

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. การทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องและการดูแลช่องเปิดลำไส้
2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง
3. โปรแกรมการสอนการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง

การทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องและการดูแลช่องเปิดลำไส้

การทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง (colostomy) เป็นการผ่าตัดเพื่อสร้างทางเปิดระหว่างลำไส้ใหญ่และผนังหน้าท้องเพื่อเป็นทางระบายออกของอุจจาระแทนตำแหน่งเดิม คือ ทวารหนัก การทำผ่าตัดนิยมนำเพื่อรักษาโรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Doughty & Jackson, 1993) บริเวณช่องเปิดของลำไส้ส่วนที่โผล่ออกมาจากผนังหน้าท้องเรียกว่า "stoma" มีลักษณะกลม สีชมพู มีขนาดเล็ก บริเวณผิวเรียบนูนด้วยเยื่อ (mucous membrane) คล้ายกับในช่องปาก ไม่มีกล้ามเนื้อหูรูดในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และไม่มีประสาทสัมผัสส่วนปลายที่รับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด (Alterescu, 1987)

การทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องนอกจากเพื่อการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแล้วยังมีข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคอื่นๆ ได้แก่ มีถุงและการอักเสบที่ผนังลำไส้ (diverticulitis) มีพยาธิสภาพของลำไส้ เช่น การอุดตันจากก้อนเนื้องอก มีรอยรั่วของลำไส้และทวารหนัก (fistula of colon and rectum) และโรค Crohn's disease การได้รับอุบัติเหตุต่างๆ เช่น การบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้อง (blunt trauma) การถูกยิงหรือถูกแทง (gunshot wound or stab wound) และการบาดเจ็บที่ทวารหนัก มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหูรูด (Doughty & Jackson, 1993) สำหรับในการ

ศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องชนิดถาวร (permanent colostomy) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด A-P resection หรือ Hartmann's operation จึงมีเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายโดยขับถ่ายอุจจาระออกทางหน้าท้องตลอดชีวิต

ชนิดของการทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง

ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องเนื่องจากมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับอวัยวะของร่างกายส่วนของลำไส้ใหญ่จากหลายสาเหตุ ทำให้การทำหน้าที่ตามปกติของลำไส้ใหญ่เสียไป แพทย์ทำการรักษาโดยการผ่าตัดนำเอาลำไส้ส่วนใดส่วนหนึ่งออกมาเปิดเป็นช่องเปิดบริเวณหน้าท้องเพื่อเป็นทางออกของอุจจาระแทนตำแหน่งเดิม คือทวารหนัก ลำไส้ใหญ่ที่นำมาเปิดเป็นช่องเปิดทางหน้าท้องมี 2 ชนิดคือ (นิลพรรณ รัตนดิลกพานิชย์, 2535; Alterescu, 1987; Doughty & Jackson, 1993)

1. การทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องแบบถาวร (permanent colostomy) ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดคือ การรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์และส่วนเรกตัม (colorectal cancer) โดยตัดลำไส้ส่วนที่มีก้อนมะเร็งออก แล้วนำส่วนปลายของลำไส้ส่วนที่เหลือมาเปิดบริเวณหน้าท้อง โดยตำแหน่งของช่องเปิดของลำไส้จะอยู่บริเวณด้านซ้ายของหน้าท้องส่วนล่าง อุจจาระที่ออกมามีลักษณะเหมือนกับอุจจาระที่ออกมาทางทวารหนัก คือเป็นเนื้อมากกว่าน้ำ และไม่มีน้ำย่อยพวกโคโรซิฟเอนไซม์ (corosive enzyme) ปะปนออกมากับอุจจาระ ผู้ป่วยจึงไม่ค่อยพบปัญหาการอักเสบของผิวหนังรอบช่องเปิดของลำไส้ (peristomal area) จากการระคายเคืองของน้ำย่อย

2. การผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องแบบชั่วคราว (temporary colostomy) ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดคือ เพื่อรักษาโรคของลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ต่ำจากช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ลงไป เช่น รักษาโรคลำไส้ใหญ่อักเสบหรือการบาดเจ็บของลำไส้ใหญ่ เป็นต้น เป็นการผ่าตัดที่ลำไส้ใหญ่ส่วนต้น เช่น ลำไส้ส่วนตรงด้านขวา (ascending colon) หรือลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (transverse colon) ลักษณะของช่องเปิดของลำไส้อาจทำเป็น loop colostomy คือนำส่วนของลำไส้มาเจาะเปิดออกบริเวณหน้าท้อง หรือทำเป็น double barreled colostomy โดยนำส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ที่ตัดออกทั้งสองปลายมาเปิดบริเวณหน้าท้อง การทำผ่าตัดชนิดนี้มีจุดมุ่งหมายให้เป็นทางผ่านของอุจจาระชั่วคราว เมื่อลำไส้ส่วนที่มีพยาธิสภาพได้รับการรักษาให้หายเป็นปกติแล้ว จึงทำผ่าตัดปิดช่องเปิดของลำไส้เพื่อให้

ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระทางทวารหนักตามปกติได้ ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 2 เดือนหลังผ่าตัด ตำแหน่งของช่องเปิดลำไส้นี้จะอยู่บริเวณท้องน้อยด้านขวาหรือหน้าท้องส่วนกลางในระดับต่ำกว่าสะดือเล็กน้อย อุจจาระมีลักษณะเหลวหรือค่อนข้างเหลว และมีน้ำย่อยจากลำไส้ปนออกมาด้วย จึงมีภาวะเป็นกรดทำให้เกิดการระคายเคืองผิวหนังบริเวณรอบช่องเปิดลำไส้ เกิดการแตกทำลายของผิวหนัง มีการอักเสบของผิวหนังได้ง่าย

การดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง

ผู้ป่วยทุกรายที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง มักพบปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้สามารถปรับตัว ขอมรับกับสถานการณ์ และโรคที่กำลังเผชิญอยู่ เห็นความสำคัญของการที่จะต้องดูแลตนเอง เพื่อสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง มีความพร้อมที่จะดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและเหมาะสมที่สุดในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Fredette, 1990) สมาคมพยาบาลแห่งอเมริกาได้กำหนดบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเอง โดยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เรียนรู้ทักษะต่างๆ เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต จากภาวะความเจ็บป่วย และให้คำแนะนำเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การให้ความรู้ดังกล่าวนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการเผชิญปัญหา ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม (Loustau, 1991) ผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่องเปิดลำไส้ของตนเอง ในเรื่องต่อไปนี้ (นิลพรรณรัตน์ดิลกพานิชย์, 2535; Alterescu, 1987; Doughty & Jackson, 1993; Black, 1994)

1. การทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้และผิวหนังรอบๆ ควรทำความสะอาดด้วย น้ำอุ่นซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด การใช้สบู่ที่มีส่วนผสมของสารบำรุงผิวหนังพวกมอยเจอร์ไรเซอร์ทำให้การยึดติดของอุจจาระไม่แน่น หรือแนะนำให้ใช้สบู่อย่างอ่อน เช่น สบู่เด็ก ไม่มีส่วนผสมของน้ำมันและด่างให้สะอาดเนื่องจากอาจมีการตกล้างของสบู่ทำให้เกิดผิวหนังอักเสบ (dermatitis) ได้ ในส่วนของขนบริเวณผิวหนังรอบช่องเปิดของลำไส้ทำให้เกิดความเจ็บปวดเมื่อดึงอุจจาระออกหรือเกิดรูขุมขนอักเสบได้ จึงควรโกนขนบริเวณผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ให้เกลี้ยง

2. การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ ในระยะแรกที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเองได้ ควรกำหนดเวลาในการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ เช่น ตั้งเวลาหรือทำตารางเวลา เวลาปกติไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง จากนั้นเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองแล้วควรให้ผู้ป่วยค้นหาเวลาที่เหมาะสมในการทำความสะดวกช่องเปิดลำไส้ของตนเอง สอนการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระเมื่ออุจจาระอยู่ในถุงประมาณ 1/3 ของถุง ถ้ามากกว่านี้ทำให้เกิดแรงดันสูงเป็นสาเหตุให้ถุงรองรับอุจจาระแยกหลุดจากแผ่นรองที่ติดกับผิวหนังได้ ผู้ป่วยควรมีความรู้ในการเลือกใช้อุปกรณ์รองรับอุจจาระที่มีประสิทธิภาพ สามารถเก็บอุจจาระได้ดีไม่รั่วซึม และไม่ทำให้เกิดการระคายเคืองผิวหนังรอบช่องเปิดของลำไส้ ป้องกันกลิ่น น้ำหนักเบา หาชื้อได้ง่ายตามท้องตลาด ราคาไม่แพงและเหมาะสมกับตนเอง

3. การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม ควรมีความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสม ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดตามความต้องการ แต่ควรงดเว้นอาหารบางประเภท เช่น อาหารรสจัดและอาหารหมักดอง ขณะรับประทานอาหารควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียด รับประทานอาหารช้า ๆ รับประทานอาหารแต่พออิ่ม ดื่มน้ำหลังรับประทานอาหารเพื่อให้อาหารย่อยได้ดีและขับถ่ายสะดวก ควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลาเพื่อให้มีการขับถ่ายอุจจาระที่เป็นเวลา ชนิดของอาหารที่มีผลต่อการขับถ่ายอุจจาระมีดังนี้ (Hamton & Bryant, 1992)

อาหารที่ทำให้ท้องผูก ได้แก่ กล้วย ข้าว ขนมปัง มันฝรั่ง ครีมนเนยถั่ว ชีส โยเกิร์ต พลาสต้า เป็นต้น

อาหารที่ทำให้ท้องร่วง ได้แก่ ถั่วแห้งหรือถั่วเปลือกแข็ง ช็อกโกแลต ผลไม้ดิบ ผักดิบ อาหารที่ใส่เครื่องเทศมาก อาหารผัดหรือทอด อาหารไขมันสูง น้ำถูกพูนหรือองุ่น ผักใบเขียว เช่น ผักขม บล๊อคโคลี่ เป็นต้น

อาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น ได้แก่ ปลา ไข่ หน่อไม้ฝรั่ง กระเทียม เครื่องเทศ ถั่ว ผักกาด หัวหอม กระหล่ำปลี ะอม ผักกระเฉด สะตอ กระถิน เป็นต้น

อาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ ได้แก่ ถั่วเปลือกแข็ง เบียร์ น้ำอัดลม แดงกวา กระหล่ำปลี หัวหอม ผักขม ข้าวโพด หัวผักกาด เป็นต้น

4. การควบคุมการเกิดกลิ่นและก๊าซ สาเหตุเกิดจากการกลืนลมและก๊าซจากปฏิกิริยาของแบคทีเรียที่ไม่สามารถย่อยสารอาหารคาร์โบไฮเดรต การกลืนลมมีการเพิ่มมากขึ้นได้จากการดื่มน้ำจากหลอด การพูดคุยระหว่างรับประทานอาหาร การเคี้ยวมากหรือมากฝรั่งและการสูบบุหรี่ ควรรับประทานอาหารที่ไม่ทำให้เกิดกลิ่นและก๊าซ ดังกล่าวข้างต้น บอกให้ผู้ป่วยทราบถึงระยะเวลาที่อาหารและก๊าซเคลื่อนที่ผ่านจากช่องปากถึงลำไส้ใหญ่มีระยะเวลาประมาณ 6 ชั่วโมง ฉะนั้นควร

ละเว้นการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่นและก๊าซ หรือเลือกเวลาที่เหมาะสมถ้าต้องเดินทางหรือมีกิจกรรมสังสรรค์ การใส่สารป้องกันกลิ่น เช่น ใส่ผงถ่านไว้ก้นถุงรองรับอุจจาระสามารถช่วยลดกลิ่นอุจจาระลงได้ แต่วิธีการที่ดีที่สุดในการควบคุมกลิ่น คือ การรักษาความสะอาดอย่างดี โดยดูแลให้ก้นถุงสะอาด เปลี่ยนถุงอุจจาระเมื่ออุจจาระอยู่ในถุงประมาณ 1/3 ของถุง ปิดถุงรองรับอุจจาระให้แน่น หากร่างกายหรือเสื้อผ้าประอะเปื้อนอุจจาระควรทำความสะอาดร่างกายทันที หรือหลังทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ มีอุปกรณ์ในการควบคุมกลิ่นและก๊าซหลายชนิดที่สามารถป้องกันและลดกลิ่นอุจจาระ ได้แก่ deodorant, room deodorants, oral deodorizing agent, Bismuth subgallate (Devrom), Chlorophyllin copper complex เป็นต้น การรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น คენัว ตำลึง ผักบุ้ง สามารถลดกลิ่นของอุจจาระได้ดี (ประทีน ไชยศรี, 2536)

5. การออกกำลังกายและการทำงาน การออกกำลังกายจะทำได้เมื่อผู้ป่วยร่างกายแข็งแรง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องห้ามในการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่สามารถทำได้ เช่น การบริหารแขน ขาและลำตัว การเดิน เป็นต้น แต่ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมาก และการยกของหนัก เพราะจะกระทบกระเทือนต่อลำไส้ที่นำมาเปิดทางหน้าท้อง สำหรับการทำงานสามารถทำได้เมื่อลำไส้ยุบวม และร่างกายแข็งแรงแล้ว โดยปกติประมาณ 6-8 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ในระยะที่สามารถไปทำงานผู้ป่วยควรเตรียมอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ วัสดุดับกลิ่นอุจจาระและถุงรองรับอุจจาระให้พร้อม เพื่อความพร้อมในการทำความสะอาด และสามารถเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระได้ทันทีเมื่อเกิดปัญหา

6. การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยมักพบในผู้ป่วยขาดความรู้และปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง จึงต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการสังเกตและดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่

6.1 การระคายเคืองของผิวหนังบริเวณช่องเปิดลำไส้ (peristomal irritation) จากอุจจาระพบว่าการทำลายผิวหนังได้หลายระดับ ขึ้นอยู่กับปริมาณของน้ำย่อยที่มีอยู่ในอุจจาระ ความเข้มข้นเป็นกรดหรือด่าง ปริมาณ ความเข้มข้น โดยปกติการระคายเคืองจะเกิดจากสารคัดหลั่งที่ออกมาจากลำไส้เล็ก ในส่วนของลำไส้ใหญ่มีน้อย ในการป้องกันผู้ป่วยควรเลือกถุงรองรับอุจจาระที่มีขนาดเหมาะสมกับช่องเปิดลำไส้ ผู้ป่วยจะมีอาการผิวหนังเป็นรอยสีแดง เปื่อยยุ่ยและปวดแสบปวดร้อน วิธีแก้ไขคือ ทำความสะอาดบริเวณรอบๆ ช่องเปิดของลำไส้ด้วยสำลีชุบน้ำต้มสุก ซับให้แห้งด้วยก๊อชหรือผ้าสะอาดที่อ่อนนุ่ม ทาสารปกป้องผิวหนัง (skin barrier paste) ซึ่งสามารถป้องกันการระคายเคืองจากโคโรซิฟเอนไซม์ (corrosive enzyme) สารที่ใช้ในการป้องกันการระคายเคืองได้แก่

Karaya, Stomahesive powder เป็นต้น การใส่ถุงรองรับอุจจาระอาจใส่ผ้าก๊อชพันรอบบริเวณช่องเปิดลำไส้ เพื่อป้องกันห้วงครอบครัวหรืออุจจาระไปกดทับบริเวณที่มีอาการระคายเคือง

6.2 การติบของช่องเปิดลำไส้ วิธีแก้ไขคือใช้นิ้วก้อยของผู้ป่วยถ่างขยายช่องเปิดนี้ ภายหลังทำความสะอาดช่องเปิดทุกครั้ง แต่ถ้ามีอุจจาระหรือลมออกมาทางช่องเปิดลำไส้เป็นปกติทุกวันแล้วไม่จำเป็นต้องถ่างขยายช่องเปิดลำไส้ก็ได้ เพราะอาจเกิดการบาดเจ็บกับช่องเปิดลำไส้ได้ถ้าเทคนิคการปฏิบัติไม่ถูกต้อง สิ่งที่สำคัญที่สุดห้ามใช้อุปกรณ์อื่น ๆ สอดเข้าไปในช่องเปิดลำไส้เพราะอาจทำให้ลำไส้ทะลุได้

6.3 การอุดตัน มักเกิดจากอุจจาระแข็ง มีการอักเสบของลำไส้ เมื่อเกิดการอุดตัน ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน และปวดท้องร่วมด้วย การแก้ไขทำได้โดย การมาพบแพทย์เพื่อให้ยาระบายเพื่อให้อุจจาระอ่อนตัว หรือรับประทานผลไม้ที่ช่วยบรรเทาอาการท้องผูก ได้แก่ ลูกพรุน แอปเปิ้ลและยาระบายอ่อน ๆ (Smeltzer & Bare, 1996)

6.4 การยื่นหรือการหดรั้งของช่องเปิดลำไส้มากกว่าปกติ ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เพื่อทำการผ่าตัดแก้ไข

6.5 การทะลุของลำไส้ มักเกิดจากการใส่เครื่องมือเข้าไป เช่น สายยางสวนล้างลำไส้ การอักเสบของลำไส้ เป็นต้น ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เพื่อผ่าตัดแก้ไข

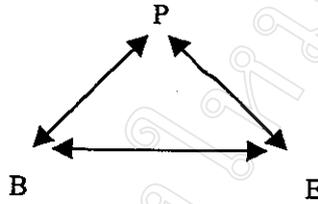
6.6 การบาดเจ็บและการกระทบกระเทือนต่อช่องเปิดลำไส้ เนื่องจากช่องเปิดลำไส้ไม่มีเส้นประสาทส่วนปลายมาเลี้ยงจึงไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด การบาดเจ็บอาจเกิดขึ้นได้โดยที่ผู้ป่วยขาดความระมัดระวังจากสาเหตุ เช่น ขนาดช่องเปิดของแผ่นรองมีขนาดเล็กเกินไป แผ่นรองและถุงรองรับอุจจาระแข็งกดช่องเปิดลำไส้ เป็นต้น จึงต้องระมัดระวังไม่ให้ขอบของแผ่นรองไปกดหรือรัดช่องเปิดลำไส้ ทำให้เกิดการบาดเจ็บได้

6.7 อาการท้องเสีย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหาร ควรมาพบแพทย์เพื่อให้ยารักษาอาการท้องเสีย เช่น Lomotil, Bismuth subgallate, Paregoric เป็นต้น (Smeltzer & Bare, 1996)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

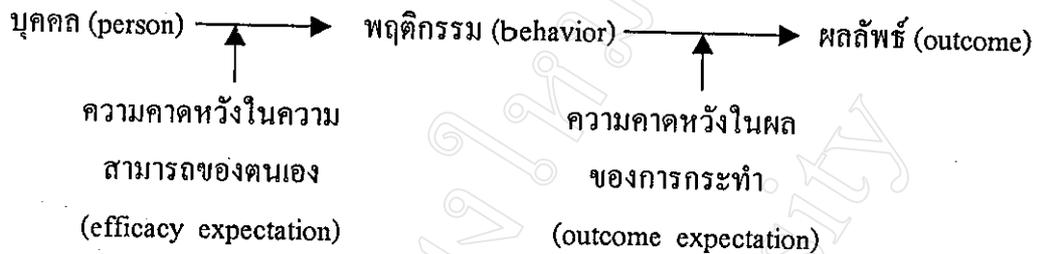
การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นให้สำเร็จ จากการศึกษาพบว่ามีกรกล่าวถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) เสนอว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลเกิดจาก ปัจจัยด้านการรับรู้และการนึกคิดได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การให้คำจำกัดความสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเป็นตัวทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด (Gillis, 1993; Pender, 1987) การรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977; 1986b) เป็นความเชื่อมั่นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการตอบสนองบางอย่างที่จำเป็น ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแนวคิดทฤษฎีที่แบนดูรา (Bandura, 1977) ได้พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) โดยมีข้อสมมติฐานว่า กระบวนการทางสติปัญญา (cognitive process) เป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น แต่กระบวนการทางปัญญานั้นจะถูกชักนำหรือ ถูกเปลี่ยนได้อย่างรวดเร็วมาจากประสบการณ์ความสำเร็จจากการแสดงการกระทำ (effective performance) ของบุคคล แบนดูรา (Bandura, 1977) เสนอว่า การเกิดพฤติกรรมของบุคคลมีลักษณะของการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) กล่าวคือความสัมพันธ์แบบการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกันจะเกิดขึ้นระหว่างกันของตัวแปร 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal person factor = P) อันได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (behavior condition = B) และ 3) เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (environmental condition = E) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบนี้ มีลักษณะที่ต่อเนื่องเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกันและกันไว้ (interlocking system) ซึ่งอิทธิพลของแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสภาพสิ่งแวดล้อม (Bandura, 1977 : p 191-193) ดังแสดงในแผนภูมิ



แผนภูมิ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และเงื่อนไขเชิงสภาพสิ่งแวดล้อม

แหล่งที่มา. จาก Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change (p.191) by Bandura, A., 1977, Psychological review, 84.

แบนดูรา (Bandura, 1977) สรุปว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง (percieved self-efficacy) เป็นความเชื่อ การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำการตอบสนองบางอย่างโดยเฉพาะ (one own ability to produce particular responses) โดยที่แบนดูราเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลสองคนอาจมีความสามารถที่ไม่แตกต่างกัน แต่อาจแสดงออกในเชิงพฤติกรรมที่มีคุณภาพแตกต่างกันได้ ถ้าบุคคลทั้งสองคนนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในบุคคลเดียวกันก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสถานการณ์แตกต่างกันก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ แบนดูรากล่าวว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัวแต่สามารถแปรเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกของพฤติกรรม จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสถานะการณ์นั้นๆ กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ จะแสดงถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถ จะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะกระทำจนประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) นอกจากนี้แบนดูรา (Bandura, 1977) ได้อธิบายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (efficacy expectation) และความคาดหวังในผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) ไว้ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง
และความคาดหวังในผลของการกระทำ

แหล่งที่มา. จาก Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change
(p.192) by Bandura, A., 1977, Psychological review, 84.

ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (efficacy expectation) หมายถึง ความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการกระทำนั้นจนประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ดังที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนลงมือกระทำพฤติกรรม

ความคาดหวังในผลของการกระทำ (outcome expectation) หมายถึงความเชื่อที่บุคคลประเมินว่า พฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองคาดหวังเอาไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน

ดังนั้นสรุปได้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลตามที่ตนเองต้องการหรือไม่ และคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่คาดหวังว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ก็มีแนวโน้มว่าบุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวังหรือล้มเหลว

นอกจากนี้แบนดูรา (Bandura, 1977) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ยังมีผลต่อการกระทำกิจกรรมที่ยู่ยากซับซ้อน เนื่องจากความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถจะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความพยายามทำงานมาน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถจะกระทำกิจกรรมนั้นได้ ทำให้เกิดความกลัวและพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้นๆ แต่ถ้าบุคคลมั่นใจว่าตนเองสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้จะไม่เกิดความกลัวหรือความวิตกกังวลล่วงหน้า และยังทำให้บุคคลเกิด

ความเพียรพยายาม และกระตือรือร้นในการกระทำกิจกรรมนั้นๆ เพิ่มมากขึ้น การที่บุคคลพยายามกระทำกิจกรรมในสถานการณ์ที่ย่างยากซับซ้อนได้สำเร็จ และได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้จะเป็นแรงเสริมต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้ความกลัวและความวิตกกังวลลดน้อยลง หรือถ้าบุคคลกระทำกิจกรรมไม่สำเร็จหรือต้องล้มเลิกการกระทำโดยง่ายจะทำให้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองลดต่ำลง และเกิดความกลัวต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ มากขึ้น

การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรนี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3

		ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำ แน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ แน่นอน

แผนภูมิที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิด

แหล่งที่มา. จาก ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. (หน้า 59) โดย สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นขึ้นสูง มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมอย่างแน่นอน แต่ถ้ามีด้านใดสูงหรือต่ำเพียงอย่างเดียวบุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินใจว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป การรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับมิติ (dimension) 3 มิติดังนี้ (Bandura, 1977: p. 194) 1) มิติตามขนาดหรือตามระดับความคาดหวัง (magnitude) หมายถึง การรับรู้ต่อความยากง่าย

ของพฤติกรรมที่จะกระทำ เป็นการที่บุคคลประเมินตนเองว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมที่มีระดับความยากง่ายต่างกันได้หรือไม่ระดับใด 2) มิตติความเป็นสากล (generality) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นได้ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานบางอย่างสามารถนำไปปฏิบัติงานอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน 3) มิตติความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ (strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือมั่นใจของบุคคลในการประเมินระดับความสามารถในการกระทำพฤติกรรมของตน ว่ามีความมั่นใจเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตามกรอบแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977; 1986a) สามารถทำได้ 4 แหล่ง ดังนี้

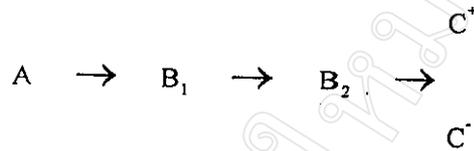
1. ความสำเร็จของการลงมือกระทำด้วยตนเอง (performance accomplishments) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากความสำเร็จจากการกระทำนั้นเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง (Bandura, 1977) การที่บุคคลกระทำงานแล้วเกิดประสบผลสำเร็จซ้ำกันหลายๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าบางครั้งอาจเกิดความล้มเหลวบ้างแต่บุคคลจะมองว่าความล้มเหลวที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ความพยายามไม่เพียงพอ ใช้วิธีการทำงานไม่เหมาะสม มากกว่าการที่บุคคลมองว่าตนเองไม่มีความสามารถ อีกทั้งยังใช้ความล้มเหลวเป็นบทเรียนในครั้งต่อไป โดยใช้ความพยายามในการทำงานให้เพิ่มขึ้น ดังนั้นในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองจะต้องให้บุคคลได้ปฏิบัติให้เกิดทักษะที่เพียงพอที่จะประสบความสำเร็จไปพร้อมๆ กับการให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การได้เห็นตัวแบบ (modeling) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) เป็นการแสดงของตัวแบบถึงการกระทำพฤติกรรมแล้วได้รับผลของการกระทำภายใต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการเสริมแรง และการลงโทษเมื่อกระทำได้ถูกต้องหรือผิดพลาด ซึ่งมีความหมายกว้างกว่าการเลียนแบบ (imitation) ซึ่งหมายถึงการกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบ การเสนอตัวแบบจะรวมเอากระบวนการทางจิตวิทยาคือ การตั้งใจ การจดจำ การกระทำและการจูงใจไว้เข้าด้วยกัน (Bandura, 1986a) สำหรับความหมายในแนวทางอื่นที่มีผู้กล่าวถึงการเสนอตัวแบบ ได้แก่ การเสนอตัวแบบเป็นกระบวนการเรียนรู้ของบุคคล หรือกลุ่มคนโดยการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบซึ่งตัวแบบมีหน้าที่

เป็นสิ่งเร้าให้ผู้สังเกตมีความคิด ทักษะคิด หรือพฤติกรรมเปลี่ยนไปตามลักษณะของตัวแบบ (Perry & Furukawa, 1986) เป็นต้น ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเสนอตัวแบบเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรม และผลของการกระทำของตัวแบบก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ทักษะคิดหรือพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับลักษณะของตัวแบบที่น่าเสนอ

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีในเรื่องของพฤติกรรม แบบดورا (Bandura, 1986a) กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้ใน 2 ลักษณะ กล่าวคือ บุคคลเรียนรู้จากผลของการกระทำซึ่งเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยการสังเกตผลที่เกิดจากการกระทำ ถ้าเกิดผลที่บุคคลมีความพึงพอใจแล้ว จะเกิดการจดจำการกระทำนั้นไว้เป็นแนวทางในการกระทำครั้งต่อไป แต่ถ้าเกิดผลไม่เป็นที่พึงพอใจบุคคลจะจดจำการกระทำนั้นไว้เมื่อประสบกับสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันจะพยายามหลีกเลี่ยงไม่กระทำพฤติกรรมนั้นหรืออาจนำข้อมูลไปตัดแปลงพฤติกรรมนั้นให้เกิดผลที่ดีในอนาคต และอีกลักษณะหนึ่งคือ บุคคลเรียนรู้โดยการสังเกตผ่านตัวแบบ ถ้าบุคคลสังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วประสบความสำเร็จมีแนวโน้มที่บุคคลจะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบสูงขึ้น แต่ถ้าบุคคลสังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลการกระทำที่ไม่พึงพอใจ บุคคลก็จะไม่เลียนแบบพฤติกรรมที่สังเกตจากตัวแบบนั้น นอกจากนี้บุคคลจะสังเกตพฤติกรรมตลอดจนผลของการกระทำที่เกิดกับตัวแบบเก็บไว้เป็นข้อมูลในการชี้แนะการแสดงพฤติกรรมในอนาคต การเรียนรู้โดยการสังเกตผ่านตัวแบบ แบบดورا (Bandura, 1986a) กล่าวว่ามีความสำคัญมากเนื่องจากบุคคลมีความสามารถในการคิด มีความเชื่อ มีความคาดหวังที่จะตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมที่จะให้เกิดผลตามที่ตนเองต้องการ

แนวทางในการเสนอตัวแบบจึงเป็นการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้บุคคลเกิดความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งความคาดหวังถึงผลที่เกิดขึ้นจะส่งผลถึงการตัดสินใจของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น กระบวนการเสนอตัวแบบจะให้การเสนอตัวแบบที่ทำให้บุคคลเกิดความสนใจและมีความคิดที่อยากกระทำตามตัวแบบ และเมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบแล้วสิ่งที่ตามมาคือผลของการกระทำที่เกิดจากพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบได้รับการเสริมแรงทางบวกพฤติกรรมนั้นจะเกิดขึ้นซ้ำได้อีก แต่ถ้าพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบแล้วประสบความล้มเหลวพฤติกรรมนั้นจะไม่เกิดขึ้นอีก (Decker & Nathan, 1985) ลักษณะของกระบวนการเสนอตัวแบบสามารถเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



โดยที่ A - การเสนอตัวแบบ

B₁ - ความคิด ความรู้สึกหรือความคาดหวังของผู้สังเกตตัวแบบ

B₂ - พฤติกรรมที่แสดงออก

C⁺ - ผลกรรมทางบวก

C⁻ - ผลกรรมทางลบ

แผนภูมิที่ 4 แสดงลักษณะของกระบวนการการเสนอตัวแบบ

แหล่งที่มา. จาก ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. (หน้า 254) โดย สมโภชน์
เยี่ยมสุภายิต, 2536, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลักษณะของตัวแบบมี 2 ประเภทคือ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (live model) เป็นตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง (สมโภชน์ เยี่ยมสุภายิต, 2536) มีข้อดีคือสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตัวแบบให้เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ตามธรรมชาติ (Kalish, 1981) แต่ไม่สามารถควบคุมผลการกระทำจากเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าที่จะเกิดขึ้นได้ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงจะกระตุ้นความสนใจมากกว่าตัวแบบสัญลักษณ์ในการรับรู้ของบุคคล (Perry, & Furukawa, 1986) ส่วนตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หนังสือ นวนิยาย เป็นต้น (สมโภชน์ เยี่ยมสุภายิต, 2536) การเสนอตัวแบบนี้สามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์ และพฤติกรรมให้มีความชัดเจน ไม่ซับซ้อน ตลอดจนสามารถควบคุมผลการกระทำของตัวแบบได้ เนื่องจากมีการจัดเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้แล้ว (Kalish, 1981) ตัวแบบสามารถใช้กับกลุ่มบุคคล และในหลายสถานการณ์ รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความคิด และการแสดงออกได้พร้อมกัน (Bandura, 1977) การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบตามแนวคิดของเบนดูรา ตัวแบบจะมีอิทธิพลในการก่อให้เกิดพื้นฐานการเรียนรู้ โดยผู้สังเกตจะต้องการเห็นการกระทำที่ตัวแบบแสดงซึ่งจะเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติของตนเองต่อไป

การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ ประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 4 กระบวนการ ดังนี้ (Bandura, 1986a)

1) กระบวนการตั้งใจ (attentional processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งใจ และสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ บุคคลจะไม่สามารถเกิดการเรียนรู้ได้ถ้าขาดความตั้งใจ ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจคือ ตัวแบบต้องมีความเหมาะสม มีผลต่อระดับ และความรวดเร็วในการเรียนรู้เพราะทำให้บุคคลตั้งใจที่จะสังเกตตัวแบบ ฉะนั้นตัวแบบจำเป็นที่จะต้องมีความเด่นชัด ดึงดูดความสนใจ มีอิทธิพลต่ออารมณ์ เกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงต้องไม่ซับซ้อนและมีประโยชน์ต่อผู้สังเกต แต่ถ้าจำเป็นที่จะต้องเสนอเหตุการณ์ที่มีความซับซ้อน ควรมีการแบ่งแยกให้เป็นส่วนย่อยให้ความซับซ้อนลดลง จำนวนตัวแบบมีความสำคัญต่อการตั้งใจสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบเพราะจำนวนตัวแบบที่มีความหลากหลายจะทำให้บุคคลสามารถเลือกพฤติกรรมที่ต้องการได้ โดยบุคคลจะเลือกสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบที่ชอบและมีประโยชน์ต่อตนเอง ดังนั้นลักษณะของตัวแบบที่จะดึงดูดให้บุคคลตั้งใจสังเกตควรมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตในด้าน อายุ เพศ เชื้อชาติ ทัศนคติ และความสามารถเพราะบุคคลจะคาดหวังและเข้าใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นเหมาะสมหรือใช้ได้กับตนเองเช่นกัน (Perry & Furukawa, 1989)

2) กระบวนการจดจำ (retention processes) แบนดูรา (Bandura, 1986a) กล่าวว่า บุคคลจะไม่ได้รับผลการกระทำหรือประโยชน์อันใดจากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบถ้าไม่สามารถที่จะจดจำพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำได้ ดังนั้นกระบวนการจดจำซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบไว้ในโครงสร้างทางปัญญาซึ่งเป็นกระบวนการที่สองของการเรียนรู้จากการสังเกต ซึ่งเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมของตัวแบบที่มี 2 ลักษณะคือ การที่บุคคลเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมต่าง ๆ ของตัวแบบไว้ในรูปสัญลักษณ์ และแปลงข้อมูลต่างๆ เหล่านั้นเป็นมโนภาพ และเป็นคำพูด เพื่อนำข้อมูลสัญลักษณ์เหล่านี้เก็บไว้ในความจำถาวรต่อไป

3) กระบวนการกระทำ (production processes) เป็นการเรียนรู้ผ่านตัวแบบโดยการที่บุคคลแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปของความจำออกมาเป็นการกระทำ การกระทำกระบวนการนี้ได้นั้นบุคคลต้องระลึกภาพจากการตั้งใจสังเกต และจดจำได้ โดยบุคคลจะระลึกภาพพฤติกรรมที่จดจำไว้ในปัญญาออกมาแล้วแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบ ถ้าบุคคลระลึกภาพจากปัญญาได้แม่นยำจะมีโอกาสกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบได้ถูกต้อง

4) กระบวนการจูงใจ (motivational processes) จากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมเบนคูรา กล่าวถึงความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมที่มาจาก การสังเกตตัวแบบกับการกระทำพฤติกรรมของบุคคล เพราะว่าบุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมทุกอย่างตามที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมดทั้งที่สามารถจดจำ และกระทำพฤติกรรมนั้นได้ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมตามที่ตนเองนั้นชอบหรือหยุดกระทำพฤติกรรมนั้นถ้าผลลัพธ์ของการกระทำนั้น ไม่ได้รับรางวัลหรือได้รับการลงโทษ การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วแสดงพฤติกรรมหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจให้กระทำ ถ้าสิ่งจูงใจให้กระทำพฤติกรรมนั้นบุคคลมีความพึงพอใจ หลังการสังเกตตัวแบบบุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นทันที สรุปได้ว่าการเรียนรู้จากตัวแบบจะเกิดประสิทธิภาพได้นั้น จะต้องกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการสังเกตอย่างชัดเจน ไม่ซับซ้อน ตัวแบบต้องมีลักษณะที่น่าสนใจ มีการให้แรงเสริมที่เหมาะสมแก่ตัวแบบ เทคนิคการเสนอตัวแบบเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพไม่ว่าจะใช้วิธีเดียวหรือร่วมกับเทคนิคอื่น แต่สิ่งที่จะต้องตระหนักอยู่เสมอในการเสนอตัวแบบคือ ตัวแบบจะทำหน้าที่เพียงแต่ให้พฤติกรรมเกิดขึ้นเท่านั้น ไม่ได้ทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดคงที่หรือสม่ำเสมอ จำเป็นต้องมีการเสริมแรงต่อการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

การศึกษารังนี้ผู้วิจัยใช้การนำเสนอตัวแบบผ่านสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพในการสังเกตและการเลียนแบบพฤติกรรม สามารถนำมาสังเกตและทบทวนได้ตามความต้องการ นอกจากนี้ยังสามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์พฤติกรรมของตัวแบบ และควบคุมผลการกระทำของตัวแบบที่ได้รับให้เหมาะสม (Kalish, 1981) สามารถกำหนดลักษณะ และแนวทางพฤติกรรมของตัวแบบ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ผ่านทางหน้าท้องได้ ผู้วิจัยสร้างตัวแบบที่มีความคล้ายคลึงกันในด้าน เพศ อายุ และเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ผ่านทางหน้าท้อง อีกทั้งตัวแบบแสดงถึงพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ที่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริงและในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้สังเกตเกิดความรู้สึกคล้ายคลึงตามว่าตนเองน่าจะมีความสามารถกระทำพฤติกรรมได้เหมือนตัวแบบ เกิดความสนใจ และจดจำพฤติกรรมของตัวแบบได้ ภายหลังจากที่ได้เห็นการกระทำพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงเป็นตัวแบบแล้วประสบความสำเร็จ บุคคลจะตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถกระทำได้เช่นกัน (Bandura, 1982; Shunk, Hanson & Cox, 1987 cited in Bandura, 1997) ตัวแบบจะก่อให้เกิดการประเมินความสามารถของตนเอง และจะนำมาซึ่งกลวิธีการปรับแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977)

การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ เป็นสื่อที่รับได้ โดยการมองเห็นที่มีการพัฒนาขึ้นมาได้อย่างรวดเร็วคือ เทคโนโลยีการผลิตสื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน ตัวแบบสัญลักษณ์ที่สามารถสื่อสารผ่านได้คือวีดิทัศน์ เป็นสื่อที่มีคุณภาพให้ผู้สังเกตได้มีการเรียนรู้ ได้สังเกตเห็นถึงเหตุการณ์ และการกระทำพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด (Bandura, Gruse & Manlove, 1966 cited in Bandura, 1997) การเกิดการเรียนรู้ผ่านตัวแบบจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ คุณค่าที่ได้รับจากการสังเกตและประสบการณ์ที่ได้รับจากตัวแบบ ซึ่งสอดคล้องกับประสบการณ์ในอดีตและตรงกับสถานการณ์ที่ผู้สังเกตต้องการ การเสนอตัวแบบวีดิทัศน์ใช้ได้ทั้งกลุ่มบุคคล ชุมชน สามารถสื่อให้เห็นถึง ลักษณะสังคม ทัศนคติ รูปแบบของความสามารถและเป้าหมายของบุคคลได้ (Bandura, 1997) ผลของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ ต่อความเชื่อในความสามารถของตนเองสามารถส่งเสริมให้เกิดขึ้นได้โดย การชักจูงทางปัญญา ซึ่งเป็นหนึ่งในกระบวนการจดจำของผู้สังเกตตัวแบบ ในกระบวนการเรียนรู้จากการสังเกต การได้เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จทำให้เกิดความเชื่อในตนเองอย่างแรงกล้าว่าตนเองสามารถกระทำได้เช่นเดียวกับตัวแบบ ตัวแบบที่มีการชักจูงทางปัญญาจะเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากกว่าการได้สังเกตตัวแบบอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไมบาชและฟลอรา (Maibach & Flora, 1993) ได้มีการเสนอตัวแบบร่วมกับการใช้การชักจูงให้คิดทบทวนตาม ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์สูงขึ้น การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยการใช้ตัวแบบมีหลายแนวทาง ได้แก่ การกระทำเป็นตัวแบบ (actual modeling) การใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) การใช้เทปบันทึกภาพตนเองเป็นตัวแบบ (videotape self modeling) การใช้ความรู้ความเข้าใจของตนเองเป็นตัวแบบ (cognitive self modeling) วิธีการเหล่านี้ก่อให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง และส่งเสริมการกระทำตามตัวแบบได้ (Bandura, 1997)

3. การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคลเพื่อให้เขาเชื่อว่า ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ การชักจูงจะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่น มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น คำพูดที่ใช้จะเป็นในลักษณะการชักชวน แนะนำ อธิบาย ให้กำลังใจหรือชื่นชมให้บุคคลมีความเชื่อว่า ตนสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการนี้มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมในระยะสั้น ๆ จะต้องใช้ร่วมกับวิธีการอื่น ๆ ด้วยการลงมือกระทำแล้วประสบความสำเร็จ หลักการพูดให้กำลังใจ สรุปได้ดังนี้ (กรรณิการ์ สุวรรณโคต, 2527 อ้างใน ดวงกมล พึ่งประเสริฐ, 2534) ควรให้เมื่อนักพลพร้อมที่จะรับ ไม่ใช่ให้ทุกเวลา การพูดให้กำลังใจบ่อยเกินไปอาจทำให้เกิดความรำคาญ ต้องเป็นความจริงเพราะถ้า

เมื่อบุคคลมาทราบทีหลังว่ามีการพูดที่ไม่จริงจะทำให้เกิดการขาดความเชื่อถือและไว้วางใจ ควรให้ในสถานการณ์ที่เหมาะสม เป็นเวลาที่บุคคลต้องการ หรือให้เพื่อเสริมแรงในการกระทำ และควรให้ทันทีที่พฤติกรรมสิ้นสุดลง ไม่ควรตั้งความหวังไว้สูงเกินไปว่าพฤติกรรมของบุคคลต้องดีขึ้นหรือหวังว่าจะได้รับคำชมเชยตอบแทน

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) บุคคลจะรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง จากการกระตุ้นทางอารมณ์และจากความต้องการทางสรีระ ความรู้สึกในทางบวกเช่น ความตื่นเต้น เป็นสภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัวจะส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนความรู้สึกทางด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ถูกดูหรือว่ากล่าวตักเตือน จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ไม่ดีทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลงและมักหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมหรือสถานการณ์นั้น ๆ บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จเมื่อไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยสนับสนุนให้คุ้นเคยกับสถานการณ์นั้น ๆ มากขึ้นทีละน้อย อาจทำโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การป้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback) การใช้สัญลักษณ์เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย (symbolic desensitization) นอกจากนี้ยังอาจฝึกฝนให้บุคคลคาดการณ์ถึงสิ่งเร้า (anticipate arousal) ให้มั่นใจว่าจะมีการตอบสนองที่เป็นปกติ (Bandura, 1977)

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง สรุปได้ดังนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยที่แสดงความแตกต่างด้านสรีระของบุคคล เป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพ บทบาทในสังคม ชุมชนและครอบครัว (Kutner & Kutner, 1979 อ้างใน สมทรง คำฝาย, 2540) เพศทำให้มีความแตกต่างด้านความสามารถกล่าวคือ เพศหญิงมีความสามารถทางภาษา การเขียนและศิลปะ ส่วนเพศชายมีความสามารถทางด้านคณิตศาสตร์ ประวัติศาสตร์ ภูมิศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ทำให้เกิดความแตกต่างในการทำกิจกรรมที่เป็นลักษณะเฉพาะเพศ จึงทำให้การแสดงความสามารถออกมาแตกต่างกัน

2. อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะที่จะจัดการปัญหาต่าง ๆ การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ จะมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการ ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะได้เรียนรู้และพบประสบการณ์ และได้เห็นแบบอย่างการกระทำของบุคคลอื่นมากกว่า

3. การศึกษา เป็นพื้นฐานของความคิด การตัดสินใจ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญ มองเห็นประโยชน์ และแสวงหาความรู้ หรืออาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจง่าย รู้จักแสวงหาข้อมูล และสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ จากการศึกษาของ รัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2536) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ประสบการณ์เดิม เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการเรียนรู้ สถานการณ์ใหม่ได้ ผู้ที่เคยประสบกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับสถานการณ์ปัจจุบันทำให้มีการเรียนรู้สถานการณ์ใหม่ได้เร็ว (Rice, 1999)

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

การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้

การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการประเมินความสามารถของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมสถานการณ์เฉพาะ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตามกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา มีการพัฒนาขึ้นเพื่อนำไปใช้กับประชากรหลายกลุ่ม ลักษณะการประเมินเป็นมิติต่างๆ วัดรวมกันในแบบวัดฉบับเดียว เป็นรายข้อและเป็นพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ลักษณะการให้คะแนนเป็นลิกิต (รัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2536)

ในส่วนของ การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ เบคเคอร์และคณะ (Bekkers et al., 1996) ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ (stoma self-efficacy scale) เพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้เป็นรายข้อ จำนวน 29 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ความสามารถในการดูแลช่องเปิดลำไส้ (stoma care efficacy) และความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (social efficacy) ลักษณะการให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ จาก 1 คะแนน ไม่นั่นใจเลย ถึง

5 คะแนน มั่นใจมากที่สุด จากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง รายใหม่จำนวน 59 ราย พบว่าข้อคำถามทั้งหมดมีความตรงตามโครงสร้างและมีความเชื่อมั่นภายในสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α) ส่วนที่หนึ่ง เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลช่องเปิดลำไส้ 0.94 และ ส่วนที่สองเกี่ยวกับความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม 0.95 ก่อนนำเครื่องมือไปใช้ได้ศึกษาถึงความสอดคล้องสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม พบว่ามีความสอดคล้องสัมพันธ์กันสูง (Pearson $r = .73$) และพบว่าตัวทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ คือ อายุ การวินิจฉัยโรค และอาการแสดง

เอทเคอร์-แบล็คและเคิทท์ (Oetker-Black & Kurth, 1995) ได้สร้างเครื่องมือในการประเมินผลของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับตัวต่อการเผชิญกับสถานการณ์การผ่าตัด เพื่อเป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยในการเผชิญสถานการณ์ที่ซับซ้อนไม่เคยประสบมาก่อน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยมีความตรงตามเนื้อหา ความตรงภายในมากกว่าหรือเท่ากับ .84 ครอบคลุมการรับรู้ความสามารถของตนเองทุกมิติ แบ่งระดับคะแนนเป็น 11 ระดับ ได้แก่ 0 ไม่มั่นใจเลย ถึง 10 มั่นใจมากที่สุด แต่ไม่ได้กล่าวถึงเหตุผลของการให้ระดับคะแนนเช่นนี้ในการวิจัยนี้

ในปัจจุบันการวิจัยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นในการวัดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (efficacy expectation) เพื่อทำนายผลลัพธ์ของการกระทำพฤติกรรม สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1982) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นลักษณะที่เฉพาะเจาะจงในการแสดงพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องกระทำในอนาคต ได้มีการศึกษาถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองตามกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา ในหลายกลุ่มตัวอย่าง ทั้งในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การฟื้นฟูสุขภาพในผู้ป่วยทางอายุรกรรม และศัลยกรรม เป็นต้น ดังเช่น

การศึกษาถึงบทบาทของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ สเตรเชอร์ ดีวีลิส เบคเคอร์ และ โรเซนสตอคค์ (Strecher, DeVellis, Backer & Rosenstock, 1986) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์และอธิบายหรือทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง การงดสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การคุมกำเนิด การงดดื่มสุรา และการออกกำลังกาย

เอทเคอร์-แบล็คและคณะ (Oetker-Black et al., 1992) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ในผู้ป่วย

สัมพันธ์ระหว่างความรู้และการลงมือปฏิบัติจริงแต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการทดลองทันที เป็นระยะเวลาที่ยังไม่เกิดการตระหนักถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองแต่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นแล้วเนื่องจากใกล้ถึงวันผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงต่อการที่จะเผชิญกับสถานการณ์การผ่าตัดแล้ว จึงควรประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการทดลอง 2 ครั้ง คือ หลังการทดลอง และวันที่จะผ่าตัด จะเห็นได้ว่าการให้โปรแกรมครั้งนี้ขาดความต่อเนื่องในการให้ความรู้ และการลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนการผ่าตัดควรมีการวัดครั้งเดียวหลังการทดลอง ไม่ได้วัดก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการทดลองครั้งนี้

เชอร์เรอร์และชิมเมล (Scherer & Shimmel, 1996) ได้ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาเป็นกรอบในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 65 ปี รายหนึ่ง โดยมีวิธีการดังต่อไปนี้ 1) การให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายในการเข้าร่วมการทดลองและสร้างรูปแบบในการฝึกฝนตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก 2) การให้ผู้ป่วยชมภาพยนต์ที่แสดงโดยผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ควบคุมอาการอาการหายใจลำบากได้ประสบความสำเร็จ 3) ให้การยกย่องชื่นชมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหารได้ถูกต้องและการงดสูบบุหรี่ 4) สอนเทคนิคการจัดการกับความเครียดและการฝึกการผ่อนคลาย ผลการศึกษาพบว่า หลังการให้ความรู้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น เกิดความรู้สึกมั่นใจในการลงมือกระทำพฤติกรรมควบคุมหรือหลีกเลี่ยงอาการหายใจลำบากได้

เชอร์เรอร์ ชไมเดอร์และชิมเบล (Scherer, Schmider & Shimmel, 1998) ได้ศึกษาถึงผลของการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวและร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถนะปอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยผู้ป่วย 37 ราย เข้าเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถนะปอดร่วมด้วย และผู้ป่วย 22 ราย เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใช้วิธีการ 1) การประสบความสำเร็จจากการลงมือกระทำโดยให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายในการปฏิบัติจากสิ่งที่ย้ำไปสู่สิ่งที่ยาก 2) การสังเกตผู้ป่วยอื่นกระทำกิจกรรมที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมอาการหายใจลำบาก และมีทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้อง 3) การใช้คำพูดชักจูง โดยการให้การชี้แนะ ประชุมปรึกษา การชักชวนและการส่งเสริม และ 4) สอนการควบคุมสภาวะการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยการจัดการกับความเครียด ฝึกการผ่อนคลาย ประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้แบบวัด COPD Self-Efficacy Scale (Wigal, 1991 cited in Scherer, Schmider & Shimmel, 1998) 5 ด้าน คือ

ผลกระทบทางด้านลบ การเร้าทางอารมณ์ ความพยายามในการออกกำลังกาย สภาพอากาศและสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหายใจลำบาก โดยประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วย ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน และหลังการทดลอง 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า 1 เดือนหลังการทดลอง ผู้ป่วยที่มีการฝึกการฟื้นฟูสมรรถนะปอดมีระดับความมั่นใจในการควบคุมหรือหลีกเลี่ยงอาการหายใจลำบาก และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง 1 เดือน และ 6 เดือน พบว่ามีความต่างระหว่างคะแนนในด้าน ผลกระทบด้านลบ และการเร้าทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนลดลงซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการควบคุมหรือหลีกเลี่ยงอาการหายใจลำบาก ส่วนด้านการออกกำลังกาย สภาพอากาศและสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผลกระทบด้านลบและการกระตุ้นทางอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองหรือความมั่นใจในความสามารถของตนเองในเรื่อง การหลีกเลี่ยงและควบคุมอาการหายใจลำบาก นอกจากนั้นยังสัมพันธ์กับ การออกกำลังกาย สภาพอากาศและสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงด้วย

การศึกษาของ จารูวรรณ รังสิยานนท์ (2540) พบว่า การเตรียมหญิงตั้งครรภ์แรกโดยการให้โปรแกรมการเตรียมเพื่อการคลอด มีการใช้แผนการเตรียมเพื่อการคลอด สอนหญิงตั้งครรภ์เป็นรายกลุ่มๆ ละ 4-7 คน เข้าฟังการสอนและฝึกทักษะการเตรียมตัวเพื่อการคลอดเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 32-38 สัปดาห์ จำนวน 5 ครั้ง ได้ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์และความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์ก่อนและหลังการเตรียมเพื่อการคลอด ผลการศึกษาพบว่า หญิงครรภ์แรกมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์และความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์ภายหลังการเตรียมเพื่อการคลอดสูงกว่าก่อนการเตรียมเพื่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การศึกษาของ แสงสุรีย์ ทศนพลชัย (2540) ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของการอบรมเพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ โดยกลุ่มทดลองจำนวน 61 ราย ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ที่ประกอบด้วย แผนการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง 3 เรื่อง คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทักษะการสื่อสารกับสามีเรื่องโรคเอดส์ และทักษะในการใช้ถุงยางอนามัย ได้ใช้แหล่งข้อมูลหลัก 4 แหล่ง ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของเบนดูรา คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ ผลการศึกษา

พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$)

การศึกษาของ สมทรง คำผาย (2541) ที่ศึกษาผลของการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โดยมีแผนการเตรียมมารดาเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดก่อนการจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 3 วัน ด้วยการฝึกปฏิบัติการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด การสังเกตการดูแลทารกจากผู้วิจัยร่วมกับการให้คู่มือการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ พบว่ามารดาที่ได้รับการเตรียมมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

โปรแกรมการสอนการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง

โปรแกรมการสอนและกระบวนการให้โปรแกรมการสอน

โปรแกรมการสอนเป็นแนวทางการให้ความรู้หรือให้ข้อมูลทำแก่นบุคคลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นขั้นตอน โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อทัศนคติและการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520) ตามแผนโปรแกรมการสอนที่จัดทำขึ้นอย่างมีระบบ เพอร์รี่ (Perry, 1981) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ซึ่งได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน ภาวะทางจิตและอารมณ์ของผู้เรียนที่จะมีผลต่อความตั้งใจ และการรับรู้ข้อมูล การสอนควรทำในเวลาที่เหมาะสมกับผู้เรียนไม่มีความวิตกกังวล การให้ข้อมูลควรใช้แหล่งข้อมูลหลายแหล่ง เช่น อาจมีอุปกรณ์ประกอบ มีการอธิบายพร้อมการสาธิต โดยเริ่มให้ผู้รับข้อมูลเกิดความคุ้นเคยแล้วจึงเสริมแนวคิดหรือทักษะใหม่ และการให้ข้อมูลควรต้องมีขั้นตอนในการสอน การสอนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่รักษาด้วยการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ ไรซ์ (Rice, 1999) กล่าวว่าผู้สอนจะต้องคำนึงถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต อาชีพ ความรู้ความชำนาญของผู้ป่วยแต่ละคน การสอนจะต้องชี้ให้เห็นความสำคัญ และเห็นตัวอย่างการกระทำจากผู้ป่วยอื่น วิธีนี้จะช่วยให้ผู้เรียนสนใจและเกิดการยอมรับได้

ในปัจจุบันนี้การสอนให้ผู้ป่วยดูแลช่องเปิดลำไส้โดยเจ้าหน้าที่สุขภาพ จะกระทำโดยวิธีการสอนประกอบกับการให้คู่มือ แผ่นพับหรือการใช้ภาพพลิกเพียงอย่างเดียวซึ่งจะพบว่าประสบความสำเร็จ

สำเร็จน้อย เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยลืมเนื้อหาได้ง่ายหลังการสอน 5 นาที ถึงร้อยละ 50 (Jeter, 1992) การใช้สิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ เอกสารประกอบการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้กับการดูแลสุขภาพ หรือการส่งเสริมสุขภาพแก่สาธารณชนทั่วไป การให้ผู้ป่วยศึกษาด้วยตนเองโดยไม่มีคำชี้แนะเพิ่มเติม อาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการนำความรู้ไปใช้ ไม่กล้าที่จะปฏิบัติตามเนื่องจากไม่แน่ใจว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นการที่จะใช้สื่อสิ่งพิมพ์อย่างมีประสิทธิภาพควรกระทำร่วมกับการสอนแบบมีส่วนร่วม การให้ดูตัวแบบ การสาธิตและการฝึกกระทำด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสนใจ จดจำเรื่องราว ขั้นตอนต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติได้มากขึ้น (Rankin, 1996)

กระบวนการให้โปรแกรมการสอน

กระบวนการสอนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ดั่งนั้น ประกอบด้วย (Gessner, 1989)

1. การประเมินปัญหาและความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องควรได้รับข้อมูลเรื่องต่อไปนี้เป็น การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และประสบการณ์ของผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีช่องเปิดลำไส้หรือมีปัญหาเกี่ยวกับช่องเปิดลำไส้เช่นเดียวกับตน ชนิดของอาหารที่ก่อให้เกิดกลิ่นและก๊าซ ข้อมูลเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด ข้อมูลเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ลดความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วย (Jeter, 1992)
2. การประเมินความพร้อมในการเรียน หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีความอ่อนล้าจากการดำเนินของโรคและการรักษา การเจ็บป่วยที่เรื้อรัง การรักษาด้วยการฉายรังสีและเคมีบำบัด ภาวะความหมดหวังและหมดอาลัยในชีวิต (Grubb & Black, 1976) นอกจากนี้ยังอาจมีความกลัวการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค การผ่าตัดและความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด กลัวว่าตนจะไม่สามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ด้วยตนเอง กลัวครอบครัวและสังคมไม่ยอมรับ (Jeter, 1992) สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ ความจำและความสนใจของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามแต่การรอความพร้อมที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วยนั้นบางทีอาจเป็นผลเสียมากกว่าผลดี พยาบาลจึงควรมีส่วนช่วยเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมที่จะเรียนเร็วขึ้น (Smeltzer & Bare, 1996)
3. การวางแผนการสอน ควรมีทำจัดไว้ล่วงหน้า แผนการสอนควรประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหาที่ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ต้องการเรียนรู้และควรทราบ เลือกวิธีการสอนและประเมินผลที่เหมาะสม

การสอนที่มีการจัดเตรียมไว้ล่วงหน้ามีผลดีเนื่องจากสามารถให้ความรู้ได้ครบถ้วนและมีความต่อเนื่อง (Berger & Williams, 1992)

4. คำเนิการสอนตามโปรแกรมการสอน โดยจัดลำดับเนื้อหาจากง่ายไปสู่ยาก (บุญชม ศรีสะอาด, 2537) ด้วยการบรรยายเนื้อหาเรื่อง การทำความเข้าใจของเปิดลำไส้ประกอบการแสดงวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องพร้อมกันไปของตัวแบบผ่านสื่อวีดิทัศน์ โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ เกิดความเชื่อและความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติได้เช่นกัน จากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติทันทีเนื่องจากหากการฝึกปฏิบัติในช่วงเวลาที่ห่างออกไปทำให้ลืมได้ และนำความรู้มาสัมพันธ์กับการปฏิบัติไม่ได้ (ศิริพร สิงหนคร, 2531) การสอนควรมีการดำเนินซ้ำเพราะการสอนเพียงครั้งเดียวไม่เพียงพอที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ได้ ควรมีการติดตามกระตุ้นเป็นระยะจะช่วยส่งเสริมผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติในสิ่งที่เรียนรู้มาได้ (Smeltzer & Bare, 1996)

5. การประเมินผล เป็นการพิจารณาประเมินการสอน ถึงความเหมาะสมของเนื้อหา กิจกรรมการสอน และอุปกรณ์การสอนว่ามีความเหมาะสมเพียงใด รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับจากการสอน (บุญชม ศรีสะอาด, 2537) เพื่อประเมินว่าเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสอนผู้ป่วยมีการเกิดพฤติกรรมเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ สามารถประเมินได้โดยการสอบถามหรือตอบแบบทดสอบ วัตถุประสงค์ด้านทักษะ และพฤติกรรมใช้การสังเกต การซักถาม ไรซ์ (Rice, 1999) ได้กล่าวถึง มโนทัศน์ และกลวิธีการสอนในเรื่องการประเมินการสอนอย่างมีระบบว่า ควรมีการประเมินผลก่อน และหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งประเมินผลการสอนได้จากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง มีภาวะสุขภาพดี และมีความพึงพอใจกับการสอนที่ได้รับ กล่าวคือผู้ป่วยยอมรับว่าการสอนนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมการสอน

การสอนหรือให้ความรู้ผู้ป่วยที่มีช่องเปิดลำไส้สามารถทำได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Grubb & Black, 1976)

1. ระยะเจ็บป่วย (illness period) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีภาวะคุกคามโรค หากได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินจะไม่ได้มีการเตรียมผู้ป่วยด้านจิตใจในเรื่องการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ จึงมีผลกระทบด้านอารมณ์ จำเป็นต้องให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง

2. ระยะเวลาหลังผ่าตัด (postoperative period) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะมีภาวะหมดหวัง หมคอาลัย และซึมเศร้า ในบางครั้งมีการแสดงอารมณ์ออกมาคล้ายเด็ก แยกตัวออกจากสังคม กลัวอุจจาระออกมาประอะเปื้อนเสื้อผ้า ยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของตนเองไม่ได้ พยายามต้องการให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยยอมรับสถานการณ์ด้วยการทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะมีการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ สร้างเสริมให้เกิดความมั่นใจในตนเอง (self-confidence) และมีศักยภาพด้านร่างกาย (physical competence) การทำให้ผู้ป่วยได้รับฟังเรื่องราวหรือมีโอกาสได้ปรึกษากับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับตนเองได้ดีขึ้น ระยะเวลาจึงมีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการดำเนินการสอนการดูแลช่องเปิดลำไส้

3. ระยะเวลาปรับตัวใหม่ (readjustment period) เป็นระยะที่ผู้ป่วยตระหนักในเรื่องบทบาททางสังคม ผู้ป่วยจะต้องการความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ระยะเวลาการสนับสนุนจากคู่สมรสและครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ผู้ป่วยคงการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านได้ตามปกติ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยให้การสอนตามโปรแกรม ประเมินความต้องการในการเรียนรู้ของผู้ป่วย กำหนดวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ และดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ ประกอบด้วยเนื้อหาความรู้ในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ให้การสอนเมื่อผู้ป่วยพร้อมที่จะเรียนรู้โดยให้สังเกตตัวแบบที่มีประสบการณ์การดูแลช่องเปิดลำไส้ มีการใช้คำพูดชักจูง ชี้แนะ และให้กำลังใจ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำการดูแลช่องเปิดลำไส้ หลังการสังเกตตัวแบบแล้ว ประเมินผลการสอนเมื่อเสร็จสิ้นการสอนด้วยการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วย และสังเกตพฤติกรรมในการดูแลช่องเปิดลำไส้ว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้หรือไม่

โปรแกรมการสอนเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมในการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง

ในปัจจุบันการสอนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยในระยะก่อนผ่าตัดมีการสอนถึงการปฏิบัติตนที่เหมาะสม การให้คำแนะนำถึงขั้นตอนวิธีการผ่าตัด ผลกระทบของการมีช่องเปิดลำไส้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่ผู้ป่วยควรมีความรู้ แต่เนื่องจากในระยะนี้ผู้ป่วยยังไม่ได้เผชิญกับสถานการณ์จริง อาจทำให้ผู้ป่วยไม่มีสมาธิ ขาดความสนใจ และจดจำข้อมูลได้เพียงเล็กน้อย ในระยะหลังผ่าตัด พยาบาลควรให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว

ในเรื่องการดูแลช่องเปิดลำไส้ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม การป้องกัน และดูแลไม่ให้เกิดการระคายเคืองของผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีเช่นปกติหรือใกล้เคียงปกติ และสอนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ให้ได้ ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Doughty, 1992)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้การสอนหรือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องในระยะหลังผ่าตัด มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งเป็นความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในตนเองที่จะกระทำการดูแลช่องเปิดลำไส้และมีพฤติกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเองได้เป็นอย่างดี โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตามโปรแกรมการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของเบนดูราที่ประกอบไปด้วย การให้ผู้ป่วยเห็นประสบการณ์ความสำเร็จของบุคคลอื่น การได้ลงมือกระทำจนประสบความสำเร็จ และการได้รับคำพูดชักจูง จนเกิดการประเมินความมั่นใจหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งเมทคาล์ฟ (Metcalf, 1999) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ช่วยให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำพฤติกรรมดังกล่าว จนมีความสามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีกระบวนการปรับตัวต่อการมีช่องเปิดลำไส้ได้เร็ว และมีการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาของ แคลลีและเฮนรี่ (Kelly & Henry, 1992) ได้ศึกษาถึงทัศนคติและความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง และให้ความสำคัญในเรื่องการมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติซึ่งก็คือการประสบผลสำเร็จจากการลงมือกระทำตามแนวคิดของเบนดูรานั่นเอง พบว่า การฝึกการดูแลช่องเปิดลำไส้ทำได้ยากหากไม่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการได้รับข้อมูลความรู้ในการดูแลช่องเปิดลำไส้มากกว่าการให้คำปรึกษาด้านจิตใจ อีวิง (Ewing, 1989) และ มีดด์ (Mead, 1994) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้ป่วยที่มีการปรับตัวยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ดี มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการดูแลช่องเปิดลำไส้ที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมักพบปัญหาหลังการผ่าตัดหากไม่ได้รับการสนับสนุนให้ความสามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ และขาดความมั่นใจที่จะปฏิบัติดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง

โปรแกรมการสอนการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องในการศึกษานี้ได้กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ เกิดความมั่นใจในตนเองและสามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ได้อย่างถูกต้อง มีการจัดลำดับข้อมูลที่จะให้ผู้ช่วยในเรื่อง การทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ การรับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่นและก๊าซ และการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน โดยโปรแกรมการสอนนี้ใช้แนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1977; 1986a) เป็นวิธีการช่วยสนับสนุนให้ผู้ช่วยเกิดการเรียนรู้ ได้พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองอันเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Rakin, 1996) หรือเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการเรียนรู้ และกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ (Rice, 1999) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสำคัญ และเป็นหัวใจที่สนับสนุนให้ผู้ช่วยเกิดพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จากการได้เห็นผู้ช่วยที่มีช่องเปิดลำไส้ลงมือกระทำการดูแลตนเอง และเห็นผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์จากการกระทำ ได้แก่ ความภาคภูมิใจในความสำเร็จ ค่ายกย่อง ชมเชย การกลับคืนสู่การทำงานและชีวิตในสังคมได้อย่างใกล้เคียงปกติ ซึ่งเป็นแรงเสริมที่ทำให้ผู้ช่วยรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และแสดงพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้เป็นอย่างดีอย่างต่อเนื่อง (Metcarlf, 1999)

โปรแกรมการสอนการดูแลช่องเปิดลำไส้เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการศึกษาครั้งนี้ สร้างโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1977; 1986a) ด้วยการสนับสนุนจาก 3 แหล่งข้อมูลดังนี้

3.1 การสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) หรือประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) เป็นเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1977) ผู้ช่วยที่มีช่องเปิดลำไส้จะเรียนรู้ด้วยการสังเกตตัวแบบ ถ้าพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำแล้วประสบความสำเร็จหรือได้รับผลการกระทำที่เป็นผลดี มีแนวโน้มที่ผู้ช่วยจะกระทำพฤติกรรมนั้นสูงเนื่องจากเกิดความเชื่อมั่น และมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้เช่นกัน และคาดหวังผลลัพธ์ของความสำเร็จจากการกระทำด้วย การจัดให้ผู้ช่วยเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ที่มีความคล้ายคลึงกันกับผู้ช่วยในด้านเพศและวัยที่ใกล้เคียงกัน ตัวแบบแสดงถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีความมานะ พยายามฝึกฝนตนเองจนสามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ดี สามารถกลับคืนสู่สังคม การทำงานและชีวิตประจำวันได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ เพื่อให้ผู้ช่วยเกิดความติดใจตามว่าตนเองน่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมได้ แสดงเรื่องราวผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่จัดให้ผู้ช่วยได้เรียนรู้ด้วยการสังเกต โดยจัดห้องเรียนให้มีบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทสะดวก จอภาพมีขนาดที่เหมาะสม สามารถมองเห็นและปรับเสียงได้ชัดเจน สื่อวีดิทัศน์มีเรื่องราว

ประกอบด้วย 2 ตอน เรื่องที่ 1 การผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง และวิธีการทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ อุปกรณ์การทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ พร้อมการสาธิตขั้นตอน ตัวแบบกล่าวถึงผลดีและประโยชน์ที่ตนเองได้รับจากการดูแลรักษาความสะอาดช่องเปิดลำไส้ มีความยาว 15 นาที ให้ผู้ป่วยสังเกตในวันที่ 1 ของการให้โปรแกรมการสอน เรื่องที่ 2 การเลือกรับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่นและก๊าซ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความยาว 14 นาที ตัวแบบกล่าวถึงผลดีและประโยชน์ที่ตนเองได้ปฏิบัติ ซึ่งมีเนื้อหาต่อเนื่องจากตอนที่ 1 ให้ผู้ป่วยสังเกตในวันที่ 2 ของการให้โปรแกรมการสอน การสังเกตการดูแลช่องเปิดลำไส้เป็นสถานการณ์การดำเนินชีวิตประจำวันจริงของตัวแบบประกอบด้วยพฤติกรรมที่กระทำแล้วเป็นผลดีและผลเสีย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดคิดคล้ายตามจนเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยสามารถทำพฤติกรรมได้เช่นเดียวกับตัวแบบ

3.2 การให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำการดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเองจนประสบความสำเร็จ (performance accomplishments) การให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริงลงมือปฏิบัติกิจกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง จนประสบความสำเร็จไปพร้อมๆ กับการรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถที่จะดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ การฝึกฝนให้ผู้ป่วยเกิดความสำเร็จด้วยการลงมือกระทำด้วยตนเองนั้น การกระทำกิจกรรมที่ง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนแล้วพบกับความสำเร็จ เมื่อได้กระทำการกิจกรรมที่มีความซับซ้อนและยากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความพยายามให้มากขึ้นจนประสบความสำเร็จในที่สุด โปรแกรมการสอนการดูแลช่องเปิดลำไส้ มีการจัดเตรียมอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ ได้แก่ ถุงรองรับอุจจาระชนิดปลายเปิด สำลีและไม้พันสำลี น้ำเกลือปราศจากเชื้อหรือน้ำต้มสุก ภาชนะใส่ของใช้แล้ว สารป้องกันการระคายเคืองผิว (stomahesive powder) และสารดับกลิ่น เป็นต้น เป็นอุปกรณ์ชนิดเดียวกับที่ผู้ป่วยสังเกตผ่านสื่อวีดิทัศน์ จากนั้นผู้ป่วยเริ่มฝึกทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ตามโปรแกรมการสอน หลังการสังเกตตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ เป็นระยะเวลา 3 วัน ยกเว้นวันที่ 3 ของโปรแกรมการสอนลงมือกระทำการดูแลช่องเปิดลำไส้โดยไม่มีสังเกตตัวแบบ สำหรับการฝึกลงมือกระทำในเรื่อง การรับประทานอาหาร การควบคุมกลิ่นและก๊าซ และการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติด้วยตนเองตามโปรแกรมการสอน ประเมินผลสำเร็จจากการลงมือกระทำจากผู้ป่วยมีการขับถ่ายปกติ ไม่มีอาการท้องผูกหรือเกิดกลิ่นและก๊าซมาก และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้อย่างที่ตนเองสามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ มีผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้

3.3 การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการให้คำแนะนำ การใช้คำพูดยืนยันถึงการประสบความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากความมั่นใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเรียนรู้ และฝึกลงมือกระทำการดูแลช่องเปิดลำไส้ของตัวแบบที่ผู้ป่วยได้สังเกตจากสื่อวีดิทัศน์ทั้ง 2 ตอน การพูดชักจูงให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถของตนเองและเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เมื่อผู้ป่วยลงมือกระทำการดูแลช่องเปิดลำไส้ควรมีการให้คำแนะนำ การให้กำลังใจ และคำชมเชยตามความเหมาะสมเพื่อเป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วยความพยายามและตั้งใจให้มากขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1977; 1986a) ซึ่งอธิบายได้ว่าการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง เป็นความเชื่อ การพิจารณาตัดสินของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำการตอบสนอง ต่อการมีช่องเปิดลำไส้ซึ่งเป็นสถานการณ์ใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ที่เป็นตัวกำหนดการแสดงออกในเชิงพฤติกรรมที่มีคุณภาพต่างกัน ถ้าผู้ป่วยเชื่อว่าคนมีความสามารถที่จะดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ จะมีความอดทนพยายามแสดงความสามารถออกมาจนประสบความสำเร็จ ทั้งนี้ขึ้นกับความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำในการดูแลช่องเปิดลำไส้ กล่าวคือ ถ้าได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังจะช่วยเสริมให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มสูงขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเองจะบ่งชี้ถึงความพยายาม ถ้าผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองไม่สามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้ ทำให้เกิดความกลัวหรือหลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ด้วย การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากบุคคลอื่น ด้วยการให้ผู้ป่วยได้สังเกตเห็นตัวแบบผู้ป่วยที่มีช่องเปิดลำไส้ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลช่องเปิดลำไส้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ความสำเร็จของการลงมือกระทำด้วยตนเอง เป็นการให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการดูแลช่องเปิดลำไส้จนเกิดความสำเร็จ และการชักจูงด้วยคำพูดจากตัวแบบผ่านสื่อวีดิทัศน์ ให้ผู้ป่วยเกิดความคิดคล้ายตามว่าตนเองสามารถที่จะดูแลช่องเปิดลำไส้ได้เช่นกัน ร่วมกับผู้วิจัยให้คำชี้แนะเมื่อเกิดปัญหาและการชมเชยเพื่อส่งเสริมกำลังใจ

โปรแกรมการสอนผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องเพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้วยการสนับสนุนจาก 3 แหล่งข้อมูลในครั้งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้สูงขึ้น และมีพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม