

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องชนิดถาวร ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 14 ราย ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมดมี 14 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 7 ราย และกลุ่มควบคุม 7 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการจำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และสถานภาพในครอบครัว ซึ่งมีข้อมูลนำเสนอตั้งตารางที่ 1 ถึง 3

ตารางที่ 1

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ และระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 7)	กลุ่มควบคุม (n = 7)
	จำนวน	จำนวน
อายุ		
30-39 ปี	2	-
40-49 ปี	1	4
50-59 ปี	1	1
60 ปี ขึ้นไป	3	2
เพศ		
ชาย	4	4
หญิง	3	3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	1
ประถมศึกษา	5	6
มัธยมศึกษา/ อาชีวศึกษา	1	-

หมายเหตุ ค่าเฉลี่ยอายุ กลุ่มทดลอง = 52.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.73
 กลุ่มควบคุม = 52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.1

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่า ($\bar{X} = 52$ $SD = 9.17$) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ($\bar{X} = 52.71$ $SD = 13.732$) ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

ตารางที่ 2

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ศาสนา สถานภาพสมรส และอาชีพ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 7) จำนวน	กลุ่มควบคุม(n = 7) จำนวน
ศาสนา		
พุทธ	7	7
สถานภาพสมรส		
คู่	6	6
หม้าย	1	1
อาชีพ		
เกษตรกร	2	5
รับจ้าง	2	1
ค้าขาย	1	-
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	1	-
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	1

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนา พุทธทั้งหมด ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีการประกอบอาชีพที่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง

ตารางที่ 3

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ของครอบครัวต่อเดือน วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล สถานภาพในครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 7)	กลุ่มควบคุม (n = 7)
	จำนวน	จำนวน
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 6,260 บาท (3,500-6,259 บาท)	5	6
เท่ากับหรือมากกว่า 6,260 บาท (6,260-25,000)	2	1
วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	1	2
จ่ายค่ารักษาเองทั้งหมด	3	1
ได้รับการช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์	1	1
อื่น ๆ (บัตรสุขภาพ, บัตรผู้สูงอายุ)	2	3
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	4	4
สมาชิกในครอบครัว	3	3

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีรายได้เมื่อเทียบกับรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ยของประชากรในภาคเหนือเท่ากับ 6,260 บาท พบว่ารายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 6,260 บาท จ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยการใช้บัตรสุขภาพ บัตรผู้สูงอายุมากที่สุด ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 6,260 บาท ส่วนใหญ่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเปรียบเทียบ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ของ
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แสดงดังตารางที่ 4 ถึง ตารางที่ 9

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้
ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนน	กลุ่มทดลอง			U	p-value
	Range	Mean rank	Sum of Ranks		
กลุ่มทดลอง	28 – 47	6.93	48.50	20.5	0.609(NS)
กลุ่มควบคุม	16 – 46	8.07	56.50		

NS = not significant $p > .05$

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ก่อนการ
ทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 28 สูงสุดเท่ากับ 47 (Mean rank = 6.93 Sum of
Ranks = 48.50) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 16 สูงสุดเท่ากับ 46 (Mean rank = 8.07
Sum of Ranks = 56.50) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของ
ตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบ
แมน-วิทนีย์ ยู พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ไม่มีความ
แตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 5

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนน	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			U	p-value
	Range	Mean rank	Sum of Ranks	Range	Mean rank	Sum of Ranks		
หลังการทดลองครั้งที่ 1	34-55	9.79	68.50	17-55	5.21	36.50	8.5	.041*
หลังการทดลองครั้งที่ 2	49-63	10.36	72.50	29-55	4.64	32.50	4.5	.011*

* $p < .05$

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ หลังการทดลองครั้งที่ 1 ของกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 34 สูงสุดเท่ากับ 55 (Mean rank = 9.79 Sum of Ranks = 68.50) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 17 สูงสุดเท่ากับ 55 (Mean rank = 5.21 Sum of Ranks = 36.50) และคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลช่องเปิดลำไส้ หลังการทดลองครั้งที่ 2 ของกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 49 สูงสุดเท่ากับ 63 (Mean rank = 10.36 Sum of Ranks = 72.50) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 29 สูงสุดเท่ากับ 55 (Mean rank = 4.64 Sum of Ranks = 32.50) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองครั้งที่ 1 ของกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน (ราย)	Mean Rank	Sum of Ranks	z	p-value
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลองสูงกว่าหลังทดลอง	3	3.00	9.00	-3.14	.753 (NS)
	หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง	3	4.00	12.00		
	ก่อนทดลองเท่ากับหลังทดลอง	1	-	-		

NS= not significant $p > .05$

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองครั้งที่ 1 ของกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันโดยมีคะแนนหลังการทดลองครั้งที่ 1 เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง (positive rank) 3 ราย และมีคะแนนหลังการทดลองครั้งที่ 1 ลดลง (negative rank) 3 ราย และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองครั้งที่ 1 โดยใช้สถิติทดสอบวิลคอกซอน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 7

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองครั้งที่ 1 ของกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน (ราย)	Mean Rank	Sum of Ranks	z	p-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลองสูงกว่าหลังทดลอง	0	.00	.00	-2.366	.018*
	หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง	7	4.00	28.00		

* $p < .05$

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองครั้งที่ 1 ของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน โดยมีคะแนนหลังการทดลองครั้งที่ 1 เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง (positive rank) ทุกราย และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองครั้งที่ 1 โดยใช้สถิติทดสอบวิลคอกซอน พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้หลังการทดลองครั้งที่ 1 สูงกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 8

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ของกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน (ราย)	Mean Rank	Sum of Ranks	z	p-value
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลองสูงกว่าหลังทดลอง	1	1.00	1.00	-2.197	.028*
	หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง	6	4.50	27.00		

* $p < .05$

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ของกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันโดยมีคะแนนหลังการทดลองครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นสูงกว่าหลังการทดลองครั้งที่ 1 (positive rank) 6 ราย มีคะแนนหลังการทดลองครั้งที่ 2 ลดลง (negative rank) 1 ราย และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 โดยใช้สถิติทดสอบวิลคอกซอนพบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้หลังการทดลองครั้งที่ 2 สูงกว่าหลังการทดลองครั้งที่ 1

ตารางที่ 9

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ของกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน (ราย)	Mean Rank	Sum of Ranks	z	p-value
กลุ่มทดลอง	หลังทดลองครั้งที่ 1 สูงกว่า หลังทดลองครั้งที่ 2	0	.00	.00	-2.366	.018*
	หลังทดลองครั้งที่ 2 สูงกว่า หลังทดลองครั้งที่ 1	7	4.00	28.00		

* $p < .05$

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันโดยมีคะแนนหลังการทดลองครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นสูงกว่าหลังการทดลองครั้งที่ 1 (positive rank) ทุกราย และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้หลังการทดลองครั้งที่ 2 สูงกว่าหลังการทดลองครั้งที่ 1

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แสดงดังตารางที่ 10 ถึงตารางที่ 14

ตารางที่ 10

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ หลังการทดลองครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนน	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			U	p-value
	Range	Mean rank	Sum of Ranks	Range	Mean rank	Sum of Ranks		
หลังการทดลอง ครั้งที่ 1	15 – 20	11.00	77.00	11 – 12	4.00	28.00	.000	.001*
หลังการทดลอง ครั้งที่ 2	17 – 22	11.00	77.00	10 – 16	4.00	28.00	.000	.001*
หลังการทดลอง ครั้งที่ 3	21 – 23	11.00	77.00	11 – 16	4.00	28.00	.000	.001*

* $p < .01$

จากตารางที่ 10 คะแนนของพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 15 สูงสุดเท่ากับ 20 (Mean rank = 11.00 Sum of Ranks = 77) หลังการทดลองครั้งที่ 2 มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 17 สูงสุดเท่ากับ 22 (Mean rank = 11.00 Sum of Ranks = 77) หลังการทดลองครั้งที่ 3 มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 21 สูงสุดเท่ากับ 23 (Mean rank = 11.00 Sum of Ranks = 77) ส่วนในกลุ่มควบคุม หลังการทดลองครั้งที่ 1 มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 11 สูงสุดเท่ากับ 12 (Mean rank = 4.00 Sum of Ranks = 28) หลังการทดลองครั้งที่ 2 มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 10 สูงสุดเท่ากับ 16 (Mean rank = 4.00 Sum of Ranks = 28) หลังการทดลองครั้งที่ 3 มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 11 สูงสุดเท่ากับ 16 (Mean rank = 4.00 Sum of Ranks = 28) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลอง

ครั้งที่ 2 และหลังการทดลองครั้งที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่โดยใช้สถิติทดสอบแมน-วิทนีช ยู พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้หลังการทดลองครั้งที่ 1 หลังการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองครั้งที่ 3 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 11

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ของกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน (ราย)	Mean Rank	Sum of Ranks	z	p-value
กลุ่มควบคุม	หลังทดลองครั้งที่ 1 สูงกว่า หลังทดลองครั้งที่ 2	1	3.00	3.00	-1.930	.054 (NS)
	หลังทดลองครั้งที่ 2 สูงกว่า หลังทดลองครั้งที่ 1	6	4.17	25.00		

NS = not significant $p > .05$

จากตารางที่ 11 พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ของกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้โดยมีคะแนนหลังการทดลองครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นสูงกว่าหลังการทดลองครั้งที่ 1 (positive rank) 6 ราย มีความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้หลังการทดลองครั้งที่ 2 ลดลง (negative rank) 1 ราย และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 โดยใช้สถิติทดสอบวิลคอกซอนพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 12

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ของกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน (ราย)	Mean Rank	Sum of Ranks	z	p-value
กลุ่มทดลอง	หลังทดลองครั้งที่ 1 สูงกว่า หลังทดลองครั้งที่ 2	0	.00	.00	-2.379	.017*
	หลังทดลองครั้งที่ 2 สูงกว่า หลังทดลองครั้งที่ 1	7	4.00	28.00		

* $p < .05$

จากตารางที่ 12 พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันโดยมีคะแนนหลังการทดลองครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้น (positive rank) ทุกราย และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 โดยใช้สถิติทดสอบวิลคอกซอน พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้หลังการทดลองครั้งที่ 2 สูงกว่าหลังการทดลองครั้งที่ 1

ตารางที่ 13

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองครั้งที่ 3 ของกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน (ราย)	Mean Rank	Sum of Ranks	z	p-value
กลุ่มควบคุม	หลังทดลองครั้งที่ 1 สูงกว่า หลังทดลองครั้งที่ 2	2	2.25	4.50		
	หลังทดลองครั้งที่ 2 สูงกว่า หลังทดลองครั้งที่ 1	2	2.75	5.50	-1.84	.854 (NS)
	หลังทดลองครั้งที่ 1 เท่ากับ หลังทดลองครั้งที่ 2	3	-	-		

NS= not significant $p > .05$

จากตารางที่ 13 พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองครั้งที่ 3 ของกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันโดยมีคะแนนหลังการทดลองครั้งที่ 3 เพิ่มขึ้นสูงกว่าหลังการทดลองครั้งที่ 2 (positive rank) 2 ราย มีคะแนนลดลง (negative rank) 2 ราย และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองครั้งที่ 3 โดยใช้สถิติทดสอบวิลคอกซอน พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 14

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองครั้งที่ 3 ของกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน (ราย)	Mean Rank	Sum of Ranks	z	p-value
กลุ่มทดลอง	หลังทดลองครั้งที่ 1 สูงกว่า หลังทดลองครั้งที่ 2	1	2.50	2.50		
	หลังทดลองครั้งที่ 2 สูงกว่า หลังทดลองครั้งที่ 1	4	3.13	12.50	-1.414	.157 (NS)
	หลังทดลองครั้งที่ 1 เท่ากับ หลังทดลองครั้งที่ 2	2	-	-		

NS= not significant $p > .05$

จากตารางที่ 14 พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองครั้งที่ 3 ของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันโดยมีคะแนนหลังการทดลองครั้งที่ 3 เพิ่มขึ้นสูงกว่าหลังการทดลองครั้งที่ 2 (positive rank) 4 ราย มีคะแนนลดลง (negative rank) 1 ราย และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองครั้งที่ 3 โดยใช้สถิติทดสอบวิลคอกซอน พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่รักษาด้วยการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องชนิดถาวร ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 14 ราย โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 7 ราย คือกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนจากผู้วิจัย ผลการวิจัยอภิปรายได้ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ตารางที่ 1) ในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 52 ปี ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 52.71 ปี (ตารางที่ 1) ทั้งนี้จากอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบมากในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง และพบมากในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป หรืออายุระหว่าง 50-80 ปี ค่าเฉลี่ย 67 ปี (ประทีน ไชยศรี, 2536, Suzanne & Brenda, 1996) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2539 ที่พบว่ามีอัตราการตายของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 1222 ราย เป็นเพศชาย 757 ราย และเพศหญิง 405 ราย (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541) และจากการรวบรวมรายงานการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาล 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีการเปรียบเทียบอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ระหว่างเพศชายและหญิงพบว่ามีอัตราเท่ากับ 1.8:1 (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2537)

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ตารางที่ 2) มีอาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้าง ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว (ตารางที่ 3) มีการนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ตารางที่ 2) และส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ตารางที่ 1) ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 6,260 บาท เมื่อเทียบกับรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของประชากรในภาคเหนือซึ่งเท่ากับ 6,260 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2540) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 3,500-6,260 บาทมากที่สุด แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีรายได้น้อยกว่าส่วนใหญ่มิได้เพียงพอต่อการ

ใช้จ่าย ทั้งนี้เนื่องจากค่าครองชีพในการกินอยู่ไม่สูงมากนักเนื่องจากส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร รับจ้าง และค้าขายอยู่ในภูมิลำเนา ประกอบกับค่ารักษาในโรงพยาบาลของรัฐไม่สูงมาก จากกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่สามารถจ่ายค่ารักษาเองได้ทั้งหมดหรือเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ในรายที่มีรายได้น้อยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบัตรสุขภาพหรือบัตรผู้สูงอายุ และยังสามารถขอความช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลได้ จึงมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายไม่มากนัก นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ควบคุมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีความใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ อายุ และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ก่อนการการสอนตามโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 4) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ ก่อนการได้รับโปรแกรมการสอนไม่แตกต่างกัน

2. ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้

จากการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้หลังการทดลองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 5) โดยพบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้หลังการสอนครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มทดลองยังพบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้หลังการสอนครั้งที่ 1 เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 7) เมื่อติดตามประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ครั้งที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ของกลุ่มทดลองครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นจากครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 9) เช่นกัน ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 ซึ่งระบุว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสอนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ หลังการสอนครั้งที่ 1 ในวันที่ 7 หลังการผ่าตัด และหลังการสอนครั้งที่ 2 เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

ทั้งนี้ขอขยายได้ว่า โปรแกรมการสอนที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ แบนดูรา (Bandura, 1977; 1986a) ประกอบไปด้วยการให้ผู้ป่วยสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์หรือประสบการณ์ของบุคคลอื่น ได้รับผลสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง และการใช้คำพูด

ชักจูงของตัวแบบและผู้วิจัย สามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ เพราะเมื่อได้เห็นตัวแบบที่มีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในด้านเพศ และวัยที่ใกล้เคียงกัน แสดงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีความพยายาม ฝึกฝนตนเองจนสามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ กลับไปทำงานคืนสู่สังคม และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ จะช่วยผู้ป่วยให้เกิดความคิดคล้อยตาม เกิดความมั่นใจเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมดังกล่าวได้ และจะได้ผลลัพธ์ที่ดีเช่นเดียวกับตัวแบบ (Bandura, 1986a) นอกจากนี้การได้เห็นตัวแบบยังช่วยลดความวิตกกังวลจากการคาดคะเนเหตุการณ์ล่วงหน้า ที่เกินจริงและไม่ถูกต้อง (Jeter, 1992)

ในระหว่างนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับคำพูดชักจูงสนับสนุนให้กำลังใจ ให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเอง เสริมด้วยการจัดประสบการณ์ให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ ซึ่งส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น (Bandura, 1977; 1986a) จากความจำเป็นที่กลุ่มตัวอย่างจะต้องทำการดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเองในครั้งต่อๆ มาที่บ้าน ได้ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังก็จะเพิ่มพูนการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น แบนดูรา (Bandura, 1977; 1986a) กล่าวว่า การที่บุคคลกระทำงานแล้วประสบความสำเร็จซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง นอกจากทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นแล้วยังมีผลต่อการใช้ความพยายามฝึกฝนให้มากขึ้นด้วย ซึ่งโรเซนสตอค สเตรเชอร์และเบคเคอร์ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) กล่าวว่านอกจากการมีความรู้แล้ว การฝึกให้มีประสบการณ์ของความสำเร็จเป็นขั้นตอน จะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ดังการศึกษาของ แคลลีและเฮนรี่ (Kelly & Henry, 1992) ที่แสดงถึงผลของการมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ จนประสบผลสำเร็จจากการลงมือกระทำตามแนวคิดของแบนดูรานั่นเอง มีการให้ผู้ป่วยลงมือทำการดูแลช่องเปิดลำไส้อย่างมีขั้นตอนในเรื่อง การเตรียมอุปกรณ์ การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ การคิดแผ่นรองและถุงรองรับอุจจาระ และผู้ป่วยได้มีโอกาสการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ฝึกฝนอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถนำประสบการณ์ความสำเร็จในวันแรกของการสอนตามโปรแกรม มาใช้กับการลงมือทำการดูแลช่องเปิดลำไส้ในครั้งต่อไปจนพบความสำเร็จตามที่คาดหวังเช่นเดียวกัน

สำหรับในกลุ่มควบคุม จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองครั้งที่ 1 พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (ตารางที่ 6) อธิบายได้ว่าในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมการสอนทำให้ไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีการประเมินความสามารถของตนเองระดับต่ำ ส่วนการประเมิน

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ครั้งที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 8) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มควบคุมนั้น เกิดได้จากการที่กลุ่มควบคุมได้ลงมือกระทำการดูแลช่องเปิดลำไส้ที่บ้าน จากความจำเป็นร่วมกับการแสวงหาความรู้จากแหล่งอื่นเพิ่มขึ้น การลงมือกระทำด้วยการลองคิดลองดูด้วยตนเอง ประสบการณ์ความสำเร็จที่ได้รับจากการลงมือกระทำนี้จะช่วยให้กลุ่มควบคุมมีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้เพิ่มขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ดี เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการสอนครั้งที่ 1 และ 2 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้โปรแกรมการสอนมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสอน

ผลการศึกษานี้จึงสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของเบนดูรา ที่กล่าวว่า การพัฒนาให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ด้วยวิธีการให้เห็นการประสบความสำเร็จของบุคคลอื่น ได้มีความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง และการได้รับคำพูดชักจูงสรุปได้ว่าผลของโปรแกรมการสอนนี้ช่วยพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ให้เพิ่มขึ้นได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมทรง เต๋าค่าย (2541) ที่พบว่า มารดาที่ได้รับการเตรียมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ตามแผนส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ตามกรอบแนวคิดของเบนดูรา ที่ประกอบด้วย ความสำเร็จของการลงมือกระทำด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์และสรีระ พบว่ามารดาที่ได้รับการเตรียมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาของแสงสุรีย์ ทศนพุลชัย (2540) ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของการอบรมเพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ โดยกลุ่มทดลองจำนวน 61 ราย ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ที่ประกอบด้วย แผนการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง 3 เรื่อง คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทักษะการสื่อสารกับสามีเรื่องโรคเอดส์ และทักษะในการใช้ถุงยางอนามัย ได้ใช้แหล่งข้อมูลหลัก 4 แหล่งตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของเบนดูรา คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$)

3. ผลของโปรแกรมการสอนต่อพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้

กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หลังการสอนครั้งที่ 1 คือวันที่ 7 หลังการผ่าตัด หลังการสอนครั้งที่ 2 คือวันที่ 10 หลังการผ่าตัด และหลังการสอนครั้งที่ 3 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน (ตารางที่ 10) โดยคะแนนหลังการสอนครั้งที่ 2 สูงกว่าคะแนนในครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 12) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ดีกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อติดตามประเมินพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้หลังการสอนครั้งที่ 3 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน พบว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ระหว่างหลังการสอนครั้งที่ 2 และ 3 (ตารางที่ 14) แสดงว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้คืออยู่อย่างต่อเนื่อง

อธิบายได้ว่าเมื่อก่อนผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามโปรแกรม มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้เพิ่มขึ้นมีผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ และเชื่อมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ด้วยตนเอง เมื่อได้เผชิญกับสถานการณ์จริงบุคคลก็จะใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมนั้น ดัง แบนดูรา (Bandura, 1977; 1986a) ได้กล่าวถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองว่ามีอิทธิพลต่อการลงมือกระทำพฤติกรรม โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการแสดงพฤติกรรม เพราะความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถยืนยันได้ว่าบุคคลนั้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ แต่บุคคลจะต้องได้รับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองจึงจะเสริมให้บุคคลนั้นเกิดพฤติกรรมสุขภาพ (Bandura, 1986b; Moor, 1990) บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีการแสวงหาความรู้ แสวงหาการรักษา และการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Stretcher et al., 1986) จากความสำเร็จในผลที่คาดหวัง กล่าวคือ ผู้ป่วยสามารถดูแลทำความสะอาดช่องเปิดลำไส้ได้ สามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้อง ควบคุมกลิ่นและก๊าซได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้อักเสบหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ร่างกายสะอาด ไม่เกิดกลิ่นรบกวน เกิดความมั่นใจในการออกสู่สังคมเพิ่มมากขึ้น ยังจะทำให้มีความตั้งใจ พยายามฝึกฝน และปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง (Bandura, 1977) จึงทำให้

กลุ่มตัวอย่างมีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ได้อย่างถูกต้องต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ราณี พรมานะจรัสกุล (2536) ที่พบว่า ตัวแบบสัญลักษณ์สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลได้ และผลการศึกษาของ สมทรง เค้าฝ้าย (2541) ที่พบว่ามารดาที่ได้รับการเตรียมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โดยมีแผนการเตรียมมารดาตามกรอบแนวคิดของแบนดูรา ที่ประกอบด้วย ความสำเร็จของการลงมือกระทำด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์และสรีระ พบว่า มารดาที่ได้รับการเตรียมตามแผนมีพฤติกรรมการดูแลทารกถูกต้องและเหมาะสมกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

จึงสรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมการสอนสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1977; 1986a) ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีช่องเปิดลำไส้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม สนับสนุนการศึกษาของ เบคเคอร์และคณะ (Bekkers et al., 1996) ที่ได้นำกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy or self-efficacy expectation) ของแบนดูรา มาใช้ในการศึกษาการปรับตัวต่อการดูแลช่องเปิดลำไส้ พบว่าผู้ป่วยให้ความสนใจถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ในระยะ 1 สัปดาห์ หลังผ่าตัด สำหรับการปรับตัวต่อการมีช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นหลังจากกลับไปพักฟื้นที่บ้านในช่วงเวลา 4 เดือน ถึง 12 เดือน แต่ถ้าในช่วงที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนี้ หากมีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยจะมีการปรับตัวต่อการมีช่องเปิดลำไส้ในด้านการดำเนินชีวิตในหน้าที่การงาน มีความสามารถในการทำกิจกรรมในบ้าน ความสัมพันธ์กับคู่สมรส การกลับสู่สังคม ป้องกันการรบกวนต่อจิตใจจากการมีช่องเปิดลำไส้ได้อย่างรวดเร็ว ซึ่ง เมทคาล์ฟ (Metcalfe, 1997) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลช่องเปิดลำไส้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีกระบวนการปรับตัวต่อการมีช่องเปิดลำไส้ และมีการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสมได้รวดเร็วเช่นกัน