้ และเป็นภาระให้แก่ผู้ดูแลตามมาได้ (Bekkers et al., 1996)

จากการศึกษาของ เบคเคอร์และคณะ (Bekkers et al., 1996) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวด้านจิตสังคมและอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง จำนวน 59 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ จะมีภาวะแทรกซ้อนผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ อักเสบ เกิดปัญหาด้านจิตอารมณ์ ซึมเศร้า วิตกกังวล โกรธ ไม่สามารถปรับตัวต่อการมีช่องเปิดลำไส้ได้ และมีอัตราการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดในระยะ 4 เดือนแรกสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เวด (Wade, 1990) ถึงการปรับตัวด้านจิตใจของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง 10 สัปดาห์ และ 1 ปี จำนวน 215 ราย พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่มีช่องเปิดลำไส้มีภาวะวิตกกังวล มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 6 มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายร้อยละ 5 และพบว่าผู้ป่วยที่ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามักมีการเสียชีวิตหลังการผ่าตัด 10 สัปดาห์ต่อมา ดังนั้นในระยะแรกหลังผ่าตัดสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการยอมรับสถานการณ์ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองจะสามารถมีการดำเนินชีวิตที่เหมือนปกติ มีความมั่นใจในตนเอง (self-confidence) และมีศักยภาพด้าน

ร่างกาย (physical competence) ที่จะสามารถดูแลตนเอง และช่องเปิดลำไส้ได้เป็นอย่างดี เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Blake & Gubb, 1976)

การทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและปรับตัวต่อการมีช่องเปิดลำไส้ได้จะต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะยอมรับสภาพของตนเอง พร้อมทั้งเผชิญกับปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Hocking, 1997) โดยเน้นที่จะให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ก่อนจึงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ (Bekkers, van Knippenberg, van Dulman, van Den Borne & Bengt Henegouwen, 1997) จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1986a) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) คือ ความเชื่อ การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ ทั้งนี้การมีช่องเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้องถือว่าเป็นสถานการณ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ผู้ป่วยจึงขาดประสบการณ์ ไม่สามารถคาดเดาถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ประกอบกับมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตจากการมีช่องเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง หากเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (self-efficacy expectation) ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นหรือมั่นใจในความสามารถของบุคคล ว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มั่นใจที่จะดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ กล่าวคือ เกิดความกลัว และความวิตกกังวล คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเองได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบและปัญหา กับผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล ดังที่ เบคเคอร์และคณะ (Bekkers et al., 1996) ได้พบว่าการรับรู้ความสามารถในการดูแลช่องเปิดลำไส้ (stoma care self-efficacy) มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตในหน้าที่ การงาน ความสามารถในการทำกิจกรรมในบ้าน ความสัมพันธ์กับคู่สมรส การกลับเข้าสู่สังคม และป้องกันการรบกวนต่อจิตใจของผู้ป่วยที่มีช่องเปิดลำไส้ หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตในหน้าที่การงาน ครอบครัว และสังคมอย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติได้เร็วขึ้น โดยการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1986a) มีการสนับสนุนจาก 4 แหล่ง ได้แก่ ความสำเร็จของการลงมือกระทำด้วยตนเอง (performance accomplishment) การได้เห็นตัวแบบ (modeling) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์และสรีระ (emotional and physiological arousal)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (percieved self-efficacy) จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) แบนดูรา (Bandura, 1977; 1986a) เชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล บุคคลสองคนอาจมีความสามารถที่ไม่แตกต่างกัน แต่มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่มีคุณภาพต่างกันได้ ถ้าบุคคลทั้งสองนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องนั้นๆ แตกต่างกัน หรือในบุคคลเดียวกันเช่นกันถ้ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการแสดงพฤติกรรมที่มีความแตกต่างกันก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ การรับรู้ความสามารถของตนเองไม่ได้เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่เกิดอย่างถาวร แต่สามารถฝึกฝนให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองให้เกิดขึ้นได้ ดังการศึกษาของ สมทรง คำผาย (2541) ที่ศึกษาถึงผลของการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการดูแลทารกจำนวน 20 ราย โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของ แบนดูรา โดยวิธีการการสนับสนุนจากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง พบว่ามารดาที่ได้รับการเตรียมมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีพฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องโดยตรง แต่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องที่ใช้พิจารณาได้ เช่น การศึกษาของ พรพิมล อุปลัมภ์ (2530) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์โดยใช้สไลด์ประกอบเสียงกับภาพพลิก แล้วพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ไม่แตกต่างกัน ในปัจจุบันนี้ สื่อที่ใช้ในการแนะนำแก่ผู้ป่วยจะกระทำโดยวิธีการสอนประกอบการให้คู่มือ แผ่นพับ หรือการให้ข้อมูลโดยทีมสุขภาพเพียงอย่างเดียว เจทเทอร์ (Jeter, 1992) กล่าวว่า การสอนให้ผู้ป่วยดูแลช่องเปิดลำไส้จากเจ้าหน้าที่สุขภาพด้วยวิธีการให้คู่มือ แผ่นพับหรือภาพพลิกเพียงอย่างเดียวนั้นประสบความสำเร็จน้อย เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยมีโอกาสในการลืมเนื้อหาได้ง่าย การให้ผู้ป่วยศึกษาด้วยตนเองโดยที่ขาดการชี้แนะเพิ่มเติม นั้น เรนคิน (Rankin, 1990; 1996) กล่าวว่าอาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการให้ความรู้ไปใช้ ไม่กล้าที่จะปฏิบัติตามเนื่องจากไม่แน่ใจว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นการที่จะใช้สื่อสิ่งพิมพ์อย่างมีประสิทธิภาพ ควรกระทำร่วมกับการสอนแบบมีส่วนร่วม การให้ดูตัวแบบ การสาธิต และการฝึกกระทำด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสนใจ จดจำเรื่องราว ขั้นตอนต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติได้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลเหล่านี้มาประกอบการพิจารณาในการจัดโปรแกรมการสอน

เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ โดยการสนับสนุนจาก 3 แหล่ง ได้แก่ การได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์หรือประสบการณ์ของผู้อื่น การลงมือกระทำจนประสบความสำเร็จ และการใช้พูดชักจูง (Bekkers et al., 1996) อีกทั้งผู้ป่วยมีความต้องการ และมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้เพื่อให้สามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเองให้ได้ก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Doughty, 1992)

จากเหตุผลดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนเพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการสอนที่จัดกระทำขึ้นเพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ประกอบด้วย การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ตัวแบบจะกระตุ้นให้ผู้สังเกตเกิดความคิด ทักษะคิดหรือพฤติกรรมเปลี่ยนไปตามลักษณะตัวแบบ (Perry & Furukawa, 1986) ตัวแบบจะช่วยเพิ่มความมั่นใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองให้เพิ่มขึ้น (Bandura, 1977; 1986a) มีความพร้อมที่จะลงมือกระทำด้วยตนเอง ผู้วิจัยใช้ตัวแบบให้มีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง ในด้านเพศ วัย และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตัวแบบแสดงถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีความมานะ พยายามฝึกฝนตนเองจนสามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ดี สามารถกลับคืนสู่สังคมการทำงานและชีวิตประจำวันได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคิดคล้ายตามว่าตนเองน่าจะมีความสามารถกระทำพฤติกรรมได้ และเกิดผลดีต่อสุขภาพเช่นเดียวกัน โปรแกรมการสอนมีการใช้คำพูดชักจูงโดยการให้คำแนะนำ การชี้แนะ การกระตุ้นและให้กำลังใจจากตัวแบบขณะชมสื่อวีดิทัศน์รวมทั้งจากผู้วิจัยด้วย นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความสำเร็จในการลงมือกระทำด้วยตนเอง โดยจัดเตรียมให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำการดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง หลังจากการได้เรียนรู้จากการสังเกต ซึ่งจะช่วยประหยัดเวลา และลดอันตรายในบางพฤติกรรมลงได้ (Bandura, 1977) การสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์พบว่ามีผลสำคัญในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังเช่นการศึกษาของ ไมบาชและฟลอรา (Maibach & Flora, 1993) ถึงผลของการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่แต่งงานจำนวน 138 รายแบ่งเป็น 3 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ กลุ่มที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการให้สังเกตตัวแบบโดยสื่อทางวีดิทัศน์ กลุ่มที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การสังเกตตัวแบบโดยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการชักจูงให้คิดทบทวน พบว่ากลุ่มที่ 3 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงสุด และกลุ่มที่ 1 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำสุด โดยการรับรู้

ความสามารถของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญ ผู้วิจัยคาดว่าผลของการศึกษาจะเป็นประโยชน์ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น มีความพร้อมและมั่นใจในการดูแลช่องเปิดลำไส้ สามารถกระทำพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ และเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่สามารถนำรูปแบบโปรแกรมการสอนไปใช้ในโอกาสที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง
2. ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสอนต่อพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องที่เข้าร่วมโปรแกรมการสอน มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสอน
2. ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องที่เข้าร่วมโปรแกรมการสอน มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสอน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-post test design) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องชนิดถาวร ในผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทั้งเพศชายและหญิงจำนวนกลุ่มละ 7 ราย ในช่วงระหว่างเวลาเดือน เมษายน พ.ศ. 2542 ถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2542

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการสอน หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดกระทำแก่ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าเป็นรายบุคคล ตามโปรแกรมซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ของแบนดูรา (Bandura, 1977; 1986a) ประกอบไปด้วย **การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์** โดยสื่อภาพและเรื่องราวด้วยสื่อวีดิทัศน์ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย เป็นการที่ตัวแบบแสดงถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ สามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ได้เป็นอย่างดี มีการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ ภายหลังการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าห้อง **ความสำเร็จของการลงมือกระทำด้วยตนเอง** เป็นการจัดเตรียมให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำการดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเองหลังจากได้เรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบผ่านสื่อวีดิทัศน์แล้วจนผู้ป่วยสามารถทำได้สำเร็จ และ**การใช้คำพูดชักจูง** เป็นการให้คำแนะนำ การอธิบาย การกระตุ้น และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ให้พิจารณาถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนเมื่อต้องมีช่องเปิดลำไส้ ผ่านการสังเกตตัวแบบจากวีดิทัศน์ จากผู้วิจัย และขณะลงมือกระทำการปฏิบัติการดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าห้อง ที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ที่จำเป็น ในเรื่อง การทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ การควบคุมกลิ่นและก๊าซ การรับประทานอาหาร การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนให้สำเร็จ สามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ (stoma care self-efficacy scale) ของผู้ป่วยที่มีช่องเปิดของลำไส้ ซึ่งสร้างขึ้นโดยเบคเคอร์และคณะ (Bekkers et al., 1996) ตามกรอบแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977; 1986a)

พฤติกรรมกรดูแลช่องเปิดลำไส้ หมายถึง การกระทำพฤติกรรมในการปฏิบัติดูแลช่องเปิดลำไส้เกี่ยวกับ การทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ การควบคุมกลิ่นและก๊าซ การรับประทานอาหาร การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ประเมินได้โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมกรดูแลช่องเปิดลำไส้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าห้อง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectal cancer) ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าห้องชนิดถาวร

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติพยาบาลต่อผู้ป่วยโดยพยาบาลประจำการตามปกติที่เคยปฏิบัติโดยไม่ใช้โปรแกรมการสอนตามที่ผู้วิจัยกำหนด ประกอบไปด้วย การสอนการดูแลช่องเปิดลำไส้ การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ แจกเอกสารและแผ่นพับการดูแลช่องเปิดลำไส้ ตามความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติแต่ละบุคคล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University