

การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่

ปริญญานิพนธ์
ของ
ยุพารัตน์ ดวงแก้ว

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
กุมภาพันธ์ 2548
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๐๙๖.๓๙๔๓๔

ย ๕๑๖ ๐

๕-๒

การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่

บทคัดย่อ

ของ

ยุพารัตน์ ดวงแก้ว

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
กุมภาพันธ์ ๒๕๔๘

๒ ๒๕๕๗๔๖

29 เม.ย. 2548

ยุพารัตน์ ดวงแก้ว. (2548). *การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่*. ปริญญาโท วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์, รองศาสตราจารย์จุฬามาต เทพชัยศรี.

การศึกษานี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 60 ราย ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าสถิติที (t-test)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้าน การบริโภคอาหาร การคลายความเครียดและการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ดีวก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้าน การบริโภคอาหาร การคลายความเครียดและการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ดีวกกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**AN APPLYING SELF-EFFECACY THEORY ON SELF-CARE BEHAVIOR OF
PATIENTS WITH POST-COLOSTOMY OPERATION**

**AN ABSTRACT
BY
YUPARAT DUANGKAEW**

**Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
February 2005**

Yuparat Duangkaew. (2005). *An Applying Self-Efficacy Theory on Self-care Behavior of Patients with Post-Colostomy Operation*. Master thesis, M.Sc. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Asst. Prof. Venus Pattamapaspong, Assoc. Prof. Chutamat Tapchaisri.

The objectives of this study were to study the effectiveness of health education program applying Self-Efficacy theory on self-care behavior of patients with post-colostomy operation. The sample consisted of 60 patients who were selected by purposive sampling and were divided into two groups, i.e., 30 patients of experimental group and 30 patients of control group . The experimental group was received the health education program. The data were collected by questionnaires consisted of knowledge about carcinoma of colon, self-efficacy perception, outcome expectation and self-care behavior on food consumption, relaxation and colostomy care constructed by the researcher. The data were then analyzed through percentage, mean, standard deviation and t-test.

The results of this study were as follows:

1. After having health education program applying Self-Efficacy theory, the experimental group had significantly better knowledge about carcinoma of colon, self-efficacy perception, outcome expectation and self-care behavior on food consumption, relaxation and colostomy care than before having the health education program significantly at .05 level.
2. After having the health education program applying Self-Efficacy theory, the experimental group had significantly better knowledge about carcinoma of colon and self-care behavior on food consumption, relaxation, colostomy care than the control group significantly at .05 level.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่

ของ
นางสาวยุพารัตน์ ดวงแก้ว

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๑๗๔ ๓๐

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

วันที่ ๒๙ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี่)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ และอาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้ คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และให้กำลังใจตลอดมา รวมทั้งคณาจารย์ภาควิชาสุศึกษาทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทางวิชาการ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจแบบสัมภาษณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัชนาฏ ณ นคร ที่ให้ความช่วยเหลืออย่างยิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติทุก ๆ ท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญที่สุดผู้วิจัยขอขอบคุณความดีจากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ แต่ผู้ป่วยที่ได้ล่วงลับไปแล้ว ซึ่งมีส่วนสำคัญทำให้ปริญญานิพนธ์นี้สำเร็จลงได้

ขอขอบคุณ นายแพทย์สิทธิวิรุฒิ พุตระกูล นายแพทย์กฤษ เกตุแก้ว คุณธันยาพร อินทรภูมิ คุณสาธิต มาตราข เพื่อนร่วมงานและขอบคุณทุกท่านที่ผู้วิจัยไม่ได้กล่าวนามที่มีส่วนร่วมให้ความช่วยเหลือในการในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจสนับสนุน ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา ภาคปกติ รุ่นที่ 1 ที่ร่วมทุกข์ร่วมสุขในชั้นเรียน ให้กำลังใจและช่วยเหลือ แนะนำในการทำปริญญานิพนธ์

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ครอบครัวอันเป็นที่รัก และญาติพี่น้องทุกท่านที่กรุณาส่งเสริม สนับสนุน และให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

ยุพารัตน์ ดวงแก้ว

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ) การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	66
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	96
5 สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	98
สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	98
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	101
อภิปรายผล.....	101
ข้อเสนอแนะ.....	105
ข้อเสนอแนะสำหรับการค้นคว้าต่อไป.....	105
บรรณานุกรม.....	106
ภาคผนวก.....	113
ภาคผนวก ก.....	114
ภาคผนวก ข.....	119
ภาคผนวก ค.....	129
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	155

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	การแบ่งระยะมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตามหลักของ Duke.....	22
2	ระยะและร้อยละของการมีชีวิตรอดใน 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.....	23
3	การแบ่งระยะมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตามระบบ TNM.....	23
4	การแบ่ง Grade ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.....	25
5	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย อาชีพ รายได้ อาหารที่รับประทาน การเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด.....	73
6	จำนวน และค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้ เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและ หลังการทดลอง.....	78
7	จำนวน และค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง.....	80
8	จำนวน และค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคาดหวัง ในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	81
9	จำนวน และค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	83

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
10	การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและ หลังการทดลอง.....	85
11	การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและ หลังการทดลอง.....	86
12	การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิด ลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	87
13	การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองด้านการ บริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง.....	88
14	การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง.....	89
15	การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง.....	90
16	การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง.....	91
17	การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง.....	92

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
18 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง.....	93
19 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง.....	94
20 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง.....	95
21 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง.....	96
22 ค่าสถิติแสดงความยากง่าย (P) ค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง.....	137
23 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง.....	138
24 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง.....	139
25 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง.....	140

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	8
2 แสดงลำไส้ใหญ่ส่วนต่างๆ.....	12
3 แสดงลักษณะเยื่อบุผิวภายในลำไส้ใหญ่ที่ปกติและผิดปกติ.....	21
4 ลักษณะรูเปิดลำไส้ใหญ่แบบชั่วคราว.....	28
5 ลักษณะรูเปิดลำไส้ใหญ่แบบถาวร.....	28
6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์...	37
7 รูปแบบการวิจัย.....	59
8 แบบแผนการทดลอง.....	60

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศโรคหนึ่ง เพราะมะเร็งเป็นโรคที่คุกคามชีวิตมนุษย์ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและอาจเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องใช้เวลารักษาพยาบาลมากกว่าโรคชนิดอื่น ๆ ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและศักยภาพของชีวิต จากการศึกษาแบบแผนของอัตราการตายด้วยโรคลุ่่มต่าง ๆ ในปัจจุบันพบว่าแบบแผนการตายมีการเปลี่ยนแปลงจากโรคติดเชื้ต่าง ๆ เป็นโรคไม่ติดต่อกาขึ้น ผลการศึกษาสาเหตุการตายของคนไทย ในปีพ.ศ.2541 พบว่าสาเหตุการตายอันดับแรกคือ โรคติดเชื้ รองลงมาคือโรกระบบไหลเวียนเลือด และในอันดับที่ 3 คือมะเร็ง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2543 : 12) ในกลุ่มผู้เสียชีวิตจากมะเร็ง พบว่าเพศชายเกิดจากมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยพบเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งตับและปอด ส่วนในเพศหญิงพบมากเป็นอันดับ 4 รองจากมะเร็งตับ อวัยวะสืบพันธุ์และปอด ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่เพศชายพบมะเร็งลำไส้ใหญ่มากเป็นอันดับ 3 และเพศหญิงพบมากเป็นอันดับ 5 รองจากมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งตับและมะเร็งปอด ตามลำดับ จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดขึ้นในอัตราสูงกับคนในหลายประเทศ ไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิงที่มีช่วงอายุเฉลี่ยประมาณ 50 – 65 ปี ความชุกของโรคสูงในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว อาทิ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศในทวีปยุโรป ส่วนในทวีปแอฟริกา รวมทั้งบางประเทศในทวีปเอเชีย เช่น ประเทศญี่ปุ่น ส่วนประเทศไทย มีความชุกของโรคต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ แต่เชื่อว่าภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยที่สำคัญมากอย่างหนึ่งและมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colon cancer, Carcinoma of colon, Colorectal cancer or Colorectal carcinoma) เมื่อแบ่งตามลักษณะทางกายวิภาคและการดำเนินโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้น (Colon cancer) และมะเร็งทวารหนัก (Rectal cancer) เป็นมะเร็งที่พบมากในซีกโลกตะวันตก ในคนที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ปัจจุบันประเทศไทยรับวัฒนธรรมการบริโภคอาหารแบบซีกโลกตะวันตกมาหลายอย่าง เช่น การบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารที่มีกากใยน้อย จึงทำให้คนไทยมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มมากขึ้น จากสถิติผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ. 2543 เพศชายพบจำนวน 146 ราย เพศหญิงพบจำนวน 149 ราย ในปี พ.ศ. 2544 เพศชายพบจำนวน 169 ราย และเพศหญิงพบ

จำนวน 148 ราย (สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. 2545 : ไม่มีเลขหน้า) ซึ่งจะเห็นว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวนที่ใกล้เคียงกัน เพศชายอาจจะพบสูงกว่าเล็กน้อย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เป็นผู้ป่วยใหม่ถึง 155,000 คนต่อปี ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยมีปัญหากลับมาเป็นซ้ำใหม่หลังการรักษาเนื่องจากมะเร็งได้แพร่กระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองแล้ว ซึ่งการรักษาต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน ทั้งเคมีบำบัดและรังสีบำบัด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักจะป่วยมาเป็นเวลานานแล้ว และส่วนใหญ่มะเร็งลุกลามแพร่กระจาย ทำให้มีผลตามมาหลายประการทั้งในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนตลอดจนการเสียชีวิต

ปัจจุบันการผ่าตัดมีบทบาทอย่างมากต่อการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยทำร่วมกับการใช้ยาเคมีบำบัดและรังสีบำบัด นอกจากการผ่าตัดเอาเนื้อร้ายออกแล้วการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องหรือศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ (Colostomy) เป็นการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ดำเนินการกันมากขึ้น โดยสร้างทางเปิดระหว่างลำไส้ใหญ่และผนังหน้าท้องเพื่อระบายอุจจาระออกแทนทวารหนัก พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีชีวิตรอดอยู่ได้ถึง 5 ปี (Overall 5-year survival) มีประมาณร้อยละ 25-30 ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่สามารถผ่าตัดได้ มีประมาณร้อยละ 70 ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีชีวิตอยู่เกิน 5 ปีมีเพียงร้อยละ 50 ปัจจัยสำคัญที่จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงการมีชีวิตรอดคือระยะของโรค ถ้าเซลล์มะเร็งมีการกระจายไปแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 2 ปี (คณิต สัมบุณณานนท์. 2543 : 47) การทำศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะและภาพลักษณ์ แบบแผนการขับถ่ายไม่สุขสบาย ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย หากมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังทำการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ขั้นตอนการรักษาและแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาแล้ว ควรที่จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างยิ่ง

จากการศึกษาของเบคเคอร์และคณะ (นุชรี ไลพันธ์. 2542 : 3 ; อ้างอิงจาก Bekkers,M., et al., 1996. *Psychosomatic Medicine*. p.183-191) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวด้านจิตสังคมและอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง จำนวน 59 ราย พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่องเปิดลำไส้ได้ จนมีภาวะแทรกซ้อนผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้อักเสบ เกิดปัญหาด้านจิตอารมณ์ ซึมเศร้า วิตกกังวล โกรธ ไม่สามารถปรับตัวต่อการมีช่องเปิดลำไส้ได้ และมีอัตราการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดในระยะ 4 เดือนแรกสูง และจากการศึกษาของซอลเตอร์ (นุชรี ไลพันธ์. 2542 : 3 ; อ้างอิงจาก Salter, M.J. 1992. *Journal of Advanced Nursing*. p.841-848) ศึกษาในผู้ป่วย 7 รายที่ทำ Colostomy พบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีการมองตนเองในด้านลบ และประเมินคุณค่าตนเองต่ำ ดังนั้นก่อนและหลังทำผ่าตัดควรให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และยอมรับสถานการณ์โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนสามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนปกติ เกิดความมั่นใจในตนเอง (Self-confidence) มีความคาดหวัง

ในผลการปฏิบัติและมีศักยภาพพอที่จะสามารถดูแลตนเองได้ ฮอคกิง (Hocking. 1997 : 63-64) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลหรือบุคลากรในทีมสุขภาพควรมีการให้คำปรึกษา แนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนทำศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยและควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือญาติได้ซักถาม ซึ่งคำถามส่วนใหญ่มักจะเกี่ยวกับขั้นตอนก่อนและหลังผ่าตัด ลักษณะของรูเปิดลำไส้ใหญ่ เป็นอย่างไร จะมีกลิ่น เจ็บหรือไม่ จะมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตหรือความสัมพันธ์กับคนอื่นอย่างไร เป็นต้น พยาบาลนอกจากจะดูแลด้านร่างกาย (ดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่) แล้วจำเป็นต้องดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย เพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่กังวลใจและสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เหมือนปกติที่เคยทำมาก่อนเนื่องจากผู้ป่วยจะกังวลใจเกี่ยวกับการมีถุงรองรับอุจจาระที่หน้าท้องซึ่งอาจหลุด หรือรั่ว และมีกลิ่น บางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับผิวหนังอักเสบ เกิดอาการแพ้ทากที่ใช้ติดถุงรองรับอุจจาระ ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการทำความสะอาด การเลือกใช้ถุงรองรับอุจจาระ (Colostomy bag) ที่เหมาะสม จากการศึกษาของพีเค แบลค (P. K. Black. 1994 : Abstract) พบว่าถึงแม้ให้คำปรึกษาแนะนำก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันปัญหาต่าง ๆ ที่จะตามมาหลังการทำศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ แต่ก็ยังพบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว การตระหนักถึงปัญหาที่จะเกิดและได้ให้ความช่วยเหลือหรือแก้ปัญหาานั้น ๆ ตั้งแต่แรกจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและป้องกันไม่ให้เกิดสภาพที่แยลง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ทำศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ นอกจากจะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยทางกายในการรักษาต้องคำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วย ซึ่งกอร์มเลย์ (Gormley. 1996 : 50-51) กล่าวว่าพยาบาลและผู้ป่วยควรมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและควรทำงานร่วมกัน โดยที่พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติเอง แทนที่จะเป็นผู้ทำให้ทั้งหมดถ้าพิจารณาว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และบางกิจกรรมพยาบาลอาจให้คำปรึกษาแนะนำเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจะได้ไม่เป็นการจำกัดความสามารถของผู้ป่วยในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และทุกกิจกรรมผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะกระทำหรือมีความคาดหวังในผลของการกระทำเพื่อให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ใช้วิธีแบบผสมผสานคือใช้วิธีผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีหรือรังสีรักษาและการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตน ซึ่งหลังการผ่าตัดทำให้ผลการรักษาและอัตราการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำน้อยมาก จากแนวนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) สาขาที่ 6 การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข ซึ่งได้ให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลตนเอง (Self-care) การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ในการศึกษาของเบคเคอร์และคณะ (นุชรี ไล่พันธ์. 2542 : 4 ; อ้างอิงจาก Bekkers, M. et al., 1996. *Psychosomatic Medicine*. p.183-191) พบว่าการรับรู้ความสามารถในการดูแลช่องเปิดลำไส้ (Stoma care self-efficacy) มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตในหน้าที่การงาน ความสามารถในการ

การทำกิจกรรมในบ้าน ความสัมพันธ์กับคู่สมรส การกลับเข้าสู่สังคม และป้องกันการรบกวนต่อจิตใจของผู้ป่วยที่มีช่องเปิดลำไส้ หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตในหน้าที่การงาน ครอบครัวและสังคมอย่างปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้เร็วขึ้น นุชรี ไล่พันธ์ (2542 : ง-จ) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องชนิดถาวร จำนวน 14 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 7 ราย ซึ่งกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการสอนตามโปรแกรม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและปรับตัวต่อการมีรูเปิดลำไส้ใหญ่ได้นั้นจะต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่เขาเป็น ผลที่ตามมาจากการทำผ่าตัด รวมทั้งการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพของตนเอง และพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งจากการศึกษาทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura. 1997 : 71-72) การรับรู้ความสามารถตนเองคือการตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรม หรือจัดการกับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองจากการสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ ความสำเร็จของการลงมือกระทำ การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองให้แก่ผู้ป่วยร่วมกับการรักษาเพื่อเป็นการกระตุ้นสนับสนุนและส่งเสริมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ (Colostomy) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติตามโปรแกรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ทั้งนี้นอกจากจะเป็นการให้การพยาบาลที่มີประสิทธิภาพแล้วยังช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำอีกช่วยให้มีโอกาสรักษาหายจากการป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ (Colostomy) ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ได้รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษา เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่มีความเชื่อมั่นและสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผลที่ได้จากการศึกษาเป็นข้อมูลในการจัดและผลิตสื่อที่เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะที่ 1 หรือ 2 (Stage I or II) ที่ได้รับการรักษาโดยการศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ (Colostomy) ซึ่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะที่ 1 หรือ 2 (Stage I or II) ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาโดยวิธีการทำศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ (Colostomy) ซึ่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน จำนวน 60 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง
2. ตัวแปรตาม (Dependent variable) ประกอบด้วย
 - 2.1 ความรู้เรื่อง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่
 - 2.2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่
 - 2.3 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่
 - 2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้าน การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมสุขศึกษา

หมายถึง กระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วย โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ โดยการบรรยายประกอบภาพพลิก การให้คำปรึกษา แนะนำ การใช้สื่อ เอกสาร แผ่นพับ และการจัดบอร์ดนิทรรศการเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

2. โปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ

หมายถึง กระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามปกติ โดยเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล หรือผู้ช่วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับความพร้อมของเจ้าหน้าที่

3. ประสิทธิภาพ

หมายถึง ผลที่เกิดจากการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้ผู้ป่วย ซึ่งประเมินได้จากความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองที่เกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ในด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่

5. ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหารว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดลดทอนลำไส้ใหญ่ (Colostomy) ซึ่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

6. ศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ (Colostomy)

หมายถึง การผ่าตัดนำเอาส่วนของลำไส้มาเปิดที่บริเวณหน้าท้อง เพื่อให้อุจจาระซึ่งปกติจะออกทางช่องทวารหนักเปลี่ยนทางออก โดยให้ออกทางหน้าท้อง

7. ความรู้

หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถที่จะจดจำ และระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่

8. การบริโภคอาหาร

หมายถึง การที่ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมต่อสุขภาพของตนเองมีผลต่อร่างกายและจิตใจ ไม่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลและเกิดผลเสียต่อสุขภาพเช่น

อุจจาระแข็ง หรือเหลวเป็นน้ำ(ท้องเสีย) มีกลิ่นเหม็นเน่า มีความมั่นใจเวลาออกนอกบ้าน เป็นต้น

9. การคลายความเครียด

หมายถึง การที่ผู้ป่วยเลือกวิธีที่ช่วยลดความวิตกกังวลหรือความไม่สบายใจและทำให้เกิดความผ่อนคลาย เช่น การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การทำสมาธิหรือการออกกำลังกาย

10. การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่

หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดรูเปิดลำไส้ใหญ่ และเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระได้ด้วยตนเอง โดยไม่เกิดอาการแทรกซ้อน เช่น แผลติดเชื้อ ผิวหนังรอบรูเปิดลำไส้ใหญ่อักเสบ

11. การรับรู้ความสามารถของตนเอง

หมายถึง ความรู้สึกเข้าใจ มั่นใจ และความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปฏิบัติและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องในด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่

12. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

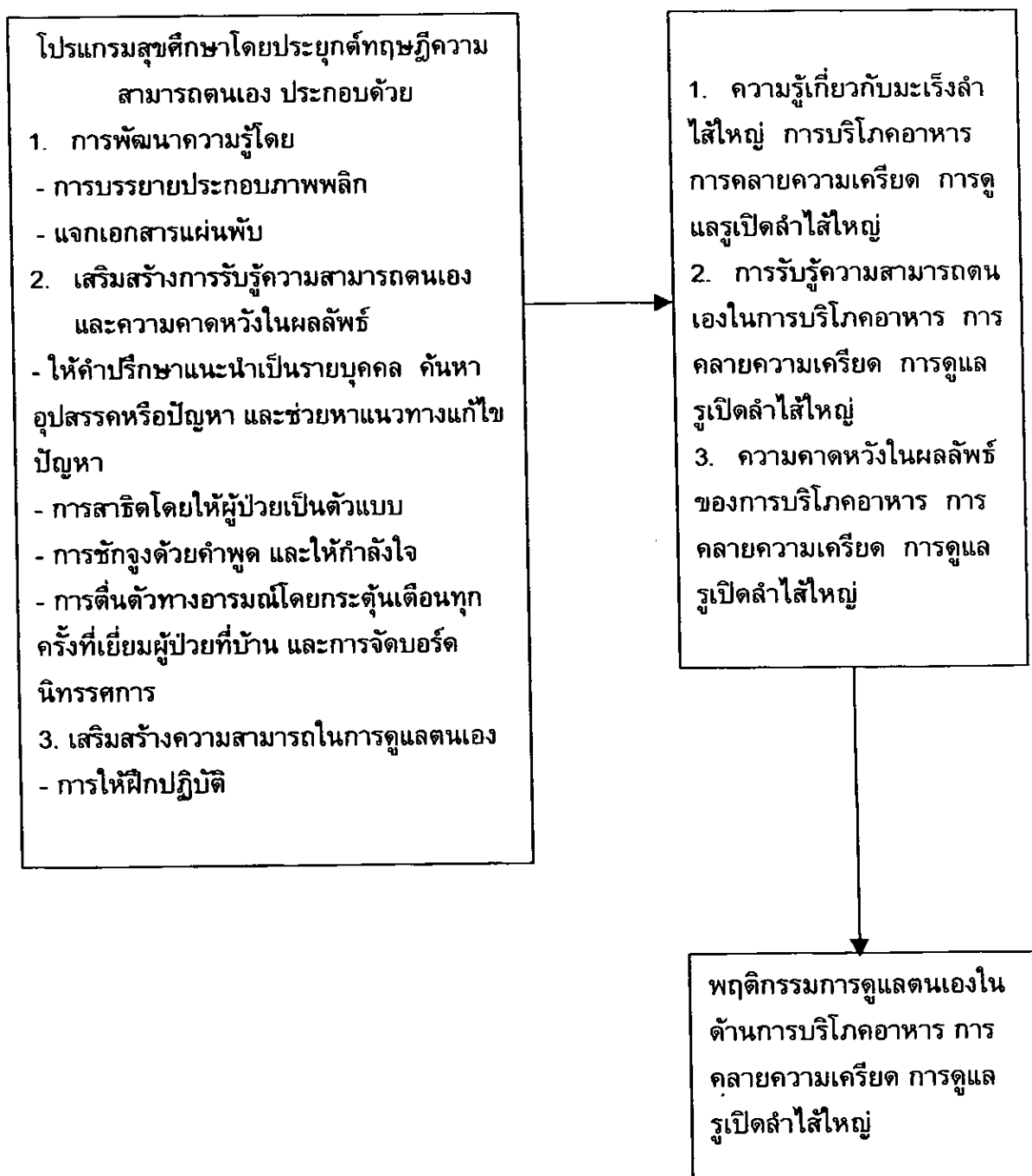
หมายถึง การประมาณค่าหรือผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ภายหลังปฏิบัติแล้วจะทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด (แผลติดเชื้อ)

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยนำทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura's Self-Efficacy theory) มาประยุกต์ใช้ในการทำโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้วิธีการสอนเป็นรายบุคคล เนื่องจากกลุ่มประชากรที่จะศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ที่อาจไม่พร้อมจะให้ผู้อื่นรับรู้ การให้สุขศึกษารายบุคคลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ได้มาก และเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยด้วย จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาแล้วด้วยจึงทำให้ผู้วิจัยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดมะเร็งรูเปิดลำไส้ใหญ่ มีความพร้อมและมั่นใจว่าสามารถดูแลตนเองได้หลังออกจากโรงพยาบาลและสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือกลับเป็นซ้ำอีก สำหรับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองแสดงในกรอบแนวคิด ดังภาพประกอบ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา
4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้
นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับลำไส้ใหญ่
 - 1.2 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่
 - 1.3 ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura' s Self- Efficacy , theory)
 - 1.4 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self – care) ,
 - 1.5 แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการสุขศึกษา
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับลำไส้ใหญ่

ลำไส้ใหญ่เป็นอวัยวะหนึ่งที่อยู่ในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งระบบทางเดินอาหารประกอบด้วยอวัยวะตั้งแต่ ปาก คอ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก รวมทั้งอวัยวะที่มีทางติดต่อกับลำไส้ และทำหน้าที่ช่วยในการย่อยอาหาร ได้แก่ ตับ และทางเดินน้ำดี และตับอ่อน นอกจากนี้ยังมีเนื้อเยื่อที่ช่วยยึดอวัยวะ ได้แก่ เยื่อแขวนลำไส้ และเยื่อช่องท้อง โดยสรุป อวัยวะต่าง ๆ ของระบบทางเดินอาหารตั้งแต่ปากจนถึงทวารหนักมีดังนี้ ปาก (Mouth) ต่อมน้ำลายที่อยู่ใต้กกหู (Parotid salivary gland) ต่อมน้ำลายที่อยู่ใต้ลิ้น (Sublingual salivary gland) หลอดอาหาร (Esophagus) กระเพาะอาหาร (Stomach) ตับ (Liver) ถุงน้ำดี (Gallbladder) ตับอ่อน (Pancreas) ลำไส้เล็ก (Small intestine) ลำไส้ใหญ่ (Large intestine) และทวารหนัก (Anus)

ภายในท่อทางเดินอาหารที่ขดไปขดมา มีความยาวจากปากถึงทวารหนัก ประมาณ 10 เมตร หน้าที่หลักของระบบทางเดินอาหารคือ การหลั่งน้ำย่อยอาหาร (Secretion) การย่อย

อาหาร (Digestion) การดูดซึมอาหาร (Absorption) และการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร (Motility) ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะลำไส้ใหญ่เท่านั้น

กายวิภาคของลำไส้ใหญ่

ลำไส้ใหญ่ยาวประมาณ 1.5 เมตร ส่วนต้นกว้างกว่าส่วนปลาย โดยแคบลงเป็นลำดับ ผังลำไส้ใหญ่มีลักษณะพองเป็นลอนเรียกว่า ฮอสตรา (Haustra) เนื่องจากชั้นกล้ามเนื้อซึ่งมี 2 ชั้น ชั้นในวางตัวตามแนวขวางรอบวง ส่วนชั้นนอกวางตัวตามแนวยาวของลำไส้ มิได้มีรอบวง แต่แยกเป็นแถบกว้างเพียง 0.5 – 1.0 เซนติเมตร รวม 3 แถบเรียกว่า ทีเนีย โคลิ (Taenia coli) ผังลำไส้ที่อยู่ระหว่าง Taenia coli จึงพองออกมาเป็นลอน ลำไส้ใหญ่แบ่งออกเป็นส่วนๆ ดังภาพประกอบ 2 แสดงลำไส้ใหญ่ส่วนต่าง ๆ มีดังนี้คือ (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2543 : 7)

1. ลำไส้ใหญ่ส่วนต้นสุด (Cecum) เป็นส่วนที่กว้างที่สุด มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเฉลี่ยประมาณ 8 เซนติเมตร มีลักษณะคล้ายถุง มีรอยเปิดเข้าของลำไส้เล็กส่วนปลาย (Ileum) อยู่บริเวณหน้าท้องด้านขวาเหนือกระดูกเชิงกราน และมีไส้ติ่ง (Vermiform appendix) ขนาด 3 - 5 นิ้ว ติดอยู่

2. ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้นในช่องท้องทางด้านขวาของลำตัว (Ascending colon) เป็นส่วนของลำไส้ใหญ่ที่อยู่ต่อจากลำไส้ใหญ่ส่วนต้น (Cecum) ขึ้นไป เมื่อถึงตับแล้วจึงหักมุมประมาณ 90 องศา แล้วเลี้ยวไปทางซ้าย บริเวณที่หักมุมเรียกว่า Right colic flexure หรือ Hepatic flexure ลำไส้ใหญ่ส่วนนี้ถูกปกคลุมด้วยเยื่อช่องท้อง (Peritoneum) บริเวณด้านหน้า ด้านใน และด้านข้าง ด้วยเหตุนี้จึงเป็นอวัยวะที่ไม่ค่อยเคลื่อนจากที่

3. ลำไส้ใหญ่ส่วนขวางในช่องท้อง (Transverse colon) จาก Hepatic flexure ไปจนถึงม้าม (Spleen) แล้วจึงหักมุมลง บริเวณที่หักมุมนี้เรียกว่า Left colic flexure หรือ Splenic flexure เป็นส่วนที่มีความยาวมากที่สุด คือประมาณ 40 เซนติเมตร มีลักษณะเฉพาะคือ มีการหย่อนตัว บางครั้งอาจจะหย่อนตัวถึงอุ้งเชิงกราน เคลื่อนไหวได้ง่ายทำให้ง่ายต่อการทำศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ (Colostomy) บริเวณนี้มีความสำคัญมากในการทำผ่าตัด เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีเส้นเลือดดำ ทางเดินน้ำเหลือง และเส้นประสาท และวางอยู่เหนืออวัยวะต่าง ๆ เช่น ไต ตับอ่อน ลำไส้เล็กส่วน Duodenum กระเพาะอาหารและม้าม ทำให้เวลาผ่าตัดจะทำด้วยความลำบาก

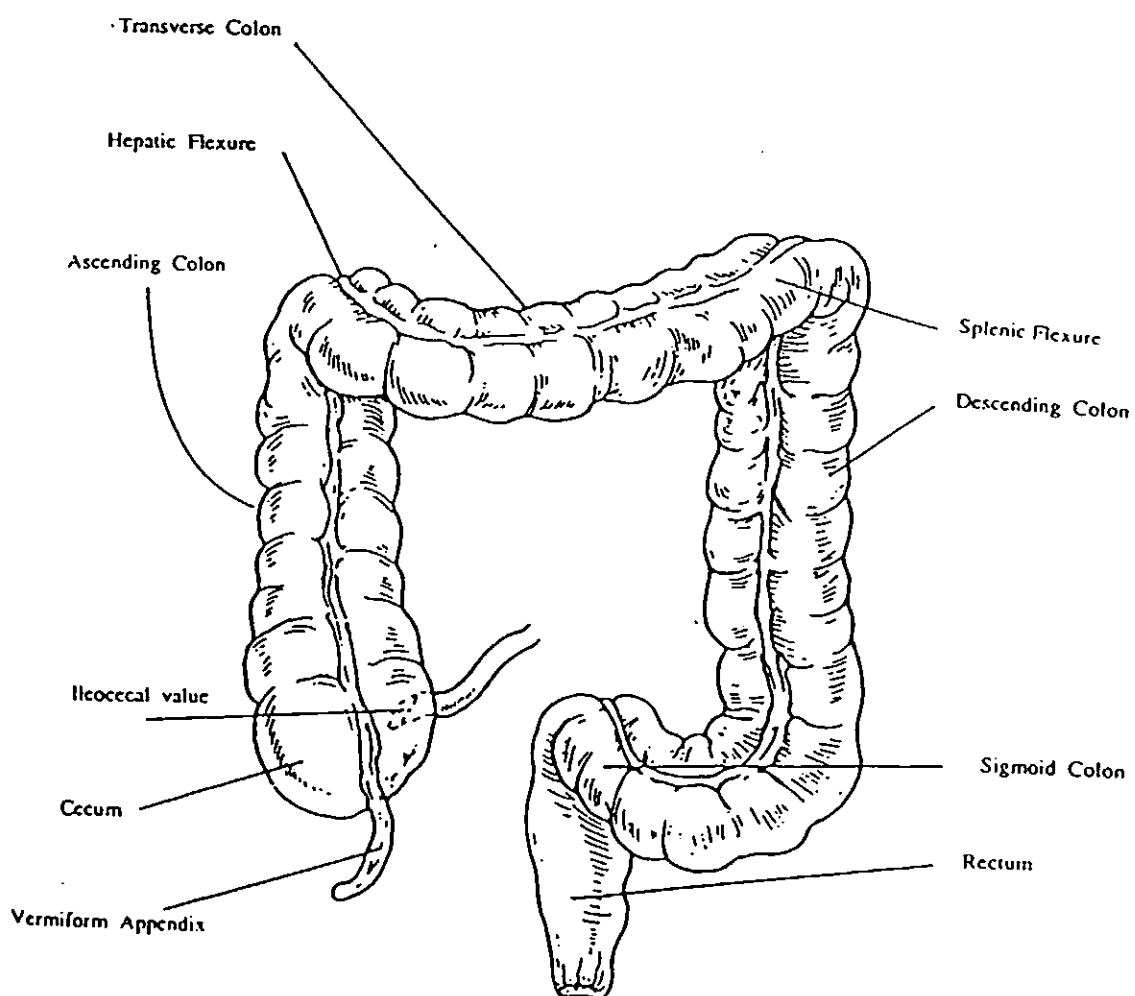
4. ลำไส้ใหญ่ส่วนลงในช่องท้องด้านซ้ายของลำตัว (Descending colon) จาก Splenic flexure จนถึง Left iliac fossa มีความยาวประมาณ 30 เซนติเมตร จะอยู่ที่ผนังท้องด้านหลัง มักจะมีพังผืดยึดติดไว้ ซึ่งเวลาผ่าตัดต้องเลาะพังผืดส่วนนี้ออก

5. ส่วนที่เป็นรูปตัวเอส (Sigmoid colon) ทอดจาก Left iliac fossa ลงไปในช่องเชิงกราน มีความยาวประมาณ 15-50 เซนติเมตร เรียกลำไส้ส่วนนี้ว่า ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง รูปร่างจะคดเคี้ยวมากหรือน้อยไม่แน่นอน ขดกันอยู่ด้านซ้ายของช่องท้อง เคลื่อนไหวได้ง่าย ทำให้ง่ายต่อ

การทำศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ แต่ส่วนบนจะทอดข้ามท่อนี้ด้านซ้าย ซึ่งต้องระมัดระวังในขณะผ่าตัด

6. ลำไส้ตรง (Rectum) คือส่วนลำไส้ใหญ่ที่อยู่ถัดจากส่วนลำไส้ใหญ่ส่วนโค้งลงมา เป็นส่วนสุดท้ายของลำไส้ใหญ่ก่อนที่จะเปิดออกสู่ช่องทวารหนัก (Anal canal) มีความยาวประมาณ 12-15 เซนติเมตร

7. ทวารหนัก (Anus) หมายถึงช่องทวารหนัก (Anal canal) ในปัจจุบันหมายถึงช่องทวารหนักทางศัลยกรรม ซึ่งเป็นส่วนสุดท้ายของทางเดินอาหาร ช่องทวารหนักจะประกอบด้วย ท่อ 2 ท่อ จะซ้อนกันอยู่ โดยท่อนั้นในเป็นกล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle) ท่อนนอกเป็นกล้ามเนื้อตรง (Striated muscle) ซึ่งมีความสำคัญในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ช่องทวารหนักมีความยาวประมาณ 4 เซนติเมตร



ภาพประกอบ 2 แสดงลำไส้ใหญ่ส่วนต่าง ๆ

ผนังลำไส้ใหญ่ มี 4 ชั้น คือ

1. ชั้นในสุด เป็นชั้นของเยื่อเมือก เรียกว่ามิวโคซา (Mucosa) ประกอบด้วยเยื่อบุผิว (Epithelium) ลำไส้ใหญ่มี Crypts of Lieberkuhn เป็นต่อมมีลักษณะเป็นหลอดตรง ๆ อาจยาวถึง 0.5 มิลลิเมตร ในลำไส้ใหญ่ทั่วไป และอาจยาวถึง 0.7 มิลลิเมตร ในส่วนของลำไส้ตรง เยื่อบุลำไส้ใหญ่เป็น Columnar epithelium เตี้ย ๆ ชั้นเดียวมีร่องเล็ก ๆ มากมาย ภายใน Crypts มีเซลล์สร้างเยื่อเมือกชั้นนี้จึงมีการหลั่งเมือกมาก

2. ชั้นใต้เยื่อเมือก เรียกว่า ชับมิวโคซา (Submucosa) หรือ ชับมิวคัส โคท (Submucous coat) เป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน มีพวก Dense fibrous tissue ซึ่งมีหลอดเลือด ท่อน้ำเหลือง และกลุ่มประสาทเล็ก ๆ มีหน้าที่ช่วยควบคุมการเคลื่อนไหวและการสร้างน้ำย่อย

3. ชั้นกล้ามเนื้อ (Muscular coat) ประกอบด้วย

3.1 ชั้นนอกเป็นกล้ามเนื้อเรียบที่เรียงตามความยาวของทางเดินอาหาร เรียกว่า กล้ามเนื้อยาว (Outer longitudinal arrangement) และเป็น Taenia coli เว้นแต่บริเวณไส้ตรงที่กล้ามเนื้อชั้นนี้จะกระจายไปรอบวง มีหน้าที่ช่วยขับไล่อาหารไปยังส่วนถัดไป

3.2 ชั้นใน เป็นกล้ามเนื้อเรียบที่เป็นวงตามเส้นรอบวงของทางเดินอาหาร เรียกว่า กล้ามเนื้อวงกลม (Inner circular arrangement) มีหน้าที่ควบคุมเส้นผ่าศูนย์กลางของท่อทางเดินอาหารและช่วยคลุกเคล้าอาหาร ระหว่างชั้นกล้ามเนื้อทั้งสองจะมีหลอดเลือด ท่อน้ำเหลืองและกลุ่มประสาทอยู่

4. ชั้นนอกสุด เป็นชั้นซีโรซา (Serosa) หรือ Serous coat จัดแปลงมาจากเยื่อช่องท้อง ลำไส้ใหญ่ที่มีผนังชั้นนอกสุดโดยรอบมีเฉพาะที่มีเยื่อแขวนลำไส้ใหญ่ ได้แก่ ลำไส้ใหญ่ส่วนขวางและส่วนโค้ง ยกเว้นไส้ตรงซึ่งอยู่นอกช่องท้อง

หลอดเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้ใหญ่

หลอดเลือดแดง (Artery) แขนงหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (Ascending) และส่วนต้น (Cecum) 2 / 3 ของลำไส้ส่วนขวาง (Transverse) จนถึงส่วนโค้งได้ม้าม (Spleenic flexure) มาจากหลอดเลือดแดงสุพีเรียร์ มีเซนเทอริก (Superior mesenteric) ส่วนแขนงหลอดเลือดแดงอินฟีเรียร์ มีเซนเทอริก (Inferior mesenteric) เลี้ยงลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหลือต่อไปจนถึงทวารหนัก (Rectum)

หลอดเลือดดำ (Vein) Superior mesenteric รับเลือดจากทวารหนักจนถึงส่วนโค้งได้ม้ามเป็นส่วนหนึ่งของหลอดเลือดดำ Inferior mesenteric ไหลเข้าสู่หลอดเลือดดำสปรีนิค (Spleenic vein) ส่วนหลอดเลือดดำ Superior mesenteric รับเลือดดำจากลำไส้เล็กทั้งหมด ลำไส้ใหญ่ส่วนต้น ไส้ติ่ง ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น และจากส่วนต้นของลำไส้ขวาง นำเลือดดำไหลไปรวมกับ Spleenic vein กลายเป็นหลอดเลือดดำพอร์ทัล (Portal vein) เข้าสู่ตับ

ระบบน้ำเหลือง

หลอดน้ำเหลืองส่วนใหญ่ของลำไส้ใหญ่อยู่ระหว่างชั้นกล้ามเนื้อในและชั้นนอก ซึ่งเรียกว่าชั้น Muscularis mucosa

หน้าที่ของลำไส้ใหญ่

ลำไส้ใหญ่นอกจากเป็นทางผ่านและเก็บกากอาหาร ยังมีหน้าที่ดูดซึมน้ำและเกลือแร่ (โซเดียมคลอไรด์ = NaCl) ออกจากกากอาหาร การดูดซึมจะเกิดขึ้นเฉพาะบริเวณครึ่งแรกของลำไส้ใหญ่ ตั้งแต่ลำไส้ส่วนต้นจนถึงส่วนขวาง ซึ่งอาจเรียกว่า Absorbing colon ส่วนครึ่งหลังของลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหลือมีหน้าที่เพียงกักตุนกากอาหาร (อุจจาระ) ไว้เพื่อเตรียมถ่ายออกไป ซึ่งอาหารส่วนใหญ่มีแบคทีเรียปนอยู่ และเข้าสู่ระบบทางเดินอาหารได้ แบคทีเรียบางชนิดทนกรดได้ทำให้พบในลำไส้ใหญ่ถึงร้อยละ 25 ของน้ำหนักอุจจาระแห้ง แต่ก็มีประโยชน์ในการสังเคราะห์วิตามินบางชนิดให้แก่ร่างกาย โดยเฉพาะวิตามิน เค และบีรวม การทำงานของแบคทีเรียทำให้เกิดแก๊สในลำไส้

การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่

ลำไส้ใหญ่มีการเคลื่อนไหว 2 แบบ คือ

1. การเคลื่อนไหวเพื่อไล่กากอาหาร เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบทำให้ลำไส้มีลักษณะเป็นกระเปาะ หรือลอน บีบตัวไล่กันไปเป็นช่วงสั้น ๆ (Segmental propulsion) หรือเป็นช่วงยาว (Mass propulsion) การบีบตัวเพื่อไล่กากอาหารจะเกิดขึ้นหลังรับประทานอาหาร
2. การเคลื่อนไหวเพื่อผสมอาหาร เกิดจากลำไส้บีบตัวเป็นช่วงสั้น ๆ สลับกันไปมา การบีบตัวชนิดนี้พบได้บ่อยกว่าการบีบตัวเพื่อไล่กากอาหาร มีผลทำให้ลำไส้ใหญ่ดูดซึมน้ำและเกลือแร่ได้มากขึ้น

ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่

มะเร็ง (Cancer) เป็นเนื้องอกชนิดร้าย (Malignant tumor) เกิดขึ้นโดยการเจริญเติบโตผิดปกติโดยไม่หยุดยั้งของเซลล์ที่อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย และมีการกระจายเข้าไปในกระแสเลือด และเคลื่อนย้ายไปเจริญที่อวัยวะอื่น ๆ ได้ (Metastasis) และมีชื่อเรียกต่าง ๆ กันเช่น Sarcoma หมายถึงมะเร็งของเนื้อเยื่อต่าง ๆ หลอดเลือด กล้ามเนื้อ Carcinoma หมายถึงมะเร็งของเซลล์เยื่อบุผิว (Epithelial cell) เป็นต้น กลไกการเกิดมะเร็งมีสาเหตุจากปัจจัยร่วมหลายอย่าง เช่น พันธุกรรม เชื้อโรค สิ่งแวดล้อมและอาหารที่ปนเปื้อนพิษ วิธีป้องกันโรคมะเร็งที่ได้ผลคือการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงว่าอะไรเป็นสารก่อมะเร็ง หรือปัจจัยใดที่มีบทบาททำให้เกิดมะเร็งได้

มะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colon cancer, Carcinoma of colon, Colorectal cancer or Colorectal carcinoma) เป็นโรคที่เกิดจากการแบ่งตัวและเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์ภายในลำไส้ กลายเป็นก้อนที่มีลักษณะและขนาดผิดปกติ แล้วกลายเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงหรือมะเร็ง ประมาณร้อยละ 95 ของมะเร็งชนิดนี้เกิดจากเซลล์เยื่อบุผิว (Epithelial cell) ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุเสี่ยงที่แท้จริง แต่ก็ทราบถึงปัจจัยกระตุ้นตัวก่อเหตุร่วม และพบว่ามียีนเป็นตัวควบคุมให้เซลล์ธรรมดากลายเป็นมะเร็ง จากที่กล่าวมาแล้วในบทนำว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่มีความชุกของการเกิดเพิ่มขึ้นตามความเจริญของประเทศ เนื่องจากนิสัยการบริโภคของคนไทยเปลี่ยนไปตามกระแสสังคม หรือโลกาภิวัตน์ ตามแบบอย่างทางตะวันตก และในสภาพแวดล้อมสังคมในปัจจุบันที่มีมลภาวะทำให้อาหารที่รับประทานเข้าไปมีโอกาสปนเปื้อนสารพิษสูง ทำให้คนสัมผัสหรือรับเอาสารก่อมะเร็งไว้ในร่างกายมากขึ้น โดยเฉพาะในลำไส้ใหญ่ เนื่องจากเป็นที่เก็บกากอาหารไว้ก่อนที่จะถูกขับออกเป็นอุจจาระดังนั้นลำไส้ใหญ่จึงมีโอกาสสัมผัสและสะสมสารพิษไว้มาก ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งในหลาย ๆ ปัจจัยของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งชนิดเดียวกัน เป็นข้อมูลบ่งชี้ว่าการถ่ายทอดทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ การถ่ายทอดทางพันธุกรรม มี 2 รูปแบบคือ

1.1 Familial Adenomatous Polyposis (FAP) พบน้อยกว่าร้อยละ 1 ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด จะพบตั้งเนื้อในลำไส้ใหญ่จำนวนมาก (Polyposis) ตั้งแต่เด็ก ส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเมื่ออายุประมาณ 16 ปี ถ้าไม่รักษา มากกว่าร้อยละ 90 มีโอกาสกลายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนอายุ 45 ปี ความผิดปกติทางพันธุกรรมที่พบเกิดจากการเปลี่ยนแปลง (Mutation) ของยีน Adenomatous Polyposis Coli (APC) ซึ่งอยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 5 โดยมีการถ่ายทอดแบบ Autosomal dominant

1.2 Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer (HNPCC) พบประมาณร้อยละ 2-6 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ผู้ป่วยจะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่เมื่ออายุ 20-50 ปี (อายุเฉลี่ยประมาณ 40 ปี) โดยไม่มีติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่มาก่อนเหมือนกลุ่มแรก มักจะพบบริเวณด้านขวาของลำไส้ ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพบมะเร็งในลำไส้มากกว่า 1 ตำแหน่ง หรือพบว่ามีมะเร็งเกิดขึ้นใหม่ภายใน 6 เดือนหลังจากตรวจพบ และบางรายมีมะเร็งของอวัยวะอื่นร่วมด้วย เช่น มะเร็งรังไข่ มดลูก ไต ฯลฯ ความผิดปกติทางพันธุกรรมพบว่าการเปลี่ยนแปลงของ DNA มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมเป็นแบบ Autosomal dominant

ลักษณะของการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ Autosomal dominant ประกอบด้วย

1. ในครอบครัวเดียวกันมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มีผลชิ้นเนื้อยืนยันตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป อย่างน้อยคนหนึ่งต้องมีความสัมพันธ์โดยสายเลือด (First degree relative) กับอีกหนึ่งในสองคนที่เหลือ

2. อย่างน้อยหนึ่งคนต้องเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนอายุ 50 ปี

3. ต้องเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ออย่างน้อยสองชั่วคน (Two generations)

2. ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม

เป็นปัจจัยที่สำคัญกว่าปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นปัจจัยภายนอกร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งและเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดมะเร็ง มะเร็งลำไส้ใหญ่มักเกิดกับกลุ่มประชากรในเมืองที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง เนื่องจากเลือกรับประทานอาหารที่แพงๆ ได้ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะนิยมบริโภคอาหารแบบตะวันตกซึ่งมีราคาค่อนข้างแพง ส่วนใหญ่เป็นเนื้อสัตว์ อาหารที่ได้มาจากผลิตภัณฑ์ไขมันสัตว์ เช่น นม เนย มีการศึกษาที่ยืนยันว่าระดับโคเลสเตอรอลในเลือดและอาหารที่มีไขมันจากสัตว์สูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิด Adenoma และมะเร็งลำไส้ใหญ่ เส้นใยอาหาร เป็นสารอีกชนิดหนึ่งที่มีการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรที่รับประทานอาหารที่เส้นใยสูง มีความชุกของมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรที่รับประทานอาหารที่มีเส้นใยต่ำ เข้าใจว่าเส้นใยอาหารช่วยเพิ่มปริมาณอุจจาระ ทำให้ความเข้มข้นของสารก่อมะเร็งต่ำลงและอาจทำให้การเคลื่อนที่ของอุจจาระผ่านลำไส้เร็วขึ้น การศึกษาทางระบาดวิทยาในหลายประเทศได้ผลตรงกันว่าอัตราตายจากมะเร็งลำไส้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่มีปริมาณสูง ทั้งในแง่แคลอรี โปรตีนจากเนื้อสัตว์ และไขมันในอาหาร (ซัซวิน เพชรเลิศ. 2541 : 228) พบว่าแบคทีเรียบางตัวซึ่งอยู่ในลำไส้ใหญ่สามารถเปลี่ยนสารเคมีพวกโคเลสเตอรอลให้เป็นสารก่อมะเร็งได้ ในสภาพสังคมปัจจุบันคนเราต้องเผชิญกับมลพิษต่าง ๆ รอบตัวตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นมลพิษทางอากาศที่ปนเปื้อนควันพิษ ฝุ่นละอองของสารพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม การบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนสารพิษทั้งที่อยู่ในอากาศ หรือที่ปนเปื้อนมาในอาหาร จากอาหารเองหรือจากการปรุงอาหารด้วยสารปรุงแต่ง และจากภาชนะที่ใช้บรรจุอาหาร เป็นต้น ซึ่งโลหะหนักหรือยาและฮอร์โมนบางชนิดมักจะพบว่าสะสมในเนื้อสัตว์ หรือเครื่องในสัตว์ เมื่อนำมาบริโภคทำให้มีการสะสมไว้ในร่างกายอาจช่วยเร่งให้เกิดโรคมะเร็งได้เร็วขึ้น

3. ปัจจัยอื่น ๆ

3.1 เป็นโรคที่มีการอักเสบของลำไส้ใหญ่ (Inflammatory bowel disease) ปัจจุบันยังไม่รู้สาเหตุแน่ชัด ถ้าผู้ป่วยมีการอักเสบตลอดทั้งลำไส้ใหญ่นาน 7-10 ปี มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าคนทั่วไป 5-15 เท่า

3.2 ผู้ที่เคยผ่าตัดต่อทางเดินปัสสาวะกับลำไส้ (Ureterosigmoidostomy) ร้อยละ 5-10 เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายหลังผ่าตัด 15-30 ปี ในบริเวณที่อยู่ต่ำกว่ารอยเชื่อมต่อ

3.3 การสูบบุหรี่ ถ้าสูบบุหรี่ยานานกว่า 35 ปี โอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น ยัง

ไม่ทราบเหตุผล

นอกจากปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วยังไม่ใช่สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จากการวิจัยทางการแพทย์ชี้ถึงปัจจัย 6 ประการที่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งมีดังนี้

4. ปัจจัยเสี่ยง

4.1 อายุ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนมากจะมีอายุ 50 ปีขึ้นไป

4.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนมากจะมีการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว และแคลอรีสูง เนื่องจากไขมันจะไปกระตุ้นให้มีปริมาณแบคทีเรียในลำไส้เพิ่มขึ้น และกระตุ้นให้ตับสร้างและหลั่งโคเลสเตอรอลและน้ำดีเข้ามาในทางเดินอาหารมากขึ้น แบคทีเรียในลำไส้จะเปลี่ยนโคเลสเตอรอลเป็นสารก่อมะเร็ง Fecapentane จำนวนมาก ซึ่งสารนี้จะมีมากขึ้นในกรณีท้องผูกมีการสะสมอุจจาระหลายวันทำให้เกิดการหมักกากอาหารจนเกิดเป็นสารก่อมะเร็งชนิดนี้มากขึ้น สารก่อมะเร็งนี้จะลดลงได้โดยการบริโภคอาหารที่มีกากใยสูงรับประทานวิตามินอีและซีเพิ่ม นอกจากนี้ น้ำดีและสารอนุมูลอิสระที่เกิดจากขบวนการย่อยสลายไขมัน อาจทำให้เยื่อลำไส้ถูกทำลายหรือมีการแบ่งตัวผิดปกติ

4.3 มีเนื้องอกในผนังลำไส้ (Polyp) ผู้ป่วยที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะเกิดเนื้องอกก้อนเล็ก ๆ ในผนังลำไส้สูง เนื้องอกนี้มีหลายประเภท ซึ่งบางประเภทอาจเปลี่ยนสภาพเป็นเนื้อร้ายที่เป็นมะเร็งได้

4.4 ประวัติสุขภาพส่วนบุคคล เช่นผู้ที่มีประวัติการเป็นมะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่และเคยได้รับการรักษาโดยวิธีฉายแสงในบริเวณอุ้งเชิงกราน หรือเป็นมะเร็งเต้านม มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ หรือผู้ที่เคยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มาก่อนก็ยังมีความเสี่ยงที่จะเป็นซ้ำอีก

4.5 ประวัติสุขภาพของครอบครัว ถ้ามีบุคคลในครอบครัวสายตรงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ โอกาสที่รุ่นถัดมาจะเป็นมะเร็งลำไส้สูง และโอกาสยิ่งมากขึ้นถ้าคนในครอบครัวเป็นติ่งเนื้อ Adenomatous polyp หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ตั้งแต่อายุน้อย ส่วนในกลุ่มมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมดังที่กล่าวมาแล้ว คนในครอบครัวมีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ตั้งแต่อายุน้อย

4.6 การอักเสบของผนังลำไส้ใหญ่ (Ulcerative colitis) ผู้ที่มีผนังลำไส้ใหญ่อักเสบ มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ในอนาคต

ในสหรัฐอเมริกามีการตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่ในผู้ที่มีโอกาสเกิดมะเร็งหรือติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ที่ยังไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีแนวทางดังกล่าว ซึ่ง American Gastroenterological Association (AGA) ได้ออกแนวทางดังกล่าว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม (พนิดา ทองอุทัยศรี. 2544 : 2-3)

1. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นปานกลาง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีและไม่มี

ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ แนะนำให้ตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระและตรวจส่องกล้องดูลำไส้ใหญ่ ทุก 5 ปี

2. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ที่มีญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง เป็นมะเร็ง ก่อนอายุ 55 ปี หรือมีติ่งเนื้อชนิด adenomatous polip ตอนอายุน้อยกว่า 60 ปี ผู้ที่มีประวัติ มะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัวที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมดังที่กล่าวมาแล้ว ให้ตรวจส่องกล้อง ดูลำไส้ใหญ่เมื่ออายุ 40 ปี ผู้ที่เคยมีติ่งเนื้อ หรือเคยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังจากผ่าตัดเตรียม ร้อยแล้ว ให้ส่องกล้องตรวจหลังผ่าตัด 1 ปี ถ้าปกติให้ตรวจซ้ำทุก 3 ปี และทุก 5 ปีตามลำดับ

กลไกและกระบวนการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

เกิดจากการแบ่งตัวและเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์ภายในลำไส้ใหญ่ จนกลายเป็นก้อนที่มีลักษณะและขนาดที่ผิดปกติ แล้วกลายเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง หรือมะเร็ง ซึ่งสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ไกล ๆ ได้ นฤมล วิเศษโสภาส. (2540 : 928) กล่าวถึง การศึกษากลไกการเกิดมะเร็งในระดับโมเลกุลกันอย่างมากมาย ซึ่งเนื้องอกของลำไส้ใหญ่นับ เป็นระบบที่เป็นตัวอย่างที่ดีและน่าสนใจที่จะนำมาใช้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงในระดับยีน ผลการ ศึกษาข้อมูลทางคลินิกและทางพยาธิวิทยา พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นจำนวนมากเกิดขึ้นจาก เนื้องอกชนิด Adenoma , Benign tumor โดยเริ่มเปลี่ยนแปลงจากก้อนเนื้องอกขนาดเล็ก จน กลายเป็นก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ ซึ่งสามารถแพร่กระจายไปยังที่ไกล ๆ ได้ การเปลี่ยนแปลงเป็น ลำดับขั้นตอนนี้ทำให้เราสามารถนำมาศึกษาวิเคราะห์ได้ รวมทั้งอาจจะใช้เป็นแบบอย่างเพื่อให้ เข้าใจถึงกลไกการเกิดเนื้องอกในระบบอื่น ๆ ของร่างกายมนุษย์ด้วย นอกจากนี้พบว่ายังมี ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย อาทิเช่น พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ผลจากการ ศึกษามะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของยีนหลายชนิด ด้วยกันรวมทั้งยีนต้านมะเร็งที่เกี่ยวข้อง 3 ชนิด ดังนี้

ยีนที่เกี่ยวข้องในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

1. ยีนต้านมะเร็ง (Tumor suppressor gene) ที่เกี่ยวข้องมี 3 ชนิดคือ

1.1 APC Gene (Adenomatous Polyposis Coli Gene) จากการศึกษาในคนไข้ Familial Adenomatous Polyposis (FAP) พบว่ามีความผิดปกติที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ Autosomal dominant โดยมีการขาดหายไป (Deletion) ของแขนข้างยาวของโครโมโซมคู่ที่ 5 ผู้ป่วยจะมีก้อนเนื้องอกเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากในลำไส้ใหญ่ ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเปลี่ยนเป็น มะเร็งได้ ในเยื่อบุลำไส้ใหญ่จะพบผลิตผลจากยีน APC นี้ภายในซัยโตพลาสซึมและจะพบมาก ในเซลล์ที่บริเวณส่วนบนของ Crypts โดยสันนิษฐานว่าเกี่ยวข้องกับการเจริญเต็มที่ของเซลล์

1.2 DCC Gene (Deleted in Colorectal Carcinoma Gene) พบอยู่บนแขนข้าง ยาวของโครโมโซมคู่ที่ 18 ซึ่งการขาดหายไปของยีนนี้ส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ร้อยละ 73 และพบเพียงร้อยละ 11 ในกลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกอดีโนมา ยีน DCC พบใน เนื้อเยื่อทั่วไป จะพบมากที่เยื่อบุสมองและลำไส้ ยีนนี้มีหน้าที่เกี่ยวข้องในแง่ของการป้องกันการ

เจริญเติบโตของมะเร็ง การแทรกแซงและการทำลายเนื้อเยื่อข้างเคียง รวมทั้งการกระจายของก้อนเนื้อออก

1.3 p53 Gene ที่เรียก p53 เนื่องจากโปรตีนที่ผลิตจากยีนนี้จะเคลื่อนที่ในเซลล์ เทียบเท่ากับโปรตีนอื่น ๆ ที่มีขนาด 53 kD เป็นยีนที่มีความสำคัญที่สุดในการเกิดมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ ยีนนี้พบอยู่บนแขนข้างสั้นของโครโมโซมคู่ที่ 17 และมักเกิดการขาดหายไปได้บ่อย ในเนื้อเยื่อของมะเร็งลำไส้ใหญ่ โปรตีน p53 มีหน้าที่สำคัญในการควบคุมวัฏจักรของเซลล์ ช่อมแซม และสร้างเสริมดีเอ็นเอ รวมทั้งเป็นตัวที่กำหนดการตายของเซลล์ โดยที่ความผิดปกติของโปรตีน p53 ส่วนใหญ่เกิดจากการกลายพันธุ์ (Mutation) การสูญเสียหน้าที่การควบคุมวัฏจักรของเซลล์ เชื่อว่าก่อให้เกิดความผิดปกติของยีนอื่น ๆ ตามมา และสะสมทวีขึ้นจนกระทั่งกลายเป็นเซลล์มะเร็ง

2. ยีนก่อมะเร็ง (Oncogene)

ยีนนี้จะทำงานตรงข้ามกับยีนต้านมะเร็ง โดยทำหน้าที่ในลักษณะของ Transdominant fashion คือถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของอัลลีลอันใดอันหนึ่งเกิดขึ้น เช่น เกิดการกลายพันธุ์ก็สามารถเกิดความผิดปกติเกิดขึ้นกับเซลล์ได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงอัลลีลปกติที่มีอยู่ ยีนก่อมะเร็งนี้จะสร้างโปรตีนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการแสดงออกของเซลล์ ถ้าเกิดการกลายพันธุ์หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของยีนเกิดขึ้นจะส่งเสริมการทำงานของยีนก่อมะเร็งได้ โดยจะทำให้เกิดการเจริญเติบโตที่ไม่สามารถควบคุมได้ และกระตุ้นให้เซลล์ทำงานมากกว่าปกติ เซลล์จะเพิ่มจำนวนอย่างไร้การควบคุม เช่น ยีน K-ras Protooncogene หรือ Kirsten-ras-2 เป็นยีนที่อยู่บนแขนข้างสั้นของโครโมโซมคู่ที่ 12 การกลายพันธุ์ของ K-ras จะพบก้อนเนื้อในขนาดใหญ่มาก และมักเกิดหลังจากการเปลี่ยนแปลงของยีน APC ในขบวนการเกิดเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ หน้าที่ของยีน K-ras อาจนับเป็น Growth facilitator ซึ่งจะช่วยให้ก้อนเนื้อที่มีขนาดเล็กเจริญเป็นก้อนขนาดใหญ่ และการกลายพันธุ์ของยีน K-ras นั้นไม่จำเป็นต้องก่อให้เกิดมะเร็งเสมอไป ส่วนกลไกการถ่ายทอดทางพันธุกรรมมาแต่กำเนิดนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด

สรุปได้ว่าการเกิดเนื้องอกของลำไส้ใหญ่เกิดจากขั้นตอนที่มีการสะสมการเปลี่ยนแปลงในยีนหลายชนิด เริ่มต้นจากยีนที่เยื่อหุ้มลำไส้ปกติ เกิดเปลี่ยนแปลงเป็นก้อนเนื้อออกนั้นมียีน APC ซึ่งนับเป็นตัวยุทธของการเปลี่ยนแปลงนี้ โดยอัลลีลตัวที่หนึ่งของยีนเริ่มมีการกลายพันธุ์ ตามมาด้วยการสูญเสียอัลลีลตัวที่สอง มีผลทำให้ขาดโปรตีน APC ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์ปกติ ทำให้เซลล์เพิ่มจำนวนมากขึ้นจนกลายเป็นก้อนเนื้อออก ถ้าการกลายพันธุ์นี้ไปเริ่มต้นเกิดที่ยีน K-ras จะได้กลุ่มเซลล์ที่พัฒนาไปเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถเปลี่ยนเป็นมะเร็งได้ (Nonneoplastic lesion) ขั้นตอนต่อมาเซลล์ก้อนเนื้อออกจะเกิดกลายพันธุ์อีกครั้ง โดยจะเกิดในยีน K-ras ทำให้เซลล์เพิ่มจำนวนมากขึ้น มีขนาดโตขึ้น ระหว่างนี้จะมีการกลายพันธุ์สะสมไว้ที่เซลล์ร่วมด้วย เนื่องจากการกลายพันธุ์ของยีน DCC และ p53 ซึ่งมีความสำคัญ

ในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ที่ผิดปกติและการแพร่กระจายของเนื้องอก จึงทำให้ก้อนเนื้องอกเจริญมากขึ้น และแทรกแซงไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียง กระจายไปยังที่ไกล ๆ ได้

พยาธิสรีรวิทยาของมะเร็งลำไส้ใหญ่

ในลำไส้ใหญ่ที่ปกติจะมีการแบ่งตัวของเซลล์ สร้างเซลล์เยื่อบุผิว (Epithelial cell) ใหม่เฉพาะในบริเวณฐานล่าง 1 / 3 ของ Crypts เท่านั้น ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการแบ่งตัวมาก เกิดการแบ่งตัวและเปลี่ยนรูปร่างของเซลล์แล้วจะเคลื่อนขึ้นสู่ด้านบน เมื่อเติบโตเต็มที่ก็จะหยุดการแบ่งตัว ในที่สุดก็จะตายและหลุดลอกลงไปสู่ลูเมน (Lumen) ของลำไส้ ลักษณะที่มองเห็นด้วยตาเปล่าของมะเร็งลำไส้ใหญ่แตกต่างกันตามตำแหน่ง ถ้าเป็นที่ซีคัม (Secum) หรือลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้นมักมีลักษณะเป็นก้อนขนาดใหญ่จนมีเลือดมาเลี้ยงไม่พอ เกิดการตายเฉพาะส่วน (Necrosis) ได้ง่าย ทำให้มีเลือดออก ลักษณะก้อนนี้พบในตำแหน่งอื่นได้แม้แต่ในไส้ตรง (Rectum) ที่ลำไส้ใหญ่ซีกซ้ายและไส้ตรงมะเร็งจะขยายตัวตามแนวขวางเป็นวงรอบหรือเกือบรอบ ทำให้ท่อลำไส้บริเวณนั้นแคบลง และที่ผิวอาจเป็นแผลด้วย ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ได้ง่าย มะเร็งลำไส้ใหญ่อาจเกิดจากเนื้องอก (Polyp) ไม่ว่าจะเป็นก้อนเดี่ยวหรือหลาย ๆ ก้อน ตามทฤษฎี Adenoma carcinoma sequence กล่าวคือจะเริ่มต้นเกิดเป็นเนื้องอกบนเยื่อบุลำไส้ใหญ่ก่อน ต่อมาจึงเปลี่ยนเป็นมะเร็ง ซึ่งกินเวลาประมาณ 10-15 ปี ในก้อนเนื้องอกนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงให้เห็นชัดเจน โดยพบว่ายังมีการแบ่งตัวอย่างต่อเนื่อง และไม่พบมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเซลล์เกิดขึ้น จึงเห็นเป็นส่วนของกลุ่มเซลล์ที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นรอบ ๆ ส่วนของ Crypts ทำให้พื้นที่ผิวเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีการแบ่งตัวของเซลล์อย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีการแก่ตัว จึงเกิดการฝังตัวลงและเกิดการแตกแขนงซ้อนกัน ถ้ามีการแบ่งตัวและเจริญเติบโตทันเซลล์เยื่อบุผิวที่ผิดปกติ บริเวณฐานที่แตกแขนงเหล่านี้ก็จะยื่นยาวเป็นลักษณะนิ้วมือออกไปเกิดเป็น Villous adenoma พบประมาณร้อยละ 10 ลักษณะจะยื่นตรงจากผิวผนังลำไส้เป็นรูปนิ้วยาว ๆ ออกไปรอบทิศจากศูนย์กลาง ดังภาพประกอบ 3 แสดงลักษณะเยื่อบุผิวภายในลำไส้ใหญ่ที่ปกติและผิดปกติ (ไฟโรจน์ เหลืองโรจนกุล. 2536 : 201) ซึ่งมักมีขนาดใหญ่ แต่ถ้าเกิดช้าไม่ทันเซลล์เยื่อบุผิวก็จะกลายเป็น Tubular adenoma เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด มีลักษณะพับติดต่อกันเป็นรูปท่อ หรืออาจพบร่วมกันทั้งสองแบบ (Tubulovillous) เมื่อมะเร็งเกิดขึ้นจะมีการเจริญเติบโตจนบดบังส่วนของก้อนเนื้องอก จนแทนที่ก้อนเนื้องอกในที่สุด โดยไม่มีการหยุดการเจริญเติบโต และอาจมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่รอบ ๆ รวมทั้งชั้นที่อยู่ด้านล่างลึกลงไปของผนังลำไส้ หรือกระจายไปยังอวัยวะทั่วร่างกายที่ไกลออกไปโดยแพร่กระจายผ่านทางหลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง

สิระยา สัมมาวาจ และสมพร ชินโนรส (2543 : 142 -145) กล่าวถึงการแพร่กระจายการแบ่งระยะ (Stage) และระดับ (Grade) ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ดังนี้

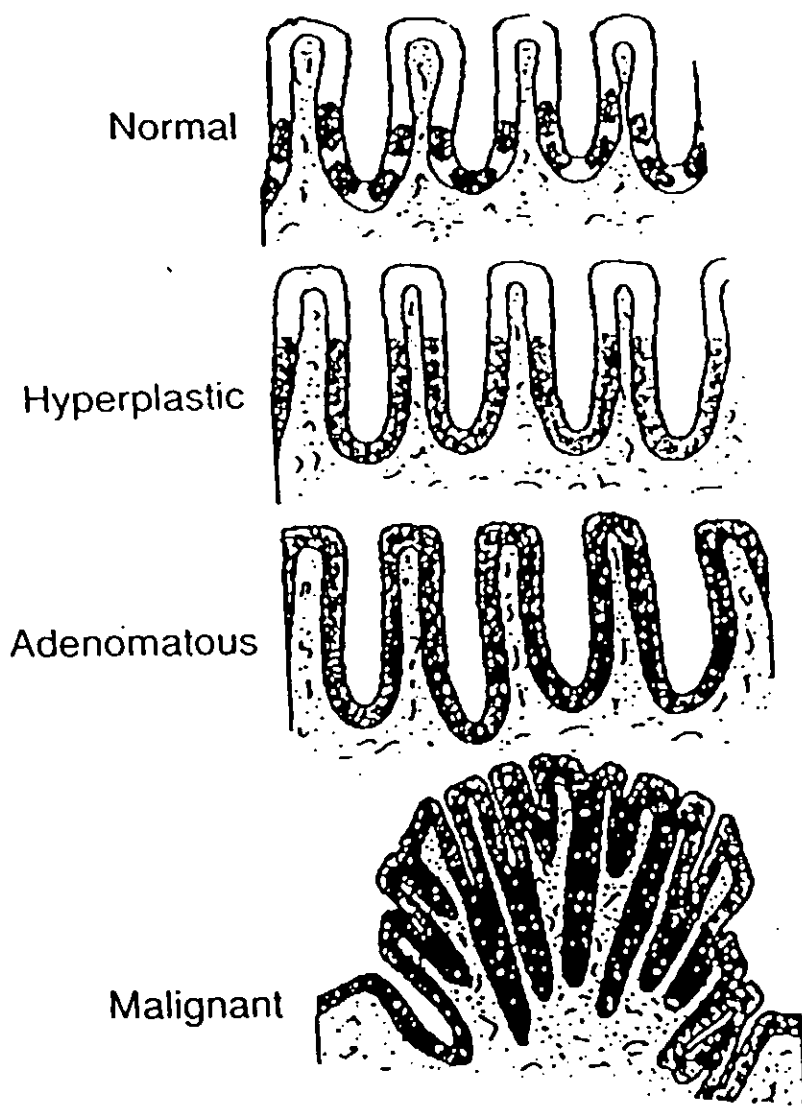
การแพร่กระจาย

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่เกิดจาก Adenomatous polyps เมื่อก้อนเนื้องอกกลายเป็นมะเร็งมันจะเพิ่มขนาดภายในช่องลำไส้ (Lumen) และแพร่กระจายได้หลายทาง

ทางแรก มะเร็งจะแพร่กระจายภายในชั้นของผนังลำไส้ใหญ่

ทางที่ 2 มะเร็งแพร่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลืองและหลอดเลือด สำหรับหลอดเลือด เซลล์มะเร็งเข้าไปโดยตรงจากก้อนเนื้อต้นกำเนิด (Primary tumor) ผ่านหลอดเลือดหรือทางเดินน้ำเหลืองในลำไส้ เข้าสู่วัยวะอื่น ๆ ที่พบมากที่สุดคือ ตับ รองลงมาคือ ปอด เซลล์มะเร็งจะแพร่กระจายต่อไปคือ ต่อมนทรวงอก ไต ผิวหนัง กระดูก และสมอง

ทางที่ 3 มะเร็งแพร่กระจายโดยการแตกหน่อ (Seeding or Implanting cell) ในช่องเยื่อช่องท้อง เนื่องจากเมื่อตัดก้อนเนื้องอกออก เซลล์มะเร็งอาจหลุดหรือแตกออกจากก้อนเนื้องอก และร่วงหล่นเข้าไปในช่องเยื่อช่องท้อง กลายเป็นมะเร็งในช่องเยื่อช่องท้องต่อไป



ภาพประกอบ 3 แสดงลักษณะเยื่อบุผิวภายในลำไส้ใหญ่ที่ปกติและผิดปกติ

การแบ่งระยะ (Stage)

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถแบ่งระยะตามหลักของดุก (Duke) และระบบทีเอ็นเอ็ม (TNM = Tumor, Node, Metastasis) Duke แบ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักออกเป็น 4 ระยะ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 การแบ่งระยะ (Stage) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตามหลักของ Duke

ระยะ(Stage)	ลักษณะของเนื้องอก
A	มะเร็งอยู่ในชั้นของผนังลำไส้
B	มะเร็งแพร่กระจายออกจากลำไส้เข้าไปยังเนื้อเยื่อนอกไส้ตรง (Rectum) แต่ยังไม่ถึงต่อมน้ำเหลือง
C	มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งอาจเติบโตทะลุผนังลำไส้
D	มะเร็งแพร่กระจายไปทั่วหรือไม่สามารถตัดเอาก่อนเนื้องอกนั้นออกได้

ที่มา : สิริยา สัมมาวาจ และสมพร ชินโนรส. การพยาบาลทางศัลยศาสตร์ เล่ม 3. 2543 : 143.

จากข้อมูลในตาราง 1 จะเห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เป็นในระยะต้นๆ คือระยะ A และ B ที่ยังไม่มีการแพร่กระจายเข้าไปถึงต่อมน้ำเหลือง โอกาสของการมีชีวิตรอดใน 5 ปี สูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ C และ D ตามลำดับ ซึ่งการแบ่งตามหลักของ Duke พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีอัตราการมีชีวิตรอดใน 5 ปี ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 ระยะและร้อยละของการมีชีวิตรอดใน 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ระยะ(Stage)	ร้อยละของการมีชีวิตรอดใน 5 ปี
A	90
B	60 – 80
C	25 – 50
D	น้อยกว่าร้อยละ 5

ที่มา : สิริยา สัมมาวาจ และสมพร ชินโนรส. การพยาบาลทางศัลยศาสตร์ เล่ม 3. 2543 : 143

ส่วนระบบ TNM แบ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักออกเป็น 4 ระยะเช่นกัน ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 การแบ่งระยะมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตามระบบ TNM

ระยะ (Stage)	Tumor	Node	Metastasis
0	Tis	N0	M0
1(A)	T1	N0	M0
	T2	N0	M0
2(B)	T3	N0	M0
	T4	N0	M0
3(C)	anyT	N1	M0
	anyT	N2	M0
	anyT	N3	M0
4(D)	anyT	anyN	M1

ที่มา : สิริยา สัมมาวาจ และสมพร ชินโนรส. การพยาบาลทางศัลยศาสตร์ เล่ม 3. 2543 : 144.

อธิบายความหมายในตาราง 3 ดังนี้

T	ก้อนมะเร็ง
Tx	ไม่สามารถ Assessed primary tumor ได้
T0	ไม่มีข้อบ่งชี้ของ Primary tumor
Tis	มะเร็งที่เยื่อบุผิว (Carcinoma in situ)
T1	มะเร็งกระจายเข้าไปในชั้นใต้เยื่อเมือก (Submucosa)
T2	มะเร็งกระจายเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อ (Muscularis propria)
T3	มะเร็งกระจายผ่านชั้นกล้ามเนื้อเข้าไปถึงชั้น Subserosa แต่ยังไม่เข้าไปในช่องเยื่อช่องท้อง หรือเนื้อเยื่อรอบไส้ตรง
T4	มะเร็งเข้าไปในช่องเยื่อช่องท้อง หรือเข้าไปถึงอวัยวะอื่น
N	ต่อมน้ำเหลือง
Nx	ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลือง (Regional lymph nodes) ได้
N0	ยังไม่มี การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง
N1	มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองรอบลำไส้ใหญ่ หรือต่อมน้ำเหลืองรอบทวารหนัก 4 ต่อมน หรือมากกว่า 4 ต่อมน
N3	มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ลำตัว
M	อวัยวะอื่น
Mx	ไม่สามารถประเมินว่ามีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นได้
M0	ไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น
M1	มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

การแบ่งระดับ (Grade)

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบ่งได้ 4 ระดับ ดังปรากฏตามตาราง 4 และพบว่าระดับ 1 มีอัตราการมีชีวิตรอดมากกว่าระดับ 2 ระดับ 3 และ 4 ตามลำดับ

ตาราง 4 การแบ่ง Grade ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

Grade	Histological appearance
1	เนื้ออกมี Well differentiated
2	เนื้ออกมี Moderate well differentiated
3	เนื้ออกมี Poor differentiated
4	เนื้ออกมี Anaplastic

ที่มา : สิริยา สัมมาวาจ และ สมพร ชินโนรส. การพยาบาลทางศัลยศาสตร์ เล่ม 3. 2543 : 145.

มะเร็งลำไส้ใหญ่โตช้า อาจอยู่นานถึง 5 ปี โดยไม่มีอาการแสดงทางคลินิก ผลที่ตามมาของการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่คือ ลำไส้อุดตัน มีแผลที่ผนังลำไส้ ทำให้มีเลือดออก หรือลำไส้ทะลุ และมีเยื่อช่องท้องอักเสบ รวมทั้งเป็นฝี หรือช่องทางติดต่อ (Fistula) ระหว่างลำไส้ใหญ่กับกระเพาะปัสสาวะหรือช่องคลอด นอกจากนั้นก้อนมะเร็งในลำไส้ใหญ่ที่มีขนาดโตมากอาจไปกดอวัยวะข้างเคียง เช่น มดลูก กระเพาะปัสสาวะ และท่อนไต เป็นต้น

ลักษณะทางคลินิก

การแสดงทางคลินิกของมะเร็งลำไส้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ดังนี้

1. ลำไส้ใหญ่ซีกขวา เป็นท่อนที่มีขนาดค่อนข้างกว้าง และอุจจาระที่ผ่านเข้ามามี

ลักษณะเหลว เมื่อเกิดมะเร็งในบริเวณนี้ จึงไม่ทำให้ท่อนลำไส้แคบลง จึงไม่ก่อให้เกิดการอุดตันหรือกีดขวางการผ่านของอุจจาระ อาการปวดท้องหรือการเปลี่ยนแปลงของการถ่ายอุจจาระจึงไม่เกิด หรือเกิดในระยะหลังแล้ว แต่อาการหลักเกิดจากก้อนเป็นแผลมีเลือดออกช้า ๆ โดยไม่เปลี่ยนสีหรือลักษณะการถ่ายของอุจจาระ แต่ก่อให้เกิดภาวะเลือดจางเรื้อรัง อาจมีอาการแสดงของโรคด้วยอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายหรือเจ็บหน้าอก การตรวจอุจจาระอาจไม่พบเลือดปนเนื่องจากเลือดไม่ได้ออกตลอดเวลา ถ้าตรวจเลือดจะพบภาวะโลหิตจางชนิดขาดธาตุเหล็ก (Microcytic anemia)

2. ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย ท่อนลำไส้แคบกว่าซีกขวา และอุจจาระเริ่มมีลักษณะเป็นก้อนแล้ว มะเร็งบริเวณนี้มักกลุกตามเป็นวงรอบผนังลำไส้จึงทำให้เกิดการอุดตันได้ง่าย และอุจจาระผ่านลำบาก จึงแสดงออกด้วยอาการปวดท้องรุนแรง และมีการแปรปรวนของการถ่ายอุจจาระ คืออุจจาระผ่านจุดอุดตันไม่ได้จึงมีอาการท้องผูก หลังจากลำไส้บีบตัวรุนแรงจนอุจจาระส่วนที่เหลือ

ผ่านไปไ้จะเกิดอาการท้องเดิน พบมีอาการท้องผูกสลับกับท้องเดินบ่อย ๆ เป็นระยะหนึ่งจนกระทั่งเกิดการอุดตันทั้งหมด ในกรณีที่มีเลือดออกจะถ่ายเป็นเลือดสีแดง และอาจเห็นว่าแยกต่างหากจากก้อนอุจจาระ

3. ไล่ตรง เป็นตำแหน่งที่อุจจาระรวมตัวเป็นก้อนแล้ว การมีก้อนมะเร็งก็คล้ายการมีก้อนอุจจาระ ผู้ป่วยจึงมีอาการถ่ายอุจจาระบ่อย แม้ไม่มีอุจจาระออกแล้ว ผู้ป่วยจึงมีอาการปวดเบ่ง เนื่องจากมีความรู้สึกเหมือนมีก้อนอุจจาระค้างอยู่ตลอดเวลา และถ้ามีเลือดออก เลือดมักอยู่ที่ผิวของก้อนอุจจาระ หรือไหลตามอุจจาระมาคล้ายกรณีที่ออกจากริดสีดวงทวาร

4. ทวารหนัก เป็นก้อนคล้ำได้ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสดและรู้สึกปวดหลังถ่าย มีต่อมน้ำเหลืองโตที่ขาหนีบ

อาการอื่น ๆ คือ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ผอมลง ก้อนอุจจาระมีขนาดเล็กลง การตรวจวินิจฉัย

1. ประวัติ ประวัติการรับประทานอาหาร นิสัยในการถ่ายอุจจาระ จะพบว่าผู้ป่วยชอบอาหารไขมันและโปรตีน รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย มีประวัติท้องผูกเป็นประจำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อายุเกิน 40 ปี ควรสงสัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และดำเนินการตรวจวินิจฉัยโรคต่อไป

2. การตรวจร่างกาย ผอม อาจคลำพบก้อนที่บริเวณหน้าท้อง หรือใช้นิ้วคลำพบก้อนทางทวารหนัก

3. การตรวจพิเศษ มีดังนี้

3.1 ส่องกล้องเข้าไปตรวจดูลำไส้ส่วนที่เป็นรูปตัวเอส (Sigmoidoscope) ซึ่งจำเป็นต้องทำทุกรายที่มีอาการผิดปกติของลำไส้ส่วนปลาย สามารถวินิจฉัยได้ร้อยละ 60 และตัดชิ้นเนื้อไปตรวจได้ด้วย

3.2 การส่องกล้องเข้าไปตรวจดูลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) สามารถตรวจตลอดลำไส้ใหญ่เพื่อดูตำแหน่งของมะเร็ง เมื่อพบรอยโรคยังใช้รักษา หรือตัดชิ้นเนื้อไปตรวจได้ด้วย

3.3 การสวนแป้งแบเรียมทางทวารหนักเข้าไปในลำไส้ใหญ่ แล้วถ่ายภาพรังสี (Barium enema)

3.4 การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ (Biopsy) และ การตรวจเอ็กซเรย์ด้วยคอมพิวเตอร์ (CT scan : Computed Tomography Scan)

3.5 การตรวจทางห้องทดลอง ได้แก่ การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดในอุจจาระ (Stool occult blood) การตรวจ CEA (Carcino Embryonic Antigen) ตรวจดูระดับโปรตีนที่สร้างโดยเซลล์มะเร็ง มีประโยชน์ในการติดตามผลการรักษาหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ว่ามีการกลับเป็นซ้ำหรือไม่ ซึ่งค่านี้จะสูงในระยะท้าย ๆ ของมะเร็งลำไส้ใหญ่

การรักษา

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่มีหลายวิธี อาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกัน แต่ละวิธีมีดังนี้ คือ

1. การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด ความรุนแรงของมะเร็ง การผ่าตัด โดยการตัดลำไส้ช่วงที่เป็นมะเร็งออกให้มากพอ อย่างน้อยให้เลยส่วนที่มองเห็นว่าเป็นมะเร็งข้างละ 5 เซนติเมตร รวมทั้งตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นออกให้หมด หากเหลือลำไส้ไม่มากพอที่จะนำมาต่อกลับ จำเป็นต้องทำศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ (Colostomy) ซึ่งมีอยู่ 2 ชนิด คือ แบบชั่วคราว (Tempolary) หรือแบบถาวร (Permanent)

2. การใช้รังสีรักษา หมายถึงการฉายรังสีไปฆ่า หรือทำลายเซลล์มะเร็ง

3. การใช้เคมีบำบัด หมายถึงการให้ยา หรือสารที่จะไปฆ่า หรือทำลายเซลล์มะเร็ง

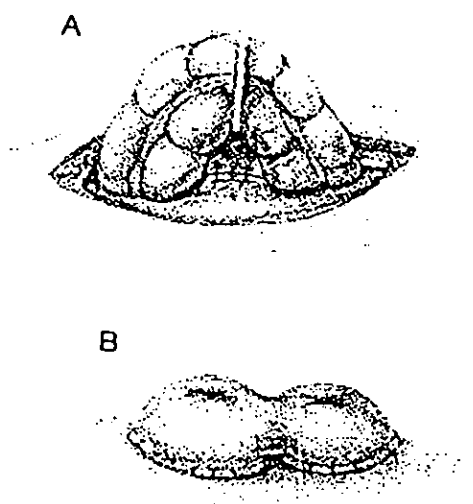
4. การรักษาพยาบาล เป็นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการทั่ว ๆ ไป

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ทำศัลยกรรมรูเปิดทวารหนักทั้ง 2 ชนิด จึงจะกล่าวถึงดังนี้

ศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ (Colostomy)

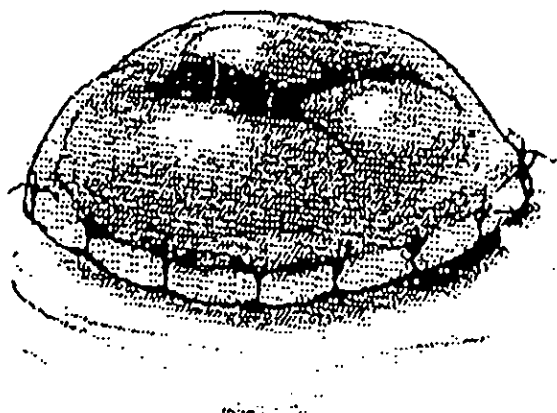
หมายถึง การนำเอาส่วนของลำไส้มาเปิดที่บริเวณหน้าท้อง เพื่อให้อุจจาระซึ่งปกติจะออกทางช่องทวารหนักให้เปลี่ยนทางออก โดยให้ออกทางหน้าท้อง ซึ่งมี 2 ชนิด คือ

1. แบบชั่วคราว (Tempolary) ขอบ่งชี้ในการทำ เพื่อเป็นการรักษาโรคลำไส้ใหญ่อักเสบ หรือการได้รับอุบัติเหตุที่ลำไส้ใหญ่เกิดแผล เป็นการผ่าตัดที่ลำไส้ใหญ่ส่วนต้น เช่น ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (Ascending colon) หรือลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (Transverse colon) ลักษณะของช่องเปิดของลำไส้อาจทำเป็น Loop colostomy คือนำส่วนของลำไส้มาเจาะเปิดออกบริเวณหน้าท้องเป็นแบบที่ทำงานและนิยมทำกันมากที่สุด หรืออาจทำเป็น Double – barrelled colostomy โดยนำส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ทั้งสองด้านมาเปิดบริเวณเหนือหน้าท้อง ดังภาพประกอบ 4 ลักษณะรูเปิดลำไส้ใหญ่แบบชั่วคราว (ภาพล เลหาเพ็ญแสง. 2544 : 442) การทำผ่าตัดชนิดนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เป็นทางผ่านของอุจจาระชั่วคราว เมื่อรักษาลำไส้ให้หายเป็นปกติแล้ว จึงทำผ่าตัดปิดรูเปิดลำไส้ใหญ่ ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 2 เดือน



ภาพประกอบ 4 ลักษณะรูเปิดลำไส้ใหญ่แบบชั่วคราว

2. แบบถาวร (Permanent) ขอบังชี้ในการทำเพื่อรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer) เป็นการผ่าตัดทั้งทางหน้าท้องและทางฝีเย็บ เพื่อตัดลำไส้ตั้งแต่ส่วนที่อยู่เหนือตำแหน่งที่เป็นมะเร็งลงมาถึงกล้ามเนื้อหูรูดรอบทวารหนัก รวมทั้งเนื้อเยื่อรอบ ๆ ตลอดจนถึงน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงออกหมด แล้วนำส่วนปลายสุดที่เหลือจากการผ่าตัด ซึ่งมักจะเป็นลำไส้ส่วนที่เป็นรูปตัวเอส (Sigmoid) หรือลำไส้ส่วนลง (Descending) มาเปิดทางหน้าท้องเพื่อเป็นทางให้อุจจาระออกอย่างถาวรแทนทวารหนัก เรียก End sigmoid colostomy หรือ Permanent colostomy ดังภาพประกอบ 5 ลักษณะรูเปิดลำไส้ใหญ่แบบถาวร (กัภาพ เลหาเพ็ญแสง. 2544 : 445)



ภาพประกอบ 5 ลักษณะรูเปิดลำไส้ใหญ่แบบถาวร

การดูแลก่อนผ่าตัด

1. การดูแลด้านจิตใจ เป็นสิ่งสำคัญมากเนื่องจากผู้ป่วยจะเกิดความกลัว วิดกกังวล เมื่อทราบว่าจะต้องทำผ่าตัดเอาลำไส้ออกมาทางหน้าท้อง และถ่ายอุจจาระออกทางหน้าท้อง ดังนั้นจะต้องวางแผนการสอนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเริ่มอธิบายเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น วิธีการผ่าตัด วิธีการฝึกหายใจเพื่อเป็นการคลายความเครียด นอกจากนี้ยังช่วยเสริมการทำงานของปอด ลลิตา ชีระสิริ (2544 : 27) กล่าวว่า การฝึกหายใจให้เต็มปอดจะช่วยกำจัดยาที่ใช้เพื่อสลบที่เป็นแก๊สออกมาจากร่างกายหลังผ่าตัดได้ดีขึ้นนอกจากนี้จะช่วยให้อาการฟื้นสภาพได้ดีหลังการผ่าตัด เพราะบางครั้งการใส่ท่อช่วยหายใจไว้ขณะผ่าตัดอาจจะทำให้เกิดการระคายเคือง ก่อให้เกิดเสมหะคั่งในปอด การฝึกหายใจยาว ๆ จะช่วยกำจัดเสมหะได้ดี สภาพหลังผ่าตัด ที่ต้องถ่ายอุจจาระออกทางหน้าท้อง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและวิธีการปฏิบัติตัวต่าง ๆ เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและช่วยลดความเครียดหรือความวิตกกังวลลงได้ ซึ่งวิธีคลายความเครียดโดยการฝึกการหายใจจะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไป

2. การดูแลด้านร่างกาย

2.1 การดูแลความสะอาดร่างกายตลอดจนความสบายทั่วไป

2.2 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารเพียงพอ โดยเฉพาะอาหารที่มี

โปรตีนและวิตามินสูง หลังจากการผ่าตัดเนื้อเยื่อในร่างกายจำเป็นต้องมีการสมานตัวคืนสภาพร่างกายจำเป็นต้องมีสารอาหารเพื่อการนี้ ส่วนหนึ่งไว้พร้อมตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด สารอาหารที่จำเป็นสำหรับการหายของบาดแผลได้แก่ โปรตีน วิตามินและอาหารเสริมสำหรับการสมานแผล ก่อนผ่าตัด 24 ชั่วโมงให้อาหารเหลว และดื่มน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด 8 - 12 ชั่วโมง (ลลิตา ชีระสิริ. 2544 : 11)

2.3 การเตรียมลำไส้ให้สะอาดปราศจากก้อนอุจจาระและกากอาหารก่อนผ่าตัด ให้สวนล้างด้วยน้ำเกลือ และ $MgSO_4$ 50% มากพอที่จะให้ถ่ายเป็นน้ำใส ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อลดจำนวนแบคทีเรียในลำไส้และป้องกันเชื้อปนเปื้อนแผลผ่าตัด

2.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

2.5 การใส่สายยางทางจมูกเข้ากระเพาะอาหาร (NG tube : Nasogastric tube) เพื่อระบายสิ่งคั่งค้างในกระเพาะอาหารออก และคงไว้หลังผ่าตัด 3 - 4 วัน เมื่อลำไส้ทำงานเป็นปกติก็จะเอาสายยางออก

การคลายความเครียด

กรมสุขภาพจิต (2540 : 1) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นความกระวนกระวายใจ เนื่องจากสถานการณ์อันไม่พึงพอใจเกิดขึ้น ความปรารถนาไม่ได้รับการตอบสนองหรือเป็นอันผิดหวังไปจากเป้าหมายที่ต้องการ

การกีฬาแห่งประเทศไทย (2539 : 98) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นปฏิกิริยาของร่างกายและจิตใจ ซึ่งถูกกระตุ้นให้มีการตื่นตัวมากกว่าภาวะปกติ เพื่อเตรียมพร้อมและเข้าเผชิญกับสถานการณ์ที่ย่างยากซับซ้อน และมีความสำคัญต่อชีวิตความเป็นอยู่ ความสำเร็จของชีวิต หรือความสำเร็จของตนเอง

สุธรรมา เทียนอุดม (2542 : 27) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นเรื่องของจิตใจ ที่เกิดความตื่นตัว เตรียมรับเหตุการณ์ อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งไม่น่าพอใจ และเป็นเรื่องที่ดีที่มากเกินไป กำลังความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้เกิดความรู้สึกหนักใจ

จากที่กล่าวถึงความหมายของความเครียด สรุปได้ดังนี้ ความเครียด หมายถึง ภาวะของอารมณ์ ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่บีบคั้นและมีความสำคัญต่อชีวิตความเป็นอยู่ หรือความสำเร็จของตนเอง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจได้

ดังนั้นเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่เน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก ในที่นี้จะขอกล่าวถึง 3 วิธี ดังนี้

1. การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ

วิธีการฝึก นอนในท่าสบาย เกร็งและคลายกล้ามเนื้อเป็นพัก ๆ โดยเริ่มจากข้อเท้า เลื่อนขึ้นไปยังกล้ามเนื้อบริเวณขา ต้นขา อุ้งเชิงกราน สะโพก ลำตัว แขน ในการนี้ต้องพยายามรับความรู้สึกเกี่ยวกับการเกร็งตัว และการคลายตัวของกล้ามเนื้อ พร้อมหรือเสียงพูดประกอบการฝึก ทำให้เกิดการผ่อนคลายด้านจิตใจ ดีขึ้นกับหายใจเข้าช้า ๆ อาจใช้ดนตรี

2. การฝึกการหายใจ

วิธีการฝึก โดยการฝึกหายใจเข้าช้า ๆ พร้อมกับนับ 1 – 5 แล้วกลืนหายใจเอาไว้ นานเท่ากับนับ 1 – 10 แล้วหายใจออกช้า ๆ ยาว ๆ นานเท่ากับนับ 1 – 5 ทำทุกวัน ๆ ละ 1 – 2 ครั้ง แต่ครั้งให้ฝึกนาน 5 นาที อาจจะใช้วิธีเปิดเพลงเบา ๆ พร้อมกับฝึกหายใจ จะผ่อนคลายกว่า (ลลิตา ธีระสิริ. 2544 : 28)

3. การทำสมาธิเบื้องต้น

วิธีการฝึก นั่งในท่าที่สบายไม่จำเป็นต้องนั่งขัดสมาธิ จะนั่งเก้าอี้ หรือทำไดก็ได้ที่รู้สึกสบายและอยู่ในที่นั้นได้นาน แล้วสร้างสติในการระลึกถึงลมหายใจเข้าออก อาจใช้คำภาวนาช่วย คือ หายใจเข้าภาวนา “พุท” หายใจออกภาวนา “โฮ” พยายามสนใจจดจ่ออยู่ที่ลมหายใจ (เนสท์เล่ โปรดักทส์ (ไทยแลนด์) อินค์. มปป : 21)

การดูแลหลังผ่าตัด

1. สังเกตอาการตกเลือดของบาดแผลทางหน้าท้องและฝีเย็บ
2. ดื่มน้ำอย่างจากตัวผู้ป่วยลงขวด เพื่อระบายแก๊สออกได้สะดวก
3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุกครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อค เนื่องจากการ

ทำผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อออกจำนวนมากอาจทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดมาก ซึ่งแพทย์อาจพิจารณาให้สารละลาย หรือผลิตภัณฑ์เลือดทดแทน

4. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหาร หลังผ่าตัดลำไส้เล็กจะไม่ทำงานประมาณ 12 ชั่วโมง ลำไส้ใหญ่จะไม่ทำงานประมาณ 72 ชั่วโมง และผู้ป่วยจะหายลมในวันที่สอง หลังจากแพทย์เอาสายยางที่ต่อเข้ากระเพาะอาหารออกแล้ว ผู้ป่วยจะเริ่มรับประทานอาหารได้ โดยเริ่มจากอาหารเหลว อ่อน และธรรมดา ตามสภาพของผู้ป่วย ในระยะแรกอาจมีอาการท้องเสีย ชั่วคราวแล้วจะหายไปเองเมื่อถ่ายปกติแล้วควรระวังท้องผูก ควรให้ดื่มน้ำผลไม้ หรือดื่มน้ำมากๆ ไม่ควรทานยาระบาย

6. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

7. ในกรณีที่มิมีผลที่พึงประสงค์ควรให้ผู้ป่วยแช่ด้วยน้ำต้งทับทิมอุ่น ๆ หลังตัดไหมแล้ว จนกว่าแผลจะแห้งดี

8. การดูแลแผลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดต่อไป

การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่

ผู้ป่วยที่ทำการศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่มักพบปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างในสังคม และการดูแลแผลรูเปิดลำไส้ใหญ่ จึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือให้สามารถปรับตัว ยอมรับกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ตลอดจนมีความพร้อมที่จะดูแลตนเอง เพื่อสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยในการดูแลตนเองก่อนออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ดังนี้

1. การทำความสะอาดรูเปิดลำไส้ใหญ่และผิวหนังรอบๆด้วยสบู่และน้ำ การใช้ น้ำอุ่นทำความสะอาดเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด แนะนำให้ใช้สบู่อย่างอ่อน เช่น สบู่เด็ก ไม่มีส่วนผสมของน้ำมันซึ่งทำให้การยึดติดของถุงรองรับอุจจาระไม่แน่น ควรล้างให้สะอาดเนื่องจากอาจมีการตกค้างของสบู่ซึ่งทำให้เกิดผิวหนังอักเสบได้ ควรโกนขนบริเวณรอบรูเปิดลำไส้ใหญ่ เมื่อถึงถุงรองรับอุจจาระออกจะได้ไม่เจ็บ หรือเกิดชุมชนอักเสบได้ และการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระตามความจำเป็น เพื่อป้องกันไม่ให้ผิวหนังถูกกัด (Skin irritation) จากน้ำหรือของเสียที่ออกมาจากอุจจาระ

2. การใช้ถุงรองรับอุจจาระ (Colostomy bag) ทันทีกี่เปิดให้อุจจาระออกได้ ส่วนใหญ่จะใช้เป็นแบบถุงพลาสติกในระยะแรก ซึ่งต่อไปผู้ป่วยอาจพิจารณาเลือกแบบหรือชนิดของถุงรองรับอุจจาระได้ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล ซึ่งจะช่วยให้ไม่เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง ป้องกันกลิ่น น้ำหนักเบา สามารถหาซื้อได้ง่ายตามท้องตลาด สอนการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระเมื่อมีอุจจาระในถุงประมาณ 1 / 3 ของถุง ถ้ามากกว่านี้จะทำให้เกิดแรงดันรั้งทำให้ถุง

แยกหลุดจากแผ่นรองที่ติดกับผิวหนัง ควรให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองในการดูแลทำความสะอาด และเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ โดยเริ่มให้ผู้ป่วยช่วยเหลือ เล็ก ๆ น้อย ๆ ก่อน พยายามพูดให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและพร้อมที่จะทำเองทั้งหมด

3. การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดตามความต้องการ แต่ควรงดเว้นอาหารที่จะทำให้เกิดแก๊ส รสจัดและอาหารหมักดอง ขณะรับประทานอาหารควรเคี้ยวให้ละเอียด ไม่ควรรับประทานอาหารมากเกินไป ทานแต่พออิ่ม ดื่มน้ำหลังรับประทานอาหารเพื่อให้ย่อยได้ดีและขับถ่ายสะดวก ควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลาเพื่อให้มีการขับถ่ายอุจจาระที่เป็นเวลา หลักในการบริโภคอาหารจะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป

ชนิดของอาหารที่มีผลต่อการขับถ่ายอุจจาระ มีดังนี้ (นุชรี ไล่พันธุ์. 2542 : 13 ; อ้างอิงจาก Hamton & Bryant. 1992. *Ostomies and Continent Diversion Nursing Management*. unpagged)

อาหารที่ทำให้ท้องผูก ได้แก่ ก๋วยเตี๋ยว ข้าว ขนมปัง มันฝรั่ง ครีมเนยถั่ว ชีส โยเกิร์ต พาสต้า เป็นต้น

อาหารที่ทำให้ท้องร่วง ได้แก่ ถั่วแห้งหรือถั่วเปลือกแข็ง ช็อคโกแลต ผลไม้ดิบ ผักดิบ อาหารรสจัดหรือใส่เครื่องเทศมาก อาหารผัดหรือทอด อาหารไขมันสูง น้ำลูกพรุนหรือน้ำองุ่น ผักใบเขียว เช่น ผักขม บล็อกโคลี่ เป็นต้น

อาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น ได้แก่ ปลา ไข่ หน่อไม้ฝรั่ง กระเทียม เครื่องเทศ ถั่ว ผักกาด หัวหอม กะหล่ำปลี ชะอม ผักกระเฉด สะตอ กระถิน เป็นต้น

อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส ได้แก่ ถั่วเปลือกแข็ง เบียร์ น้ำอัดลม แดงกวา กะหล่ำปลี หัวหอม ผักขม ข้าวโพด หัวผักกาด เป็นต้น

4. การควบคุมการเกิดกลิ่นและแก๊ส สาเหตุเกิดจากการกลืนลมจากการดูดน้ำจากหลอด หรือพูดคุยระหว่างรับประทานอาหาร การเคี้ยวหมากหรือหมากฝรั่งและการสูบบุหรี่ แก๊สเกิดจากปฏิกิริยาของแบคทีเรียที่ไม่สามารถย่อยสารอาหารคาร์โบไฮเดรต ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่กล่าวมาข้างต้น บอกให้ผู้ป่วยทราบระยะเวลาที่อาหารเคลื่อนที่จากปากถึงลำไส้ใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถเลือกเวลาเดินทางที่เหมาะสมหรือมีกิจกรรมสังสรรค์ได้ อาจใส่สารป้องกันกลิ่น และควรเตรียมถุงรองรับอุจจาระไว้เปลี่ยนเมื่อมีอุจจาระในถุง 1 / 3 ของถุง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจเวลาออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน.

5. การออกกำลังกายและการทำงาน ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ ถ้าไม่มีข้อห้ามจากแพทย์ ยกเว้นการออกกำลังกายที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมากและการยกของหนักในระยะ 3 เดือนแรก เมื่อลำไส้ยุบวมและร่างกายแข็งแรงแล้ว โดยปกติใช้เวลาประมาณ 6 – 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถทำงานได้เหมือนเดิม และต้องเตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาด และถุงรองรับอุจจาระสำหรับไว้เปลี่ยนให้พร้อม

6. การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยมักพบ

ในผู้ป่วยที่ขาดความรู้และปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง จึงต้องให้คำแนะนำในการสังเกตและดูแลตนเอง แก่ผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่ (นุชรี ไล่พันธุ์. 2542 : 14 – 15)

6.1 การระคายเคืองของผิวหนังรอบบริเวณรูเปิดลำไส้ใหญ่ (Peristomal irritation) จากอุจจาระ ซึ่งพบว่ามีการทำลายผิวหนังได้หลายระดับ ขึ้นอยู่กับปริมาณของน้ำย่อยที่มีอยู่ในอุจจาระ ความเข้มข้นเป็นกรดหรือด่าง โดยปกติการระคายเคืองจะเกิดจากสารคัดหลั่งที่ออกมาจากลำไส้เล็ก ผู้ป่วยจะมีอาการผิวหนังเป็นรอยสีแดง เปื่อยยุ่ยและปวดแสบปวดร้อน ในการป้องกันผู้ป่วยควรเลือกถุงรองรับอุจจาระที่มีขนาดเหมาะสมกับรูเปิดลำไส้ วิธีแก้ไขคือ ทำความสะอาดบริเวณรอบ ๆ รูเปิดลำไส้ใหญ่ด้วยสำลีชุบน้ำต้มสุก ซับให้แห้งด้วยก๊อชหรือผ้าสะอาดที่อ่อนนุ่ม ทาสารปกป้องผิว (Skin barrier paste) ซึ่งสามารถป้องกันการระคายเคืองจากโคโรซิฟเอนไซม์ (Corrosive enzyme) สารที่ใช้ป้องกันการระคายเคือง ได้แก่ Karaya, Stomahesive powder เป็นต้น การใส่ถุงรองรับอุจจาระอาจใช้ผ้าก๊อชพันรอบบริเวณรูเปิดลำไส้ใหญ่ เพื่อป้องกันถุงรองรับอุจจาระไปกดทับบริเวณที่มีอาการระคายเคือง

6.2 การตีบของรูเปิดลำไส้ใหญ่ สาเหตุอาจเกิดจากการติดเชื้ หรือรูเปิดของผิวหนังหรือพังผืด (Fascia) เล็กเกินไป วิธีแก้ไขโดยการผ่าตัดแก้ไขใหม่ การตีบภายหลังการผ่าตัดมักพบบ่อยในรายที่ทำรูเปิดลำไส้ใหญ่แบบถาวรเป็นเวลานานหลายปี วิธีแก้ไขคือ ใช้นิ้วก้อยของผู้ป่วยถ่างขยายรูเปิดนี้ภายหลังทำความสะอาดรูเปิดลำไส้ทุกครั้ง แต่ถ้ามีอุจจาระหรือลมออกมาทางรูเปิดลำไส้เป็นปกติทุกวันแล้ว ไม่จำเป็นต้องถ่างขยายรูเปิดลำไส้ก็ได้ เพราะอาจเกิดการบาดเจ็บกับรูเปิดลำไส้ได้ถ้าเทคนิคการปฏิบัติไม่ถูกต้อง สิ่งสำคัญที่สุดห้ามใช้อุปกรณ์อื่น ๆ สอดเข้าไปในรูเปิดลำไส้เพราะอาจทำให้ลำไส้ทะลุได้

6.3 การอุดตัน มักเกิดจากอุจจาระแข็ง มีการอักเสบของลำไส้ เมื่อเกิดการอุดตัน ผู้ป่วยจะมีอาการท้องผูก คลื่นไส้ และปวดท้องร่วมด้วย การแก้ไขทำได้โดย การมาพบแพทย์ เพื่อให้ยาระบายให้อุจจาระอ่อนตัว หรือรับประทานผลไม้ที่บรรเทาอาการท้องผูก ได้แก่ ลูกพรุน แอปเปิ้ล และยาระบายอ่อน ๆ

6.4 การยื่นหรือการหดรั้งของลำไส้มากกว่าปกติ ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ เพื่อการผ่าตัดแก้ไข

6.5 การทะลุของลำไส้ สาเหตุเกิดจากการอักเสบ หรือมีการทะลุฉีกขาดของลำไส้ใหญ่ขณะผ่าตัด เช่น รอยบาดของเข็มที่เย็บ เป็นต้น ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เพื่อผ่าตัดแก้ไข

6.6 การบาดเจ็บและการกระทบกระเทือนต่อรูเปิดลำไส้ใหญ่ เนื่องจากรูเปิดลำไส้ใหญ่ไม่มีเส้นประสาทส่วนปลายมาเลี้ยงจึงไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด การบาดเจ็บอาจเกิดขึ้นได้ เช่น ขนาดและช่องเปิดของแผ่นรองมีขนาดเล็กเกินไป แผ่นรองและถุงรองรับอุจจาระแข็งกดที่รูเปิดลำไส้ เป็นต้น ผู้ป่วยจึงต้องระมัดระวังไม่ให้ขอบของแผ่นรองไปกดหรือรักรูเปิดลำไส้ ทำให้เกิดการบาดเจ็บได้

6.7 อาการท้องเสีย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหาร ควร
มาพบแพทย์ เพื่อให้ยารักษาอาการท้องเสีย เช่น Lomotil, Bismuth subgallate เป็นต้น

7. การมีเพศสัมพันธ์หลังจากผู้ป่วยพักฟื้นร่างกายจนแข็งแรงดี และรูเปิดลำไส้
ยุบวมเข้าที่ดีแล้ว ใช้เวลาประมาณ 6 – 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถมีความสัมพันธ์
ทางเพศกับคู่สมรสได้ตามปกติเหมือนก่อนผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดไม่มีผลทำให้ความรู้สึก
ทางเพศลดลงและการมีรูเปิดลำไส้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์ แต่พบว่าเป็นปัญหาที่มาจาก
จิตใจที่ไม่สามารถยอมรับการมีรูเปิดลำไส้ใหญ่ได้ เกิดความรู้สึกสมเพศสภาพของตน กลัว
การรังเกียจจากคู่ครอง กลัวอูจจะไหลเลอะเทอะ และคิดว่าตนเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถมีความ
สัมพันธ์ทางเพศได้อีก (พรพิมล อุปถัมภ์. 2530 : 20) ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดย การให้ความรู้
ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับรูเปิดลำไส้ใหญ่และวิธีการดูแล เพื่อสร้างความมั่นใจในการดำเนิน
ชีวิตประจำวัน แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดรูเปิดลำไส้และเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระก่อนที่จะ
มีเพศสัมพันธ์ ซึ่ง พีเค แบล็ค (P.K Black. 1994 : Abstract) กล่าวถึงความสัมพันธ์ทางเพศว่า
ต้องแน่ใจก่อนว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับผลของการทำผ่าตัด (มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง) จะ
ไม่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของเขา ควรเตรียมการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านนี้
แนะนำถ้าเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยไม่สามารถให้คำปรึกษาแนะนำได้ ก่อนที่พวกเขาจะพูดถึง
ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ แนะนำชนิดของการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ต้องเข้าใจ
ปัญหาของผู้ป่วยที่รักร่วมเพศ (Homosexual) รวมทั้งขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมของผู้ป่วย
ด้วย ในการให้คำแนะนำต้องคำนึงถึงจริยธรรมซึ่งจะมีผลต่อความรู้สึกยอมรับของผู้ป่วย

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็ง นอก
จากพันธุกรรมแล้วก็เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย ในการป้องกันการเป็น
มะเร็งลำไส้ใหญ่สำหรับบุคคลทั่วไป และสำหรับผู้ที่ได้รับการรักษาแล้วสามารถป้องกันไม่ให้
กลับเป็นซ้ำอีกควรปฏิบัติดังนี้

การบริโภคอาหาร

1. บริโภคอาหารให้มีปริมาณที่พอเหมาะกับวัยและสภาพและการทำงาน อาหารที่ดี
สำหรับคนทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มี
ไขมันและโปรตีนสูงในแต่ละมื้อ ควรรับประทานเนื้อปลาแทนเนื้อวัวหรือเนื้อหมู เป็นต้น

2. รับประทานอาหารที่มีใยอาหารเป็นประจำ เช่น ผักและผลไม้ คาคัสและริโบลี
(Kaaks and Riboli. 1995 : 466) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร
หนัก กับการบริโภคอาหารกากใยสูง พบว่าผู้ที่บริโภคอาหารกากใยสูง เช่น ผักและผลไม้ รับประทาน
เนื้อสัตว์และไขมันจากสัตว์ในปริมาณต่ำ มีผลทำให้ป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
และทวารหนักได้

3. รับประทานอาหารหมักเวียน อย่างทานอาหารชนิดเดียวซ้ำซากจำเจ

4. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีสารพิษหรือสารก่อมะเร็ง เช่น อาหารปิ้งย่างรมควัน น้ำอัดลมที่มีสีเจือปน เป็นต้น

5. หลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟ สุรา และการสูบบุหรี่ ควรดื่มน้ำมากๆ ประมาณวันละ 8 – 10 แก้ว เชื่อว่าน้ำจะช่วยเจือจาง ทำให้ขับถ่ายสะดวก และขับสารพิษออกจากร่างกายได้

นอกจากนี้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ควรปฏิบัติตัว ดังนี้

1. พักผ่อนให้เพียงพอและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
2. ฝึกให้มีการขับถ่ายเป็นเวลา อย่างกลั้นอุจจาระไว้หรือปล่อยให้ท้องผูก เพื่อป้องกันไม่ให้ผนังลำไส้สัมผัสกับสารก่อมะเร็ง และเป็นการขับสารพิษออกจากร่างกาย
3. หมั่นสำรวจดูระบบขับถ่ายรวมทั้งอุจจาระ เช่น ท้องผูกสลับกับท้องเสีย ถ่ายเป็นมูกปนเลือด เป็น ๆ หาย ๆ ลักษณะอุจจาระเส้นเล็กกลวง ถ้าพบอาการเหล่านี้ให้รีบพบแพทย์
4. ตรวจร่างกายตามคำแนะนำของแพทย์
5. ควรตรวจสุขภาพ หรือตรวจคัดกรองเพื่อหามะเร็งลำไส้ใหญ่ทุกปี

ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura's Self – Efficacy theory)

ทฤษฎีความสามารถตนเองมีหลักการมาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของสกินเนอร์ (Skinner) โดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) หลักแนวคิดของทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึง ความคาดหวังหรือความเชื่อในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลที่จะได้รับตามที่คาดหวังไว้ กล่าวคือ การที่บุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งหรือไม่นั้น จะต้องมีความคาดหวังในความสามารถตนเอง และเมื่อได้กระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลตามที่ต้องการ บุคคลจึงจะเกิดการปรับเปลี่ยนการกระทำตามพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นจึงเรียกทฤษฎีนี้ว่า ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura's Self – Efficacy theory) (Bandura. 1977 : 193 – 194) แบนดูราเสนอว่า กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องอาศัยความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดให้บุคคลกระทำพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)
2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavior factors)
3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factors)

ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสามนี้ มีลักษณะที่ต่อเนื่องเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกันและกันไว้ ซึ่งอิทธิพลของแต่ละปัจจัยจะมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสภาพสิ่งแวดล้อม นอกจากปัจจัยกำหนดพฤติกรรมดังกล่าวนี้แล้ว การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางใดย่อมขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และการเรียนรู้ โดยบุคคลจะ

นำประสบการณ์ที่สัมผัสไว้ไปคาดหวังในเหตุการณ์อื่น ๆ ที่จะเกิดตามมา และจะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา เช่น เกิดความวิตกกังวล เกิดความกลัว หรือเกิดความดีใจกับเหตุการณ์นั้น เป็นต้น และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้บุคคลเลือกตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมตามความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Efficacy expectation) ซึ่งความคาดหวังในความสามารถตนเองนี้จะเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่จะทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำสอนหรือคำแนะนำได้สูงที่สุด

ตามแนวทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ได้กล่าวถึงการเรียนรู้ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลว่าจะต้องผ่านกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม จึงทำให้เกิดความรู้ ความเชื่อ แรงจูงใจ เป็นต้น ซึ่งการเรียนรู้เกิดได้จาก 2 ทาง ดังนี้

1. การเรียนรู้จากประสบการณ์ เกิดขึ้นจากการที่บุคคลได้รับการเรียนรู้จากสภาพเงื่อนไขทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้เกิดขึ้นในบุคคล เช่น บุคคลจะเกิดความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง เป็นต้น และสิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคลได้เช่นกัน (อัมพร ศรีสารवल. 2541 : 10)

2. การเรียนรู้จากตัวแบบ เกิดจากการสังเกต การฟัง การอ่านพฤติกรรมของตัวแบบ แล้วได้รับผลของการกระทำภายใต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งเร้าให้ผู้สังเกตมีความคิดทัศนคติ หรือมีพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับลักษณะของตัวแบบ การเรียนรู้จากตัวแบบจะต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ 4 อย่าง ดังนี้ (Bandura. 1977 : 22)

2.1 กระบวนการตั้งใจ (Attention process) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ กระบวนการนี้จะทำให้บุคคลตัดสินใจเลือกข้อมูลที่ได้รับและจำแนกพฤติกรรมที่เขาสนใจจากตัวแบบไว้ จึงสามารถเรียนแบบพฤติกรรมนั้นได้

2.2 กระบวนการจดจำ (Retention process) โดยที่บุคคลจะรวบรวมข้อมูลสิ่งที่ได้รับจากตัวแบบแล้วเก็บไว้ในลักษณะของสัญลักษณ์ และแปลงข้อมูลเป็นมโนภาพและคำพูด เพื่อเก็บไว้ในความจำถาวรต่อไป บุคคลอาจเลียนแบบทันที หรือแสดงการเลียนแบบเมื่อเวลาผ่านไปและระยะหนึ่งโดยไม่ต้องมีตัวแบบมาแสดงอีกก็ได้

2.3 กระบวนการกระทำทางกาย (Motor production process) โดยการที่บุคคลแปลงลักษณะสัญลักษณ์จากการเก็บจำมาเป็นการกระทำ และมีการปรับปรุงแก้ไขการกระทำจนเป็นที่ถูกใจและพอใจของตนเอง ถ้าบุคคลระลึกภาพจากได้แม่นยำจะมีโอกาสกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบได้ถูกต้อง

2.4 กระบวนการจูงใจ (Motivation process) โดย ถ้าบุคคลพอใจหรือถูกใจในผลลัพธ์จากการแสดงของตัวแบบ หรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พอใจได้ ก็มีแนวโน้มที่จะแสดงการเลียนแบบได้สูง

ลักษณะของตัวแบบ มี 2 ประเภท คือ

1. ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Live model) เป็นตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง โดยไม่ต้องผ่านสื่อใด ๆ ข้อดีคือสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตัวแบบให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ได้ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงจะกระตุ้นความสนใจมากกว่าตัวแบบสัญลักษณ์

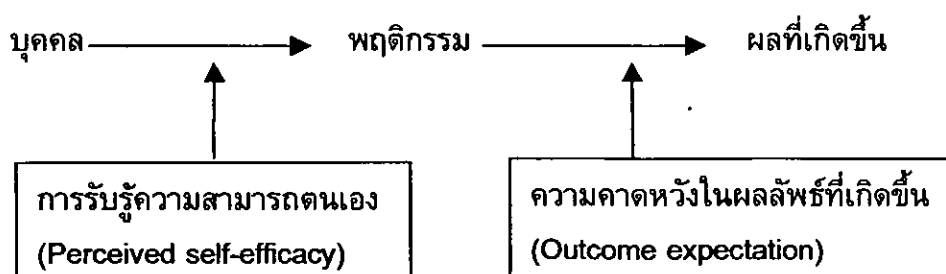
2. ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ เป็นต้น สามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์ และพฤติกรรมให้ชัดเจน ไม่ซับซ้อน ตลอดจนสามารถควบคุมผลการกระทำของตัวแบบได้ เนื่องจากการจัดเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้แล้ว (นุชรี ไล่พันธ์. 2542 : 22 ; อ้างอิงจาก Kalish. 1981 : *From Behavioral Science to Behavior Modification*. unpage)

นอกจากนี้แบนดูราได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเอง และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตาม

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self - efficacy) หมายถึง ความเชื่อ หรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องกระทำ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนลงมือกระทำ

ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) ความเชื่อที่บุคคลประเมินว่า พฤติกรรมที่ตนกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนเองคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน

จากแนวคิดข้างต้นแบนดูรา ได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีความสามารถตนเอง โดยมีสมมติฐานของทฤษฎี คือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ในความสามารถตนเองสูง และเมื่อกระทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตาม โครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎีดังภาพประกอบ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ (Bandura. 1994 : 71)



ภาพประกอบ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์

ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองนั้น แบนดูรา เสนอไว้มีอยู่ 4 แหล่งด้วยกัน ดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2536 : 59-60 ; อ้างอิงจาก Evans, R. 1989. *Albert Bandura: The man and his ideas*. p.71-72)

1. ความสำเร็จของการลงมือกระทำ (Performance accomplishments) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากความสำเร็จจากการกระทำเป็นประสบการณ์โดยตรง การที่บุคคลกระทำงานแล้วเกิดประสบผลสำเร็จซ้ำกันหลาย ๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองจะต้องให้บุคคลได้ปฏิบัติให้เกิดทักษะพอที่จะประสบความสำเร็จไปพร้อม ๆ กับการให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การได้เห็นตัวแบบ (Modeling) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) เป็นการสังเกตจากตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลของการกระทำนั้น ภายใต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการเสริมแรง ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าคุณคนนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ การชักจูงจะช่วยให้คุณมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่น มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น คำพูดที่ใช้จะเป็นลักษณะการชักชวน แนะนำ อธิบาย ให้กำลังใจหรือชื่นชมให้บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) บุคคลจะรับรู้ความสามารถของตนเองจากการกระตุ้นทางอารมณ์และจากความต้องการทางสรีระ ความรู้สึกในทางบวก เช่น ความตื่นเต้นเป็นสภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัวจะส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนความรู้สึกทางลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ไม่ดี ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง และมักหลีกเลี่ยงการกระทำหรือสถานการณ์นั้น ๆ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยสนับสนุนให้คุ้นเคยกับสถานการณ์นั้น ๆ ที่ละน้อย อาจทำได้โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การใช้สัญลักษณ์เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย

แบนดูรา (Bandura. 1997 : 84 – 85) ได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมเกี่ยวกับมิติที่ส่งผลต่อการพัฒนาความคาดหวังในความสามารถตนเองของบุคคลอาจแตกต่างกัน ขึ้นกับมิติ 3 มิติ คือ

1. มิติระดับความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึงระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับความยากง่ายของงานที่จะให้ปฏิบัติ กล่าวคือ บุคคลจะมีความคาดหวังในความสามารถตนเองสูง ถ้าให้ปฏิบัติงานง่าย ๆ แต่ถ้าให้ปฏิบัติงานที่ยากความคาดหวังในความสามารถตนเองก็จะต่ำหรือมีน้อย

2. มิติความเข้มแข็งของความมั่นใจ (Strength) หมายถึงความสามารถที่จะพิจารณา

ตัดสินความเป็นไปได้ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติงาน กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความคาดหวังในความสามารถตนเองสูงหรือเข้มแข็งมาก ก็มีความพยายามในการปฏิบัติงานมาก แต่ถ้ามีความเข้มแข็งน้อยก็จะขาดความพยายามในการปฏิบัติงาน ควรใช้กระบวนการสองขั้นตอนในการมอบหมายงาน คือ ประการแรก มอบหมายงานที่จะปฏิบัติให้สามารถมองเห็นความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม ประการที่สอง ให้โอกาสได้ซักถามถึงแนวทางรูปแบบของงานนั้น ๆ

3. มิติความเป็นสากล (Generality) เป็นการนำความคาดหวังในความสามารถตนเองไปใช้ในสถานการณ์ที่คล้ายกันแต่ในปริมาณที่ต่างกันได้ ย่อมขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่สั่งสมไว้
ความสามารถตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังทำศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นขั้นตอน โดยวิธีการสอนประกอบการใช้อุปกรณ์ สื่อการสอน ร่วมกับการสาธิต และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตาม เพื่อให้เกิดการจดจำเรื่องราว ขั้นตอนต่าง ๆ ได้มากขึ้น พร้อมกับการให้คำแนะนำ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ ตื่นตัว มีความมั่นใจที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง

กิจกรรมการให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้ป่วย มีดังนี้

1. การพัฒนาความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนที่จะทำการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ ตำแหน่งของการเกิดโรค ขั้นตอนการรักษาและผลที่ตามมาจากการรักษา เป็นการบรรยายประกอบภาพพลิก แจกเอกสารแผ่นพับ และวิธีคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจ เป็นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม

2. กิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

2.1 ความสำเร็จในการกระทำ โดยการให้คำปรึกษา แนะนำ ค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่จะทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ ไม่มั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้

2.2 การสาธิตให้ผู้ป่วยดู ประมาณ 2 - 3 ครั้ง และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง จนประสบความสำเร็จพร้อม ๆ กับการรับรู้ว่าจะมีความสามารถที่จะดูแลตนเองได้ การฝึกฝนเริ่มด้วยการกระทำกิจกรรมที่ง่ายแล้วพบกับความสำเร็จ เมื่อได้กระทำกิจกรรมที่ซับซ้อนและยากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความพยายามมากขึ้นจนประสบความสำเร็จในที่สุด

2.3 การพูดให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย หรือให้คำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และมีความพอใจจากผลของการปฏิบัติ

2.4 การแวะเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนผู้ป่วย

2.5 การจัดบอร์ดนิทรรศการเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ เมื่อผู้ป่วยกลับมาตรวจตามแพทย์นัดหลังกลับบ้าน

3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.1 การบริโภคอาหาร

3.2 การคลายความเครียด

3.3 การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่

ผู้วิจัยเชื่อว่าหากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับการให้ความรู้เพื่อเป็นการเตรียมตัวก่อน ทำศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ เพื่อให้เตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างหน้าที่ในการ ขับถ่าย และเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์แก่ผู้ป่วยแล้ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามศักยภาพของตน

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self – care)

การดูแลตนเองมีบทบาทสำคัญมากในเรื่องสุขภาพของบุคคล เนื่องจากเป็นกระบวนการ ปฏิบัติเพื่อสุขภาพและชีวิตของบุคคลด้วยตนเองโดยลดการพึ่งพาบุคคลอื่น โดยทั่วไปแล้ว มนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ รวมทั้ง หลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิต ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคลจึงเป็นการ ช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการดูแล รักษาสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งเป็นการ นำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้

ความหมายของการดูแลตนเอง : ทศนะจากศาสตร์ต่าง ๆ

การดูแลตนเองตามทัศนะทางด้านการแพทย์ ความหมายของการดูแลตนเองจึงมักจะ เน้นการมอบหมายความรับผิดชอบเบื้องต้น ให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติตามแผนการรักษา ตั้งแต่การ รู้จักประเมินตนเองเพื่อลดการใช้บริการที่ไม่จำเป็นจากโรงพยาบาลลง การมีส่วนร่วมและให้ ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล. 2544 : 116) ตัวอย่างได้แก่

เลวิน (Levin. 1976 : 206) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการ ที่ประชาชนทำหน้าที่ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยความผิดปกติ และการรักษาเบื้องต้น ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

การดูแลตนเองตามทัศนะขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมองเป้าหมายของการดูแลตนเอง เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิต และแบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะคือ การดูแลตนเองที่เป็นลบ การดูแลตนเองที่เป็นกลาง และการดูแลตนเองที่เป็นบวก ในการประชุมผู้เชี่ยวชาญเรื่อง การดูแลตนเองในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปี 1989 (WHO/SEARO) ได้ให้ความหมายของ การดูแลตนเองที่เป็นบวกว่า เป็นพฤติกรรมที่บุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ทำการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล. 2544 : 117)

การดูแลตนเองตามทัศนะของประชาชนบางกลุ่มในประเทศไทย ซึ่งได้แก่

กชกร ไพรัตน์ (2544 : 15) ได้ให้ความหมายว่า การดูแลตนเองหมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเองด้วยความเต็มใจ และมีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต ส่งเสริมภาวะสุขภาพ การพัฒนาการและเกิดความปกติสุขในชีวิต โดยสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งในขณะที่พักติและเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย

อัมพร จันทรดา (2544 : 25 – 25) ให้ความหมายการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบุคคลได้ริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของบุคคลที่เกิดขึ้นเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่ง ภาวะการมีสุขภาพดี และความเป็นอยู่ที่ดีของตน เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผน เป็นขั้นตอนและมีความต่อเนื่อง และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

จากความหมายของการดูแลตนเองที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การดูแลตนเอง เป็นการมอบหมายความรับผิดชอบเบื้องต้นให้บุคคลนำไปปฏิบัติตาม โดยผ่านกระบวนการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน เพื่อให้บุคคลได้ริเริ่มกระทำด้วยตนเอง และสามารถดูแลตนเองให้ดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

จุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม มีดังนี้ (Orem. 1995 : 112)

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการทำหน้าที่ที่ดำเนินไปตามปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการบรรลุนิติภาวะของบุคคลตาม

ศักยภาพ

3. ป้องกัน ควบคุม รักษาหรือบรรเทาอาการตามกระบวนการของโรค และการบาดเจ็บ
4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปแล้ว ปรับหรือชดเชยภาวะไว้

สมรรถภาพ

5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น กล่าวคือการทำที่บุคคลจะสามารถทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จึงจะพิจารณาตัดสินใจกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งระยะนี้ จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งการตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ในการติดตามผลของการกระทำนั้น ๆ

จุดมุ่งหมายหรือเหตุผลของการทำการดูแลตนเอง โอเร็มเรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self – care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดได้ทันทีหลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่างคือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self – care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองลักษณะนี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษา

โครงสร้าง และหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญาและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม กฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเสี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

1.5.4 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการอยู่อย่างปกติสุข

1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของ

บุคคล

1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง การทำหน้าที่ที่

แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self – care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นตามกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่เป็นผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการ แบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการ ที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบาง อารมณ์เครียดหรือเอาชนะผลที่เกิดจาก

- การขาดการศึกษา
- ปัญหาการปรับตัวทางสังคม
- การสูญเสียญาติมิตร
- ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการพิการ
- การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต
- ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่ช่วยเหลือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพ

อนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือ

จากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

ถ้าจะเปรียบเทียบการดูแลตนเองที่จำเป็นกับความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เช่น อาหาร เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต แต่การดูแลตนเองที่จำเป็น เน้นที่การกระทำของบุคคล เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการด้านอาหาร เพราะทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นทฤษฎีของการกระทำ ส่วนประกอบของการดูแลตนเองมี 2 ส่วนด้วยกัน คือ

1. ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะต้องกระทำในระยะเวลาใดระยะเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของตน ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรือเป็นงานทั้งหมดที่ต้องกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และงานทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลที่จำเป็นที่เฉพาะ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานต้องทราบว่าอาหารที่เพียงพอสำหรับตนคือกี่แคลอรี การออกกำลังกายที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตคืออะไร และจะจัดการกับเบาหวานอย่างไร เพื่อให้สามารถที่จะทำงานรับผิดชอบดูแลครอบครัวดำเนินชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด กิจกรรมทั้งหมดนี้คือ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งเป็นงานทั้งหมดที่ต้องกระทำนั่นเอง

2. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความรู้เกี่ยวกับการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมายในระยะต่าง ๆ จะช่วยให้เข้าใจความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ในระยะแรกก็นำไปสู่การตัดสินใจ คือการเก็บรวบรวมข้อมูล แปลความหมายของข้อมูล และตัดสินใจว่าควรกระทำ หรือเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ซึ่งการจะกระทำเช่นนี้ได้บุคคลต้องมีความรู้ และทักษะในการคิดและตัดสินใจ ในระยะที่สองเกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ การประเมิน และการปรับเปลี่ยนการกระทำ ซึ่งจะต้องมีความสามารถในการจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองยังประกอบด้วยอีก 2 มิติ คือ

2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and

disposition) เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม ประสบการณ์ความรู้สึกรู้ การรับรู้ ความจำ ทักษะและความสามารถในการเรียนรู้ อัดมโนทัศน์ ระบบการให้คุณค่ากับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต

2.2 พลังอำนาจ (Power components or enabling abilities) บุคคลจะพัฒนาความสามารถที่เฉพาะในการดูแลตนเองจากคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่มีอยู่ เรียนรู้เกี่ยวกับความต้องการ การดูแลตนเอง และตัดสินใจเกี่ยวกับชนิดของการกระทำเพื่อเพิ่มการดูแลตนเอง พัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง โดยเริ่มที่การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลจนกระทั่งถึงการดูแลตนเองที่ยุ่งยากซับซ้อนในการจัดการกับโรคเรื้อรัง พัฒนาความสามารถที่จะสอดแทรกการดูแลตนเองเหล่านี้ให้เข้ากับระบบความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิต

ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่

โดยธรรมชาติมนุษย์มีการพึ่งพาตนเองและรับผิดชอบตนเอง ดำเนินชีวิตอยู่เพื่อตนเอง เป็นความสามารถที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดตามพัฒนาการ และการเรียนรู้ จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ ควรให้คำแนะนำเรื่องใดขณะอยู่ในโรงพยาบาลและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองก่อนจะออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองต่อได้ที่บ้าน ซึ่งสิ่งที่ต้องเน้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในเรื่องต่อไปนี้คือ

1. การดูแลสุขอนามัยตนเอง ผู้ป่วยอาจได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการทำผ่าตัด หรือรังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัด ดังนั้นต้องมีการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย เช่น การดูแลความสะอาดร่างกายและช่องปาก อาบน้ำหรือเช็ดตัววันละ 1 – 2 ครั้ง แปรงฟันด้วยแปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากบ่อย ๆ หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้หรือสัมผัสกับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ หลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก และโดยเฉพาะการดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนังรอบรูเปิดลำไส้ การเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระตามที่ได้แนะนำไปแล้ว
2. รับประทานอาหารให้ได้ทั้งคุณภาพและปริมาณที่พอเพียง หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องเสีย ท้องผูก และเกิดกลิ่น
3. ดื่มน้ำให้เพียงพอประมาณวันละ 8 – 10 แก้ว นอกจากจะช่วยให้การขับถ่ายสะดวกแล้ว ในระหว่างรับเคมีบำบัดน้ำจะช่วยขับกรดยูริกออกจากร่างกาย และทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อทั่ว ๆ ไปชุ่มชื้น ป้องกันการเกิดแผล การติดเชื้อในช่องปาก
4. ปฏิบัติกิจกรรมและการพักผ่อนให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เพื่อป้องกันการเกิดอาการเหนื่อย หอบ และหากิจกรรมคลายเครียดที่เหมาะสม เช่น การฝึกการหายใจ การทำสมาธิเบื้องต้น
5. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม เพื่อยอมรับสภาพของตน และปรับตัวให้ดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับข่าวสาร มีโอกาสพบปะพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยกัน แสวงหาข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลตนเองและแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา

6. เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับรูเปิดลำไส้ ให้รับมาปรึกษาหรือพบแพทย์ทันที
7. การมาตรวจสุขภาพร่างกายตามแพทย์นัด และการตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี

แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการสุขศึกษา

เทคนิควิธีการสุขศึกษา เป็นกระบวนการทางสุขศึกษาที่วางแผนไว้อย่างมีระบบ และมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และคิดหาเหตุผลด้วยตนเอง ตลอดจนการตัดสินใจในการเลือก เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีต่อไป รูปแบบและเทคนิควิธีการศึกษานับเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นของผู้ดำเนินการสุขศึกษา เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือ ร่วมใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทิศทางที่ตั้งเป้าหมายไว้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกรูปแบบการให้สุขศึกษารายบุคคล ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. การให้สุขศึกษารายบุคคล โดยการบรรยาย ประกอบสื่อการสอน
2. การใช้สื่อการสอน ได้แก่ ภาพพลิก เอกสารแผ่นพับ
3. การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ
4. การกระตุ้นเตือน
5. การจัดบอร์ดนิทรรศการ

การให้สุขศึกษารายบุคคล

การให้สุขศึกษารายบุคคล เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ทางสุขภาพโดยมุ่งผลของการเรียนรู้ การเกิดความเชื่อ การเปลี่ยนเจตคติ และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคลแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ เพราะปัญหาสุขภาพบางอย่างจำเป็นต้องให้ความรู้แบบรายบุคคลจึงจะได้ผล เช่นปัญหาส่วนตัวของบุคคล พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นต้น การให้สุขศึกษารายบุคคลจึงเป็นการเข้าถึงผู้ป่วยหรือผู้เรียนได้มากที่สุด ผู้สอนมีโอกาสที่จะสอดแทรกความรู้ได้ตลอดเวลา โดยการผสมผสานไปกับการให้บริการ สามารถทำได้ทุกโอกาสและทุกสถานที่ ดังนั้นการให้สุขศึกษารายบุคคลจึงมีแนวคิดรวบยอดที่ควรคำนึงถึงดังนี้คือ (สุริย์ จันทรโมลี. 2527 : 9 -10)

1. สุขภาพของคนในครอบครัวและชุมชนจะดีได้ขึ้นอยู่กับสุขภาพของแต่ละบุคคล เป็นพื้นฐาน เริ่มจากการที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ลดอัตราการปฏิบัติตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการเจ็บป่วย
2. ในกระบวนการเรียนการสอนแบบรายบุคคล สิ่งแรกที่จะต้องเน้นคือ กระบวนการทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้เรียน ไม่ใช่เน้นเฉพาะเนื้อหาความรู้ที่จะสอนเท่านั้น
3. การรับรู้ของบุคคลจะดีเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์และธรรมชาติของสิ่งเร้า ซึ่ง

บุคคลมักจะเลือกรับรู้ตอบสนองต่อความรู้ต่าง ๆ ไม่เหมือนกัน

4. มนุษย์มีความแตกต่างกันตามธรรมชาติทั้งในด้านรูปธรรม เช่น อายุ เพศ ครอบครัว อาชีพ ศาสนา สังคม เศรษฐกิจ การเจ็บป่วย เป็นต้น และในด้านนามธรรม เช่น ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ค่านิยม ความสามารถ ทักษะ ความจำ การเรียนรู้ เหตุผล ประสบการณ์ แนวคิดรวบยอดต่อสุขภาพ แรงจูงใจ สุขนิสัย ความสามารถในการปรับตัว เป็นต้น

ข้อดีของรูปแบบการให้สุขศึกษารายบุคคล มีดังนี้

1. สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจแก่บุคคลได้อย่างละเอียด
2. สามารถช่วยแก้ปัญหาส่วนตัวได้ โดยการวิเคราะห์ปัญหาและให้คำปรึกษาแนะนำ

เฉพาะบุคคล

3. ผู้รับความรู้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ตามต้องการ
4. สามารถชักชวนให้บุคคลทำตามในสิ่งที่ต้องการได้
5. ช่วยสอนทักษะในเรื่องใดเรื่องหนึ่งแก่บุคคลเฉพาะรายได้
6. สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการอธิบายเหตุผลและเสนอข้อมูลที่เป็นจริงให้รู้

7. ช่วยส่งเสริมมนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการให้มีความสัมพันธ์ที่ดี ช่วยลดความรู้สึกแปลกหน้าต่อกัน แก้ไขปัญหาความเข้าใจผิดต่าง ๆ ได้

8. ผู้รับบริการมีโอกาสได้ระบายความอัดอั้น ไม่สบายใจ ความรู้สึกคับข้องใจ ความทุกข์ ปัญหาในเรื่องส่วนตัว

9. บุคคลมีโอกาสได้ทราบผลการเรียนรู้ทันที สามารถประเมินผลการเรียน ความเข้าใจ ทราบถึงปัญหาและแนวทางในการแก้ไข ปัญหา การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งผู้สอนมีโอกาสรปรับปรุงการให้ความรู้ ความเข้าใจให้เหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์

10. ช่วยให้ผู้สอนหรือเจ้าหน้าที่มีโอกาสได้ข้อมูลต่าง ๆ จากผู้เรียนหรือผู้ป่วย เป็นประโยชน์ในการนำมาประยุกต์ใช้ในการให้สุขศึกษา ได้ทราบถึงความต้องการ ความสนใจ ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัว ได้ฟังความคิดเห็น เข้าใจสภาพจิตใจของผู้เรียน สามารถส่งเสริมให้กำลังใจ ชี้แนะช่องทางการปรับตัวเพื่อให้พยายามที่จะเอาชนะปัญหา การเจ็บป่วย ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสียของการให้สุขศึกษารายบุคคล

1. เสียเวลาของเจ้าหน้าที่ในการพูด อธิบาย ชี้แจง ซึ่งต้องใช้เวลาในการรับฟังปัญหา การโต้ตอบข้อสงสัยต่าง ๆ การให้กำลังใจ

2. ถ้าพบผู้ป่วยที่พูดซ้ำซาก ไม่มีสาระทำให้เสียเวลา

3. ในบางแห่งเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอที่จะให้บริการ

ดังนั้นการให้สุขศึกษารายบุคคลจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้ ผู้ให้สุขศึกษาจะ

ต้องมีบทบาทที่สำคัญคือ ต้องมีความรู้ มีความรักในการสอน มีความรู้ความเข้าใจในพื้นฐาน วิชาจิตวิทยาการศึกษา พฤติกรรมศาสตร์ มีความเข้าใจคน ตลอดจนเข้าใจความสัมพันธ์ของ องค์ประกอบต่าง ๆ เป็นอย่างดี

สื่อการสอน (Instruction media)

การเรียนการสอนจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้ ผู้สอนจะต้องรู้จักเลือกวิธีการสอนและสื่อ การสอนที่เหมาะสม ชนิดของสื่อการสอนที่นิยมใช้ในปัจจุบันมีหลายชนิด เช่น ภาพพอลิ ภาพ กระจกฉาย สไลด์ เอกสารแผ่นพับ หนังสือคู่มือ หุ่นจำลอง เป็นต้น อุปกรณ์เหล่านี้มีคุณค่าและ ประโยชน์ดังนี้

1. ช่วยให้การเรียนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านการเกี่ยวกับการเข้าใจเนื้อหาได้แจ่มแจ้งในระยะเวลาสั้น ทำให้มีความรู้กว้างและเกิดการเรียนรู้ที่คงทน
2. ทำให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์ ทำให้สามารถรู้และเข้าใจในเนื้อหาชัดเจนยิ่งขึ้น
3. ทำให้ผู้เรียนมีความสนใจ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน ทำให้เกิดการซักถามและตอบปัญหา ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน และทำให้บรรยากาศการเรียนการสอนเป็นกันเองมากขึ้น
4. สร้างความคิดสร้างสรรค์ให้กับผู้เรียน นั่นคือ การที่ผู้เรียนได้เห็นภาพหรือของจริงประกอบการสอน ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและติดตามได้เร็วขึ้น ก่อให้เกิดแนวความคิดใหม่ๆ มากขึ้น
5. สร้างเสริมลักษณะนิสัยที่ดีในการศึกษา ค้นคว้าหาความรู้ ซึ่งได้จากการอ่านเอกสารแผ่นพับ ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในอุปกรณ์สุศึกษาเหล่านี้และพยายามที่จะค้นคว้าหาความรู้มากขึ้น เพื่อประโยชน์แก่ตนเองและครอบครัว
6. ช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนไปในทางที่ปรารถนาได้ ในเมื่อผู้เรียนได้รับความรู้และความเข้าใจดี ย่อมเกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ได้รับรู้และพร้อมที่จะปฏิบัติตาม

จากประโยชน์ของสื่อการสอนที่กล่าวมานี้ ผู้วิจัยได้นำสื่อการสอนมาใช้ในการวิจัยดังนี้ ภาพพอลิ (Flip Chart)

ภาพพอลิเป็นสื่อการสอนชนิดหนึ่ง ซึ่งจัดอยู่ในประเภทของแผนภูมิ (Chart) ใช้ในการอธิบายเรื่องราวต่าง ๆ ในรูปลักษณะ หรือภาพเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจได้ง่าย อาจมีคำอธิบายสั้น ๆ ประกอบด้วยก็ได้ ลักษณะจัดทำขึ้นเป็นแผ่น แล้วเย็บรวมกันเป็นเล่มสำหรับพลิกให้ดูทีละแผ่น มีขนาดใหญ่ประมาณ 21X27 เซนติเมตร มีภาพจำนวน 15 – 20 แผ่น

ประโยชน์ของภาพพอลิ

1. สามารถทำใช้เองได้ และราคาไม่แพง

2. ง่ายต่อการเคลื่อนย้าย นำติดตัวไปได้
3. สามารถกำหนดรูปแบบได้ตามต้องการ ตามความสามารถของผู้เรียน
4. เป็นวิธีที่ดีในการเสนอข้อมูลโดยรูปภาพ เสนอเรื่องเรียงตามลำดับภาพ

ผู้วิจัยได้จัดทำภาพพลิก ชื่อ “ มะเร็งลำไส้ใหญ่ และการดูแลตนเองหลังการรักษา ” มาใช้เป็นสื่อการสอนในเรื่องเกี่ยวกับความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่ และการดูแลตนเองหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่

เอกสารแผ่นพับ (Leaflet)

เอกสารแผ่นพับเป็นสื่อการสอนที่ประกอบด้วยรูปภาพและตัวอักษรอธิบายภาพ ซึ่ง ผู้เรียนสามารถศึกษาด้วยตัวเองตลอดเวลา อาจแจกให้ผู้เรียนก่อนหรือหลังการสอน หรือระหว่างการสอนก็ได้ตามความเหมาะสม เอกสารแผ่นพับที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะจัดเตรียมแผ่นพับ เรื่อง “ มะเร็งลำไส้ใหญ่กับการบริโภคอาหาร ” และ “ วิธีคลายความเครียด ” ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น แจกให้ผู้เรียนหลังจากสอนจบแล้ว

การบรรยาย

การบรรยาย หมายถึง การพูดการเล่าเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นการให้เนื้อหาแก่ผู้ฟัง โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ฟังเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และสามารถนำไปปฏิบัติได้

องค์ประกอบที่ควรคำนึงถึงในการสอนแบบบรรยาย มีดังนี้คือ (สุริย์ จันทรโมลี. 2527 : 64 – 68)

1. ตั้งจุดมุ่งหมายในการบรรยายแต่ละครั้งว่าต้องการให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการปฏิบัติมีอะไรบ้าง
2. ผู้บรรยายควรได้ศึกษา วิเคราะห์ผู้เรียนล่วงหน้า
3. ผู้บรรยายต้องมีความรู้ในเรื่องที่จะบรรยายเป็นอย่างดี
4. การบรรยายแต่ละครั้งไม่ควรนานเกิน 1 ชั่วโมง
5. ในการบรรยายแต่ละครั้ง ระวังอย่าบรรยายนอกเรื่องตลอดเวลา
6. ถ้าการบรรยายติดต่อกันหลายๆ ครั้ง ควรให้ผู้เรียนทราบถึงหัวข้อที่จะเรียนทั้งหมด เพื่อสะดวกในการที่ผู้เรียนได้เตรียมตัวศึกษาหาความรู้
7. ในระหว่างการบรรยายต้องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง มีอารมณ์ขันบ้าง
8. การบรรยายแต่ละครั้ง ถ้าต้องการให้ผู้เรียนได้จดบันทึกเนื้อหาสำคัญได้ถูกต้อง ผู้บรรยายอาจบอกให้ซ้ำๆ เพื่อจดได้ครบ
9. การบรรยายไม่ใช่การให้เนื้อหาความรู้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว ผู้บรรยายควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัย

10. การบรรยายจะเพิ่มความน่าสนใจยิ่งขึ้น ถ้าผู้บรรยายรู้จักใช้อุปกรณ์เครื่องมือช่วยประกอบในการบรรยาย เช่น การใช้สไลด์ ภาพพลิค เป็นต้น

11. ผู้บรรยายต้องรู้จักสังเกต มีความไวต่อความรู้สึกของผู้เรียน เช่น ผู้เรียนเบื่อหน่าย กระสับกระส่าย ง่วงนอน

12. เมื่อจบการบรรยายควรมีการประเมินผล พิจารณาว่าผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้หรือไม่

การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ (Demonstration and practice)

การสาธิต หมายถึง การเตรียมการเสนอกิจกรรม กระบวนการ การดำเนินการ บางอย่างล่วงหน้าอย่างรอบคอบ แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติควบคู่ไปกับการอธิบายทุกขั้นตอน การตั้งคำถาม การย้ำถึงขั้นตอนที่สำคัญที่ต้องเข้าใจ เพื่อจะได้ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง (สุริย์จันทร์โมลี. 2527 : 196)

ขั้นตอนการสาธิต ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ (ศิริมา เขมะเพชร. 2540 : 55 – 56)

1. ขั้นเตรียมการสาธิต เป็นการเตรียมการล่วงหน้าในสิ่งต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น ผู้เตรียมสาธิต เตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และเตรียมผู้เรียน เป็นต้น
2. ขั้นสาธิต เป็นการแสดงให้เห็นถูกต้องตามเทคนิค วิธีการ ดึงความสนใจของผู้เรียน และสังเกตปฏิกิริยาของผู้เรียนต่อการสาธิตนั้น ๆ
3. ขั้นหลังสาธิต ควรมีการประเมินผู้สาธิต ประเมินผู้เรียน และที่สำคัญควรให้ผู้เรียนปฏิบัติทันที (Prompt practice) เพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะ มีความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

กลวิธีในการสาธิต

1. อธิบายให้ผู้เรียนรู้ว่ากำลังจะทำอะไร ทำไมจึงต้องทำและผลที่จะเกิดขึ้นคืออะไร
2. ดำเนินการสาธิตตามขั้นตอนที่เตรียมโดยให้ผู้ดูได้เห็นอย่างชัดเจนทุกขั้นตอน
3. เน้นความสำคัญของข้อความใหม่ ศัพท์ใหม่หรือกระบวนการใหม่ และจะต้องอธิบายจนแน่ใจว่าผู้ฟังเข้าใจจึงต้องดำเนินการขั้นต่อไป
4. ระหว่างการสาธิตจะต้องเน้นสิ่งที่ควรต้องจำหรือต้องปฏิบัติ ไม่ควรสาธิตในสิ่งที่ไม่ต้องการให้จำหรือปฏิบัติ
5. ขณะดำเนินการสาธิตจะต้องกระตุ้นผู้เรียนให้มีส่วนร่วมโดยการถามให้ตอบหรือให้ลองทายดูว่าอะไรจะเกิดขึ้น
6. คอยสังเกตปฏิกิริยาของผู้เรียนว่าแสดงความเข้าใจหรือเบื่อหน่ายมากน้อยแค่ไหน เพื่อจะได้ปรับการสาธิตให้น่าสนใจมากยิ่งขึ้น
7. แจกเอกสารประกอบการสาธิตเพื่อให้ผู้เรียนสามารถติดตามการสาธิตในขั้นตอนต่าง ๆ

ข้อดีของการสาธิต

1. ผู้เรียนได้เห็นของจริงทำให้เข้าใจได้ดีและจดจำได้นาน
2. การสาธิตบางอย่างเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ซึ่งช่วยในการเรียนรู้เป็นอย่างดี
3. ดึงดูดความสนใจ และเร้าใจให้ผู้เรียนติดตามอยู่ตลอดเวลา เป็นผลทำให้ได้รับความรู้ตามที่ต้องการ

4. ประหยัดเวลาในการอธิบายรายละเอียดของเนื้อหาที่ต้องการให้ผู้เรียนรู้

ข้อจำกัดของการสาธิต

1. การสาธิตบางอย่างต้องใช้อุปกรณ์ที่ใหญ่โตทำให้ไม่สะดวกในการเคลื่อนย้ายและลำบากในการจัดสถานที่ให้เหมาะสม

2. ไม่สามารถใช้ได้กับเนื้อหาที่มีลักษณะเป็นนามธรรมหรือมีรายละเอียดมาก

3. ไม่สามารถทำให้ผู้ดูกลุ่มใหญ่มองเห็นได้อย่างทั่วถึง

4. การสาธิตบางอย่างทำให้เสียเวลาในการเตรียมและเสียค่าใช้จ่ายมาก

ซึ่งผู้วิจัยได้นำวิธีการสาธิตนี้มาใช้ประกอบการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลรูเปิด

ลำไส้ใหญ่เป็นรายบุคคล โดยสาธิตการทำความสะอาดรูเปิดลำไส้และเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระของผู้ป่วยเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสนใจติดตามทุกขั้นตอน เกิดการจดจำและสามารถปฏิบัติเองได้

การกระตุ้นเตือน (Prompts and reminder)

การกระตุ้นเตือน เป็นกลวิธีหนึ่งที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม เป็นสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงปรารถนา โดยการเตือนบุคคลให้เริ่มทำพฤติกรรมนั้น หรืออาจเรียกว่าให้พฤติกรรมนั้นแฝงอยู่ใกล้ตัว การเตือนอาจเกิดในรูปของการเตือนจากบุคคลอื่น ๆ เช่น การโทรศัพท์ การส่งจดหมาย หรือไปรษณียบัตร หรือเป็นการเตือนจากการเขียนข้อความเตือนจากบุคคลนั้นเอง ตัวอย่างการเตือนให้บุคคลประพฤติในสิ่งที่ถูกที่ควรมียู่มากมาย ไม่ว่าจะเป็นทางด้านสุขภาพ หรือทางด้านความปลอดภัย เช่น " บุหรี่เป็นภัยต่อชีวิต เป็นพิษต่อสังคม " " ดับไฟทุกครั้งก่อนออกจากห้อง " หรือจากการจดข้อความสั้น ๆ ไว้เตือนตนเอง เช่น การนัดหมาย หรือ บุคคลที่จะต้องลดความอ้วนจะเขียนข้อความว่า " กินมาก อ้วนมาก " ติดไว้ที่ตู้เย็นหรือตู้กับข้าว เพื่อเตือนตนเองให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาหรือรับประทานอาหารมากไป

จากแนวคิดการกระตุ้นเตือน ผู้วิจัยใช้วิธีการแะเยียมผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล และจัดบอร์ดนิทรรศการไว้ที่หน้าห้องตรวจผู้ป่วยนอก เมื่อผู้ป่วยกลับมาตรวจตามแพทย์นัดหลังกลับบ้าน

การจัดบอร์ดนิทรรศการ (Exhibition)

นิทรรศการ เป็นการนำวัสดุสิ่งของหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ต้องการให้
 สุขศึกษา จัดเนื้อหาให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์มาจัดแสดงอย่างเป็นระบบระเบียบ เพื่อเร่งเร้าให้
 เป้าหมายเกิดความสนใจและศึกษาหาความรู้ได้ตามต้องการ เช่น นิทรรศการเรื่องโรคหัวใจ
 นิทรรศการเรื่องยาเสพติด เป็นต้น

ข้อคำนึงในการจัดนิทรรศการ (จุฬารณีย์ โสตะ. 2541 : 148) จุดสำคัญที่ต้องพิจารณา
 ในการจัดนิทรรศการ มีดังนี้

1. มีจุดมุ่งหมาย หรือให้ความคิดเพียงจุดเดียวเท่านั้นในการแสดงนิทรรศการแต่ละ
 เรื่อง
2. ต้องจัดในที่ที่เหมาะสมสามารถที่จะมองเห็นได้อย่างชัดเจนและเป็นທີ່ที่คนเดินผ่าน
 ไปมาตลอดเวลา
3. ต้องคิดเสมอว่านิทรรศการสำหรับดูไม่ใช่จัดสำหรับอ่าน
4. พยายามจัดให้ดูง่ายและเข้าใจ โดยใช้ข้อความสั้น ๆ ที่สื่อความหมายดีที่สุด
5. เขียนตัวหนังสือให้อ่านได้ง่าย ชัดเจน และเป็นแบบเดียวกันโดยตลอด
6. พยายามจัดให้บางส่วนมีการเคลื่อนไหวได้ และใช้สีที่เหมาะสมเพื่อดึงดูดความ
 สนใจของผู้ดู
7. จัดให้มีแสงสว่างที่พอเพียงเพื่อให้สามารถมองเห็นได้ชัดเจน
8. การใช้เสียงประกอบในกรณีที่จำเป็นจะทำให้น่าสนใจมากยิ่งขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

ดอดด์ (Dodd. 1982 : 447-451) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการ
 ข้างเคียงของเคมีบำบัดที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด 48 ราย ผลการ
 ศึกษาพบว่าอาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแดง การรับรสและกลิ่น
 เสียไป และความอยากอาหารลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเรื่องลด
 อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการท้องผูกและผื่นแดง เนื่องจากเป็นอาการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะ
 เกิดขึ้นเมื่อได้รับเคมีบำบัด แต่พบว่าผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อและ
 ภาวะเลือดออก ไม่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องนี้เลย ซึ่งผู้วิจัยให้ความเห็นว่าเนื่องจาก
 ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ไม่ทราบว่าการปฏิบัติที่จำเป็นจะต้องปฏิบัติ และ
 พบว่าผู้ป่วยมักจะมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการรุนแรง และยังพบว่าพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วย
 น้อย

แชฟิโร (Shapiro. 1988 : 49) ได้ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติสมาริมีผลดีต่อผู้ป่วยมะเร็ง
 อย่างไรบ้าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่

ปฏิบัติสมาธิวันละ 1 ชั่วโมง สามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียนทั้งก่อนและหลังการได้รับเคมีบำบัดได้

เวด (Wade. 1990 : 1297-1304) ได้ศึกษาเรื่องการปรับตัวด้านจิตใจของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง จำนวน 215 ราย ในระยะเวลา 10 สัปดาห์ และ 1 ปี พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่มีรูเปิดลำไส้มีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 6 มีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 5 มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามักมีการเสียชีวิตหลังการผ่าตัด 10 สัปดาห์ต่อมา

เคลลี และเฮนรี่ (Kelly and Henry. 1992 : 350-351,354-356) ได้ศึกษาถึงทัศนคติและความเห็นของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง และใช้วิธีการมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติซึ่งก็คือการประสบผลสำเร็จจากการกระทำตามแนวคิดของแบนดูรา พบว่า การฝึกการดูแลรูเปิดลำไส้ปฏิบัติได้ยากหากไม่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการได้รับข้อมูลความรู้ในการดูแลรูเปิดลำไส้มากกว่าการให้คำปรึกษาด้านจิตใจ

เอ็ทเคอร์ และคนอื่นๆ (Oetker and others. 1992 : 134-139) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ก่อนการผ่าตัดกับพฤติกรรมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดี จำนวน 68 คน พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างคะแนนความคาดหวังกับคะแนนการปฏิบัติหลังผ่าตัดในเรื่องการบริหารการหายใจแบบลึก ๆ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็ว และการใช้ยาระงับปวด

เชอร์เชอร์ ชไมเดอร์ และชิมเมล (Scherer, Schmieder & Shimmel. 1998 : 71-77) ได้ศึกษาถึงผลของการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวแก่ผู้ป่วยและร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถนะของปอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 37 ราย เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถนะปอดร่วมด้วย และผู้ป่วยจำนวน 22 รายเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใช้วิธีการ 1) การประสบความสำเร็จจากผลการกระทำโดยให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายในการปฏิบัติจากสิ่งที่ง่ายไปยาก 2) การสังเกตผู้ป่วยอื่นกระทำการกิจกรรมที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมอาการหายใจลำบาก และทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้อง 3) การใช้คำพูดชักจูง โดยการชี้แนะ ประชุมปรึกษา การชักชวนและการส่งเสริม และ 4) สอนการควบคุมสภาวะการกระตุ้นอารมณ์ โดยการจัดการกับความเครียด ฝึกการผ่อนคลาย โดยมีการประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน และหลังการทดลอง 6 เดือน ผลการทดลองพบว่า ผลกระทบด้านลบ และการกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง หรือความมั่นใจในความสามารถตนเองในเรื่องการหลีกเลี่ยงและควบคุมอาการหายใจลำบาก นอกจากนั้นยังสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย สภาวะอากาศและสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงด้วย

งานวิจัยในประเทศไทย

พรพิมล อุปถัมภ์ (2530 : ก-ข) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ โดยใช้สไลด์ประกอบเสียงกับภาพพลิก ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรมภายหลังการสอน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดโคลอสโตมีย์เป็นครั้งแรกจำนวน 20 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ 1 สอนด้วยสไลด์ประกอบเสียง กลุ่มทดลองที่ 2 สอนด้วยภาพพลิก ทำการวัดผล 2 ครั้งคือภายหลังสอนทันที และหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า 1) ก่อนการสอนผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ 1 กับ 2 มีความรู้และทัศนคติไม่แตกต่างกัน 2) ภายหลังการสอนทันที ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ 1 กับ 2 มีความรู้และทัศนคติดีขึ้นกว่าก่อนสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 และ .0005 ตามลำดับ 3) ภายหลังการสอนทันที ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม มีความรู้ ทักษะและความสามารถในการทำความสะอาดโคลอสโตมีย์ไม่แตกต่างกัน 4) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการทำทำความสะอาดโคลอสโตมีย์ด้วยตนเองในผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ 1 ส่วนกลุ่มที่ 2 พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทัศนคติ และความรู้กับพฤติกรรม 5) หลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ 1 มีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการทำทำความสะอาดโคลอสโตมีย์สูงขึ้นกว่าหลังการสอนทันที ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ 2 มีความรู้ไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีทัศนคติและความสามารถสูงขึ้นกว่าหลังการสอนทันที 6) หลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองที่ 1 มีความรู้สูงกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีทัศนคติและความสามารถในการทำความสะอาดโคลอสโตมีย์ด้วยตนเองไม่แตกต่างกัน

อัญชลี คนตรง (2537 : 86-87) ได้ศึกษาลักษณะและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,000 ราย พบว่า 1) ตำแหน่งของการเกิดมะเร็งพบที่ตำแหน่งไส้ตรงสูงสุดคือร้อยละ 42.5 2) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบในกลุ่มอายุ 55-64 ปี อายุเฉลี่ย 57 ปี 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของมะเร็ง ได้แก่ อายุ การใช้ยาละลาย ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อาชีพ การผ่าตัดถุงน้ำดี ริดสีดวงทวาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ชาหรือกาแฟ ประวัติมะเร็งในครอบครัว ประวัติมะเร็งที่อวัยวะอื่น และระดับโคเลสเตอรอลไม่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) ลักษณะอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุดได้แก่ อาการปวดท้อง รองลงมาคืออุจจาระเป็นมูกเลือดและเลือดสด อาการที่นำมามีความสัมพันธ์กับตำแหน่งการเกิดมะเร็ง 5) วิธีการรักษาที่ใช้มากที่สุด คือ การผ่าตัด รองลงมาคือการผ่าตัดร่วมกับการให้เคมีบำบัด ผลการรักษาร้อยละ 87.6 มีผลการรักษาดีขึ้นระยะเวลาที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 21 วัน

ศิริมา เขมะเพชร (2540 : 146-150) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดระดูที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับสตรีวัยหมดระดู การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ชีพจร ความดันโลหิตและระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความรู้เกี่ยวกับสตรีวัยหมดระดู การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ อายุ ระยะเวลาการเข้าสู่วัยหมดระดู ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

อัมพร ศรีสำราญ (2541 : 69) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษารายบุคคลโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษ โรงพยาบาลบางรัก จำนวน 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 ราย ได้รับการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรมที่สร้างขึ้น และกลุ่มควบคุม 22 รายได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษารายบุคคลโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรามีประสิทธิผลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันกามโรคด้านความรู้เรื่องกามโรค ความคาดหวังในผลของพฤติกรรมป้องกันกามโรคและพฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันกามโรคของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นุชรี ไล่พันธ์ (2542 : 75) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 7 รายได้รับการสอนตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้าง ส่วนกลุ่มควบคุม 7 รายได้รับการพยาบาลปกติ ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้หลังการสอนและหลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมดูแลช่องเปิดลำไส้หลังการสอนทันที 3 วันหลังการสอน และภายหลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อรพินท์ กายโรจน์ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาล ท่าศาลา โรงพยาบาลลานสกา และโรงพยาบาลปากพนัง กลุ่มตัวอย่างอายุ 40-59 ปี จำนวน 218 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิด

ขึ้นและการปฏิบัติด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูงหรือมาก

สุรชาติพย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 102-116) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 373 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ เพศ ระยะเวลาของการเป็นโรค และประวัติครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เขมกร นาคศรี (2546 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ผลการศึกษาพบว่า (1) ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา มีการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (2) ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา มีสมรรถภาพปอดไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการให้โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองแก่ผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ดีและสามารถนำไปปฏิบัติด้วยตนเองได้ ก่อนออกจากโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านไปแล้ว มีกระบวนการทางสุขศึกษาหลายวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการจดจำและนำไปสู่การลงมือปฏิบัติได้ ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกการให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคล เนื่องจากผู้เรียนและผู้สอนมีโอกาสนประเมินผลการสอนได้ทันที และทำให้ผู้เรียนและผู้สอนมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้สอนสามารถให้สุขศึกษาได้ทุกที่ทุกโอกาส ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังในผลลัพธ์เมื่อได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยการนำแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ซึ่งมีขั้นตอนในการศึกษาค้นคว้าดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป และได้รับการรักษาโดยการศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ (Colostomy) ซึ่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป และได้รับการรักษาโดยวิธีการศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ (Colostomy) ซึ่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้
 2. ศึกษาข้อมูลจากการพูดคุยกับผู้ป่วย โดยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ชักถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการศึกษา เมื่อผู้ป่วยสมัครใจ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล ก่อนทำการทดลอง
 3. ผู้วิจัยให้โปรแกรมสุขศึกษาเป็นรายบุคคล โดยการบรรยายประกอบภาพพลิกเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ พร้อมทั้งสาธิตวิธีการฝึกการหายใจและให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม แจกเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด ใช้เวลา 30 นาที และเชิญชวนให้ผู้ผู้ป่วยเดินดูนิทรรศการเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่หน้าห้องตรวจก่อนกลับบ้าน
 4. หลังผู้ป่วยทำศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้โปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่โดยวิธีการสาธิต ใช้เวลา 30 นาที ในครั้งต่อ ๆ ไปได้ให้ผู้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติในการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยให้คำแนะนำ และให้กำลังใจกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพยายามทำด้วยตนเอง
 5. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 1 สัปดาห์ต่อมา เพื่อซักถามอาการและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ
 6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลการให้สุขศึกษาในสัปดาห์ที่ 2
- #### กลุ่มควบคุม
1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้
 2. กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลที่ประจำในหอผู้ป่วย
 3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลการให้สุขศึกษาตามปกติ ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน และหลังกลับบ้านได้ 2 สัปดาห์

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบที่มีการวัดทั้งก่อนและหลังการทดลอง (The Pre-test Post-test Control Group Design) ดังภาพประกอบ 7 (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 67)

T_1	x	T_2	กลุ่มทดลอง
T_1	~ x	T_2	กลุ่มควบคุม

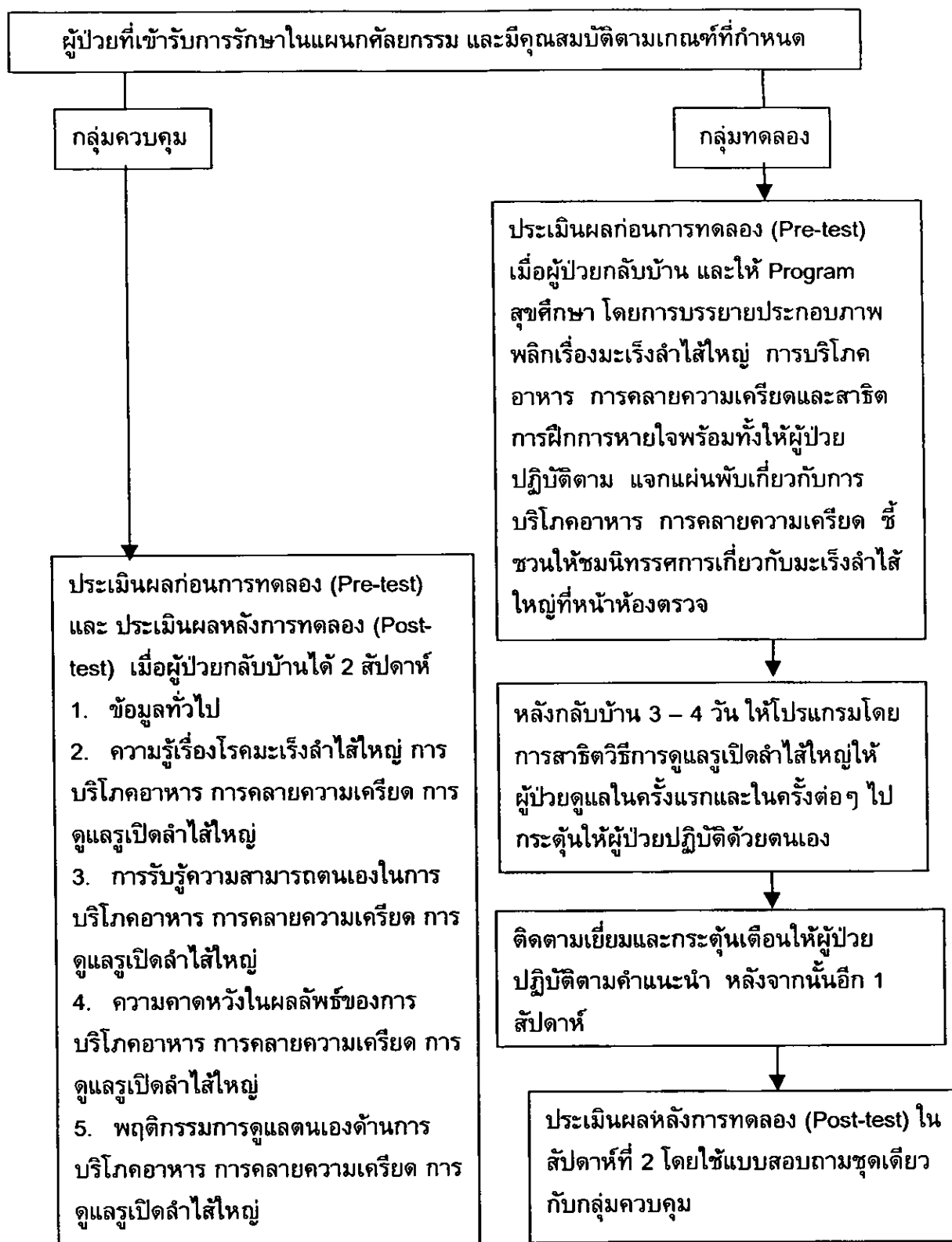
ภาพประกอบ 7 แบบแผนการทดลอง

โดยกำหนด

- T_1 แทน การเก็บข้อมูลก่อนทำการให้โปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pre-test) ด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิด ลำไส้ใหญ่ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- T_2 แทน การเก็บข้อมูลหลังทำการให้โปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test) ด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิด ลำไส้ใหญ่ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- X แทน การให้โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
- ~ X แทน การให้โปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ

แบบแผนการทดลอง

การดำเนินการศึกษาค้นคว้า สามารถสรุปรายละเอียดของขั้นตอนได้ ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ 8 แบบแผนการทดลอง

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษารายบุคคลโดยประยุกต์ ทฤษฎีความสามารถตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนสุขศึกษาด้วยการบรรยายประกอบภาพพลิกเกี่ยวกับเรื่องโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่

1.2 เอกสารแผ่นพับเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กับการบริโภคอาหาร วิธีการคลาย ความเครียด

1.3 สาริตวิธีการคลายความเครียดโดยการฝึกการหายใจ การดูแลรูเปิด ลำไส้ใหญ่

1.4 ให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจ และดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ด้วยตนเอง

1.5 ให้คำแนะนำ และพูดให้กำลังใจผู้ป่วยในการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง

1.6 กระตุ้นเตือนโดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ประกอบด้วย สาเหตุ แนวทางการรักษา และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ วิธีการคลายความเครียด การบริโภค อาหาร ลักษณะคำถามเป็นแบบ 3 ตัวเลือก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตน เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ มีลักษณะเป็นมาตรา ส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีข้อความที่แสดงลักษณะทาง บวก และทางลบ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการ บริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ เป็นคำถามให้เลือกตอบตาม ความคิดเห็น มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยในการ บริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ เป็นคำถามเลือกตอบตามความ เป็นจริง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ ได้ปฏิบัติ โดยมีข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่
2. นำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาสร้างแบบสัมภาษณ์ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่
3. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอประธานและกรรมการควบคุมจริยธรรมเพื่อตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา
4. นำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว ให้ประธานและกรรมการควบคุมจริยธรรมตรวจสอบอีกครั้ง และให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา
5. ปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และหาดัชนีความสอดคล้อง นำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมจริยธรรมก่อนนำไปทดลองใช้
6. ทำการทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ทำศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่แผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้จริง

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย

1. แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ลักษณะคำถามแบบ 4 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน
2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย	3 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	3 คะแนน

3. แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย 1 คะแนน

ไม่แน่ใจ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 3 คะแนน

4. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ เป็นคำถามเลือกตอบตามความเป็นจริง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย 1 คะแนน

ไม่แน่ใจ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 3 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน ผู้วิจัยกำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ กำหนดการแปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ประยุกต์จากหลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินผลการศึกษาของเสรี สาขาสอน (2537 : 65-68) มีดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 – 100 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60 – 79 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ ต่ำกว่า 60 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเอง

ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับต่ำ

3. แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ในระดับสูง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ในระดับต่ำ

4. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนระดับดี

ค่าคะแนนเฉลี่ย 0.67 – 1.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 0.00 – 0.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนระดับต้องปรับปรุง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

1. หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบสัมภาษณ์ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญา นินนธ์พิจารณาตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

1.2 นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเป็นรายข้อว่าแต่ละข้อคำถามมีความสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์กำหนดคะแนนดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการนั้นหรือไม่

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการนั้น

นำผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ในแต่ละข้อมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) โดยเลือกข้อความที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสัมภาษณ์ที่นำไปทดลอง ได้แบบสัมภาษณ์จำนวน 100 ข้อ

1.3 นำแบบสัมภาษณ์ จำนวน 100 ข้อที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขใหม่

1.4 นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ทำศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ

1.5 นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการทดลองใช้มาตรวจให้คะแนน และทำการ วิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ

2. การวิเคราะห์หาความยากง่าย (Difficulty)

นำแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ จำนวน 25 ข้อมาหาค่าความยากง่าย โดยหาสัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ที่ตอบถูกในแต่ละข้อของจำนวนผู้ตอบแบบทดสอบทั้งหมด ได้ข้อคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหา จำนวน 10 ข้อ มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.30 – 0.80

3. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

3.1 นำแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ จำนวน 25 ข้อมาหาค่าสัมพัทธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119) ได้ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 – 0.48

3.2 นำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ นำมาหาค่าอำนาจจำแนกโดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117) เลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป ได้ผลดังนี้

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในเรื่องการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ได้ข้อคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหา จำนวน 10 ข้อ จากจำนวน 25 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.26 – 0.58

แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ได้ข้อคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหา จำนวน 10 ข้อ จากจำนวน 25 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.20 – 0.70

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ได้ข้อคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหา จำนวน 11 ข้อ จากจำนวน 25 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.20 – 0.74

4. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

4.1 นำแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121) ได้ค่าความ

เชื่อมั่นเท่ากับ 0.60

4.2 นำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรม การดูแลตนเองในเรื่องการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิด ลำไส้ใหญ่ มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha – coefficient) ของ ครอนบัค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125-126) ได้ผลดังนี้

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในเรื่องการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.64

แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและทำการทดลองในผู้ป่วยที่กลับบ้าน จาก อาจารย์พยาบาลประจำคลินิกผู้ป่วยนอก ภปร 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ และซักถามความสนใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการศึกษา
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษารายบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และติดตามเยี่ยมบ้าน 1 สัปดาห์ต่อมา เพื่อซักถามอาการและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ
4. กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขในสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการทดสอบความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเก็บข้อมูลก่อนทำการทดลอง (Pre-test) ก่อนกลับบ้าน และหลังการทดลอง (Post-test) เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านได้ 2 สัปดาห์
5. นำแบบสัมภาษณ์ที่เก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์และวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์แต่ละฉบับ
2. ตรวจสอบให้คะแนนแบบสัมภาษณ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. แบบสัมภาษณ์ส่วนที่เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจง

ความถี่และค่าร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

5. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้ของผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์ระดับคะแนนโดยการหาค่าร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

6. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์ระดับคะแนนโดยการหาค่าร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

7. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ค่าสถิติที (t – test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 1 – 4

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อคำนวณสถิติดังต่อไปนี้

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2531 : 59) จากสูตร

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ค่าความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนน (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 36)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ $\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
Σx	แทน	ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล
n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สูตร
(ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 65)

$$S = \sqrt{\frac{n\Sigma x^2 - (\Sigma x)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
Σx^2	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
$(\Sigma x)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 หาดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาพิจารณาลงความเห็นโดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

$$IC = \frac{\Sigma R}{N}$$

เมื่อ IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม
ΣR	แทน	ผลรวมของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

2.2 หาความยากง่าย (P) ของแบบสอบถามความรู้ โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 129)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ P	แทน	ค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ
R	แทน	จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
N	แทน	จำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบเซรียล (Point biserial correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119) จากสูตร

$$r_{pbis} = \frac{\bar{Y}_p - \bar{Y}_q}{S_y} \cdot \sqrt{pq}$$

เมื่อ r_{pbis}	แทน	ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ
$\bar{Y}_p$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
$\bar{Y}_q$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
S_y	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทั้งฉบับ
p	แทน	สัดส่วนของผู้ที่ตอบถูก
q	แทน	สัดส่วนของผู้ที่ตอบผิด (1-p)

2.4 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117-118) จากสูตร

$$r_{xy} = \frac{n\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{\left[n\sum x^2 - (\sum x)^2 \right] \left[n\sum y^2 - (\sum y)^2 \right]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
	n	แทน	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ
	$\sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม
	$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน x และคะแนน y
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน x
	$\sum y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน y

2.5 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ โดยใช้สูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson : KR – 20) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121) จากสูตร

$$r_{tt} = \left[\frac{n}{n-1} \right] \frac{\sum pq}{S_t^2}$$

เมื่อ	r_{tt}	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบทดสอบ
	p	แทน	ค่าความยากง่ายของแบบทดสอบแต่ละข้อ (สัดส่วนของคนทำถูก)

q	แทน	1 - p (สัดส่วนของคนทำผิด)
S_i^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2.6 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125-126)

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

เมื่อ	α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	n	แทน	จำนวนข้อในแบบสอบถาม
	S_i^2	แทน	ค่าคะแนนในความแปรปรวนแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	ค่าคะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียดและการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ โดยใช้สถิติค่าที (t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 - 4

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าดังนี้
คือ

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าใช้พิจารณาแจกแจงแบบที (t-distribution)
df	แทน	จำนวนค่าที่เป็นอิสระของคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไป (Degree of freedom)
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
กลุ่มทดลอง	แทน	โปรแกรมสุขศึกษาเป็นรายบุคคล
กลุ่มควบคุม	แทน	โปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ อายุ
สถานภาพการสมรส ลักษณะการพักอาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ อาหารที่รับ
ประทานการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 จำนวน และค่าร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรส
 ลักษณะการพักอาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ อาหารที่รับประทาน
 การเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	15	50.00	18	60.00
หญิง	15	50.00	12	40.00
รวม	30	100.00	30	100.00
2. อายุ				
ต่ำกว่า 50 ปี	2	6.66	11	36.67
50 – 60 ปี	17	56.67	12	40.00
61 – 70 ปี	3	10.00	6	20.00
71 ปีขึ้นไป	8	26.67	1	3.33
รวม	30	100.00	30	100.00
3. สถานภาพการสมรส				
โสด	2	6.66	2	6.66
คู่	14	46.67	21	70.00
ม่าย / หย่า / แยกกันอยู่	14	46.67	7	23.33
รวม	30	100.00	30	100.00
4. ลักษณะการพักอาศัย				
คู่สมรส	16	53.33	18	60.00
บุตร	8	26.67	4	13.33
หลาน	6	20.00	8	26.67
รวม	30	100.00	30	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
5. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	20	66.67	10	33.33
มัธยมศึกษาตอนต้น	-	-	3	10.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2	6.66	5	16.67
อนุปริญญา/ปวส.	2	6.66	6	20.00
ปริญญาตรี	5	16.67	6	20.00
อื่นๆ (ไม่ได้รับการศึกษา)	1	3.33	-	-
รวม	30	100.00	30	100.00
6. อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	53.33	4	13.33
เกษตรกร	5	16.67	11	36.67
ค้าขาย	5	16.67	7	23.33
รับจ้าง	2	6.66	2	6.66
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	6.66	6	20.00
รวม	30	100.00	30	100.00
7. รายได้				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	16	53.33	5	16.67
5,001 – 10,000 บาท	9	30.00	14	46.67
10,001 บาทขึ้นไป	5	16.67	11	36.66
รวม	30	100.00	30	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
8. การเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด				
มะเร็งหรือเนื้องอกในระบบทางเดินอาหาร	2	6.66	3	10.00
มะเร็งหรือเนื้องอกในอวัยวะอื่น	3	10.00	-	-
มะเร็งหรือเนื้องอกที่หน้าอก	1	3.33	1	3.33
ไม่มี	24	80.00	26	86.67
รวม	30	100.00	30	100.00
9. อาหารที่บริโภค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
อาหารรสจัด เช่น รสเผ็ด รสเปรี้ยว	19	27.14	26	36.62
อาหารที่มีไขมันสูง เช่น ประเภทผัด/ทอด	20	28.57	23	32.39
อาหารปิ้งย่าง ร้อนจัด	17	24.29	22	30.99
อาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้	14	20.00	-	-

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 60 คน จำแนกตามตัวแปรดังนี้

1. เพศ

 กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นเพศชายเท่ากับเพศหญิงคือ ร้อยละ 50.00 เท่ากัน

 กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เพศชาย ร้อยละ 60.00 เพศหญิง ร้อยละ 40.00

2. อายุ

กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีอายุ 50 – 60 ปี มีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 56.67 รองลงมาคือ อายุ 71 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.67 อายุ 61 – 70 ปี ร้อยละ 10.00 และอายุต่ำกว่า 50 ปี ร้อยละ 6.66

กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีอายุ 50 – 60 ปี มีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ อายุต่ำกว่า 50 ปี ร้อยละ 36.67 อายุ 61 – 70 ปี ร้อยละ 20.00 และอายุ 71 ปีขึ้นไป ร้อยละ 3.33

3. สถานภาพการสมรส

กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ และม่าย / หย่า / แยกกันอยู่ มีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 46.67 และโสด ร้อยละ 6.66

กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ มีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ ม่าย / หย่า / แยกกันอยู่ ร้อยละ 23.33 และโสด ร้อยละ 6.66

4. ลักษณะการพักอาศัย

กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส มีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 53.33 รองลงมาคือ อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 20.67 และอาศัยอยู่กับหลาน ร้อยละ 20.00

กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ อาศัยอยู่กับหลาน ร้อยละ 20.00 และอาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 13.33

5. ระดับการศึกษา

กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 16.67 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และอนุปริญญา/ปวส. มีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 6.66 และไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 3.33

กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ ระดับอนุปริญญา/ปวส. และปริญญาตรี มีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 20.00 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 16.67 และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 10.00

6. อาชีพ

กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพมีจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 53.33 รองลงมาคือ เกษตรกรรมและค้าขาย มีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 16.67 รับจ้างและข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 6.66

กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ อาชีพเกษตรกรรมมีจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 36.67 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 23.33 ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 20.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 13.33 และรับจ้าง ร้อยละ 6.66

7. รายได้

กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 53.33 รองลงมาคือ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 30.00 และ 10,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 16.67

กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท มีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 46.67 รองลงมาคือ 10,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 36.66 และต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 16.67

8. การเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด

กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไม่มีการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด มีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 80.00 รองลงมา มีบุคคลใกล้ชิดเป็นมะเร็งหรือเนื้องอกในอุ้งเชิงกราน ร้อยละ 10.00 มะเร็งหรือเนื้องอกในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 6.66 และมะเร็งหรือเนื้องอกที่หน้าอก ร้อยละ 3.33

กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไม่มีการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด มีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 86.67 รองลงมา มีบุคคลใกล้ชิดเป็นมะเร็งหรือเนื้องอกในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 10.00 และมะเร็งหรือเนื้องอกที่หน้าอก ร้อยละ 3.33

9. อาหารที่บริโภค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงประเภท ผัด/ทอด มีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 28.57 รองลงมาคือ อาหารรสจัด เช่น รสเผ็ด รสเปรี้ยว ร้อยละ 27.14 อาหารปิ้งย่าง รมควัน ร้อยละ 24.29 และ อาหารที่กากใย เช่น ผัก ผลไม้ ร้อยละ 20.00

กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รับประทานอาหารรสจัด เช่น รสเผ็ด รสเปรี้ยว ร้อยละ 36.62 รองลงมาคือ อาหารที่มีไขมันสูงประเภทผัด/ทอด ร้อยละ 32.39 และ อาหารปิ้งย่าง รมควัน ร้อยละ 30.99

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนน ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ดังปรากฏตามตาราง 6 – 9

ตาราง 6 จำนวน และค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
สูง	8	26.67	3	10.00
ปานกลาง	4	13.33	9	30.00
ต่ำ	18	60.00	18	60.00
รวม	30	100.00	30	100.00
หลังการทดลอง				
สูง	22	73.33	2	6.67
ปานกลาง	6	20.00	10	33.33
ต่ำ	2	6.67	18	60.00
รวม	30	100.00	30	100.00

ตาราง 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
สูง	10	33.33	11	36.67
ปานกลาง	20	66.67	19	63.33
ต่ำ	-	-	-	-
รวม	30	100.00	30	100.00
หลังการทดลอง				
สูง	23	76.67	13	43.33
ปานกลาง	7	23.33	17	56.67
ต่ำ	-	-	-	-
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่า

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.33

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 76.67 มีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับปานกลาง 23.33

ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.33 มีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 36.67

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม มีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.67 มีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 43.33

ตาราง 8 จำนวน และค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ระดับความคาดหวังในผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
สูง	13	43.33	13	43.33
ปานกลาง	17	56.67	17	56.67
ต่ำ	-	-	-	-
รวม	30	100	30	100
หลังการทดลอง				
สูง	18	60.00	14	46.67
ปานกลาง	12	40.00	16	53.33
ต่ำ	-	-	-	-
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 8 แสดงว่า

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.67 และมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 43.33

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 60.00 และมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.00

ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.67 และมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 43.33

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม มีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.33 และมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 46.67

ตาราง 9 จำนวน และค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ระดับการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
สูง	-	-	5	16.67
ปานกลาง	23	76.67	19	63.33
ต้องปรับปรุง	7	23.33	6	20.00
รวม	30	100.00	30	100.00
หลังการทดลอง				
สูง	4	13.33	9	30.00
ปานกลาง	26	86.67	14	46.67
ต้องปรับปรุง	-	-	7	23.33
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 9 แสดงว่า

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 76.67 และมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 23.33

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.67 และมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 13.33

ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.33 มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 20.00 และมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 13.67

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.67 มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องในระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 23.33

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ค่าสถิติ t -dependent) ดังปรากฏตามตาราง 10 – 13 และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ดังปรากฏตามตาราง 14 – 17 และหลังการทดลอง ดังปรากฏตามตาราง 18 – 21

ตาราง 10 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	df	p
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่						
การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง						
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	30	54.67	24.32	-5.857*	.000
	หลังการทดลอง	30	82.67	13.37		
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	30	55.00	27.26	-.623	.538
	หลังการทดลอง	30	58.67	23.89		

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 54.67 (S = 24.32) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 82.67 (S = 13.37) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติที (t-dependent) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 55.00 (S = 27.26) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 58.67 (S = 23.89) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติที (t-dependent) พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง หลังการทดลองกับก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 11 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	df	p
การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง						
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	30	1.89	0.37	-2.713*	.000
	หลังการทดลอง	30	2.15	0.34		
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	30	1.98	0.31	.067	.947
	หลังการทดลอง	30	1.98	0.40		

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 1.89 ($S = 0.37$) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 2.15 ($S = 0.34$) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติที (t-dependent) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 1.98 ($S = 0.31$) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 1.98 ($S = 0.40$) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติที (t-dependent) พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง หลังการทดลองกับก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 12 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของ
การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	df	p
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของ						
การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด						
และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง						
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	30	1.94	0.41	-1.172	29
	หลังการทดลอง	30	2.05	0.31		
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	30	1.94	0.40	-.392	29
	หลังการทดลอง	30	2.00	0.39		

จากตาราง 12 แสดงว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 1.94 ($S = 0.41$) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 2.05 ($S = 0.31$) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติที (t-dependent) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง หลังการทดลองกับก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 1.94 ($S = 0.40$) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 2.00 ($S = 0.39$) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติที (t-dependent) พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง หลังการทดลองกับก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 13 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง		n	$\bar{X}$	S	t	df	p
การดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร							
การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง							
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	30	0.99	0.33			
	หลังการทดลอง	30	1.45	0.21	-6.937*	29	.000
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	30	1.04	0.32			
	หลังการทดลอง	30	1.07	0.40	-.404	29	.689

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 0.99 ($S = 0.33$) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 1.45 ($S = 0.21$) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติ (t-dependent) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 1.04 ($S = 0.32$) และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 1.07 ($S = 0.40$) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติ (t-dependent) พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง หลังการทดลองกับก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 14 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	df	p
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง						
กลุ่มทดลอง	30	54.67	24.32			
				.050	58	.960
กลุ่มควบคุม	30	55.00	27.26			

จากตาราง 14 แสดงว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 54.67 (S = 24.32) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 55.00 (S = 27.26) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติที (t-independent) พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องไม่แตกต่างกัน

ตาราง 15 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	df	p
การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง						
กลุ่มทดลอง	30	1.89	0.37			
				1.094	58	.279
กลุ่มควบคุม	30	1.98	0.31			

จากตาราง 15 แสดงว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 1.89 ($S = 0.37$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 1.98 ($S = 0.31$) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติที (t-independent) พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องไม่แตกต่างกัน

ตาราง 16 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	df	p
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง						
กลุ่มทดลอง	30	1.94	0.41			
				0.126	58	.900
กลุ่มควบคุม	30	1.94	0.40			

จากตาราง 16 แสดงว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 1.94 ($S = 0.41$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 1.94 ($S = 0.40$) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติที (t-independent) พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องไม่แตกต่างกัน

ตาราง 17 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	df	p
การดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิด ลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง						
กลุ่มทดลอง	30	0.99	0.33			
				.574	58	.568
กลุ่มควบคุม	30	1.04	0.32			

จากตาราง 17 แสดงว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 0.99 ($S = 0.33$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 1.04 ($S = 0.32$) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติที (t-independent) พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องไม่แตกต่างกัน

ตาราง 18 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	df	p
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง						
กลุ่มทดลอง	30	82.67	13.37			
				-4.802*	58	.000
กลุ่มควบคุม	30	58.67	23.89			

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 82.67 ($S = 13.37$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 58.67 ($S = 23.89$) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติที (t-independent) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1

ตาราง 19 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	df	p
การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง						
กลุ่มทดลอง	30	2.15	0.34	-1.779	58	.081
กลุ่มควบคุม	30	1.98	0.40			

จากตาราง 19 แสดงว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 2.15 ($S = 0.34$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 1.98 ($S = 0.40$) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติที (t-independent) พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2

ตาราง 20 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	df	p
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง						
กลุ่มทดลอง	30	2.05	0.31			
				-0.622	58	.536
กลุ่มควบคุม	30	2.00	0.39			

จากตาราง 20 แสดงว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 2.05 (S = 0.31) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 2.00 (S = 0.39) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติที (t-independent) พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3

ตาราง 21 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	df	p
การดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิด ลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง						
กลุ่มทดลอง	30	1.45	0.21			
				-4.573*	58	.000
กลุ่มควบคุม	30	1.07	0.40			

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตาราง 21 แสดงว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 1.45 ($S = 0.21$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง 1.07 ($S = 0.40$) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติที (t-independent) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปได้ว่า

1. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ดีวก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหารการคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ (Colostomy) ของผู้ป่วยโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่

สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การ บริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการ บริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภค อาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา
4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการ บริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป และได้รับการรักษาโดยการศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ (Colostomy) ซึ่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป และได้รับการรักษาโดยการตัดยกรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ (Colostomy) ซึ่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

รูปแบบการศึกษาค้นคว้า

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) โดยการนำแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองหลังตัดยกรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามที่ถูกวิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติในสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา โดยทั้ง 2 กลุ่มจะตอบแบบสัมภาษณ์จำนวน 2 ครั้งคือ ก่อนการทดลองเมื่อผู้ป่วยจะกลับบ้าน และหลังการทดลองเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านได้ 2 สัปดาห์ นำผลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ของทั้งสองกลุ่มไปวิเคราะห์โดยวิธีทางสถิติเพื่อทดสอบสมมุติฐาน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลองเป็นโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังตัดยกรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนสุขศึกษา เป็นการให้สุขศึกษารายบุคคล ได้แก่ กิจกรรมบรรยาย ประกอบภาพพลิก เกี่ยวกับความรู้ เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่ การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่

1.2 แจกแผ่นพับ เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่กับการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อความชัดเจนเกี่ยวกับการใช้ภาษาและความเหมาะสมของเนื้อหา

1.3 การสาธิตโดยให้ผู้ป่วยเป็นตัวแทน

1.4 การกระตุ้นเตือนทุกครั้งที่ยเยี่ยมบ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ซึ่งได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงทางเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความเหมาะสมขึ้นกว่าเดิม และนำแบบสัมภาษณ์

ไปทดลองใช้แล้วนำมาปรับปรุงภาษาและเนื้อหาเพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ อาหารที่รับประทาน และการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ โดยใช้ตัวเลือก 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ โดยใช้มาตราส่วนประมาณ (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีข้อความที่แสดงลักษณะทางบวกและทางลบ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ โดยใช้มาตราส่วนประมาณ (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีข้อความที่แสดงลักษณะทางบวกและทางลบ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ โดยใช้มาตราส่วนประมาณ (Rating scale) มี 3 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีข้อความที่แสดงลักษณะทางบวกและทางลบ จำนวน 11 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน โดยยอมรับที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ อาหารที่รับประทาน และการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด โดยวิธีแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ค่าสถิติที (t-test) ทดสอบสมมติฐานข้อ 1 – 4

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษา การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ พบว่า

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียดและการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียดและการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ไม่แตกต่างกัน

3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียดและการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ไม่แตกต่างกัน

4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียดและการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ พบว่า

1. จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 ที่ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

ผลของการศึกษานี้พบว่า กิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ดังกล่าว โดยจัดกิจกรรมด้วยการบรรยายประกอบสื่อ ภาพพลิก แผ่นพับและการสาธิตโดยให้ผู้ป่วยเป็นตัวแทน ประกอบการสอนรายบุคคล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจและเข้าใจง่ายขึ้น นอกจากนั้นผู้วิจัยได้พูดคุยตอบข้อซักถาม ให้ข้อมูลข่าวสาร และกระตุ้นให้กำลังใจทุกครั้งเมื่อติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังออกจาก

โรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของวรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ (2546 : 54) พบว่าการให้สุขศึกษารายบุคคลมีผลทำให้บิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดความวิตกกังวลลดลง เนื่องจากการให้สุขศึกษารายบุคคลสามารถให้ความรู้ได้ละเอียด สร้างสัมพันธภาพที่ดี ช่วยแก้ปัญหาส่วนตัวได้ ให้คำปรึกษาแนะนำเฉพาะบุคคล เปิดโอกาสให้ระบายความคับแค้นใจและซักถามให้เกิดความเข้าใจได้ตามต้องการ สอดคล้องกับพรพิมล อุปดัมภ์ (2530 : ก-ข) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ โดยใช้สไลด์ประกอบเสียงกับภาพพลิก ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรมภายหลังการสอน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน พบว่า ภายหลังการสอนทันทีผู้ป่วยมีความรู้และทัศนคติดีขึ้นกว่าก่อนสอน และหลังจากออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการทำความสะอาดโคลอสโตมีย์สูงขึ้นกว่าหลังการสอนทันที

2. การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ผลจากการศึกษาพบว่าไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2 กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งผู้ป่วยเมื่อทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และมีรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องก็รู้สึกหมดยกกำลังใจ ขาดความมั่นใจในตนเอง และปล่อยตัวไม่สนใจที่จะเรียนรู้วิธีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น และหายจากโรคที่เป็นอยู่นี้ เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคของทั้งระบบ ไม่ใช่ความผิดปกติเฉพาะอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง เป็นความล้มเหลวของระบบร่างกายทั่วทั้งหมดยุติ สาเหตุตั้งแต่เรื่องอาหารการกิน วิถีชีวิต ความคิดและวิธีการมองโลกของคนนั้น ๆ มีผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของเขาลดลง กระทั่งเกิดมะเร็งขึ้นในที่สุด (บรรจบ ชุณหสวัสติกุล. 2547 : 11) สอดคล้องกับการศึกษาของซอลเตอร์ (นุชรี ไล่พันธ์. 2542 : 3 ; อ้างอิงจาก Salter, M.J. 1992. *Journal of Advanced Nursing*. p.841-848) ศึกษาในผู้ป่วย 7 รายที่ทำ Colostomy พบว่าผู้ป่วยมีการมองตนเองในด้านลบ และประเมินคุณค่าตนเองต่ำ ซึ่งจากการศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง และด้วยพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่เป็นผลทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อยหรือต่ำกว่าปกติ เนื่องจากผู้ป่วยจะกังวลใจเกี่ยวกับภาพลักษณ์และการมีถุงรองรับอุจจาระที่หน้าท้องซึ่งอาจหลุด รั่วหรือมีกลิ่น ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม ทำให้หลังการบรรยายประกอบภาพพลิก แจกแผ่นพับและการสาธิตโดยให้ผู้ป่วยเป็นตัวแทนผู้วิจัยต้องคอยให้คำปรึกษาแนะนำ กระตุ้นเตือนและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ลงมือปฏิบัติเองทุกครั้งที่ไม่เยี่ยม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง

เองหลังการทดลอง ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ สุรีย์ จันทรโมลี (2527 : 5-7) ที่กล่าวว่า การให้สุศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพต้องใช้กระบวนการสอน สื่อการสอนที่ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ จำได้ ประทับใจ สามารถนำไปปฏิบัติตามได้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองและนำไปสู่การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ตรงตามความต้องการของตนเอง

3. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ผลจากการศึกษาพบว่าไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 3 กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุศึกษาที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุศึกษา เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ(มีรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง) และจากการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการเศร้าโศก กลัววิตกกังวล และเครียดต่อการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันเมื่อกลับบ้านแล้ว ต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวเพื่อให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ซึ่งสอดคล้องกับเวด (Wade. 1990 : 1297-1304) ได้ศึกษาเรื่องการปรับตัวด้านจิตใจของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง จำนวน 215 ราย ในระยะเวลา 10 สัปดาห์ และ 1 ปี พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่มีรูเปิดลำไส้ใหญ่มีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 6 มีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 5 มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยมักคิดว่ามะเร็งเมื่อเป็นแล้วไม่มีทางรักษาให้หายได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ก่อนการทดลอง 1.94 (S = 0.41) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นคือ 2.05 (S = 0.31) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ก่อนการทดลอง 1.94 (S = 0.40) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นคือ 2.00 (S = 0.39) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วยค่าสถิติที (t-dependent) พบว่าก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน แม้ว่าจะได้รับโปรแกรมสุศึกษาทั้งจากเจ้าหน้าที่ประจำสถานพยาบาลหรือจากผู้วิจัยแล้วก็ตาม แต่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับความรู้จากโรงพยาบาลแล้วไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้านหรือกระตุ้นเตือน ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยต้องพยายามให้ข้อมูล คำแนะนำและให้กำลังใจทุกครั้งไปเยี่ยม เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความหวังที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข ซึ่งบางรายที่ประสบผลสำเร็จผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข พบว่าต้องใช้เวลาในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยถึง 1 เดือน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาติดตามประเมินผลหลังการทดลองเพียง 2 สัปดาห์เท่านั้น จึงทำให้ผลการศึกษาความคาดหวังในผลลัพธ์ทางสถิติไม่แตกต่างกัน

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ผลจากการศึกษาพบว่า สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4 กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง โดยการจัดกิจกรรมบรรยายความรู้ประกอบสื่อ การให้คำปรึกษาแนะนำเป็นรายบุคคล การสาธิตโดยให้ผู้ป่วยเป็นตัวแทน และพยายามกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมหรือฝึกปฏิบัติเองทุกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมั่นใจสามารถที่จะปฏิบัติเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเขมกร นาคศรี (2546 : 89) พบว่าการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับเคลลี และเฮนรี่ (Kelly and Henry. 1992 : 350-351, 354-356) ได้ศึกษาถึงทัศนคติและความเห็นของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง และใช้วิธีการมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติซึ่งก็คือการประสมผลสำเร็จจากการกระทำตามแนวคิดของแบนดูรา พบว่า การฝึกการดูแลรูเปิดลำไส้ปฏิบัติได้ยากหากไม่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการได้รับข้อมูลความรู้ในการดูแลรูเปิดลำไส้มากกว่าการให้คำปรึกษาด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (1977 : 191) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทางใดย่อมขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล สอดคล้องกับอัมพร ศรีสำรวล (2541 : 69) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษารายบุคคลโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษ โรงพยาบาลบางรัก จำนวน 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 ราย ได้รับการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรมที่สร้างขึ้น และกลุ่มควบคุม 22 รายได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษารายบุคคลโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรามีประสิทธิภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันกามโรค ด้านความรู้เรื่องกามโรค ความคาดหวังในผลของพฤติกรรมการป้องกันกามโรคและพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันกามโรคของกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองที่ผู้วิจัยใช้ในครั้งนี้ มีประสิทธิภาพต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียดและการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ โดยผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา เมื่อทดสอบสมมุติฐานพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การคลายความเครียดและการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการติดตามประเมินผลเพียง 2 สัปดาห์ ซึ่งระยะเวลาค่อนข้างสั้นทำให้ผู้ป่วยไม่มีการรับรู้ความสามารถตนเองและไม่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำตามกิจกรรมที่ให้ไป จึงควรมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ และเป็นเวลานานขึ้น

2. การให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคลทำให้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย และผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ไม่รู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ของตนเอง แต่ผู้ป่วยบางรายยังไม่กล้าที่จะพบปะผู้คนนอกบ้านหรือเดินทางไปเที่ยวพักผ่อน จึงควรมีการจัดให้เข้ากลุ่มหรือพบปะพูดคุยกับผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเดียวกัน

จากการศึกษาพบว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง ซึ่งถือว่าเป็นโรคร้ายต้องใช้เวลารักษานาน และผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติเหมือนเดิม ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จึงไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ ดังนั้นการนำทฤษฎีนี้มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรง เรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ตนเอง และไม่มีทางรักษาให้หายได้ ควรจะต้องทบทวนด้วยความระมัดระวังก่อนนำไปประยุกต์ใช้

ข้อเสนอแนะสำหรับการค้นคว้าครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ และติดตามความคงทนของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรประยุกต์รูปแบบหรือกลวิธีทางสุขศึกษาอื่น ๆ มาประยุกต์ใช้กับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของผู้ป่วยหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ เช่น การใช้กระบวนการกลุ่ม แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่นำจะมีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ เช่น ความเชื่ออำนาจภายในตน สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กชกร ไพรัตน์. (2544). พฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด ที่มารับบริการ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กุลวรรณทิพย์ เนี่ยวกุล. (2538, มกราคม-มีนาคม). "การประเมินการให้บริการช่วยเหลือค่ายาเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2535-2537," ใน วารสารโรค มะเร็ง. หน้า 31-32. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สันประสิทธิ์การพิมพ์.
- กำพล เลหาเพ็ญแสง และคนอื่นๆ. (2540). ศัลยศาสตร์ปริทัศน์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พี.บี. ฟอเรนบ็อคเซนเตอร์.
- เชมกร นาคศรี. (2546). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2541). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : โรงพิมพ์ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- คณิต สัมบุณณานนท์. (2544). "มะเร็งลำไส้ใหญ่" ใน ตำราศัลยศาสตร์ รามาธิบดี เล่ม 2: สำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. สลาวิตร โฆษิตชัยวัฒน์. หน้า 47. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.
- จิตสมร วุฒิพงษ์. (2543). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จุฬารณ โสตะ. (2541). การให้สุขศึกษาในสถานบริการสาธารณสุข. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ พระธรรมขันธ์.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). สถานะสุขภาพคนไทย : สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อุษาการพิมพ์.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ เทพเนรมิตรการพิมพ์.
- ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์. (2542). ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สานสุทธา.

- ชัชวิน เพชรเลิศ. (2541, กรกฎาคม-สิงหาคม). "อาหารโภชนาการกับมะเร็ง," ใน วารสาร วิทยาศาสตร์. หน้า 228-229. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ปัญญาการพิมพ์.
- ชัยวัฒน์ ต่อสกุลแก้ว. (2541). สรีรวิทยาทางเดินอาหาร. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- นพวรรณ จารุรักษ์. (1995, November). "p53 บทบาทและความสำคัญต่อโคมะเร็ง," ใน *Chulalongkorn Medical Journal*. 39(11). 780-787. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- นรินทร์ วรภูมิ และคนอื่นๆ. (1999, December). "การรักษาแบบผสมผสานสำหรับมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ช่วยปลาย," ใน *Chulalongkorn Medical Journal*. 43(12) : 903. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- นฤมล วิเศษโสภาส. (1997, December). "มะเร็งลำไส้ใหญ่ พยาธิกำเนิดในระดับเซลล์และ โมเลกุล," ใน *Chulalongkorn Medical Journal*. 41(12) : 928-938. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- นาคยา เกรียงชัยพุกกะ. (2544). ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค อาหาร การออกกำลังกาย และการคลายความเครียดของผู้สูงอายุ ณ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นุชรี ไล่พันธ์. (2542). ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและ พฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ผ่านทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- เนสท์เล่ โปรดักท์ส (ไทยแลนด์) อินค์. (ม.ป.ป.). คู่มือเอ็กเซอร์ไซส์สไตส์คุณแม่. ม.ป.พ.
- บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล. (2547). มะเร็ง เสริมรักษา เคมี-รังสีบำบัดด้วยธรรมชาติวิธี. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์รวมพรรณ.
- ประสงค์ คุณานุวัฒน์ชัยเดช. (2532, เมษายน-มิถุนายน). "มะเร็งลำไส้ใหญ่กับกากใยอาหาร," ใน วารสารโรคมะเร็ง. 15(2) : หน้า 73-75. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สินประสิทธิ์การ.
- พนิดา ทองอุทัยศรี. (2544). มะเร็งลำไส้ใหญ่. (เอกสารประกอบคำบรรยาย). กรุงเทพฯ : ม.ป.พ. ถ่ายเอกสาร.
- พรพิมล อุปถัมภ์. (2530). เปรียบเทียบผลการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วย โคลอสโตมีย์ โดยใช้สไลด์ประกอบเสียงกับภาพพลิก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- พิสิษฐ์ พันธุมจินดา และศิณีนาฐ สนิทพงษ์. (2532, มกราคม-มีนาคม). "สถานภาพของโรค มะเร็งในปัจจุบัน แนวโน้มในอนาคต และแนวทางการควบคุม," ใน วารสารโรคมะเร็ง. 15(1) : หน้า 36-38. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สินประสิทธิ์การพิมพ์.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- . (2540). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. (2542). *ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาล ราชวิถี. ปรินูญนิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา)*. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ไพบุลย์ สุทธิวรรณ และบรรจบ อินทรสุขศรี. (2542). *ตำราศัลยศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- รัชณี นามจันทรา. (2535). *ความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเองและแบบแผนการเกิด อาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับความเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2545?). *สถิติผู้ป่วยในในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปีพ.ศ. 2543 – 2544*. กรุงเทพฯ : ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ.
- ลลิตา ชีระสิริ. (2544). *คู่มือธรรมชาติบำบัดว่าด้วยการเตรียมตัวผ่าตัด*. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์รวมพรรณ.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2531). *เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการวัดผลและวิจัยศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- วรชัย รัตนธรร. (2538). *Textbook of medical oncology : ตำราการรักษาโรคมะเร็ง*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์โซลิสติก พับลิชชิง.
- วรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ. (2546). *ผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดา และมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. ปรินูญนิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา)*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). *สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วิบูล สัจกุล และคนอื่นๆ. (2541). *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 16*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

- ศิริมา เขมะเพชร. (2540). *ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดระดูที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2544). *การพยาบาล:ศาสตร์การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วี.เจ. พรินต์ติ้ง.*
- สิริยา สัมมาวาท และสมพร ชินโนรส. (2543). "การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่" ใน *การพยาบาลทางศัลยศาสตร์เล่ม 3. สมพร ชินโนรส. หน้า 142-145. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ธรรมสาร.*
- สมโภช เอี่ยมสุภาสิจ. (2536). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- . (2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.*
- สุชาติพย์ รุ่งเรืองอนันต์. (2544). *พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- สุพล จินดาทรัพย์. (2544). *ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ไส้ตรงและทวารหนัก ฉบับ 2544 (สหัสวรรษใหม่ 2001). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.*
- สุรีย์ จันทรโมลี. (2527). *วิธีการทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ดวงกมล.*
- เสรี สาขโลชน. (2537). "หลักเกณฑ์และวิธีการจัดการและการประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน." ใน *การบริหารและการจัดการและการประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 3. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สุโขทัยธรรมมาธิราช.*
- อรพินท์ ภายโรจน์. (2542). *ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.*
- อัมพร จันทรดา. (2544). *พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*

- อัมพร ศรีสำราญ. (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษารายบุคคลโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษ โรงพยาบาลบางรัก. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา).
 กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. (2543). โรคมะเร็งลำไส้ : การวินิจฉัยและการรักษา. กรุงเทพฯ :
 โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- Bandura, Albert and others. (1977, March). "Cognitive Processes Mediating Behavioral Change," *Journal of Personality and Social Psychology*. 35 (3) : 125-215.
- Bandura, Albert. (1977a). "Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change," in *Psychological Review*. 84(3) : 191-215.
- . (1977b). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall.
- . (1997c). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall.
- . (1997d). *Self-Efficacy the Exercise of control*. The United States of America : W.H.Freeman and Company.
- Bekkers, M.J.T.M. and others. (1996, March). "Prospective evaluation of psychological adaptation to stoma surgery : The role of self-efficacy," in *Psychosomatic Medicine*. 58(38) : 183-191.
- Black, P.K. (1994, April). "Common problems following : Stoma surgery," in *British Journal Nurse*. (Online). 3(8) : 413-414,416-417. Available: HighWire-Medline Abstract; File: HighWire-based Journals + Medline; Item: PMID 7919856.
- . (1994, July). "Hidden problems of stoma care," in *British Journal Nurse*. (Online). 3(14) : 707. Available: HighWire-Medline Abstract; File: HighWire – based Journals + Medline; Item: PMID 7919840.
- Dodd, M.J. (1982, December). "Assessing Patient Self-Care for Side Effects of Cancer with Chemotherapy - Part I," in *Cancer Nursing*. 7(15) : 447-451.
- Gormley, Kevin. (1996, June). "WHOSE JOB IS IT TO CARE?," in *Nursing Times*. 92(25) : 50-51.
- Hocking, J. (1997, September). "Stoma Care : Teaching Patients to Cope," in *Nursing Time*. 93(39) : 63-64.

- Kaaks, R., & Riboli, E. (1996, January). "Colorectal Cancer and Intake of Dietary Fiber. A Summary of the Epidemiological Evidence," in *Gastroenterology Rapid Literature Review*. 3(1) : 466.
- Kelly, M., & Henry, T. (1992). "A Thirst for Practical Knowledge," in *Professional Nurse*. 7 : 350-351, 354-356.
- Levin, L. (1976, March). "The Layperson as the Primary Care Practitioners." In *Public Health Report*. 19(3) : 206-210.
- Oetker, M.P. and others. (1992, August). "Preoperative Self-Efficacy and Postoperative Behavior," in *Apply-Nursing Research*. 5 : 134-139.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing : Concepts of Practice*. 5th ed. St. Louis : Mosby Year Book.
- Salter, M.J. (1992). "What are the Differences in Body Image Between Patients with a Conventional Stoma Compared with Those Who have had a Conventional Stoma Followed by a Continent Pouch?," in *Journal of Advanced Nursing*. 17 : 841-848.
- Shapiro, E.H. (1988, April). "Behavioral Treatment of Anticipatory Nausea Associated with Cancer Chemotherapy," in *Dissertation Abstract International*. 18(2) : 49.
- Scherer, Y.K., Schmieder, L.E., & Shimmel, S. (1998, September). "The Effect of Education Alone and Combination with Pulmonary Rehabilitation on Self-Efficacy in Patient with COPD," in *Rehabilitation Nursing*. 23(2) : 71-77.
- Trevelyan, J. (1996, June). "Stoma Care :Patient Support," in *Nursing Times*. 92(24) : 48-49.
- Wade, B.E. (1990, February). "Colostomy Patient : Psychological Adjustment at 10 weeks and 1 year after Surgery in Districts which Employed Stoma-Care Nurse and Districts Which Did Not," in *Journal of Advanced Nursing*. 15(1) : 1297-1304.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ทบ 1012/4/7

วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวบุพารัตน์ คงแก้ว นิติระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัย ปัทมภาสพงษ์ และ รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัชรเวทย์ และ อาจารย์ทรงพล ค่อนี่ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ ให้ นางสาวบุพารัตน์ คงแก้ว และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

(ลายเซ็น)

(รองศาสตราจารย์นภกร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทบ 10121/5/9



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

19 กุมภาพันธ์ 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวบุพารัตน์ ดวงแก้ว นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังศัลยกรรมรูดลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ และ รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์ชูชีพ สาทกิจรุ่งเรือง และ นางพัชรวิรรณ เอมสะอาด หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก วิทยาลัยการแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังศัลยกรรมรูดลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ให้ นางสาวบุพารัตน์ ดวงแก้ว และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ภาภรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

19 ก.พ. 2546



ที่ ทม 1012/ 14/4

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

19 กุมภาพันธ์ 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยสหประชาชาติไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวบุพารัตน์ ดวงแก้ว นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันส ปัทมภาสพงษ์ และ รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัชนาฏ จนนกร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ ให้ นางสาวบุพารัตน์ ดวงแก้ว และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ภรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2564708-9 มือถือ 01-7537791

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์ แผนการสอน ภาพพลิก แผ่นพับ

รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที	หัวหน้าภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัชนาฏ ณ นคร	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
อาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี่	อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผศ.นพ.ชูชีพ สหกิจรุ่งเรือง	แพทย์ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
คุณพัชรวิพรรณ เอมสะอาด	หัวหน้าหอผู้ป่วยตึกจنگกลนี วัฒนวงศ์ ชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ภาคผนวก ข

แผนการสอนสุขศึกษา ครั้งที่ 1

แผนการสอนสุขศึกษา ครั้งที่ 2

แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 1

เรื่อง มะเร็งลำไส้ใหญ่ และการคลายความเครียด

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ป่วย

1. มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่
2. สามารถยอมรับสภาพของตนเอง และพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงของชีวิตได้
3. ได้รับความสามารถตนเองในการป้องกันไม่ให้เกิดเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ซ้ำอีก
4. มีความคาดหวังในผลการปฏิบัติตน และสามารถดูแลตนเองได้ เพื่อคลายความเครียด และป้องกันไม่ให้เกิดเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ซ้ำอีก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ถูกต้อง
2. อธิบายขั้นตอนการรักษา และการดูแลตนเองหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ได้
3. อธิบายถึงการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ได้
4. ฝึกปฏิบัติวิธีการคลายความเครียดได้ถูกต้อง

แนวคิดหลัก

มะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากในคนที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะผู้ที่นิยมบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดอย่างคนตะวันตก เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ อาหารที่มีกากใยน้อย นอกจากนี้มะเร็งลำไส้ใหญ่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมด้วย ดังนั้นผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวสายตรง เช่น บิดา มารดา พี่น้อง เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ โอกาสที่รุ่นถัดมาจะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้สูง การทำศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่มีบทบาทมากในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ อาจทำร่วมกับการใช้ยาเคมีหรือรังสีบำบัด จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะ เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ แบบแผนการขับถ่าย ซึ่งส่งผลต่อร่างกายและจิตใจผู้ป่วย ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังการทำผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ขั้นตอนการรักษาและการปฏิบัติตน เพื่อคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา

เนื้อหา

1. ลำไส้ใหญ่เป็นอวัยวะหนึ่งที่อยู่ในระบบทางเดินอาหาร มีความยาวประมาณ 1.5 เมตร มีลักษณะพองเป็นลอน เป็นทางผ่านและเก็บกากอาหาร มีหน้าที่ดูดซึมน้ำและเกลือแร่ ออกจากกากอาหารในบริเวณครึ่งแรกของลำไส้ใหญ่ ส่วนครึ่งหลังของลำไส้ใหญ่มีหน้าที่กักตุน กากอาหาร (อุจจาระ) เพื่อเตรียมถ่ายออกไป ดังนั้นผู้ที่รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยหรือ อาหารที่มีสารพิษปนเปื้อน จึงมีโอกาสที่ลำไส้ใหญ่สัมผัสและสะสมสารพิษได้มาก ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

2. มะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดจากเซลล์ภายในลำไส้ใหญ่แบ่งตัวและเจริญเติบโตอย่างผิดปกติ กลายเป็นก้อนที่มีลักษณะและขนาดผิดปกติ แล้วกลายเป็นก้อนเนื้อออกชนิดร้ายแรง ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่ก็ทราบถึงหลาย ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

3.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งชนิดเดียวกัน เป็นข้อบ่งชี้ว่าการถ่ายทอดทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

3.2 ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่สำคัญกว่าปัจจัยทางพันธุกรรม มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็ง และเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดมะเร็ง ซึ่งมักเกิดกับกลุ่มประชากรในเมืองที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง เนื่องจากสามารถรับประทานอาหารที่แพง มักนิยมบริโภคอาหารแบบตะวันตก ส่วนใหญ่เป็นเนื้อสัตว์ อาหารที่ได้มาจากผลิตภัณฑ์ไขมันสัตว์ เช่น นม เนย อาหารที่มีเส้นใยน้อย มีการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรที่รับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง มีความชุกของมะเร็งลำไส้ใหญ่น้อยกว่ากลุ่มประชากรที่รับประทานอาหารที่มีเส้นใยต่ำ เข้าใจว่าเส้นใยช่วยเพิ่มปริมาณอุจจาระ ทำให้ความเข้มข้นของสารก่อมะเร็งต่ำลง และอาจทำให้การเคลื่อนที่ของอุจจาระผ่านลำไส้ใหญ่เร็วขึ้น

3.3 ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยเป็นโรคที่มีการอักเสบของลำไส้ใหญ่ มีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าคนทั่วไป 5 – 15 เท่า ผู้ที่เคยผ่าตัดต่อทางเดินปัสสาวะกับลำไส้ ร้อยละ 5 – 10 เกิดเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และผู้ที่สูบบุหรี่นานกว่า 35 ปี มีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นโดยไม่ทราบเหตุผล

3.4 ปัจจัยเสี่ยง มีดังนี้

3.4.1 อายุ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มักจะมีอายุ 50 ปีขึ้นไป

3.4.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มักจะมีนิสัยบริโภคอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง

3.4.3 มีเนื้องอกในผนังลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะเกิดเนื้องอกก้อนเล็ก ๆ ในผนังลำไส้สูง ซึ่งอาจเปลี่ยนสภาพเป็นมะเร็งได้

3.4.4 ประวัติสุขภาพส่วนบุคคล เช่น ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ และเคยได้รับการรักษาโดยการฉายแสงในบริเวณอุ้งเชิงกราน หรือเป็นมะเร็งเต้านม มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือผู้ที่เคยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มาก่อนก็ยังคงมีความเสี่ยงที่จะกลับเป็นซ้ำอีก

3.4.5 ประวัติสุขภาพของครอบครัว ถ้าบุคคลสายตรง เช่น บิดา มารดา พี่น้อง เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ โอกาสที่รุ่นถัดมาจะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่สูง คนในครอบครัวมีโอกาสเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ตั้งแต่อายุยังน้อย

3.4.6 การอักเสบของผนังลำไส้ใหญ่ มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่

4. อาการผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่พบส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะถ่ายอุจจาระลำบาก หรือมีเลือดปน มีอาการท้องผูกสลับท้องเดินบ่อย ๆ ลักษณะอุจจาระเป็นเส้นเล็กลง ถ้าเป็นบริเวณไส้ตรงหรือทวารหนักจะคลำพบก้อน ปวดเบ่งตลอดเวลา อาการอื่น ๆ เช่น อ่อนเพลีย ชีต น้ำหนักลด เบื่ออาหาร

5. การตรวจและรักษา ที่นิยมในปัจจุบันใช้วิธีการส่องกล้องเข้าไปตรวจลำไส้ใหญ่และตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ หลังจากวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้ว แพทย์จะนัดให้ผู้ป่วยมารับการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่มักจะทำการศัลยกรรมรูดลำไส้ใหญ่ มี 2 ชนิดคือ แบบชั่วคราว และแบบถาวร และอาจทำร่วมกับการให้ยาเคมีหรือรังสีบำบัด

6. การดูแลก่อนผ่าตัด

6.1 ด้านจิตใจ อธิบายเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น วิธีการรักษา (ผ่าตัด) วิธีการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ ฝึกการหายใจ หรือการทำสมาธิเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจให้สงบ เกิดการผ่อนคลาย และเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

6.2 ด้านร่างกาย ดูแลความสะอาดและความสบายทั่วไป ให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารเพียงพอ ซึ่งจำเป็นสำหรับการหายของบาดแผล ก่อนผ่าตัด 24 ชั่วโมงให้อาหารเหลว งดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด 8 –12 ชั่วโมง การเตรียมลำไส้ให้สะอาดก่อนผ่าตัดให้สวนล้างด้วยน้ำเกลือ และ $MgSO_4$ 50% มากพอที่จะให้ถ่ายเป็นน้ำใส ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดจำนวนแบคทีเรียในลำไส้ป้องกันเชื้อปนในแผลผ่าตัด และใส่สายยางทางจมูกเข้ากระเพาะอาหารเพื่อระบายสิ่งคั่งค้างในกระเพาะอาหารออก

7. การคลายความเครียด

7.1 การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ นอนในท่าสบาย เกร็งและคลายกล้ามเนื้อเป็นพัก ๆ โดยเริ่มจากข้อเท้า เลื่อนขึ้นไปยังกล้ามเนื้อบริเวณขา ต้นขา อุ้งเชิงกราน สะโพก ลำตัว แขน ในการนี้ต้องพยายามรับรู้ความรู้สึกเกี่ยวกับการเกร็งตัว และการคลายตัวของกล้ามเนื้อ พร้อมกับการหายใจเข้าช้า ๆ อาจใช้ดนตรีหรือการพูดประกอบการฝึก ทำให้เกิดการผ่อนคลาย ด้านจิตใจดีขึ้น

7.2 การฝึกการหายใจ โดยการฝึกหายใจเข้าช้า ๆ พร้อมกับนับ 1 – 5 แล้วกลืนหายใจเอาไว้นานเท่ากับนับ 1 – 10 แล้วหายใจออกช้า ๆ ยาว ๆ นานเท่ากับนับ 1 – 5 ทำทุกวัน ๆ ละ 1 – 2 ครั้ง แต่ละครั้งให้ฝึกนาน 5 นาที อาจจะใช้วิธีเปิดเพลงเบา ๆ พร้อมกับการฝึกหายใจจะผ่อนคลายกว่า

7.3 การทำสมาธิเบื้องต้น นั่งในท่าที่สบาย ไม่จำเป็นต้องนั่งขัดสมาธิ จะนั่งเก้าอี้หรือนั่งอยู่ในท่าใดก็ได้ที่สบายและอยู่ในท่านั้นได้นาน แล้วสร้างสติในการระลึกถึงลมหายใจเข้าออก อาจใช้คำภาวนาช่วย คือ หายใจเข้าภาวนา “พุท” หายใจออกภาวนา “โฮ” พยายามสนใจจดจ่ออยู่ที่ลมหายใจ

8. การดูแลตนเองหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่

8.1 การทำความสะอาดรูเปิดลำไส้ใหญ่ และผิวหนังรอบ ๆ ด้วยสบู่อย่างอ่อนและน้ำ หรือใช้น้ำซูปส์าลีเช็ดทำความสะอาด

8.2 การใช้ถุงรองรับอุจจาระ เลือกแบบและขนาดให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ซึ่งจะทำให้ไม่เกิดความระคายเคือง และเปลี่ยนถุงเมื่อมีอุจจาระอยู่ประมาณ 1 / 3 ของถุง ควรเตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาดและถุงรองรับอุจจาระไว้เปลี่ยนเมื่อออกนอกบ้าน

8.3 การออกกำลังกายและการทำงาน เมื่อลำไส้ยุบวมและร่างกายแข็งแรง โดยปกติใช้เวลา 6 – 8 สัปดาห์ สามารถออกกำลังกายได้ตามปกติถ้าไม่มีข้อห้ามจากแพทย์ ยกเว้นการออกกำลังกายหรือทำงานที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมาก และการยกของหนักในระยะ 3 เดือนแรก

8.4 การมีเพศสัมพันธ์หลังจากพักฟื้นร่างกายแข็งแรงดี และรูเปิดลำไส้ยุบวมดีแล้ว ใช้เวลาประมาณ 6 – 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด การผ่าตัดไม่มีผลทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลงและไม่เป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์

8.5 การบริโภคอาหาร ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและโปรตีนสูงในแต่ละมื้อ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงในแต่ละมื้อ เช่น ผักและผลไม้ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีสารพิษหรือสารก่อมะเร็ง เช่น อาหารปิ้งย่าง รมควัน น้ำอัดลมที่มีสีเจือปน ควรรับประทานอาหารหมนเวียน ไม่ซ้ำซากจำเจ หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา กาแฟ และการสูบบุหรี่

8.6 ดื่มน้ำมาก ๆ ประมาณวันละ 8 – 10 แก้ว ช่วยให้ขับถ่ายสะดวกและขับสารพิษออกจากร่างกาย

8.7 ควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา เพื่อให้ขับถ่ายเป็นเวลา ระยะเวลาที่อาหารเคลื่อนที่จากปากถึงลำไส้ใหญ่ใช้เวลา 6 ชั่วโมง จึงจะขับออกเป็นอุจจาระ

เวลา

30 นาที

วิธีการ

1. ผู้วิจัยบรรยายเกี่ยวกับลำไส้ใหญ่ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ประกอบภาพพลิก (ใช้เวลา 3 นาที)
2. ผู้วิจัยบรรยายลักษณะอาการ การตรวจวินิจฉัยและการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ ประกอบภาพพลิก (ใช้เวลา 2 นาที)
3. ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด (ใช้เวลา 3 นาที)
4. ผู้วิจัยบรรยายพร้อมกับสาธิตวิธีการคลายความเครียด ประกอบแผ่นพับ (ใช้เวลา 5 นาที)
5. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกการคลายความเครียด (ใช้เวลา 5 นาที)
6. ผู้วิจัยบรรยายการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ ประกอบภาพพลิก (ใช้เวลา 10 นาที)
7. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม (ใช้เวลา 2 นาที)

อุปกรณ์

1. ภาพพลิกเรื่อง “มะเร็งลำไส้ใหญ่”
2. แผ่นพับเรื่อง “วิธีคลายความเครียด”

การประเมินผล

1. จากการตอบคำถาม
2. สามารถฝึกการคลายความเครียดได้ถูกต้อง
3. ความสนใจและการซักถาม

แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 2

เรื่อง การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ป่วย

1. มีความรู้เรื่องการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่
2. รับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่
3. มีความคาดหวังในผลของการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่อ่างถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และไม่ให้กลับเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่อีก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยสามารถ

1. บอกขั้นตอนการทำความสะอาดรูเปิดลำไส้ใหญ่ และการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระได้อย่างถูกต้อง
2. ทำความสะอาดรูเปิดลำไส้ใหญ่ และเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระได้อย่างถูกต้อง
3. บอกชนิดของอาหารที่มีผลต่อการขับถ่ายอุจจาระได้
4. บอกวิธีการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของรูเปิดลำไส้ใหญ่ได้ถูกต้อง

แนวคิดหลัก

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ทำการตัดการรูเปิดลำไส้ใหญ่ นอกจากจะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยทางกายในการรักษาจะต้องคำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วย ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง แทนที่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล จะเป็นผู้ทำให้ทั้งหมด เมื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ พยาบาลอาจเป็นผู้ที่ให้คำปรึกษาแนะนำเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน

เนื้อหา

1. เช็ดทำความสะอาดรูเปิดลำไส้และบริเวณรอบ ๆ ด้วยสำลีชุบน้ำและสบู่อย่างอ่อน เช่น สบู่เด็ก หรือสำลีชุบน้ำสะอาด การใช้น้ำทำความสะอาดเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ไม่ควรถูแรง ๆ จะทำให้มีเลือดออก เนื่องจากรูเปิดลำไส้ใหญ่ไม่มีเส้นประสาทมาเลี้ยงจึงทำให้ไม่มีความรู้สึกเจ็บ ควรโกนขนบริเวณรอบรูเปิดลำไส้ใหญ่ เมื่อถึงถุงรองรับอุจจาระออกจะได้ไม่รู้สึกเจ็บ หรือเกิดชุมชนอักเสบ

2. หลังทำความสะอาดรูเปิดลำไส้ใหญ่แล้วควรเช็ดผิวหนังบริเวณรอบ ๆ ให้แห้งก่อน ปิดถุงรองรับอุจจาระ เพื่อให้การยึดติดของกาวที่แผ่นรองถุงกับผิวหนังแนบแน่นไม่หลุดหรือ แยกออก ซึ่งจะทำให้มีกลิ่นและอุจจาระเปื้อนเสื้อผ้า ควรเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระเมื่อมีอุจจาระ ประมาณ 1 / 3 ของถุง ถ้ามากกว่านี้จะทำให้เกิดแรงดึงรั้งทำให้แยกหลุดได้

3. ถุงรองรับอุจจาระควรมีขนาดเหมาะสมกับรูเปิดลำไส้ใหญ่ เมื่อวางแผ่นรองรับ อุจจาระขนาดและช่องเปิดของแผ่นรองรับจะต้องไม่กดหรือรัดรูเปิดลำไส้ ซึ่งจะทำให้เกิดการ บาดเจ็บหรือบาดแผลได้

4. ลักษณะอุจจาระที่ออกจากรูเปิดลำไส้ใหญ่เป็นเนื้อเหลว ไม่เป็นก้อนแข็ง เมื่อมี อาการท้องผูกไม่ควรซื้อยาระบายทานเอง

5. ควรเตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาดและถุงรองรับอุจจาระไว้เปลี่ยนเมื่อต้องออก นอกบ้าน

6. สามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดตามต้องการ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิด กลิ่นและแก๊ส อาหารรสจัดและอาหารหมักดอง ชนิดของอาหารที่มีผลต่อการขับถ่ายอุจจาระ

6.1 อาหารที่ทำให้ท้องผูก ได้แก่ กล้วย ข้าว ขนมปัง มันฝรั่ง ครีมเนยถั่ว เนยแข็ง โยเกิร์ต มักกะโรนี เป็นต้น

6.2 อาหารที่ทำให้ท้องร่วง ได้แก่ ถั่วแห้งหรือถั่วเปลือกแข็ง ช็อคโกแลต ผักและผลไม้ดิบ อาหารรสจัดหรือใส่เครื่องเทศมาก อาหารผัดหรือทอด อาหารไขมันสูง น้ำลูก พรุนหรือน้ำองุ่น เป็นต้น

6.3 อาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น ได้แก่ ปลา ไข่ กระเทียม เครื่องเทศ ถั่ว ผักกาด ชะอม หัวหอม กระหล่ำปลี ผักกระเฉด สะตอ กระถิน เป็นต้น

6.4 อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส ได้แก่ ถั่วเปลือกแข็ง เบียร์ น้ำอัดลม แดงกวา หัวหอม ผักขม กระหล่ำปลี ข้าวโพด หัวผักกาด เป็นต้น

7. การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของรูเปิดลำไส้ใหญ่ มักพบในผู้ป่วยที่ขาด ความรู้และปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยมีดังนี้

7.1 การระคายเคืองของผิวหนังรอบ ๆ บริเวณรูเปิดลำไส้ใหญ่ จากอุจจาระ หรือน้ำย่อยในอุจจาระ และกาวที่แผ่นรองรับอุจจาระ ผู้ป่วยที่มีอาการผิวหนังเป็นรอยแดง เปื่อย ยุ่ย และปวดแสบปวดร้อน การป้องกันควรเลือกถุงรองรับอุจจาระที่มีขนาดเหมาะสมกับรูเปิด ลำไส้ใหญ่ วิธีแก้ไขคือ ทำความสะอาดบริเวณรอบ ๆ รูเปิดลำไส้ด้วยสำลีชุบน้ำ ซับให้แห้งด้วย ผ้าสะอาดที่นุ่ม ทาสารปกป้องผิวหรือใช้ก๊อชพันรอบบริเวณรูเปิดลำไส้ ซึ่งสามารถป้องกันการ ระคายเคืองได้

7.2 การตีบของรูเปิดลำไส้ใหญ่ สาเหตุอาจเกิดจากการติดเชื้อมีพังผืด หรือ

รูเปิดของผิวหนังเล็กเกินไป วิธีแก้ไข โดยการผ่าตัดแก้ไขใหม่ ใช้วิธีก้อย่างขยายรูเปิดลำไส้ ภายหลังทำความสะอาดลำไส้ทุกครั้ง แต่ถ้ามียูจาะหรือลมออกมาทางรูเปิดลำไส้เป็นปกติทุกวันแล้ว ไม่จำเป็นต้องถ่างขยายรูเปิดลำไส้ก็ได้

7.3 การอุดตัน เกิดจากอุจาะแข็ง มีการอักเสบของลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยจะมีอาการท้องผูก คลื่นไส้ และปวดท้องร่วมด้วย แก้ไข โดยมาพบแพทย์เพื่อให้ยาระบายให้อุจาะอ่อนตัว หรือรับประทานผลไม้ที่บรรเทาอาการท้องผูก เช่น น้ำลูกพรุน แอปเปิ้ล น้ำส้ม เป็นต้น

7.4 การยื่นหรือการหดรั้งของลำไส้มากกว่าปกติ ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เพื่อทำการผ่าตัดแก้ไข

7.5 การทะลุของลำไส้ สาเหตุเกิดจากการอักเสบ หรือมีการทะลุฉีกขาดของลำไส้ใหญ่ขณะผ่าตัด เช่น รอยบาดของเข็มที่เย็บ ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เพื่อผ่าตัดแก้ไข

7.6 การบาดเจ็บหรือการกระทบกระเทือนต่อรูเปิดลำไส้ใหญ่ เนื่องจากลำไส้ใหญ่ไม่มีประสาทส่วนปลายมาเลี้ยงจึงไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด การบาดเจ็บอาจเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยจึงต้องระมัดระวังไม่ให้รูเปิดลำไส้ใหญ่ได้รับการกระทบกระเทือน หรือถูกกระทบกระเทือน

7.7 อาการท้องเสีย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหาร ควรมาพบแพทย์เพื่อให้ยารักษาอาการท้องเสีย

เวลา

30 นาที

วิธีการ

1. ผู้วิจัยบรรยายขั้นตอนการทำความสะอาดรูเปิดลำไส้ใหญ่และการใส่ถุงรองรับอุจาะ ประกอบภาพพลิก (ใช้เวลา 10 นาที)
2. ผู้วิจัยบรรยายถึงอาหารที่มีผลต่อการขับถ่ายอุจาะ ประกอบแผ่นพับ (ใช้เวลา 5 นาที)
3. ผู้วิจัยบรรยายถึงการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของรูเปิดลำไส้ใหญ่ ประกอบภาพพลิก (ใช้เวลา 5 นาที)
4. ผู้วิจัยสาธิตวิธีการทำความสะอาดรูเปิดลำไส้ใหญ่ โดยใช้ผู้ป่วยเป็นตัวแทน (ใช้เวลา 5 นาที)
5. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม (ใช้เวลา 5 นาที)

อุปกรณ์

1. ภาพพลิก เรื่อง “มะเร็งลำไส้ใหญ่”
2. แผ่นพับ เรื่อง “มะเร็งลำไส้ใหญ่กับการบริโภคอาหาร”
3. อุปกรณ์การทำความสะอาด เช่น สำลีหรือผ้าสะอาด ขามกลมใส่สำลี น้ำต้มสุกหรือน้ำประปา ถูหรือขามไล่ยยะ และถุงรองรับอุจจาระ

การประเมิน

1. จากการตอบคำถาม
2. จากความสนใจและการซักถาม
3. จากการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ

ภาคผนวก ค

แบบสัมภาษณ์

เฉลยคำตอบแบบสัมภาษณ์

ตารางแสดงค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์

ภาพพลิกเรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่

แผ่นพับเรื่องวิถีคลายความเครียด

แผ่นพับเรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่กับการบริโภคอาหาร

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง ความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องของผู้ป่วย

คำชี้แจง

1. โปรดตอบแบบสัมภาษณ์ทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
2. แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องของผู้ป่วย

ขอให้ท่านได้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด และขอความกรุณาให้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกข้อเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ ขอขอบพระคุณในการให้ความร่วมมือตอบแบบสัมภาษณ์

นางสาวยุพารัตน์ ดวงแก้ว

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน
หรือเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ..... ปี
3. สถานภาพสมรสในปัจจุบันของท่าน
() โสด () คู่
() ม่าย /หย่า /แยกกันอยู่ () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร
() คู่สมรส () บุตร หลาน
() ญาติ () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับใด
() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. () อนุปริญญา / ปวส.
()ปริญญาตรี
() อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร (อาชีพหลัก)
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () รับจ้าง
() เกษตรกรรม () ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
() ค้าขาย () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
7. ปัจจุบันท่านมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ บาท
8. ท่านบริโภคอาหารประเภทใดเป็นประจำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() อาหารรสจัด เช่น รสเผ็ด รสเปรี้ยว () อาหารปิ้งย่าง รมควัน
() อาหารที่มีไขมันสูง เช่น ประเภทผัด/ทอด () อาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้
() อื่น ๆ โปรดระบุ.....
9. ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว (ญาติสายตรง เช่น บิดา-มารดา พี่ น้อง)
() มะเร็งหรือเนื้องอกในระบบทางเดินอาหาร เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้ ถุงน้ำดี ตับ
() มะเร็งหรือเนื้องอกในอวัยวะอื่น เช่น รังไข่ ปากมดลูกหรือปากมดลูก
() มะเร็งหรือเนื้องอกที่หน้าอก เช่น มะเร็งเต้านม
() มะเร็งหรือเนื้องอกในระบบทางเดินหายใจ เช่น คอ หลอดลม ปอด
() อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลาย

ความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ
ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าวัยอื่น			
2. พันธุกรรมไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่			
3. มะเร็งลำไส้ใหญ่รักษาได้โดยการฉายแสงอย่างเดียว			
4. ปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร			
5. ผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีนและไขมันสูง เช่น ไข่ นม เนื้อสัตว์ต่าง ๆ			
6. การฝึกผ่อนคลายความเครียดทุกวันทำให้จิตใจไม่แจ่มใส			
7. การผ่อนคลายความเครียดมีหลายวิธี เช่น การเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ			
8. ผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องควรให้ญาติหรือคนใกล้ชิดดูแลตลอดเวลา			
9. ควรทำความสะอาดรูเปิดลำไส้ใหญ่และผิวหนังรอบ ๆ ด้วยสบู่อย่างอ่อน เช่น สบู่เด็ก และน้ำแล้วเช็ดให้แห้งด้วยผ้าสะอาด			
10. ระยะเวลาที่อาหารเคลื่อนจากปากถึงลำไส้ก่อนขับถ่ายออกเป็นอุจจาระใช้เวลา 6 ชั่วโมง			

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การ

คลายความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ
ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงความคิดเดียว โดยแต่ละช่องมีความ
หมายดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นมีความกำกวม

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
การบริโภคอาหาร			
1. ในแต่ละวันท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูง เช่น ผัก ผลไม้ ทุกมื้อ			
2. ท่านสามารถรับประทานอาหารประเภทแป้ง อย่าง ร้อนวันได้ ทุกวัน			
3. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีผลต่อการ ขับถ่ายอุจจาระ เช่น ถั่วแห้ง หัวหอม ซะอม สะตอ ได้			
4. ท่านสามารถดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 – 10 แก้ว			
การคลายความเครียด			
5. ท่านสามารถจัดเวลาว่างสำหรับการฝึกเกร็งและคลาย กล้ามเนื้อหรือการทำสมาธิได้			
6. ท่านไม่สามารถผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกการ หายใจได้			
7. ท่านไม่สามารถลดความรู้สึกหงุดหงิดและรำคาญใจได้			
การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่			
8. ถุงรองรับอุจจาระที่ท่านใช้สามารถป้องกันกลิ่นและไม่ ระคายเคืองต่อผิวหนัง			
9. ท่านไม่ทำสารที่ป้องกันการระคายเคืองของผิวหนังบริเวณ รอบๆ รูเปิดลำไส้ใหญ่			
10. ท่านสามารถเตรียมถุงรองรับอุจจาระเพื่อไว้เปลี่ยน เมื่อออกไปทำงานหรือทำกิจกรรมนอกบ้าน			

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลาย

ความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงความคิดเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นมีความกำกวม

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย
การบริโภคอาหาร			
1. การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักและผลไม้ ช่วยป้องกัน การเกิดเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ซ้ำ			
2. การรับประทานอาหารหลากหลายชนิด ไม่สามารถป้องกันการ เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือเกิดเป็นซ้ำอีกได้			
3. การดื่มน้ำวันละ 8 – 10 แก้ว ไม่ช่วยขับสารพิษออกจากร่างกาย ได้			
4. การดื่มน้ำมาก ๆ ทำให้ขับถ่ายสะดวกท้องไม่ผูก			
การคลายความเครียด			
5. การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อช่วยให้รู้สึกสบายและผ่อนคลาย			
6. การทำสมาธิ ช่วยให้สามารถปรับตัวและเตรียมพร้อมกับการ เปลี่ยนแปลงของชีวิต			
7. การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อไม่สามารถช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น			
การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่			
8. ไม่ควรอาบน้ำเพราะจะทำให้รูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้องอักเสบ			
9. การทำความสะอาดผิวหนังรอบ ๆ รูเปิดลำไส้ใหญ่ก่อนเปลี่ยนถุง รองรับอุจจาระทุกครั้ง จะช่วยลดการระคายเคือง			
10. การโกนขนรอบ ๆ บริเวณรูเปิดลำไส้ใหญ่ไม่สามารถป้องกัน การอักเสบของรูขุมขน			

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลาย

ความเครียด และการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจแล้วเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อ

ความที่ตรงกับที่มานปฏิบัติจริง โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง

หรือปฏิบัติแต่ไม่สม่ำเสมอ

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
<u>การบริโภคอาหาร</u>			
1. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่			
2. ท่านรับประทานผักทุกมื้อ			
3. ท่านดื่มน้ำวันละ 8 -10 แก้ว			
4. ท่านดื่มน้ำสุรา เบียร์			
<u>การคลายความเครียด</u>			
5. ท่านนอนดึก และพักผ่อนไม่เพียงพอ			
6. ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ			
7. ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจ			
8. ท่านพบปะสังสรรค์หรือไปเที่ยวกับญาติ และเพื่อนสนิท			
<u>การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่</u>			
9. ท่านทำความสะอาดและเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระเอง			
10. ท่านเช็ดทำความสะอาดรูเปิดลำไส้ที่หน้าท้องด้วยสำลีชุบ สบู่เด็กและน้ำ หรือเมื่อท่านอาบน้ำแล้วเช็ดด้วยผ้าที่นุ่มและ สะอาด			
11. ท่านใช้นิ้วก้อยต่างขยายรูเปิดลำไส้ใหญ่ทุกวัน เพื่อป้องกัน การอุดตัน			

เฉลยข้อถูกต้องของแบบสัมภาษณ์

ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง

ข้อที่ตอบว่า “ใช่”	ได้แก่ข้อ	1, 4, 7, 9, 10
ข้อที่ตอบว่า “ไม่ใช่”	ได้แก่ข้อ	2, 3, 5, 6, 8

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก (Positive)	ได้แก่ข้อ	1, 3, 4, 5, 8, 10
ข้อความที่มีลักษณะทางลบ (Negative)	ได้แก่ข้อ	2, 6, 7, 9

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก (Positive)	ได้แก่ข้อ	1, 4, 5, 6, 9
ข้อความที่มีลักษณะทางลบ (Negative)	ได้แก่ข้อ	2, 3, 7, 8, 10

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียด การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก (Positive)	ได้แก่ข้อ	1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10
ข้อความที่มีลักษณะทางลบ (Negative)	ได้แก่ข้อ	4, 5, 11

ตาราง 22 ค่าสถิติแสดงความยากง่าย (P) ค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบ
สัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร การคลายความเครียดและ
การดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง

ข้อ	(P) ค่าความยากง่าย	(r) ค่าอำนาจจำแนก
1	0.57	0.48
2	0.30	0.26
3	0.53	0.55
4	0.73	0.40
5	0.53	0.28
6	0.40	0.27
7	0.77	0.33
8	0.77	0.50
9	0.80	0.27
10	0.33	0.20

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหาร
การคลายความเครียดและการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง เท่ากับ 0.60

ตาราง 23 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียดและการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง

ข้อ	(r) ค่าอำนาจจำแนก
1	0.26
2	0.34
3	0.53
4	0.33
5	0.31
6	0.58
7	0.48
8	0.26
9	0.38
10	0.39

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การคลายความเครียดและการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง เท่ากับ 0.64

ตาราง 24 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียดและการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง

ข้อ	(r) ค่าอำนาจจำแนก
1	0.20
2	0.26
3	0.50
4	0.51
5	0.70
6	0.61
7	0.62
8	0.45
9	0.46
10	0.39

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การคลายความเครียดและการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง เท่ากับ 0.82

ตาราง 25 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียดและการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง

ข้อ	(r) ค่าอำนาจจำแนก
1	0.59
2	0.74
3	0.37
4	0.44
5	0.36
6	0.51
7	0.51
8	0.28
9	0.44
10	0.46
11	0.20

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การคลายความเครียดและการดูแลรูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง เท่ากับ 0.82

มะม่วงคำใสใหญ่

จัดทำโดย

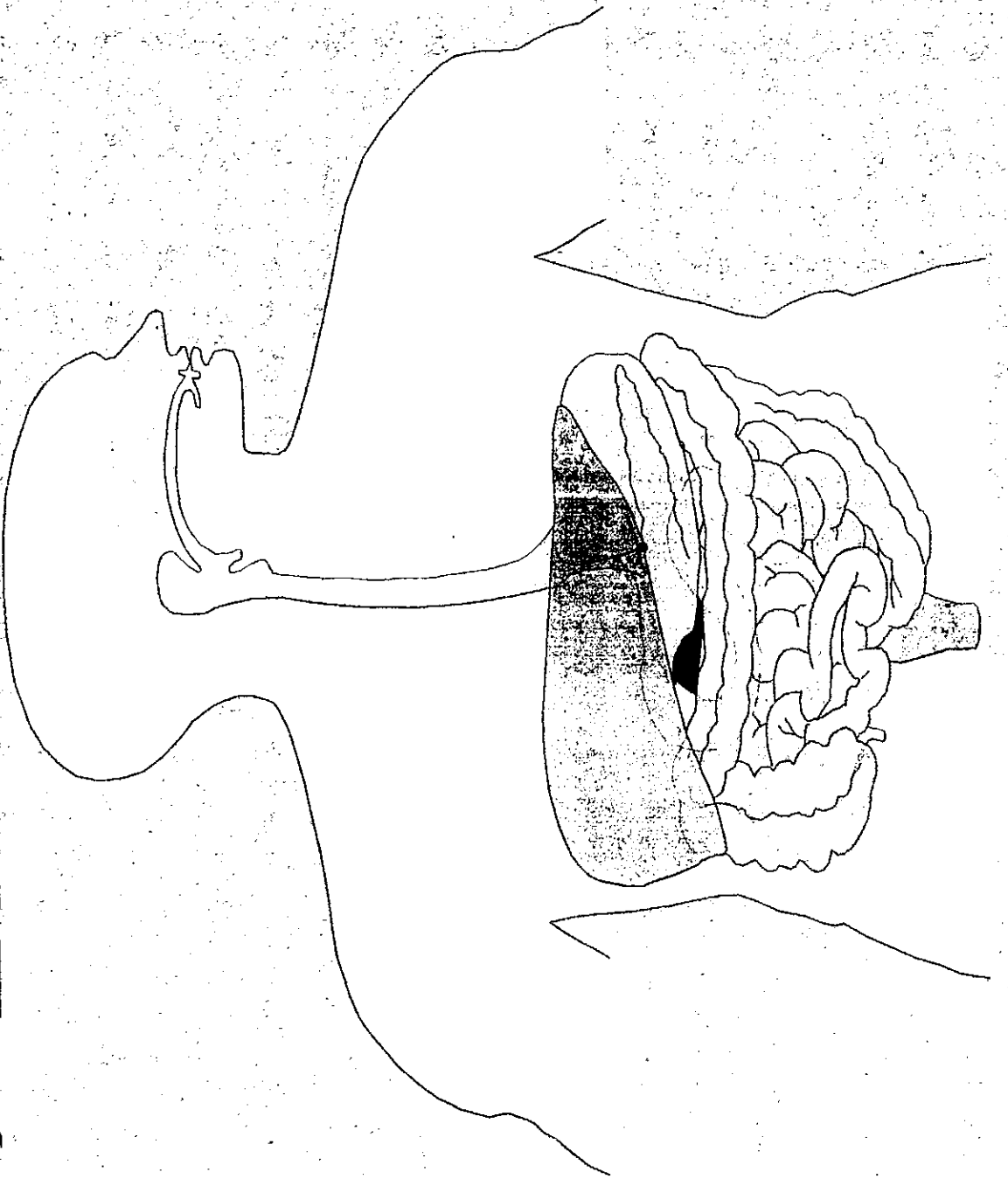
นางสาวยุพารัตน์ ดวงแก้ว

นิสิตปริญญาโท สาขาสุศึกษา (วท.ม.)

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



របាយការណ៍ទំនាក់ទំនង



ปัจจัยทางให้เกิความงำใไห้

✱ พันธุกรรม

✱ สิ่งแวดล้อม

✱ ปัจจัยเสี่ยง เช่น มีอายุมากกว่า 50 ปี พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประวัติสุขภาพส่วนบุคคล ประวัติสุขภาพของครอบครัว การอักเสบของผนังลำไส้ใหญ่ มีเนื้องอกในผนังลำไส้ เป็นต้น

✱ อื่น ๆ เช่น โรคที่มีการอักเสบของลำไส้ใหญ่ สุนัขหรือแมวที่ติดต่อทางเดินปัสสาวะกับลำไส้ เป็นต้น

อาจารย์แฉะ

✧ ถ้าให้หนูชกขวา

ก่อนเป็นแผลมีเลือดออกๆ เกิดภาวะ
เลือดจางเรื้อรัง ทำให้อ่อนเพลีย เหนื่อย
ง่าย หรือเจ็บหน้าอก

✧ ถ้าให้หนูชกซ้าย

ปวดท้องรุนแรง มีการแปรปรวนของ
การถ่ายอุจจาระ คือมีอาการท้องผูก
สลับกับท้องเสียบ่อยๆ ถ่ายเป็นเลือด
อาจเห็นแยกต่างหากจากก้อนอุจจาระ

✧ ใช้ตรง

ปวดแบ่งเหมือนมีก้อนอุจจาระค้างอยู่ตลอด
เวลา ถ่ายอุจจาระบ่อย มีเลือดไหลออกตาม
อุจจาระคล้ายเป็นริดสีดวงทวาร

✧ ทวารหนัก

คลำพบก้อนมะเร็งได้ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด
สด ู้สึกปวดหลังถ่าย ต่อมน้ำเหลืองที่ขา
หนีบโต

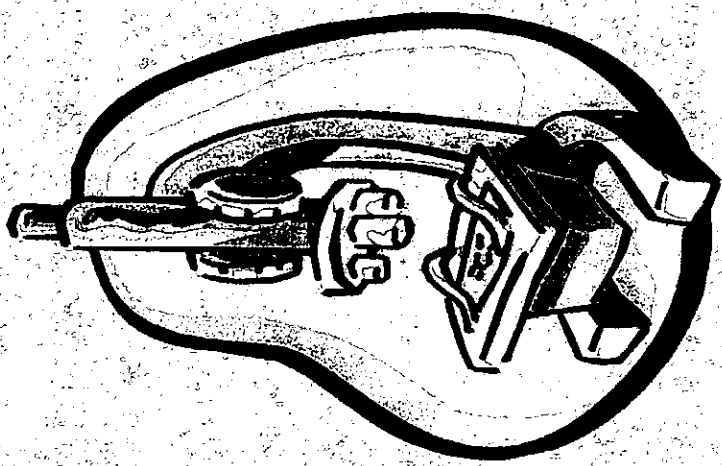
✧ อาการอื่นๆ อ่อนเพลีย ผอมลง น้ำหนักลด
เบื่ออาหาร ก้อนอุจจาระมีขนาดเล็กลง

การตรวจวินิจฉัย

❖ ประวัติ การรับประทานอาหารไขมันและ
โปรตีนสูง ที่มีกาไยน้อย การขับถ่าย
อุจจาระ ท้องผูกเป็นประจำ

❖ การตรวจร่างกาย ผอม น้ำหนักลด คลำ
พบก้อนที่บริเวณหน้าท้องหรือทวารหนัก

❖ การตรวจพิเศษ เช่น การส่องกล้องตรวจดู
ลำไส้ใหญ่ การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ การ
เอ็กซเรย์ด้วยคอมพิวเตอร์ การตรวจทาง
ห้องทดลอง



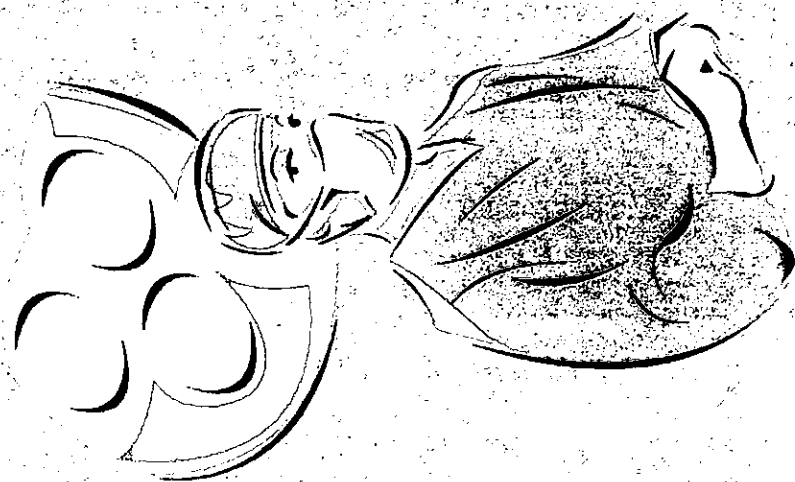
ภาษา

✦ การผ่าตัด เป็นวิธีที่ดีที่สุด การทำ
ศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ลำใหญ่(ทวาร
เทียม) มี 2 แบบคือ แบบชั่วคราว
และแบบถาวร

✦ การใช้รังสีรักษา

✦ การใช้เคมีบำบัด

✦ การรักษาพยาบาล อาการทั่ว ๆ ไป



การเตรียมก่อนผ่าตัด

- ✱ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล ขั้นตอนการ
รักษา การคลายความเครียด
- ✱ การเตรียมร่างกายและลำไส้ใหญ่ให้สะอาด
- ✱ งดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด 8 - 12 ชั่วโมง
- ✱ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ



การดูแลหลังผ่าตัด

✱ สังเกตอาการตกเลือดของบาดแผล

✱ การต่อสายยางเพื่อระบายแก๊สออก

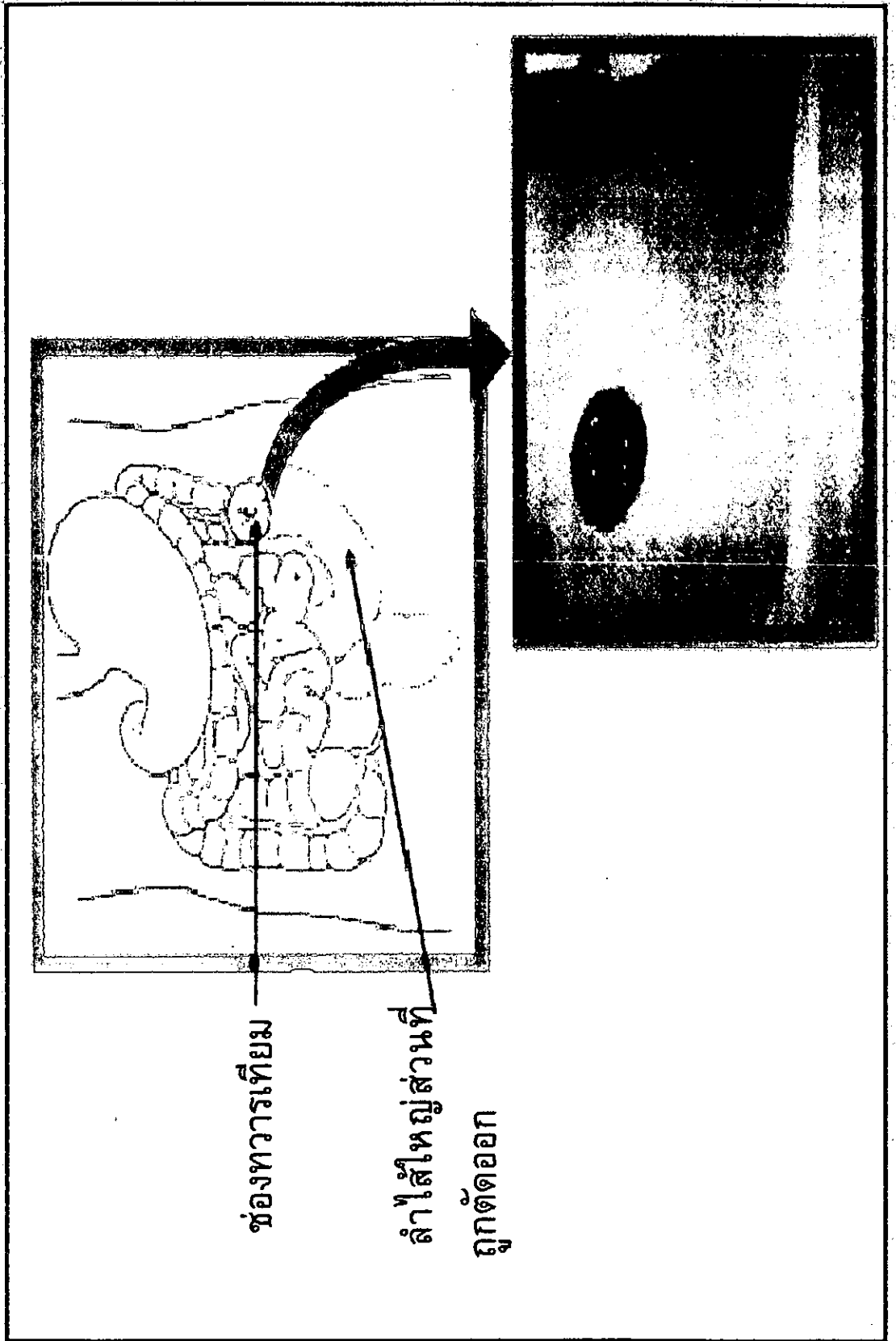
✱ ให้ยาแก้ปวด

✱ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ

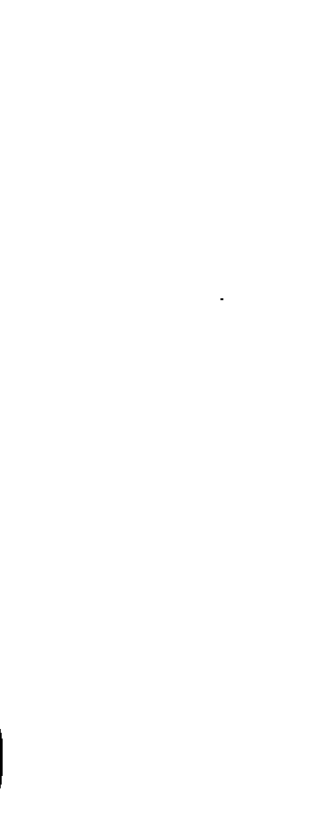
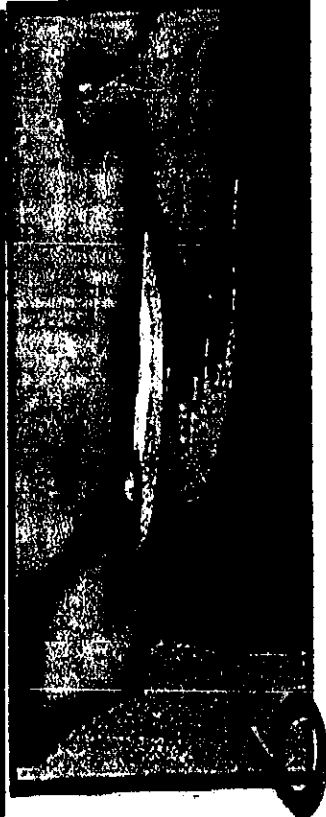
✱ การดูแลแผลเปิดลำไส้ใหญ่



๖ ศัลยกรรมปากสำหรับใส่ท่อหายใจเทียม



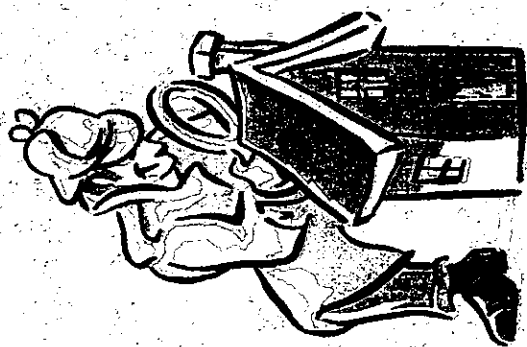
การทำความสะอาดและเปลี่ยนไส้กรอง



การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของ

รูเปิดลำไส้ใหญ่

- * การระคายเคืองของผิวหนังรอบ ๆ รูเปิดลำไส้ใหญ่ ชับให้แห้ง ทาสารปกป้องผิวหนังก่อนใส่ถุงรองรับอุจจาระ
- * การตีบของรูเปิดลำไส้ใหญ่ ถ้าไม่มีอุจจาระหรือลมออกใช้นิ้วก้อยถ่างขยายหลังทำความสะอาด
- * การอุดตัน อุจจาระแข็งรับประทานผลไม้ เช่น ส้ม แอปเปิ้ล



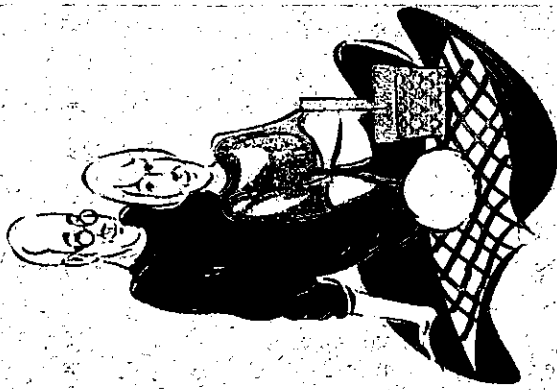
- * การทะลุของลำไส้
- * การยื่นหรือหดรั้งของลำไส้มากกว่าปกติ
- * การบาดเจ็บและการกระทบกระเทือน
- * อาการท้องเสีย

การดูแลตนเองหลังศัลยกรรมรูเปิดลำไส้ใหญ่(ทวารเทียม)

- * การทำความสะอาดรูเปิดลำไส้ใหญ่ ด้วยสบู่อย่างอ่อนและน้ำเช็ดให้สะอาด หรือใช้สำลีชุบน้ำอุ่นเช็ดทำความสะอาด
- * การใช้ถุงรองรับอุจจาระและการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ
- * การออกกำลังกายและทำงาน หลังทำผ่าตัด 6 - 8 สัปดาห์
- * การมีเพศสัมพันธ์ หลังลำไส้ยุบวมแล้ว ซึ่งใช้เวลา 6 - 8

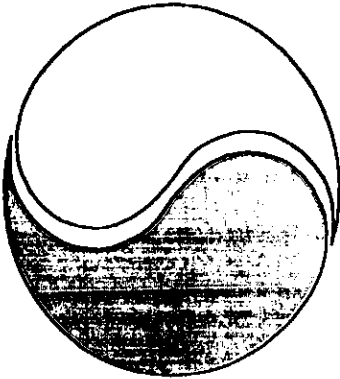
สัปดาห์

- * การบริโภคอาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง
- * ดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อยวันละ 8 - 10 แก้ว
- * รับประทานอาหารตรงเวลาเพื่อการขับถ่ายเป็นเวลา
อาหารใช้เวลาเคลื่อนที่ 6 ชั่วโมงจากปากถึงลำไส้



๘๘ วิชาความเพียร ๘

การดูแลสุขภาพพรางกายให้แข็งแรง ต้องทำควบคู่กับการส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดีด้วย การผ่อนคลายความเครียดมีหลายวิธี เช่น การออกกำลังกาย การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ และการทำสมาธิ นอกจากช่วยผ่อนคลายความเครียดแล้ว ยังช่วยให้สามารถปรับตัวให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตด้วย



๘๙ ฝึกทำได

การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ

วิธีฝึก นอนในท่าสบาย เกร็งและคลายกล้ามเนื้อเป็นพักๆ โดยเริ่มจากข้อเท้า เลื่อนขึ้นไปยังกล้ามเนื้อบริเวณขา ต้นขา อุ้งเชิงกราน สะโพก ลำตัว แขน ใน การนี้ต้องพยายามรับความรู้สึกเกี่ยวกับการเกร็งตัว และการคลายตัวของกล้ามเนื้อ พร้อมกับการหายใจ เข้าช้าๆ อาจใช้ดนตรีหรือเสียงพูดประกอบการฝึก ทำให้เกิดการผ่อนคลายด้านจิตใจดีขึ้น

การฝึกการหายใจ

วิธีฝึก โดยฝึกหายใจเข้าช้าๆ พร้อมกับนับ 1-5 แล้ว กลืนหายใจเอาไว้นานเท่ากับนับ 1-10 แล้วหายใจออกช้าๆยาวๆ นานเท่ากับนับ 1-5 ทำทุกวัน วันละ 1-2 ครั้ง แต่ละครึ่งให้ฝึกนาน 5 นาที อาจใช้วิธีเปิดเพลงเบาๆพร้อมกับการฝึกการหายใจ จะช่วยให้ผ่อนคลายยิ่งขึ้น

การทำสมาธิเบื้องต้น

วิธีฝึก นั่งในท่าที่สบาย ไม่จำเป็นต้องนั่งขัดสมาธิ จะนั่งเก้าอี้หรืออยู่ในท่าใดก็ได้ที่สบาย และอยู่ในท่านั้นให้นาน แล้วสร้างสติในการระลึกถึงลมหายใจเข้าออก อาจใช้คำภาวนาช่วย คือ หายใจเข้า ภาวนา “พุทธ” หายใจออกภาวนา “โธ” พยายามสนใจจดจ่ออยู่ที่ลมหายใจ

๘๘ ฝึกจิตติ

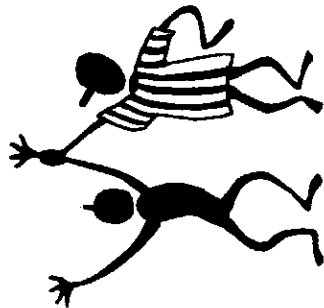
ชีวิตเป็นสุข

มะเร็งลำไส้ใหญ่กับการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เชื่อว่าเป็นปัจจัยสำคัญและมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งสาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย อาหารที่มีไขมันและโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ อาหารประเภทแป้ง ย่าง ร้อนวัน หรืออาหารที่มีสารปรุงแต่ง เช่น ใส้กรอก แหนม น้ำอัดลม

ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

1. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป
2. ผู้ที่มีญาติสายตรง เช่น บิดา มารดา พี่น้อง เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือมีเนื้องอกในลำไส้ใหญ่ตั้งแต่อายุน้อย



อาหารสำหรับผู้ที่มิรู้เบียดลำไส้ใหญ่

ผู้ที่มีรูเบียดลำไส้ใหญ่สามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดตามความต้องการ ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ควรรับประทานอาหารทุกมื้อหรือทุกวัน และดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว

อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง

อาหารที่มีรสจัดและอาหารหมักดอง รวมถึงอาหารที่มีผลต่อการขับถ่ายอุจจาระ ดังนี้

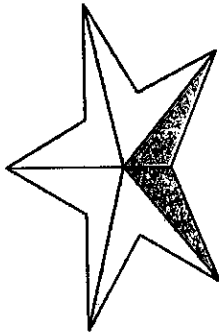
- อาหารที่ทำให้ท้องผูก เช่น ข้าว กล้วย ขนมะปราง มะม่วง เนยแข็ง โยเกิร์ต เป็นต้น
- อาหารที่ทำให้ท้องร่วง เช่น ถั่วแห้งหรือถั่วเปลือกแข็ง ผลไม้และผักดิบ น้ำลูกพรุน อาหารที่ใส่เครื่องเทศมาก อาหารผัดหรือทอด เป็นต้น

- อาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น เช่น ไข่ ปลา กระเทียม เครื่องเทศ ถั่ว กระหล่ำปลี ชะอม สะตอ ผักกระเฉด เป็นต้น

- อาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น หัวหอม ไข่ เบียร์ น้ำอัดลม เป็นต้น

ข้อปฏิบัติในการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ และการกลับเป็นซ้ำ

- รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้
- พักผ่อนให้เพียงพอ และออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว
- ขับถ่ายให้เป็นเวลา อย่ากลั้นอุจจาระไว้
- หมั่นตรวจระบบขับถ่าย เช่น ท้องผูกสลับท้องเสีย อุจจาระเป็นเส้นเส็กกลาง
- ตรวจร่างกายตามคำแนะนำของแพทย์
- ตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงลำไส้ใหญ่ทุกปี



ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวยุพารัตน์	ชื่อสกุล ดวงแก้ว
วันเกิด	17 เดือนมิถุนายน พุทธศักราช 2514
สถานที่เกิด	จังหวัดสกลนคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	351/2 ม.8 ต.พังโคน อ. พังโคน จ. สกลนคร
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 6
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	แผนกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2533	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพังโคนวิทยาคม
พ.ศ. 2537	ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
พ.ศ. 2542	ปริญญาบริหารธุรกิจบัณฑิต(บธ.บ.)(การจัดการทั่วไป) จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2548	วท.ม. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร