บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมราย ละ เอียดแล้วกำหนดหัวข้อตามลำดับดังนี้คือ

1. การทำผ่าตัด เปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง
2. กระบวนการ เกิดทัศนคติ
3. มโนทัศน์การดูแลตน เองตามแนวทฤษฎีการดูแลตน เองของโอ เร็ม
4. การใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วย

1. การทำผ่าตัด เปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง

1.1 คำนิยาม

การทำผ่าตัด เปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง (ภาษาอังกฤษใช้คำว่าโคลอสโตมีย์ = Colostomy) หมายถึง การรักษาโดยการทำผ่าตัดนำ เอาลำไส้ใหญ่ส่วนใดส่วนหนึ่ง เปิดออก เป็นช่อง เปิดทางหน้าท้อง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ช่อง เปิดของลำไส้ใหญ่ เป็นทางผ่านออกของ อุจจาระแทนตำแหน่ง เดิมคือทวารหนัก การทำผ่าตัดนี้นิยมทำ เพื่อรักษาโรคมะ เร็งของลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก โรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำ เนิดใน เด็ก

1.2 สา เหตุของการ เกิดโรคบริ เวณลำไส้ใหญ่

การ เกิดโรคบริ เวณลำไส้ใหญ่มีสา เหตุ เกิดจาก (Luckman and Sorensen, 1980: 1410)

1.2.1 โรคลำไส้โป่งพองแต่กำ เนิด (Hirschsprug's disease) ซึ่งทำให้ลำไส้ใหญ่ไม่สามารถบีบรัดตัวตามปกติให้อุจจาระผ่านออกได้

1.2.2 การมีรูทวารหนักตีบแคบหรือไม่มีรูทวารหนัก ทำให้อุจจาระไม่มีทาง ผ่านออก

1.2.3 มีถุงที่ผนังลำไส้อักเสบ (Diverticulitis) ทำให้การบีบรัดและการหดรัดตัวของลำไส้ไม่ดีอุจจาระผ่านออกลำบาก

1.2.4 มะเร็งของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Cancer of Colon and Rectum) ก้อนมะเร็งจะขัดขวางไม่ให้อุจจาระผ่านออกได้สะดวก จนถึงอุจจาระผ่านออกไม่ได้ถ้าก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่

1.2.5 จากสาเหตุของการได้รับอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้ลำไส้ใหญ่กระทบกระเทือน เช่นถูกยิง ถูกแทง

1.3 <u>ชนิดของการทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง</u> (Colostomy)

การทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง (Colostomy) แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ

1.3.1 การทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องแบบถาวร (Permanent Colostomy) ทำมากบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์และเร็คตั้ม (Sigmoid and Rectum) ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดคือการรักษามะเร็งส่วนของลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์และเร็คตั้ม โดยตัดเอาลำไส้ส่วนที่มีก้อนมะเร็งออก แล้วนำส่วนปลายของลำไส้ที่เหลือมาเปิดออกทางหน้าท้อง ตำแหน่งของช่องเปิดของลำไส้ใหญ่จะอยู่บริเวณด้านซ้ายของหน้าท้องส่วนล่าง อุจจาระที่ออกจะมีลักษณะเป็นเนื้ออุจจาระมากกว่าเป็นน้ำ ไม่มีน้ำย่อยปนออกมากับอุจจาระ การทำผ่าตัดชนิดนี้ผู้ป่วยจะต้องถ่ายอุจจาระทางช่องเปิดทางหน้าท้องตลอดชีวิต

1.3.2 การทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องแบบชั่วคราว (Temporary Colostomy) เป็นการผ่าตัดที่ลำไส้ใหญ่ส่วนต้น เช่น ลำไส้ใหญ่ส่วนตรงด้านขวา (Ascending Colon) หรือลำไส้ใหญ่ ส่วนขวาง (Transverse Colon) การทำผ่าตัดชนิดนี้มีจุดมุ่งหมายให้ช่องเปิดของลำไส้ใหญ่เป็นทางผ่านออกของอุจจาระชั่วระยะเวลาหนึ่ง เพื่อรักษาโรคของลำไส้ใหญ่ที่อยู่ต่ำกว่าช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ลงไป เช่นโรคลำไส้ใหญ่อักเสบ หรือลำไส้ใหญ่ได้รับความกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุและของมีคมต่าง ๆ เมื่อลำไส้ใหญ่ส่วนที่มีพยาธิสภาพได้รับการรักษาหายเป็นปกติแล้วแพทย์จะทำผ่าตัดนำเอาลำไส้ใหญ่กลับเข้าไปในช่องท้องตามเดิมและผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนักได้ตามปกติ ส่วนมากจะใช้เวลาประมาณ $1\frac{1}{2}$ - 2 เดือน จึงจะนัดผู้ป่วยกลับมาทำผ่าตัดปิด ตำแหน่งของช่องเปิดชนิดนี้จะอยู่บริเวณท้องน้อยด้านขวา

หรือบริเวณหน้าท้องส่วนกลางในระดับต่ำกว่าสะดือเล็กน้อย ลักษณะของอุจจาระจะเหลวและมีน้ำย่อยปน ซึ่งน้ำย่อยนี้เป็นกรดมีผลต่อการระคายเคืองเนื้อเยื่อหรือผิวหนังรอบ ๆ ช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ ทำให้บริเวณรอบช่องเปิดมีการอักเสบและเปื่อยยุ่ยของผิวหนัง

1.4 ปัญหาของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง

ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง จะมีปัญหาที่มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม ดังต่อไปนี้ (Shipes, 1980: 291-301)

1.4.1 ปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะของร่างกาย ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องจะรู้สึกว่าตนเองสูญเสียอวัยวะของลำไส้ส่วนใดส่วนหนึ่งไป มีช่องเปิดของลำไส้อยู่บริเวณหน้าท้องและมีอุจจาระไหลผ่านออกทางช่องเปิดนี้ เป็นภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปในลักษณะของความน่ากลัว น่ารังเกียจ การมีถุงรองรับอุจจาระห้อยติดตัวเสมอบริเวณหน้าท้องเป็นการเปิดเผยแก่สายตาคนทั่วไป อุจจาระที่ออกมาก็มีกลิ่น ลมเป็นที่รบกวนและน่ารังเกียจ ตลอดจนผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ต้องปรับวิถีการดำเนินชีวิตในการขับถ่ายอุจจาระใหม่ ผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วจะมีปัญหาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส คือจะมีความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มีความต้องการทางเพศเลย เพราะการมีถุงรองรับอุจจาระห้อยติดอยู่บริเวณหน้าท้องเป็นสิ่งที่น่ากลัวและน่ารังเกียจของคู่สมรส สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาด้านร่างกายและการทำหน้าที่ของอวัยวะของร่างกาย

1.4.2 ปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เมื่อผู้ป่วยได้เห็นช่องเปิดของลำไส้ใหญ่บริเวณหน้าท้อง มีถุงใส่อุจจาระแขวนติดอยู่บริเวณหน้าท้องและมีอุจจาระอยู่ภายในถุง ผู้ป่วยจะรู้สึกกลัว (Ehlke, 1987: 211-218) กลัวว่าจะปฏิบัติตัวเองอย่างไร กลัวการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเองและกลัวตาย นอกจากความกลัวแล้วปัญหาทางจิตใจที่ติดตามมาคือ ความเศร้าโศกกับอวัยวะที่สูญเสียไป ไม่สามารถยอมรับความสูญเสียได้ จะมีพฤติกรรมต่าง ๆ คือ โกรธ ก้าวร้าว หรือ ซึม หงอยเหงา ว้าเหว่ เนื่องจากพบว่าการสูญเสียนั้นเป็นความจริงหลีกเลี่ยงไม่ได้ บางครั้งพฤติกรรมอาจรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตัวเอง และความกลัวความวิตกกังวลนี้ไม่ได้มีเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่จะมีอิทธิพลถึงครอบครัว คู่ชีวิต และบุคคลในสังคมรอบตัวผู้ป่วยด้วย

1.4.3 ปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้ป่วยที่มีช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องจะกลัวการเข้าสังคมและพบปะกับบุคคลอื่น เนื่องจากกลัวว่าตนเองจะเป็นที่รังเกียจของบุคคลอื่น มีความอายในการมีช่องเปิดของลำไส้ใหญ่อยู่บริเวณหน้าท้องและมีถุงรองรับอุจจาระซึ่งมีอุจจาระอยู่ภายใน รวมทั้งมีกลิ่นและลมเป็นที่ไม่พึงประสงค์ ต้องขับถ่ายอุจจาระต่อหน้าสาธารณชนและไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ เหล่านี้เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องหลีกเลี่ยงการสังคมกับบุคคลอื่น แยกตัวเองอยู่ตามลำพัง ผลที่ตามมาคือมีความเหงา โดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดคนสนใจและเอาใจใส่ จนถึงขั้นการเบื่อหน่ายตัวเองและทำร้ายตัวเองได้

แจ็คสัน (Jackson, 1976: 418-419) ได้ทำการศึกษาปฏิกิริยาของผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องขณะอยู่โรงพยาบาล 6 ราย โดยใช้วิธีการสังเกตช่วงเช้า พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 6 รายมีความวิตกกังวล ไม่พอใจ คับข้องใจต่อการไหลไม่เป็นเวลาของอุจจาระ ใช้กลไกในการปรับตัวคือ การกดเก็บ (Repression) การปฏิเสธ (Denial) และการแสดงพฤติกรรมตรงกันข้ามกับความคิด ความรู้สึกของตนเอง (Reaction Formation)

ครัส, คอนเนอร์ และสเทิร์น (Druss, Conner and Stern, 1969: 422-426) ทำการศึกษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของเร็คตัมและทำผ่าตัด แอบโดมิโน เพอริเนียล รีเซคชั่น ร่วมกับการนำลำไส้มาทำเป็นช่องเปิดบริเวณหน้าท้อง โดยใช้แบบสอบถามถึงปฏิกิริยาและความรู้สึกหลังทำผ่าตัดและมีช่องเปิดของลำไส้บริเวณหน้าท้อง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 36 ราย เป็นชาย 22 ราย หญิง 14 ราย ผลการศึกษาสรุปได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมองเห็นช่องเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องครั้งแรก รู้สึกไม่พอใจ เสียใจ ไม่ยอมรับ เศร้า ร้องไห้คร่ำครวญ บางรายมีอาการช็อคหมดสติ

พูดเดน (Prudden, 1971: 276) ทำการศึกษาในแง่จิตวิทยาของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง พบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ปรับตัวได้ไม่ดี มีอาการซึมเศร้า ไม่ยอมออกสังคม เพราะมีปัญหาเรื่องกลิ่น ลม และการไม่สามารถควบคุมกลิ่นอุจจาระได้

ไพรย์ และฟิลลิป (Pryse-Phillip, 1971: 27) ได้รายงานถึงการศึกษาผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องอย่างถาวร จำนวน 20 ราย พบว่า 6 รายกลัวการกระจายของกลิ่นอุจจาระและมีอาการประสาทหลอนกับกลิ่นอุจจาระ ผู้ป่วย 4 รายมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่ายตัวเอง และรังเกียจตัวเอง ส่วนอีก 10 ราย มีความกลัว อึดอัดใจ คับข้องใจ และรู้สึกว่าตนเองสูญเสียการทำงานของอวัยวะร่างกายด้านการขับถ่าย

ตามปกติไป

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยทุกคนที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องจะมีปัญหาด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และปัญหาด้านการอยู่ร่วมในสังคม ปัญหาทั้ง 3 ประการนี้เป็นปัญหาสำคัญที่บุคลากรการแพทย์และพยาบาลควรตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหา เพื่อนำมาวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวและยอมรับสภาพการณ์ มีทัศนคติที่ดีต่อตัวเองและโรคภัยไข้เจ็บ เห็นความสำคัญของการที่จะต้องช่วยเหลือดูแลตัวเอง เพื่อสามารถดำรงชีวิตได้เหมาะสมตามอัตภาพ

1.5 <u>แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง</u>

จากความสำคัญของปัญหาที่กล่าวแล้วว่าการทำผ่าตัดนำเอาลำไส้ใหญ่เปิดออกทางหน้าท้องนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ การเข้าสังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแล ผู้ป่วยเหล่านี้จึงหมายรวมถึงการดูแลช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องและการประคับประคองจิตใจสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง และเมื่อสภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วยพร้อมที่จะช่วยเหลือตนเองแล้ว พยาบาลต้องให้การแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลช่องเปิดของลำไส้ได้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับเข้าสังคมช่วยเหลือตนเองและดำรงชีวิตตามอัตภาพได้

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่เปิดออกทางหน้าท้อง ประกอบด้วย

1.5.1 การดูแลความสะอาดช่องเปิดของลำไส้และผิวหนังรอบ ๆ ช่องเปิดของลำไส้

ระยะแรกหลังผ่าตัดจะมีอุจจาระไหลออกทางช่องเปิดของลำไส้จำนวนมากและมีลักษณะเป็นน้ำตลอดเวลา พยาบาลมีหน้าที่ดูแลทำความสะอาดผิวหนังรอบ ๆ ช่องเปิดของลำไส้ให้แห้งและสะอาด โดยการทำความสะอาดและเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระบ่อย ๆ ใช้ Zincoxide หรือ Zinc paste ทาผิวหนังรอบ ๆ ช่องเปิดของลำไส้เพื่อป้องกันการระคายเคืองต่อผิวหนังทำให้เกิดแผลได้ การทำความสะอาดต้องใช้เทคนิคการปราศจากเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ประมาณวันที่ 4-5 หลังผ่าตัด แผลจะเริ่มดีจึงไม่ต้องใช้เทคนิคการปราศจากเชื้อต่อไป (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2525: 126 และพจนา ปิยะปกรณ์ชัย 2526: 16) เมื่อแผลดีแล้วควรสอนให้ผู้ป่วยทำความสะอาดช่องเปิดของลำไส้เอง โดยใช้สำลีชุบน้ำต้มสุก หรือ

ใช้สบู่อ่อนสีขาวฟอกทำความสะอาดช่องเปิดและผิวหนังรอบ ๆ ช่องเปิดของลำไส้ล้างให้สะอาด เช็ดให้แห้ง แล้วปิดด้วยถุงรองรับอุจจาระที่คล้องติดกับห่วงครอบ

1.5.2 การเลือกวัสดุรองรับอุจจาระ

วัสดุที่ใช้รองรับอุจจาระในปัจจุบันนิยมใช้ห่วงครอบช่องเปิดของลำไส้ (Colostomy ring) และถุงพลาสติกซึ่งต่อกับห่วงครอบและมีสายต่อจากห่วงครอบรัดรอบเอวผู้ป่วย ซึ่งพิจารณาใช้ตามความเหมาะสมทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและประสิทธิภาพของวัสดุรองรับอุจจาระที่สามารถเก็บอุจจาระได้ดีโดยไม่รั่ว ป้องกันกลิ่น น้ำหนักเบา หาซื้อได้ง่ายและไม่ทำให้ผิวหนังรอบช่องเปิดเกิดการระคายเคือง

1.5.3 การควบคุมกลิ่น

กลิ่นของอุจจาระ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในตนเองและหลีกหนีจากสังคม (Prudden, 1971: 2 6) สาเหตุของการเกิดกลิ่น คือมีจำนวนอุจจาระมากและมีลมมาก การควบคุมกลิ่นอุจจาระที่ดีคือ การปิดภาชนะรองรับอุจจาระให้แน่น รักษาร่างกายให้สะอาด หรือใช้ถ่านหุงข้าวก้อนเล็ก ๆ ใส่ไว้ก้นถุงรองรับอุจจาระ (พจนา ปิยะปกรณ์ชัย 2526: 17) ระวังและหลีกเลี่ยงอาหารประเภทถั่ว กระหล่ำปลี หัวหอม ผักชะอม ผักกระถิน เครื่องดื่มเบียร์ น้ำอัดลม ในบางกรณีอาจมีลมในถุงรองรับอุจจาระมากจนถุงโป่งพอง แก้ไขโดยใช้เข็มเจาะบริเวณส่วนบนของถุงแล้วค่อย ๆ บีบไล่ลมออกจากถุง เพื่อป้องกันถุงแตก นอกจากนี้การรับประทานอาหารผักใบเขียว เช่น ผักบุ้ง ผักคะน้า ผักตำลึง จะช่วยลดกลิ่นของอุจจาระได้ดี (นันทา เส็กสวัสดิ์, 2525: 127)

1.5.4 อาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีช่องเปิดของลำไส้ทางหน้าท้อง

ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารตามความคุ้นเคยและวัฒนธรรมที่เคยปฏิบัติมาก่อน (Rowbotham, 1974: 60) คือสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดตามต้องการ แต่ควรงดอาหารรสจัดทุกชนิด อาหารหมักดอง ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียด รับประทานช้า ๆ รับประทานให้พออิ่ม ดื่มน้ำหลังรับประทานอาหารแล้ว เพื่อให้อาหารย่อยได้ดีและการขับถ่ายสะดวก ควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา เพื่อให้มีการขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา

1.5.5 การออกกำลังกายและการทำงาน

การออกกำลังกายจะทำได้เมื่อผู้ป่วยแข็งแรงและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องห้ามในการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่ทำได้เช่น การเดิน การบริหารแขนและลำตัว แต่ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมาก เช่นวิดพื้น ยกของหนัก เพราะจะกระทบกระเทือนต่อลำไส้ที่นำมาเปิดทางหน้าท้อง ส่วนการทำงานจะทำได้เมื่อร่างกายแข็งแรง ลำไส้ยุบบวมแล้ว ปกติจะประมาณ 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด (Yahle, 1976: 465) ในระยะของการไปทำงานผู้ป่วยควรเตรียมอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องเปิดของลำไส้ วัสดุที่ใช้ดับกลิ่นอุจจาระและภาชนะรองรับอุจจาระไปด้วยทุกครั้ง เพื่อการทำความสะอาด และเปลี่ยนถุงได้ทันที เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

1.5.6 การมีเพศสัมพันธุ์

ผู้ป่วยที่มีช่องเปิดของลำไส้ทางหน้าท้อง สามารถมีเพศสัมพันธุ์ได้ใน 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด และการมีช่องเปิดของลำไส้ทางหน้าท้องไม่มีผลที่จะทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง ส่วนมากจะเกิดจากการที่จิตใจของคู่สามี-ภรรยาไม่ยอมรับการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เกิดการสมเพชตนเอง กลัวคู่ครองรังเกียจ กลัวอุจจาระไหลเปรอะเปื้อน (พจนา ปิยะปกรณ์ชัย, 2526: 20) ซิมมอน (Simmon, 1983: 409-411) เสนอแนะว่าก่อนการมีเพศสัมพันธุ์ควรทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระให้เรียบร้อย และต้องมีการยอมรับและความเข้าใจซึ่งกันและกันของคู่สามี-ภรรยาด้วย

1.5.7 การป้องกันและแก้ไขโรคแทรกซ้อน

โรคแทรกซ้อนพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้ ปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง พยาบาลควรให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตและดูแลตนเอง เพื่อการรักษาทันท่วงที โรคแทรกซ้อนที่พบบ่อย เช่น

1) ผิวหนังรอบ ๆ ช่องเปิดของลำไส้มีการระคายเคืองจากอุจจาระ จะมีอาการผิวหนังเป็นสีแดง เปื่อยยุ่ย ผู้ป่วยจะปวดแสบปวดร้อน (Luckman-Sorensen, 1980: 1457) วิธีแก้ไขคือต้องทำความสะอาดบริเวณรอบ ๆ ช่องเปิดของลำไส้ด้วยสำลีชุบน้ำต้มสุก ซับให้แห้ง ไม่ใช้สารเคมีอื่น ๆ บริเวณนั้น การใส่ถุงรองรับอุจจาระ อาจต้อง

015718

ใช้ผ้าก๊อซพันรอบบริเวณช่องเปิดของลำไส้ เพื่อไม่ให้ห่วงครอบและถุงอุจจาระไปกดทับบริเวณที่มีการระคายเคือง

2) มีการตีบตันของช่องเปิดของลำไส้ แก้ไขโดยใช้นิ้วก้อยของผู้ป่วยถ่างขยายช่องเปิดหลังที่ทำความสะอาดช่องเปิดของลำไส้ทุกครั้ง แต่ไม่ควรใช้วัสดุอื่นสอดเข้าไป เพราะอาจเกิดการทะลุของลำไส้ได้

3) ภาวะอุดตัน มักเกิดจากอุจจาระแข็ง มีการอักเสบของลำไส้ เมื่อเกิดการอุดตันผู้ป่วยจะมีอาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียนและปวดท้องร่วมด้วย (Luckman and Sorensen, 1980: 1459) การแก้ไขทำโดยการมาพบแพทย์เพื่อใช้ยาระบายให้อุจจาระอ่อนตัวและมีการสวนล้างลำไส้ให้อุจจาระผ่านออกได้

4) มีการยื่นหรือการดึงรั้งของลำไส้มากผิดปกติ ต้องมาพบแพทย์เพื่อทำผ่าตัดแก้ไข

5) ท้องเสีย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอาหารที่รับประทาน ควรมาพบแพทย์เพื่อการให้ยารักษาท้องเสีย

ทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นวิธีการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่มีช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องรวมถึงภาวะแทรกซ้อนและวิธีการแก้ไข สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อม มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง

2. <u>กระบวนการเกิดทัศนคติ</u>

ทัศนคติเป็นพฤติกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งของชีวิตมนุษย์ เพราะทัศนคติมีอิทธิพลต่อการรับรู้และเรียนรู้ การจดจำและการแสดงออกของบุคคล และทัศนคติยังมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม ทัศนคติเป็นนามธรรมและเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติเป็นสภาพความพร้อมที่จะโต้ตอบ (State of Readiness) และแสดงให้ทราบถึงแนวทางของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520: 1)

2.1 คำนิยาม

ทัศนคติ ภาษาอังกฤษใช้คำว่า "Attitude" มาจากรากศัพท์ภาษาลาตินว่า "Aptus" ซึ่งแปลว่า โน้มเอียง เหมาะสม มีผู้ให้ความหมายของทัศนคติไว้เป็นจำนวนมาก แต่สรุปได้ว่าทัศนคติหมายถึงท่าทีและสภาพความพร้อม พร้อมทั้งด้านความคิดและจิตใจของบุคคลที่จะรับและสนองตอบต่อสิ่งเร้าและสภาพการณ์ต่าง ๆ ในทิศทางที่เป็นบวก ลบหรือเป็นกลาง (ประสาร มาลากุล, 2526: 22)

2.2 ลักษณะของทัศนคติ

ทัศนคติเป็นพฤติกรรมเชิงภาวะสันนิษฐาน (Hypothetical construct) (ประสาร มาลากุล, 2526: 24-30) เพราะไม่สามารถสังเกตหรือวัดได้โดยตรงเหมือนพฤติกรรมประเภทอื่น ๆ ต้องอาศัยการวัดและการประเมินที่ซับซ้อนและต้องสรุปสันนิษฐานจากการแสดงความคิดเห็น การเลือก การตัดสินใจ และท่าทีการแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ ของบุคคลลักษณะของทัศนคติมีอยู่ 3 ลักษณะคือ

ลักษณะที่ 1. ทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้ มิใช่มีติดตัวมาแต่กำเนิด

ลักษณะที่ 2. ทัศนคติเป็นระบบของพฤติกรรมที่มีองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ ปัญญา (Cognitive Component) ได้แก่ ความรู้ ความคิดและความเชื่อ บุคคลจะต้องเคยมีประสบการณ์ เคยได้รับข้อมูลและเกิดความคิดความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งหรือสภาพการณ์นั้น ๆ มาแล้ว จิตอารมณ์ (Affective Component) เป็นความรู้สึกของจิตใจและอารมณ์แสดงออกในลักษณะของความรู้สึกที่พึงพอใจ ไม่พึงพอใจ ชอบ ไม่ชอบ การแสดงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ (Behavioral component) คือแนวโน้มหรือท่าทีที่จะเลือกตอบสนองในแง่ของการยอมรับ ไม่ยอมรับ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย เต็มใจทำ ไม่เต็มใจทำ

ลักษณะที่ 3. ทัศนคติเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนซึ่งมีมิติทั้งด้านทิศทาง (Direction) ซึ่งจะเป็นทางบวกทางลบหรือเป็นกลาง ด้านระดับความรุนแรง (Intensity) เช่น ชอบมาก ไม่ชอบบ้าง ไม่ชอบเล็กน้อย ด้านของเขต (Extension) ซึ่งกว้างครอบคลุมมาก หรือน้อย ด้านความยั่งยืนคงทน (Duration) การประเมินทัศนคติของบุคคลจำเป็นต้องหาวิธีเก็บข้อมูลในมิติต่าง ๆ ให้ได้สมบูรณ์ที่สุดเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์และการตีความหมายให้ชัดเจนตรงกับความเป็นจริง

2.3 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

จากผลการวิจัยทางด้านจิตวิทยา ทัศนคติของบุคคลมีการพัฒนา เริ่มตั้งแต่วัยทารกจนตลอดชีวิตโดยทัศนคติบางอย่าง เกิดในวัย เด็ก ทัศนคติบางประการจะไม่ เกิดจนกว่าจะมีความพร้อมที่จะ เกิดทัศนคตินั้น (Klausmeier and Ripple, 1970,: 519-520) การ เปลี่ยนแปลงทัศนคติจะดำ เนินไปโดยอาศัยแนวทาง 3 ประการ (Kolesnik, 1970: 484-486) คือ

แนวทางที่ 1. ความสัมพันธ์และการติดต่อกับผู้อื่น (association)

แนวทางที่ 2. การถ่ายทอด (transfer) จากสถานการณ์หนึ่งไปสู่อีกสถานการหนึ่ง

แนวทางที่ 3. การสนองความต้องการของตน เอง (need satisfaction)

จากแนวทาง 3 ประการนี้ ประภา เพ็ญได้ชี้แนะถึง โอกาสและแหล่งข้อมูลที่มีผลต่อการพัฒนาทัศนคติอยู่มาก (ประภา เพ็ญ สุวรรณ, 2520: 64-65) ได้แก่ ประสบการณ์ เฉพาะ (specific experience) วิธีการหนึ่งที่จะ เรียนรู้ทัศนคติคือการมีประสบการณ์ เฉพาะกับสิ่งที่ เกี่ยวข้องกับทัศนคตินั้น เช่น การ เกิดความประทับใจ การ เกิดภาวะคับข้องใจ หรือการได้รับการลงโทษ การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (Communication from others) ทัศนคติหลายอย่าง เกิดจากการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น โดย เฉพาะการ เรียนรู้อย่างไม่ เป็นทางการที่ เด็กได้รับจากครอบครัวและสังคม การ เลียนแบบอย่าง (Modeling) ทัศนคติบางอย่างสร้างขึ้นจากการ เลียนแบบคนอื่นโดยกระบวนการ เลียนแบบ เกิดจากการสัง เกต แปลความหมายแสดงพฤติกรรมตามอย่าง ได้รับความพอใจแบบอย่างที่มีลักษณะดึงดูดความนิยมหรือความ เคารพนับถือมาก เพียงใด ย่อมมีอิทธิพลต่อการ เลียนแบบมากขึ้น องค์ประกอบที่ เกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional factors) การสร้างและการพัฒนาทัศนคติของบุคคลจำนวนไม่น้อยสืบ เนื่องมาจากสถาบันที่มีความสำคัญต่อตัวบุคคล เช่นครอบครัว โรง เรียน สถาบันทางศาสนา หน่วยงานทางสังคมต่าง ๆ

อย่างไรก็ตามทัศนคติจะ เกิดขึ้นได้ต่อ เมื่อองค์ประกอบด้านความรู้ ความ เข้าใจและพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การจัดรูปแบบ และการ เปลี่ยนแปลงทัศนคติจึงต้องอาศัยการ เรียนรู้ ประสบการณ์ การลอก เลียนแบบสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลใกล้ชิด และการปรับตัวทางบุคลิกลักษณะ เมื่อทัศนคติ เป็นสภาวะของจิตใจที่ต้อง เริ่มจากการที่บุคคลได้มีโอกาส

รับรู้ประสบการณ์ เกิดความรู้ความคิดเกี่ยวกับสิ่งนั้นก่อน จึงมีกระบวนการประเมินค่าตามประสบการณ์ที่ได้รับว่ามีผลพอใจหรือไม่พอใจในระดับต่าง ๆ เก็บสะสมไว้ เป็นสภาพความตั้งใจและความพร้อมของจิตใจในลักษณะและระดับหนึ่งต่อมา เมื่อมีสิ่งเร้าหรือสภาวะการณ์มากระตุ้นก็จะสะท้อนความรู้สึกนึกคิดและความตั้งใจนั้น เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมา ทัศนคติของบุคคลจึงมีการเปลี่ยนแปรผันได้ในระดับและทิศทางต่าง ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความตื้นลึก ความเข้มข้นของทัศนคติและบุคลิกภาพของบุคคล ดังนั้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติจึงกระทำได้โดยใช้กระบวนการจูงใจ หลักการแห่งเหตุผล เทคนิคและทฤษฎีอันเหมาะสม การได้รับประสบการณ์ตรงและผลที่เกิดขึ้นกับตนเอง (สิริชัย กาญจนวาสี, 2523: 10-11)

นอกจากนี้ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ นักจิตวิทยาได้อธิบายกระบวนการเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลว่า อาจเกิดโดยวิธีการหลายรูปแบบ รูปแบบที่สำคัญได้แก่ การเปลี่ยนความคิด โดยการรับข้อมูลใหม่จากบุคคลหรือผ่านสื่อมวลชน การเปลี่ยนความรู้สึก จากการได้รับประสบการณ์ประทับใจหรือสะเทือนใจในลักษณะที่แตกต่างกันไปจากเดิม การเปลี่ยนพฤติกรรมเนื่องจากมีความคิด ความรู้สึกที่เสียสมดุลย์หรือเปลี่ยนแปลงไป

การอธิบายกระบวนการเกิดและเปลี่ยนทัศนคตินั้น สามารถอธิบายโดยทฤษฎีต่าง ๆ หลายทฤษฎี แต่ ทฤษฎีที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับนำมาใช้กันมากคือ ทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีการตัดสินใจทางสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในหลาย ๆ ทฤษฎี งานวิจัยนี้ได้นำทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีการตัดสินใจทางสังคมมาใช้เป็นหลักการเปลี่ยนทัศนคติของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องในการดูแลตนเอง โดยมีรายละเอียดของทฤษฎีดังนี้

2.3.1 <u>ทฤษฎีการเรียนรู้</u> (Learning Theory)

การเรียนรู้ทัศนคติของบุคคลเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ ทั้งจากการมีประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง จากการกำหนดภาวะเงื่อนไขการเสริมแรง การเลียนแบบตัวอย่างและจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ การเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนทัศนคติมีหลายวิธี คือ (ประสาร มาลากุลฯ 2526: 5-7)

1) การเรียนรู้จากประสบการณ์

คือการที่บุคคลได้มีประสบการณ์ด้วยตน เอง เกี่ยวกับสิ่ง เร้านั้น ถ้าประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับจากสิ่ง เร้านั้น เกิดผล เป็นที่พึงพอใจหรือ เป็นผลดีจะมีอิทธิพลให้ เกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่ถ้าผลจากประสบการณ์เป็นที่ไม่พึงพอใจ ก็มีแนวโน้มที่จะก่อให้ เกิดทัศนคติไม่ดีต่อสิ่ง เร้านั้นได้

2) การเรียนรู้จากภาวะ เงื่อนไขการ เสริมแรง (Conditioning and reinforcement) แนวคิดในกลุ่มนี้ กล่าวว่า การเรียนรู้จากการกำหนดภาวะ เงื่อนไขในสภาพการณ์ควบคุมทำให้ เกิดผลที่พอใจหรือไม่พอใจ เป็นพื้นฐานสำคัญในการ เรียนทัศนคติ ดังนั้นการที่จะสร้างหรือ เปลี่ยนทัศนคติย่อมสามารถใช้วิธีกำหนดภาวะ เงื่อนไขด้วยการควบคุมแรง เสริม คือ ผลพอใจ ไม่พอใจ จึงจะมีการปรับพฤติกรรมได้ตามที่ต้องการ

3) การเรียนรู้จากการ เลียนแบบตัวอย่าง

Albert Bandura (อ้างโดย ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา, 25: 6) เป็นผู้เสนอทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและการ เลียนแบบตัวอย่าง (Social Learning and modeling theory) โดยอธิบายว่า การเรียนรู้พฤติกรรมทางสังคมและทัศนคติ เกิดจากการที่บุคคลได้สัง เกตและ เลียนแบบตัวอย่าง ซึ่งตัวอย่างอาจมีหลายลักษณะ เช่น ตัวอย่างจากชีวิตจริง เช่น พ่อ แม่ ครู เพื่อน ผู้นำด้านต่าง ๆ ตัวอย่างจากบุคคลในประวัติศาสตร์ เช่น นักวิทยาศาสตร์ วีรบุรุษ วีรสตรี ตัวอย่างจากสื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์

โดยทั่วไปแล้วการ เรียนทัศนคติจากการ เลียนแบบจะผ่านกระบวนการขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ให้ความสนใจ ใส่ใจ สัง เกตลักษณะพฤติกรรมของตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2 จำไว้ได้ คือ เลียนแบบพฤติกรรมตามอย่างได้ภายหลัง

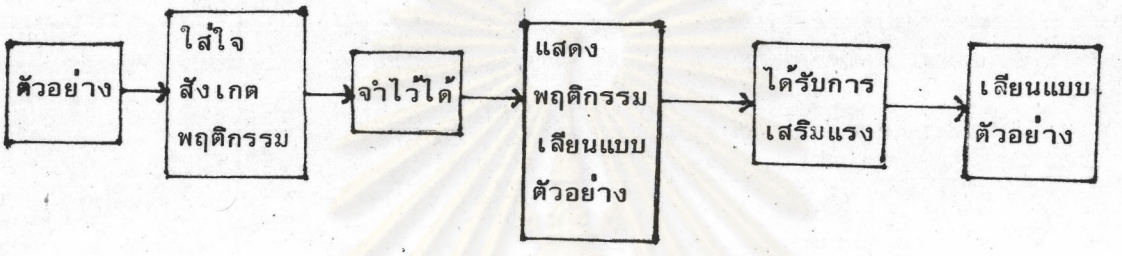
ขั้นตอนที่ 3 แสดงพฤติกรรม เลียนแบบได้ ทั้งร่างกายและวาจา

ขั้นตอนที่ 4 ได้รับการ เสริมแรง (reinforcement) คือ มีการยอมรับชมเชย ให้รางวัล เมื่อแสดงพฤติกรรม เลียนแบบตัวอย่างได้ การ เสริมแรงมี 2 แบบ คือ

ก. การเสริมแรงทางตรง คือ ผู้เลียนแบบได้รับรางวัล คำชม

ข. การเสริมแรงทางอ้อม คือ บุคคลเห็นผู้ที่เป็นตัวอย่างได้รับรางวัลหรือคำชมในการแสดงพฤติกรรมนั้น ก็จะมีผลทำให้เกิดการยอมรับเลียนแบบได้ และการที่บุคคลได้มีการรับรู้และสังเกตตัวอย่างที่ต่อเนื่องกัน ได้รับการเสริมแรงสอดคล้องกัน ย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนทัศนคติได้ (Bandura, 1971)

แผนภูมิที่ 1 กระบวนการเรียนรู้ทัศนคติจากการเลียนแบบตัวอย่าง



4) การเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ

ได้แก่ การเรียนรู้หรือการรับรู้ข้อมูลจากการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคนอื่น จากสื่อมวลชนในรูปแบบต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนต์หรือจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ เช่น ห้องสมุด จากการศึกษาในสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ความเชื่อถือได้ของแหล่งข้อมูล วิธีการเสนอข้อมูล เช่น การให้เหตุผล การกระตุ้นเร้าอารมณ์ตลอดจนบุคลิกภาพของผู้รับข้อมูล ล้วนเป็นสิ่งสำคัญและมีอิทธิพลต่อการสร้างและเปลี่ยนทัศนคติได้ทั้งสิ้น

2.3.2 <u>ทฤษฎีการตัดสินใจทางสังคม</u> (Social Judgement Theory)

ทฤษฎีนี้เน้นถึงอิทธิพลของกลุ่มและแบบแผนความเชื่อถือ ค่านิยมและบรรทัดฐานของสังคม (social norm) ที่มีต่อการสร้างและการเปลี่ยนทัศนคติของบุคคล เป็นที่ยอมรับว่า กลุ่มต่าง ๆ ในชีวิตของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือกลุ่มสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ล้วนสามารถมีอิทธิพลต่อการสร้างหรือการปรับเปลี่ยนทัศนคติได้ เพราะเมื่อบุคคลต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ต้องการได้รับการยอมรับก็ย่อมมีแนวโน้มจะรับฟัง และยอมรับทัศนคติและแบบแผนพฤติกรรม อันเป็นลักษณะสำคัญของกลุ่มนั้น ๆ มา จากผลการวิจัยจำนวนมากในเรื่องอิทธิพลของกลุ่มแสดงไว้ว่า กลุ่มที่มีลักษณะเป็น "กลุ่มอ้างอิง" (Reference group)

คือ มีความสำคัญมากเป็นที่เชื่อถือไว้ใจของบุคคลและเป็นที่ต้องการการยึดถือเป็นพรรคพวกอย่างมั่นคง จะมีอิทธิพลในการสร้างและเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลได้มากกว่ากลุ่มที่เข้าเป็นสมาชิกธรรมดาโดยทั่วไป (Membership group) ดังนั้นกลุ่มที่มีลักษณะเป็นกลุ่มอ้างอิง เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน จึงมีอิทธิพลในการสร้างเสริมทัศนคติของบุคคลมากกว่ากลุ่มแบบอื่น ๆ

นอกจากนี้ บรรทัดฐานของสังคมซึ่งหมายถึงระบบค่านิยม ความเชื่อแบบแผน ระเบียบประเพณีของสังคม โดยส่วนรวมก็มีบทบาทเป็นเกณฑ์กำหนดควบคุมพฤติกรรม ซึ่งมีผลต่อการเลือกและการตัดสินใจของบุคคล การพัฒนาทัศนคติของแต่ละบุคคลจึงประกอบด้วยอิทธิพลจากกลุ่มและสังคมที่ดำรงชีวิตอยู่ไม่น้อย (ประสาร มาลากุลฯ, 2526: 9-10)

โดยสรุป กระบวนการสร้างและการเปลี่ยนทัศนคติตามแนวคิดเชิงทฤษฎีต่าง ๆ มีหลักการอยู่ 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1. การรับรู้ ได้แก่ การใส่ใจ การสังเกต รู้สึกตระหนักรับรู้ รับฟัง เลือกรับ

ขั้นตอนที่ 2. การตอบสนอง คือ การได้มีประสบการณ์ด้วยตนเอง เช่น ได้กระทำ เลียนแบบ ให้ความสนใจ มีส่วนร่วม โดยเริ่มจากการยินยอมตอบสนอง ความเต็มใจและความพอใจตอบสนอง

ขั้นตอนที่ 3. การให้คุณค่า นับเป็นขั้นการยอมรับผูกพันเกิดเป็นความเชื่อ ความเต็มใจ สนับสนุน พอใจ มีส่วนร่วม ให้ความสนใจอย่างสม่ำเสมอ ยึดเป็นแบบอย่าง

ขั้นตอนที่ 4. การจัดระเบียบความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อารมณ์ความเชื่อ จนกลายเป็นกลุ่ม และระบบของคุณค่าที่มีเกณฑ์การประเมิน มีทิศทางของการเลือก มีระดับมากน้อยของการแสดงออกที่ยั่งยืน

ขั้นตอนที่ 5. การแสดงบุคลิกลักษณะตามที่ยึดถือ ซึ่งหมายถึง การมีหลักการและแนวทางปฏิบัติตามความเชื่อและระบบคุณค่าที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลนั้น

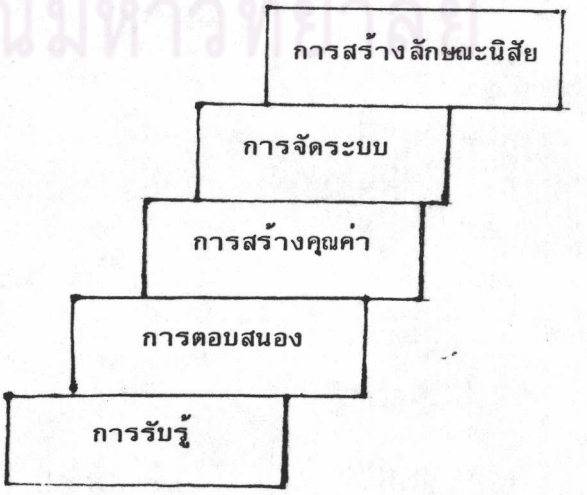
เป็นที่ยอมรับว่า ทัศนคติมีบทบาทในการเรียนรู้และการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทัศนคติมีส่วนช่วยปรุงแต่งรูปแบบของการปฏิบัติ ความประพฤติหรือพฤติกรรมของคน

2.4 หลักการและวิธีการของการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

ทัศนคติมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การจดจำและการพร้อมที่จะกระทำของมนุษย์ ทัศนคติไม่ใช่สิ่งที่มีมาแต่กำเนิด แต่เป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นภายหลังหรือทัศนคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยอาศัยหลักทฤษฎีการพัฒนาทัศนคติหลาย ๆ ทฤษฎี รวมทั้งอาศัยหลักการและวิธีการหลายรูปแบบเพื่อพัฒนาให้มีการเปลี่ยนทัศนคติได้ การสอนเพื่อพัฒนาทัศนคติก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่นิยมใช้มาก การสอนเพื่อพัฒนาทัศนคตินั้น ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา (อ้างโดย ประนอม โอทกานนท์ 2528: 61) ได้เสนอแนะหลักการสอนเพื่อพัฒนาทัศนคติไว้ดังนี้ ต้องมีการแจกแจงทัศนคติที่ต้องการสร้างเสริมเป็นขั้นย่อย ๆ ที่ชัดเจน แล้วใช้กระบวนการพัฒนา โดยเริ่มจากขั้นรับรู้เป็นต้นไป จัดสิ่งเร้าและสภาพแวดล้อมให้อำนวยประโยชน์ที่ผู้เรียนจะได้รับประสบการณ์ในเรื่องนั้น จัดโอกาสให้ผู้เรียนได้รับผลพึงพอใจเป็นการเสริมแรงเชิงบวก จัดและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้รับตัวอย่างและข้อมูลต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง ประการสุดท้ายคือการใช้เทคนิควิธีกระบวนการกลุ่มโดยยึดหลัก 2 ข้อ คือให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและมีบทบาทโดยตรงในการสร้างหรือเปลี่ยนทัศนคติ และการอาศัยอิทธิพลของกลุ่มในการเปลี่ยนทัศนคติของบุคคล

ประนอม โอทกานนท์ ได้อ้างถึง Krathwohl และคณะ ซึ่งได้จำแนกพฤติกรรมด้านทัศนคติออกเป็นขั้นตอนตามลำดับ เรียกว่าลำดับขั้นพฤติกรรมด้านทัศนคติ (ประนอม โอทกานนท์, 2528: 58-60)

แผนภูมิที่ 2 ลำดับขั้นพฤติกรรมทางทัศนคติ



ซึ่งลำดับขั้นพฤติกรรมทางทัศนคติทั้ง 5 ขั้นตอนสามารถอธิบายในรายละเอียดได้ดังนี้

ขั้นที่ 1 การรับรู้ (Receiving) หมายถึง ผู้เรียนตระหนัก ยินดี หรือเต็มใจรับข้อมูล ซึ่งเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งเร้า จำแนกเป็นขั้นย่อย ๆ ดังนี้

ก. การรู้จัก (Awareness) เป็นความสามารถในการนึกคิดต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น รู้จักยิ้มทักทายผู้อื่น

ข. การอยากรับรู้ (Willing to receive) เป็นความเต็มใจที่จะยอมรับหรือรู้จักสิ่งนั้น

ค. การควบคุมหรือคัดเลือกรับรู้ (Selected attention) เป็นการควบคุมความตั้งใจเพื่อค้นหาสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่ตนเองชอบ

ขั้นที่ 2 การตอบสนอง (Responding) หมายถึง ผู้เรียนให้ความสนใจร่วมมือในการเรียนอย่างจริงใจ

ก. การยอมตน (Acquiescence in responding) เป็นการยอมปฏิบัติตน (ซึ่งอาจจะไม่เต็มใจก็ได้ แต่ไม่มีการขัดขืน) เช่น ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์การทำตามระเบียบ

ข. การเต็มใจตอบสนอง (Willingness to respond) เป็นการยินดีตอบสนองอย่างเต็มใจ ยอมรับและผูกพันตนเองในการกระทำนั้น ๆ

ค. การพอใจในการตอบสนอง (Satisfaction in response) เป็นการแสดงพฤติกรรมตอบสนองในรูปที่มีความพอใจอยู่ด้วย

ขั้นที่ 3 การสร้างคุณค่า (Valuing) หมายถึง การยอมรับภายหลังจากการประเมินคุณค่าของเรื่องนั้น ๆ เมื่อยอมรับแล้วก็มีการสร้างคุณค่าของเรื่องนั้น ๆ ขึ้นในตนเอง

ก. การยอมรับคุณค่า (Acceptance of a value) เป็นการยอมรับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มีการแสดงพฤติกรรมเด่นชัดว่าบุคคลนั้นยึดถือเป็นความเชื่อและผูกพันกับสิ่งนั้น

ข. การนิยมชมชอบในคุณค่า (Preference for a value) เป็นการยอมรับและแสดงพฤติกรรมเด่นชัดว่าตนเองผูกพันที่จะเสาะหาคุณค่าเหล่านั้น

ค. การเชื่อถือในคุณค่า (Commitment) เป็นการแสดงออกที่ผู้ปฏิบัติพยายามทำให้ผู้อื่นเชื่อถือในสิ่งที่ตนเห็นคุณค่า

ขั้นที่ 4 การจัดระบบ (Organization of value) หมายถึง การจัดคุณค่าที่รับไว้ให้เป็นระบบเพื่อนำไปสู่การเลือกใช้อย่างเหมาะสมต่อไป

ก. การสร้างความคิดรวบยอดของคุณค่า (Conceptualization of a value) เป็นการเห็นความสัมพันธ์ของคุณค่าของเรื่องนั้นกับสิ่งที่ตนยึดถืออยู่

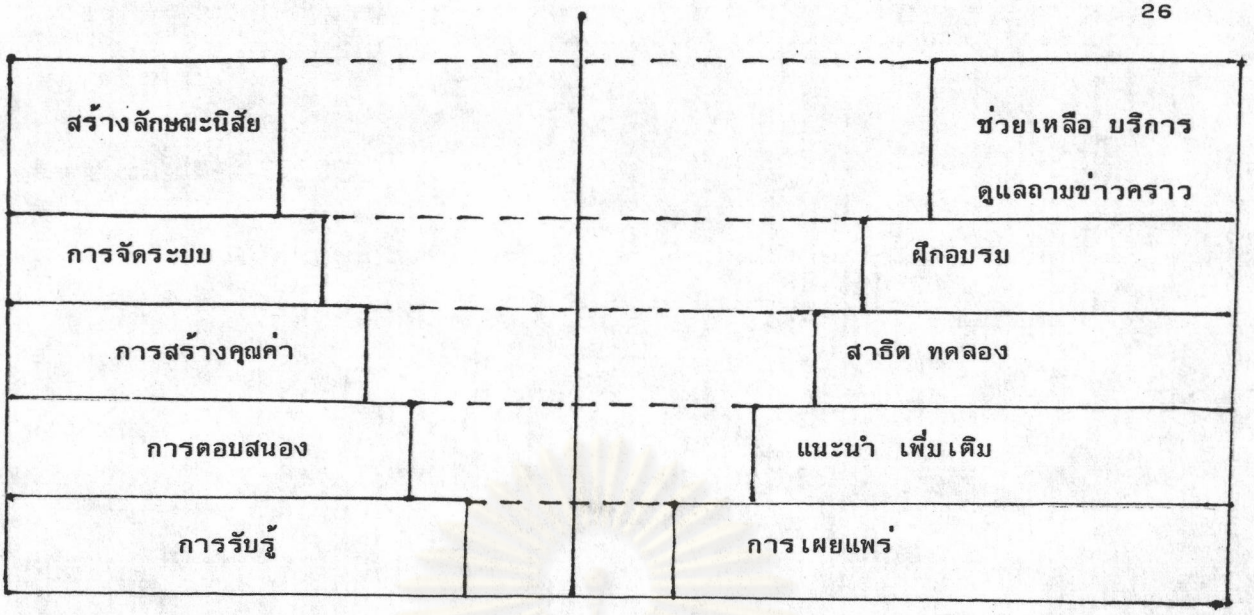
ข. การจัดระบบคุณค่า (Organization of a value system) เป็นการหาความสัมพันธ์ของคุณค่าเรื่องนั้น ๆ แล้วนำมาสร้างหรือบูรณาการเป็นลักษณะภายในตนที่คงที่แน่นอน

ขั้นที่ 5 การสร้างลักษณะนิสัย (Characterization by a value) หมายถึง การสร้างลักษณะนิสัยถาวรขึ้นในตนเองภายหลังจากจัดระบบของคุณค่าเรื่องนั้นไว้เป็นอย่างดีแล้ว

ก. การรวมระบบคุณค่า (Generalized set) เป็นการที่บุคคลสามารถรวบรวมและจัดลำดับความสำคัญของเรื่องราวที่ตนจะแสดงออกได้ เช่น ความพร้อมที่จะแก้ปัญหาได้คำนึงถึงผลที่จะเกิดตามมาด้วย

ข. การสร้างลักษณะ (Characterization) เป็นการสร้างลักษณะที่รวมเอาทุกสิ่งทุกอย่างมาไว้ด้วยกัน

ประนอม โอทกานนท์ อ้างถึง ทวีป อภิสิทธ์ ซึ่งได้เสนอแนะแผนภูมิกระบวนการสอนที่สอดคล้องกับการพัฒนาทัศนคติ เพื่อการนำไปศึกษาและทดลองใช้ดังแผนภูมิต่อไปนี้



กระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ กระบวนการสอนทัศนคติ

แผนภูมิที่ 3 กระบวนการสอนที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

จากแผนภูมิ อธิบายได้ถึงกระบวนการเปลี่ยนทัศนคติตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 : ผู้สอนทำการเผยแพร่ หรือให้ความรู้เพื่อให้ผู้เรียนได้รับรู้หรือรับทราบก่อนเป็นเบื้องต้น การเผยแพร่ในขั้นนี้มุ่งให้ผู้เรียนตระหนักถึงความสำคัญของเรื่องที่เรียน

ขั้นที่ 2 : ผู้สอนทำการชี้แนะ ให้ข้อมูลเพิ่มเติม การชี้แนะมุ่งให้ผู้เรียนให้ความสนใจตอบสนองและร่วมมืออย่างจริงจังในการเรียนรู้

ขั้นที่ 3 : ผู้สอนทำการสาธิต หรือทดลองให้ผู้เรียนประเมินคุณค่าของเรื่องนั้น ๆ ก่อนที่จะมีการยอมรับและสร้างคุณค่าเรื่องนั้น ๆ ขึ้นในตนเอง

ขั้นที่ 4 : ผู้สอนทำการฝึกอบรม หรือจัดให้ผู้เรียนได้มีกิจกรรมเกี่ยวกับเรื่องที่เรียนรู้ ทั้งนี้โดยมุ่งหวังให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ เกิดความคิดรวบยอด เห็นความสำคัญของคุณค่าเรื่องที่เรียน และจัดคุณค่านั้นไว้ให้เป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การเลือกใช้ในโอกาสที่เหมาะสมต่อไป

ขั้นที่ 5 : ผู้สอนทำการช่วยเหลือบริการ หรือประสานงานให้ผู้เรียนมองเห็นคุณค่าของงานด้านนี้ เพื่อให้คุณค่านี้คงอยู่ในตัวของผู้เรียนอย่างถาวรจนเป็นลักษณะนิสัย

ขั้นที่ 6 : ผู้สอนคอยติดตามข่าวคราว ติดตามเยี่ยมเยียนว่าผู้เรียนยังคงทัศนคติในเรื่องที่เรียนไว้หรือไม่ อย่างไร ได้มีบูรณาการทัศนคติเกี่ยวกับงานนั้นได้เหมาะสมกับสถานการณ์

อย่างไร

จากรูปแบบกระบวนการสอนเพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของ ทวีป อภิสิทธิ์ (อ้างโดยประนอม โอทกานนท์ 2528: 62) ผู้วิจัยนำมาจัดทำเป็นกระบวนการสอนเพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง โดยมีลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 : การรับรู้ (Receiving) คือการเผยแพร่ความรู้เรื่องการเกิดโรคของลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก วิธีการรักษาพยาบาล กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องจากการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เบื้องต้นและตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดโรคและกิจกรรมการรักษาพยาบาล

ขั้นที่ 2 : การตอบสนอง (Responding) คือการชี้แนะให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยสนใจและตอบสนองให้ความร่วมมืออย่างจริงจัง

ขั้นที่ 3 : การสร้างคุณค่า (Valuing) คือการสาธิต แสดงวิธีทำ เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินคุณค่าของกิจกรรมการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง เพื่อการยอมรับและสร้างคุณค่าเรื่องนั้น ๆ ในตนเอง

ขั้นที่ 4 : การจัดระบบ (Organization of Value) คือการฝึกอบรมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องทั่ว ๆ ไป เช่น สุขภาพของร่างกาย การเลือกอาหารรับประทาน การออกกำลังกาย การทำความสะอาดช่องเปิดของลำไส้ โดยมุ่งให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์เกิดความคิดรวบยอด เห็นความสัมพันธ์ของคุณค่าของการดูแลตนเอง และจัดคุณค่าให้เป็นระบบนำไปสู่การเลือกใช้ในโอกาสที่เหมาะสม

ขั้นที่ 5 : การสร้างลักษณะนิสัย (Characterization by a Value) คือการช่วยเหลือการบริการประสานงานให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของการดูแลตนเองจนปฏิบัติเป็นนิสัย เมื่อผ่านการพัฒนาทัศนคติทั้ง 5 ขั้นตอน ก็จะมีการติดตาม เยี่ยมเยียนผู้ป่วยสม่ำเสมอ เพื่อการประเมินผลการเรียนรู้ วิธีการปฏิบัติ และช่วยแก้ไขปัญหา หรือสิ่งบกพร่องที่เกิดขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องต้องมีการดำเนินการให้ครบทั้ง 5 ขั้นตอน โดยแต่ละขั้นตอนจัดให้มีกิจกรรมที่เหมาะสม กิจกรรมนั้นต้องกระทำร่วมกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและผู้วิจัย โดยอาศัยหลักการของกระบวนการกลุ่ม กิจกรรมที่เหมาะสมทำให้ขั้นตอนของการพัฒนาทัศนคติเริ่มดำเนินจากการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการปรับและเปลี่ยนทัศนคติ มีการให้ความรู้เพื่อการยอมรับข้อมูลและมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การปรับและเปลี่ยนความตั้งใจและทัศนคติรวมถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงทัศนคติต้องมีผลดำเนินไปในทิศทางที่เป็นบวก คือมีทัศนคติที่ดีขึ้น จึงจะแสดงว่าการเปลี่ยนแปลงทัศนคตินั้นบรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

ผู้ป่วยที่มีช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องแบบชั่วคราวหรือแบบถาวร จะมีการเปลี่ยนแปลงแก่ผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมและการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง (Gallager, 1972: 672) ต้องเผชิญกับการมีถุงรองรับอุจจาระ การขับถ่ายไม่เป็นเวลา การเกิดกลิ่นและลม ซึ่งสร้างความคับข้องใจ มีความวิตกกังวลกลัวคนอื่นรังเกียจ เป็นสิ่งที่คุกคามความสมดุลย์ทั้งร่างกายและจิตใจ (Blank, 1962: 13) ผู้ป่วยมักจะแสดงอาการโกรธ ซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต มีความรู้สึกเกลียดตนเอง สงสารตนเอง กลัวตาย กลัวการถูกทอดทิ้ง จึงพยายามแยกตัวเองออกจากสังคม เหล่านี้เป็นความรู้สึกในทางไม่ดีของผู้ป่วยแล้วส่งผลให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ดีและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม

ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาระยะยาวและส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยที่มีช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องจึงต้องการการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการช่วยเหลือตนเองตลอดเวลาที่มีช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง สิ่งที่จะช่วยผู้ป่วยได้คือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยการสอนและการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยที่มีช่องเปิดของลำไส้ใหญ่มารวมกลุ่มกัน พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กัน มีการพูดถึงปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการฝึกทักษะวิธีการดูแลช่องเปิดของลำไส้ด้วยกัน โดยการให้ความรู้ให้ข้อมูลและแนวทางในการปฏิบัติอย่างถูกต้องจากผู้วิจัย ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องยอมรับการที่จะมีความรู้และการดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของตน (Orem, 1980: 60)

การจัดกิจกรรมการสอนและการดูแลตนเอง เพื่อเป็นการให้เกิดความรู้และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ป่วยในการที่จะช่วยตัวเองในชีวิตประจำวัน ภายหลังการมีช่องเปิดของลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องแล้ว การที่มีทัศนคติที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับ มีกำลังใจ มีความอดทน และยินยอมที่จะทำการดูแลตนเอง เพื่อการปรับตนเองให้มีชีวิตประจำวันได้เหมาะสมกับอัตภาพ ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานมากและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข วิธีการสอนเพื่อเปลี่ยนทัศนคตินั้นทำได้โดยอาศัยเทคนิคของกระบวนการกลุ่ม (group process) โดยยึดหลักให้ผู้เรียนมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการสร้างหรือเปลี่ยนทัศนคติ ต้องอาศัยอิทธิพลของกลุ่ม การทำงานร่วมกันในกลุ่มและการมีบทบาทในกลุ่มจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วม มีการยอมรับ มีการตัดสินใจแก้ปัญหาและมีความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งสำคัญประการหนึ่งคือ การได้มีบทบาทหรือได้ร่วมในสภาพการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันและปัญหาของคนอื่นจะทำให้บุคคลมีการวิเคราะห์ทบทวนทัศนคติของตนเอง (ประสาร มาลากุล, อ้างถึง Touch + Cantril, 1957: 16)

2.5 <u>การสอนเพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ</u>

การสอนเพื่อการเปลี่ยนทัศนคติ ควรดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพการณ์เรียนรู้โดยยึดข้อเสนอแนะต่อไปนี้เป็นหลักในการดำเนินงาน (ประสาร มาลากุลฯ 2526: 13)

1. มีการวิเคราะห์ จำแนกแจกแจงทัศนคติที่ต้องการสร้างเสริมให้ชัดเจนเพื่อตั้งความมุ่งหมายในการสอน งานของผู้สอนควรเริ่มต้นด้วยการทำความเข้าใจให้ชัดเจนว่ามีทัศนคติใดบ้างที่ต้องการสร้างเสริม เมื่อได้ลักษณะทัศนคติที่ต้องการแล้ว ผู้สอนควรสร้างเกณฑ์พฤติกรรม (Criterion Behavior) ขึ้นว่าในการสร้างเสริมทัศนคติแต่ละอย่างนั้นผู้เรียนจะแสดงออกด้วยพฤติกรรมอย่างไรบ้าง โดยที่เกณฑ์พฤติกรรมควรครอบคลุมทั้งการแสดงออกด้วยวาจา ความคิดเห็นและการปฏิบัติจริง ถ้าใช้หลักการวิเคราะห์งาน (Task analysis) และการพิจารณากระบวนการขั้นตอนในการสร้างเสริมทัศนคติจะใช้ประโยชน์ได้มาก

2. จัดสิ่งเร้าและสภาพแวดล้อมให้อำนวยโอกาสที่ผู้เรียนจะได้เกิดประสบการณ์ตรงในการสร้างเสริมทัศนคติที่ต้องการ

3. จัดโอกาสให้ผู้เรียนได้รับผลพึงพอใจเป็นการเสริมแรงเชิงบวก (Positive reinforcement) จากประสบการณ์กับสิ่งเร้าและสภาพการณ์ต่าง ๆ โดยยึดหลักว่า ประสบการณ์ซึ่งให้ผลพอใจย่อมทำให้เกิดทัศนคติในด้านที่ดี ขณะที่ผลอันไม่พึงใจย่อมก่อให้เกิดทัศนคติในทางตรงกันข้าม

4. เปิดโอกาสและจัดให้ผู้เรียนได้รับตัวอย่างและข้อมูลต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจถึงลักษณะสำคัญของตัวอย่าง เพื่อสร้างเสริมทัศนคติที่ต้องการได้ การให้ข้อมูลจัดทำโดยอาศัยแหล่งความรู้และสื่อสารต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ ภาพยนตร์ โทรทัศน์ วิทยากร ฯลฯ โดยยึดหลักการพิจารณาว่าการให้ข้อมูลมีหลายรูปแบบทั้งทางบวกและทางลบ สนับสนุนและคัดค้าน ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและตัดสินใจได้เหมาะสม

5. ใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่ม (Group Process) โดยยึดหลักให้

ก. ผู้เรียนมีส่วนร่วมและมีบทบาทโดยตรงในการสร้างหรือเปลี่ยนทัศนคติให้มากที่สุด

ข. อาศัยอิทธิพลของกลุ่ม เช่น ใช้วิธีอภิปรายกลุ่ม ทำงานกลุ่มและการสวมบทบาท (Role playing) เพราะการอภิปรายกลุ่มบุคคลจะมีโอกาสได้มีส่วนร่วมโดยตรง มีการยอมรับ ตัดสินใจ แก้ปัญหาและมีความผูกพันร่วมกัน สิ่งเหล่านี้เป็นตัวประกอบสำคัญในการพัฒนาทัศนคติ

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและทัศนคติ โดยอาศัยเทคนิคของกระบวนการกลุ่มนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเรียนรู้ ทำความเข้าใจ ใช้ความคิด ใช้เหตุผลวิเคราะห์วิจารณ์ และประเมินคุณค่าของตนเอง และเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดของตนได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งจะมีผลทำให้การสร้างหรือการเปลี่ยนทัศนคติเป็นไปอย่างมีเหตุผลและยั่งยืนมากขึ้น

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

เลวิน (Lewin 1957 อ้างโดย ประสาร มาลากุลฯ และคณะ, 2530: 19) ทำการวิจัยเกี่ยวกับการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยการอภิปรายกลุ่มและการสอนเป็นรายบุคคลเปรียบเทียบกันในประชาชนอเมริกันเกี่ยวกับการบริโภคหัวใจของวัว ตับอ่อน และไต เพื่อให้

ประชาชนเห็นความสำคัญของปัญหาโภชนาการ การได้รับวิตามินและแร่ธาตุที่ครบถ้วนจากอาหารเหล่านี้ จากการติดตามผลพบว่าการใช้กระบวนการทำงานเป็นกลุ่ม มีบทบาทในกิจกรรมต่าง ๆ มากและทำให้กิจกรรมดำเนินไปอย่างได้ผลดี

เชปเลอร์ (Shepler, 1970 อ้างโดย ประสาร มาลากุลฯ และคณะ, 2530: 19) วิจัยองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนทัศนคติและค่านิยมของนักศึกษาปี 1 วิทยาลัยศิลปศาสตร์ จำนวน 200 คน พบว่า ประสบการณ์ที่ได้รับจากกิจกรรมจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนบุคลิกลักษณะและทัศนคติมากกว่าการเรียน

ในประเทศไทย นันทนา เทพบริรักษ์ (2519) ทำการทดลองเปรียบเทียบผลการสอนวิชาวิทยาศาสตร์หน่วย "พลังงาน" โดยวิธีกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์และวิธีสอนแบบธรรมดาในชั้นประถมปีที่ 6 พบว่า นักเรียนทั้งสองกลุ่มมีผลการสอนด้านสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนสูงขึ้น เมื่อติดตามเปรียบเทียบผลการสอนหลังเรียน 2 ครั้ง พบว่า นักเรียนที่ใช้วิธีกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์มีผลการสอบด้านสัมฤทธิผลสูงกว่ากลุ่มธรรมดาทั้ง 2 ครั้ง และมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในทางที่ดีขึ้นกว่าเดิม

ประสาร มาลากุลฯ และคณะ (2530) ได้ศึกษาถึงรูปแบบการพัฒนาทัศนคติต่อการประหยัดพลังงาน โดยศึกษาจากกลุ่มนักเรียน นิสิตนักศึกษา นักธุรกิจ จำนวน 2450 คน พบว่า มีความไม่สอดคล้องกันระหว่างความตระหนัก ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการประหยัดพลังงานของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นความจำเป็นที่ต้องการพัฒนาความรู้ที่จำเป็นและทัศนคติให้มุ่งสู่การปฏิบัติจริงได้ ส่วนผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาทัศนคติต่อการประหยัดพลังงาน ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งนักเรียน นิสิตนักศึกษามีทัศนคติ ความตั้งใจและพฤติกรรมประหยัดพลังงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการตรวจสอบรูปแบบดังกล่าวกับการศึกษาเฉพาะกรณีปรากฏว่ามีความสอดคล้องกับขั้นตอนและวิธีการในการประหยัดพลังงาน

3. <u>มโนทัศน์การดูแลตนเองตามแนวทฤษฎีของโอเร็ม</u> (Concepts of Orem Self-care Theory)

3.1 <u>คำนิยาม</u>

โดโรธี อี โอเร็ม (Dorothea E. Orem 1980: 35) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่มนุษย์ริเริ่มและกระทำด้วยตนเองในการดำรงไว้เพื่อสุขภาพและความ

เป็นอยู่ที่ดี

โอเร็ม มองว่ามนุษย์ประกอบด้วยสิ่งภายใน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ และสังคม และมีสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งประกอบภายนอก คนและสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อการดูแลตนเอง ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของคนหรือสิ่งแวดล้อมย่อมมีผลกระทบต่อการดูแลตนเองด้วย โอเร็มเชื่อว่า โดยทั่วไปแล้วมนุษย์มีความต้องการในการดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ตลอดจนเพื่อหลีกเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บหรืออันตรายที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองมีพฤติกรรมที่พัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก และค่อย ๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลง เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นภายในร่างกาย (Orem 1980: 6,21)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม จัดเป็นกิจกรรมที่แต่ละบุคคลปฏิบัติและยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติเพื่อการดำเนินชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

3.2 <u>แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม</u> โอเร็มเสนอว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่แต่ละบุคคลเริ่มต้นปฏิบัติและยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติเพื่อดำเนินชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยกำหนดจุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองไว้ดังนี้ (Orem, 1980: 35)

3.2.1 ประคับประคองกระบวนการชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ

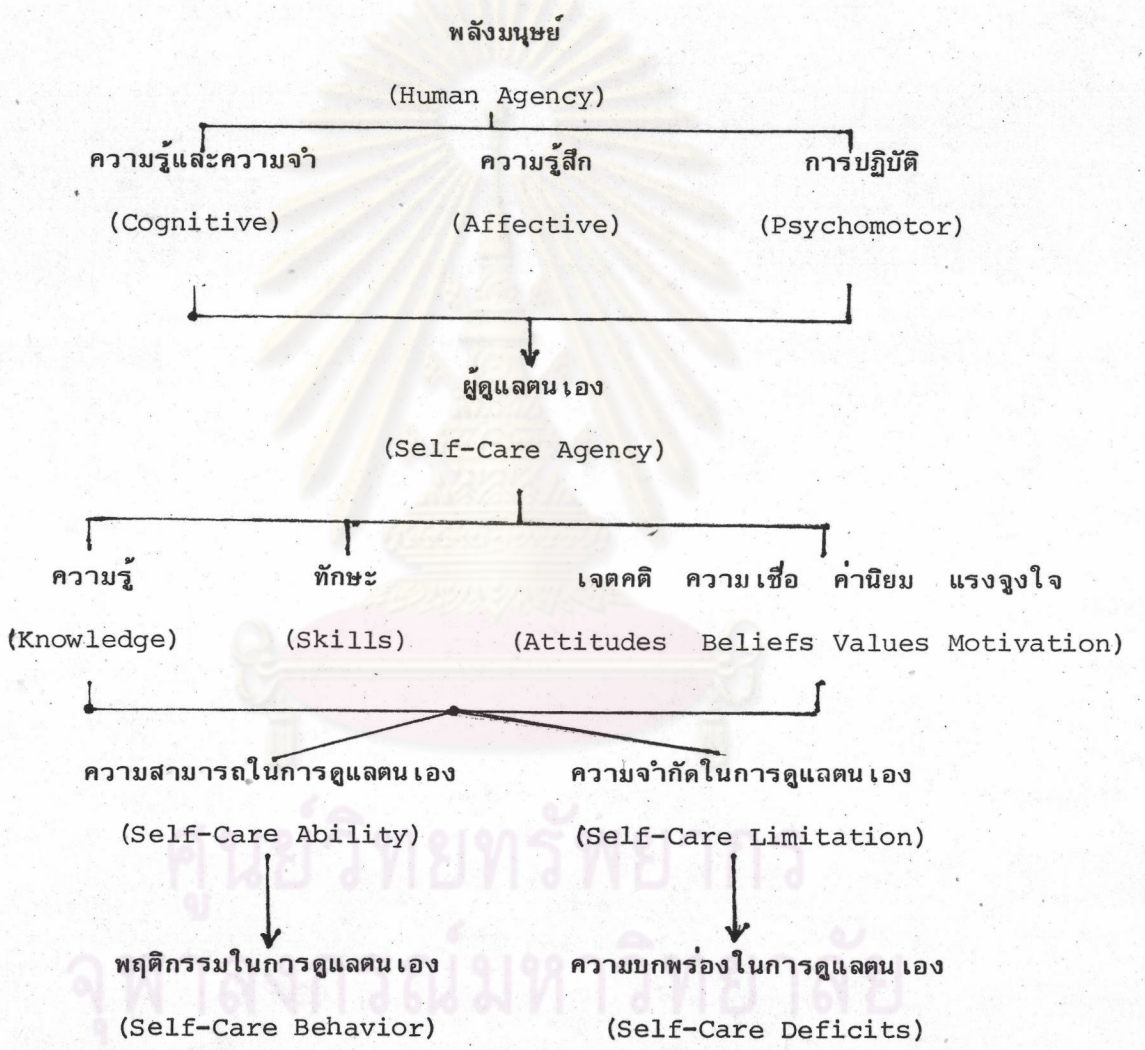
3.2.2 ดำรงรักษาการเจริญเติบโตและพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามปกติ

3.2.3 ป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค

3.2.4 ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่มีอยู่ในตัวมนุษย์ทุกคน โดยเริ่มมีการพัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก เด็กจะมีพฤติกรรมการเรียนรู้จากบุคคลในครอบครัวก่อน จึงมีความเชื่อว่านิสัย วัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของสังคมนั้น ๆ มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองในขณะที่เกิดความเจ็บป่วย เมื่อเจริญวัยขึ้นบุคคลจะได้รับพฤติกรรมการเรียนรู้จากสังคมภายนอก เช่น เพื่อน ครู ผู้ร่วมงานในสังคมนั้น ๆ ความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อย ๆ พัฒนาขึ้นจน

สมบูรณ์แบบในวัยผู้ใหญ่ โดยอาศัยปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะและทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยมและแรงจูงใจ โดยปัจจัยดังกล่าวพัฒนามาจากพลังมนุษย์ (Human Ageney) ซึ่งเป็นความรู้หรือเป็นพลัง (Power) หรือความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ ความจำ ความรู้สึกนึกคิดและการพัฒนาสู่การปฏิบัติ ดังแผนภาพต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 4 แสดงลักษณะของ Human Agency and Self Care Agency

(แปลและเรียบเรียงโดย ปิยะวาส เกทมาส 2530)

เมื่อบุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ จึงต้องมีการสร้างการดูแลตนเองขึ้นโดยบุคคลจะต้องคำนึงว่า การดูแลตนเองต้องมาจากรากฐานของการปฏิบัติด้วยความสมัครใจของบุคคลนั้น บุคคลนั้นต้องมีเจตนาแน่วแน่และมีความคิดที่จะตัดสินใจเลือกการกระทำอันเหมาะสม ผู้ใหญ่มีสิทธิและความรับผิดชอบที่จะดูแลตนเอง และการดูแลตนเองเป็นวิวัฒนาการของพฤติกรรม โดยผสมผสานให้เข้ากับสังคมและประสบการณ์ และจะเกิดการเรียนรู้ได้โดยมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล การติดต่อสื่อสาร และวัฒนธรรม (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา, 2527: 29-30)

3.3 <u>ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม</u>

โอเร็ม ได้เสนอมโนทัศน์ทางการพยาบาลคือ การพยาบาลมีลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับความต้องการในการดูแลแต่ละบุคคล และเป็นการจัดเตรียมและจัดดำเนินการให้บุคคลได้รับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อค้ำจุนหรือรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ การหายจากโรค โอเร็มเน้นที่ตัวบุคคล (Individual) ว่าสามารถกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้และการดูแลตนเองเป็นความต้องการของคนทุกคน เมื่อใดที่ไม่สามารถให้การดูแลตนเองได้ก็จะทำให้เกิดโรค เกิดความเจ็บป่วยและถึงแก่ความตายในที่สุด (Orem, 1980: 6)

โอเร็ม เสนอหลักการพยาบาลว่า "เป็นการช่วยเหลือบุคคลตามความต้องการหรือตามความเรียกร้อง เนื่องจากบุคคลขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นผลจากสถานะทางสุขภาพ" (Orem, 1980: 24) ดังนั้น โอเร็มจึงเสนอทฤษฎีทางการพยาบาล (General theory of Nursing) ว่าประกอบด้วย ทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎีคือ (Orem, 1980: 26-33)

3.3.1 ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficits) ความบกพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นสถานการณ์ที่บุคคลขาดความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นถึงความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาล

3.3.2 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ต้องเรียนรู้ เป็นกิจกรรมที่จัดไว้เป็นระบบและเป็นกิจกรรมที่กระทำโดยความตั้งใจของบุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เพื่อให้เกิดความมั่นคงสมบูรณ์ของร่างกาย การทำหน้าที่และพัฒนาการของชีวิต

3.3.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing) ระบบพยาบาลเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลใช้ความสามารถของตนในการกำหนด วางแผนและจัดเตรียมการพยาบาลให้กับผู้ป่วยโดยจัดกิจกรรมที่เป็นผลต่อผู้ป่วยในการฝึกหัดให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองได้

ดังนั้นจุดมุ่งหมายของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อผลของพัฒนาการการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยในระดับต่าง ๆ คือ ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ รับผิดชอบตนเอง และปรับตัวเองในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

3.4 <u>ชนิดของการดูแลตนเอง</u>

โดโรธี อี โอเร็ม แบ่งชนิดของการดูแลตนเองไว้ 2 ชนิดคือ (สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ 2525: 22-24)

3.4.1 การดูแลตนเองทั่ว ๆ ไป (Universal self-care) เป็นการดูแลตนเองทั่ว ๆ ไป ดูแลความต้องการขั้นพื้นฐานซึ่งประกอบด้วยอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การอยู่ร่วมในสังคม การออกกำลัง การพักผ่อนและการป้องกันอันตรายต่าง ๆ

3.4.2 การดูแลตนเองเมื่อสุขภาพเบี่ยงเบนไป (Health deviation self-care) จะเกี่ยวข้องกับความต้องการต่าง ๆ ที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย ความต้องการนี้จะเกิดขึ้นเมื่อต้องการการรักษา มีความเบี่ยงเบนของสุขภาพ และจำเป็นต้องการการแก้ไขให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างปกติ จึงต้องมีการปรับปรุงกิจกรรมเหล่านี้คือ

1) ปรับปรุงกิจกรรมของกิจวัตรประจำวัน

2) สร้างแบบแผนชีวิตที่เข้ากันได้กับภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

T 174999 67

3) ต่อสู้กับผลของสุขภาพที่เบี่ยงเบนไป หรือการรักษาของแพทย์

4) สร้างวิธีใหม่ในการดูแลตนเอง

5) ปรับหนทางที่จะทำให้พบกับความต้องการที่จะดูแลตนเองตามปกติ

ดังนั้นการดูแลตนเองจะเป็นวิธีการปฏิบัติที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ความต้องการของตนเองมีความพอใจที่จะปฏิบัติเพื่อสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดแผนการดูแลตนเอง เป็นผู้ตัดสินใจเอง โดยอยู่ในการดูแลช่วยเหลือของบุคคลผู้รักษาพยาบาล

3.5 <u>ระยะของการดูแลตนเอง</u> (Phase of self-care)

การปฏิบัติการดูแลตนเองต้องมีกระบวนการที่เป็นขั้นตอนเพื่อนำไปสู่ผลของการเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองซึ่งมี 2 ระยะคือ (สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ 2525: 24-25)

ระยะที่ 1. การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Decision about self-care) เริ่มจากการได้รับความรู้อย่างถูกต้อง มีการฝึกปฏิบัติ และตัดสินใจกระทำการดูแลตนเอง

ระยะที่ 2. การกระทำเพื่อผลของการดูแลตนเอง (Action to accomplish self-care) เป็นระยะของการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง ต้องมีความรู้และตัดสินใจได้ว่าสิ่งไหนควรปฏิบัติและสิ่งไหนควรหลีกเลี่ยงและผลที่ได้จากการปฏิบัตินั้นคือการดูแลตนเอง

3.6 <u>ระบบการพยาบาลของโอเร็ม</u> (Orem's Nursing Systems)

โอเร็ม ได้เสนอระบบการพยาบาลไว้ 3 ระบบคือ ระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วน และระบบประคับประคองและให้การศึกษา (Orem, 1980: 97-101)

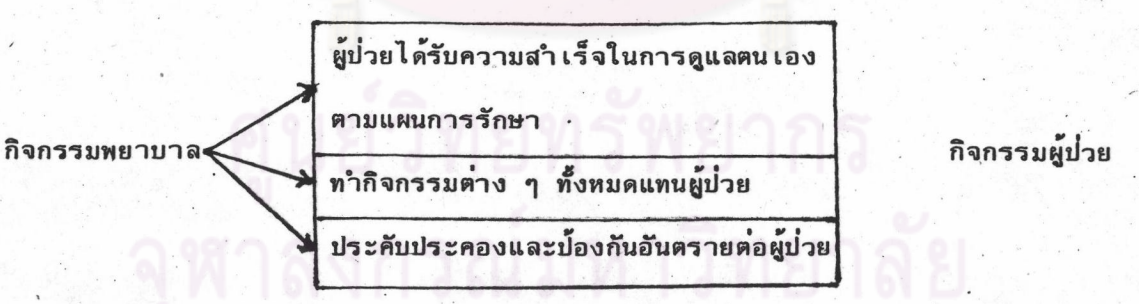
3.6.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory System) ระบบนี้พยาบาลจะเป็นผู้จัดกระทำให้ผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยไม่มีบทบาทใด ๆ ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ พยาบาลต้องให้การพยาบาล ให้คำแนะนำ และให้การประคับประคองจิตใจร่วมกัน ระบบทดแทนนี้จะกระทำในผู้ป่วยที่มีความทุพพลภาพโดยสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เนื่องจากข้อจำกัดจากแผนการรักษา เช่น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจ เช่นโรคประสาทชนิดรุนแรง

3.6.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory System) ระบบนี้ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายไปตามความต้องการในการดำรงชีวิต ผู้ป่วยและพยาบาลจะร่วมกันทำกิจกรรม โดยพยาบาลต้องช่วยทำเป็นบางส่วนและผู้ป่วยจะมีกิจกรรมช่วยเหลือตนเองมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถของร่างกายผู้ป่วย

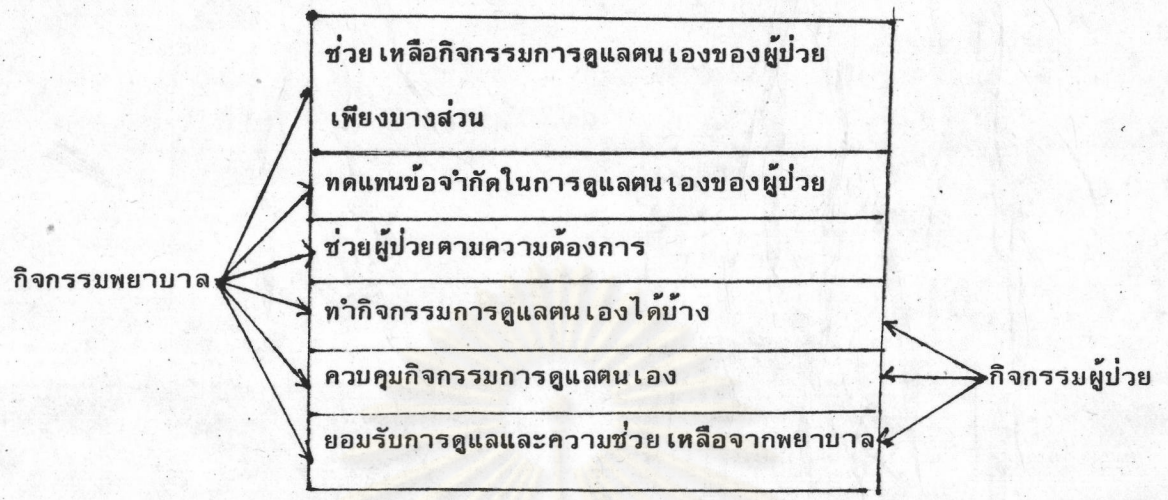
3.6.3 ระบบประคับประคองและให้การศึกษา (Supportive Education System) ระบบนี้ใช้กับผู้ป่วยที่สามารถเรียนรู้และกระทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง หรือเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยควรจะเรียนรู้ในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อการดูแลตนเองได้ตามแผนการรักษาพยาบาล แต่ผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ถ้าขาดผู้ช่วยเหลือ วิธีการช่วยเหลือประกอบด้วยวิธีการแนะนำ (Guidance) การสอน (Teaching) การประคับประคอง (Supportive) ด้านจิตใจ และการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ระบบนี้ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ทำกิจกรรม ตัดสินใจเองด้วยความรู้และทักษะของตนภายหลังผู้ช่วยเหลือใช้เทคนิคการสอนและการช่วยเหลือแล้ว

กิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งปฏิบัติให้โดยพยาบาลหรือผู้ป่วยสามารถกระทำด้วยตนเองในระบบการพยาบาล แต่ละระบบแสดงโดยแผนภาพต่อไปนี้

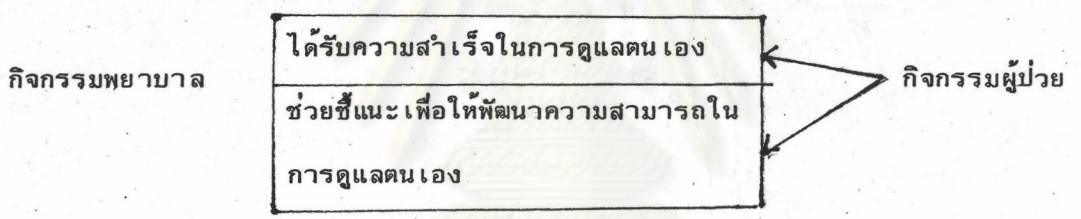
ระบบทดแทนทั้งหมด



ระบบทดแทนบางส่วน



ระบบประคับประคองและให้การศึกษา



แผนภูมิที่ 5 แสดงระบบการพยาบาลของโอเร็ม

(แปลและเรียบเรียงโดย ปิยะวาส เกทมาส 2530)

3.7 <u>ความต้องการในการดูแลตนเอง</u> (Self Care Requisites) แบ่งเป็น 3 แบบ ดังนี้ (Orem, 1980: 41-51)

3.7.1 <u>ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป</u> (Universal Self Care Requisites) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ :

- ให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ
- ให้ร่างกายได้มีการขับถ่ายของเสียที่ร่างกายสร้างขึ้น เช่น ปัสสาวะ อุจจาระ เป็นไปอย่างปกติ
- ให้มีความสมดุลย์ระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม
- ให้มีความสมดุลย์ระหว่างการอยู่ตามลำพังและการปฏิสัมพันธ์ในสังคม
- ป้องกันอันตรายที่มีต่อการดำเนินชีวิต
- ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ปกติ ให้มีพัฒนาการของร่างกายและความนึกคิดให้สอดคล้องกับสติปัญญา คุณลักษณะและพันธุกรรมของแต่ละบุคคล

3.7.2 ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Development Self Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองขณะเผชิญกับขั้นตอนการพัฒนาการต่าง ๆ ในวงจรชีวิต เช่น การตั้งครรภ์ การเข้าสู่วัยต่าง ๆ รวมทั้งการเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สำคัญ เช่น ความตายของบิดามารดา สามีหรือภรรยา เป็นต้น ความต้องการด้านนี้ เพื่อ :

- ดำรงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต และการส่งเสริมพัฒนาการของมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่
- ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลทำให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย เช่น การไม่ได้รับการรักษา การขาดญาติพี่น้อง ความผิดปกติทางร่างกายและจิต

3.7.3 การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self Care Requisites) เมื่อมีภาวะการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การทำหน้าที่และพฤติกรรม โดยมีสาเหตุจากโรคหรือการรักษาโดยวิธีต่าง ๆ ผู้ที่มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจะมีผลกระทบถึงจิตใจและอารมณ์ ก่อให้เกิดปัญหาตามมา ความสามารถในการดูแลตนเอง จะมีการเปลี่ยนแปลงไปชั่วระยะเวลาหนึ่งหรืออาจจะตลอดไป การดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพมี 6 ชนิด คือ (ปิยะวาท เกสมาส 2530: 92)

ชนิดที่ 1. ปรับหนทางที่จะทำให้พบกับความต้องการการดูแลตน เอง ตามปกติ

ชนิดที่ 2. สร้างวิธีใหม่ในการดูแลตนเอง

ชนิดที่ 3. ปรับอัตมโนทัศน์ (Self concept) และภาพลักษณ์เกี่ยวกับตน เอง (Self image) เสียใหม่ให้ เหมาะสม โดยยอมรับสภาพการ เจ็บป่วยหรือความพิการของตน เอง

ชนิดที่ 4. ปรับปรุงกิจกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ เหมาะสมกับสภาพความ เจ็บป่วย หรือความบกพร่องทางสุขภาพของตน เอง

ชนิดที่ 5. สร้างแบบแผนชีวิตที่ เข้ากันได้กับภาวะสุขภาพที่ เบี่ยง เบนไป

ชนิดที่ 6. เรียนรู้ที่จะต่อสู้กับผลของสุขภาพที่ เบี่ยง เบนไป เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตประจำวันในสภาพที่ เจ็บป่วย และในสภาพที่ เป็นผลจากโรคและการรักษา เพื่อให้สามารถมีพัฒนาการต่อไปได้อย่างต่อ เนื่อง

ในภาวะ เจ็บป่วยบางอย่างมนุษย์อาจปรับตัว โดยใช้วิธีการดูแลตน เอง เพียงบางชนิด บางรายก็ต้องใช้การปรับทั้ง 6 วิถีทาง ตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มา เปิดทางหน้าท้อง เพื่อ เป็นทางออกสำหรับอุจจาระแทนทางทวารหนัก เป็นต้น

3.8 <u>ขั้นตอนในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตน เอง</u>

ขั้น 1. มีการตัดสินใจช่วย เหลือตน เอง โดย เห็นคุณค่าและมีความ เข้าใจอย่างแจ่มชัดในการช่วย เหลือตน เอง

ขั้น 2. มีการปฏิบัติ เพื่อให้ได้รับผลสำ เร็จ การช่วย เหลือตน เองต้องอาศัยความพยายามความบากบั่น และอาศัยองค์ประกอบอื่น ๆ คือ มีความรู้ความชำนาญ เป็นพิ เศษในกิจกรรมที่ต้องทำ มีแรงจูงใจที่จะกระทำและมีความพยายามอย่างต่อ เนื่องจนได้รับผลสำ เร็จ มีการกระทำอย่างสม่ำ เสมอ มีความบกพร่องน้อยที่สุด มีกำลังและมีความตั้งใจสูงพอที่จะให้การดูแลตน เองได้

โอเร็ม ใช้คำเฉพาะ (Terminology) ที่เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองได้ของบุคคลคือ Self-Care Agency ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรม 10 ประการ คือ

ความสนใจและเอาใจใส่ต่อตนเอง

ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานของตนเอง

ความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหว

ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผล

แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง

ทักษะในการตัดสินใจ

ความรู้และการนำความรู้ไปใช้

มีทักษะในการปฏิบัติการดูแลตนเอง

ความสามารถในการจัดระเบียบการดูแลตนเอง

ความสามารถที่จะสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การดูแลตนเองนั้น ในความเจ็บป่วยบางอย่างก็ต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ทั้ง 10 ประการ แต่ในความเจ็บป่วยบางโรคไม่จำเป็นที่จะต้องทำกิจกรรมทั้งหมดก็ได้ ควรมีการจัดหรือคัดเลือกให้เหมาะสมกับสภาพของโรค การดำเนินของโรค ปัญหาของผู้ป่วยและความสามารถของร่างกายและจิตใจในแต่ละบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้

โอเร็ม เรียกบุคคลที่ไม่สามารถกระทำกิจกรรมเพื่อเป็นการดูแลตนเองหรือให้การดูแลบุคคลอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องพึ่งพาตนได้ว่าเป็นบุคคลที่ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care deficit) หรือเป็นผู้ที่ขาดความสามารถที่จะให้การดูแลบุคคลที่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น (dependent care deficit) ซึ่งเป็นผลให้บุคคลเกิดความต้องการการดูแลตนเองในรูปของการรักษาและเป็นข้อบ่งชี้ถึงความต้องการการพยาบาลของบุคคลนั้น การพยาบาลต้องปฏิบัติโดยพยาบาลซึ่งมีความรู้ ความสามารถในการช่วยผู้อื่น ให้ดูแลตนเองได้ โดยโอเร็มกล่าวถึงวิธีการช่วยเหลือบุคคลของพยาบาลควรมี 5 วิธีด้วยกันคือ การปฏิบัติหรือกระทำให้ การแนะแนวทาง การประคับประคอง การจัดสิ่งแวดล้อม การสอน

โดยที่พยาบาลต้องตระหนักถึง วิธีการช่วยเหลือเป็นอย่างดี เลือกวิธีที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ การให้การพยาบาลจะประกอบไปด้วย สังคม เทคโนโลยีและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจัยสำคัญของระบบการพยาบาลคือ บุคคล ซึ่งอยู่ในฐานะพยาบาลและผู้ป่วย เมื่อพยาบาลใช้ความสามารถในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการเลือกที่จะให้การดูแลตนเอง จากตัวผู้ป่วยเองด้วย

3.9 <u>การนำเอาทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล</u>

การนำเอาทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้ในการให้การพยาบาลก็เพื่อจุดมุ่งหมายทางการพยาบาลเกี่ยวกับการมีสถานภาพทางสุขภาพของผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยเองก็มีความคาดหวัง เกี่ยวกับสถานทางสุขภาพของตนเองดีขึ้น พยาบาลมีหน้าที่ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ประคับประคองจิตใจและสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้แก่ผู้ป่วย รู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยทั่วไปวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มี 5 วิธี ซึ่งสามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ต่างกันได้ ได้แก่ การกระทำให้ การแนะนำ การประคับประคองทั้งร่างกายและจิตใจ การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการสอนให้ผู้ป่วยรู้จักการดูแลช่วยเหลือตนเอง (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา 2527: 44) ซึ่งระบบการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้นั้น พยาบาลจะเป็นผู้เลือกวิธีการช่วยเหลือให้เหมาะสม โดยแต่ละวิธีจะบอกถึงบทบาทและกิจกรรมของพยาบาลและผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ การพิจารณาเลือกวิธีการช่วยเหลือจะต้องนึกถึงส่วนประกอบในตัวผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ด้วย

จึงสรุปได้ว่าเป้าหมายของการนำเอาทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ (Orem, 1980: 96)

1) ให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการดูแลตนเองตามการรักษาพยาบาลที่ได้รับอยู่

2) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองทีละน้อยและค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนสามารถพึ่งพาตนเองได้ตลอด หรืออยู่ในขอบเขตความสามารถของคนในขณะนั้นได้

3) ให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย หรือบุคคลที่มิใช่พยาบาล เรียนรู้และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ภายใต้คำแนะนำและการให้คำปรึกษาของพยาบาล

จะเห็นว่าทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เน้นที่ความเป็นบุคคล ความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล ในระบบการพยาบาลพื้นฐานทั้ง 3 ประการของโอเร็มได้เสนอแนวทางการจัดกิจกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเน้นการพยาบาลว่าเป็นการช่วยเหลือให้บุคคลพบกับความต้องการในการดูแลตนเองได้มีผู้นำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวนมาก เพราะโอเร็มได้เสนอระบบการพยาบาลไว้ 3 แบบซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้มีการเลือกใช้ระบบการพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยแต่ละราย

3.10 <u>งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</u>

ได้มีการนำรูปแบบการพยาบาลของโอเร็มเกี่ยวกับเรื่องการดูแลตัวเอง ไปประยุกต์ในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ดังนี้

ค.ศ. 1980 บรอมเล่ย์ (Bromley 1980: 245-246) นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดโคลอสโตมีย์ โดยใช้ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบพบว่าใช้ระบบทดแทนทั้งหมดใน 2-3 วันแรกหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยอ่อนเพลียและเจ็บปวดแผลผ่าตัด จากนั้นใช้ระบบทดแทนบางส่วนโดยผู้ป่วยได้รับการสอนเกี่ยวกับวิธีทำความสะอาดช่องเปิดโคลอสโตมีย์และมีส่วนร่วมในการทำความสะอาด และก่อนกลับบ้าน 2-3 วัน ใช้ระบบให้การประคับประคองร่วมกับการให้การศึกษา ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างสมบูรณ์ภายใต้การแนะนำจากพยาบาล

ค.ศ. 1982 เพอร์ราส และแซปปาโคนตา (Perras and Zappacasta, 1982: 37-39,55) นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยที่ทำเพอริโตเนียลไดอะไลซิส (Peritoneal Dialysis) โดยใช้เวลาสอน 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในกิจกรรมการแลกเปลี่ยนสารน้ำเข้าออกของร่างกาย และเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) สูงขึ้น

ค.ศ. 1983 วูลเลอรี่ (Woolery-1983: 37) นำทฤษฎีการดูแลตนเอง ของโอเร็มไปประยุกต์ในหญิงคลอดบุตร พบว่ามารดาสามารถช่วยเหลือทารกได้เป็นอย่างดี และมีความภาคภูมิใจในการดูแลตนเอง

ในประเทศไทย สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ (2525: 238-239) ได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มไปประยุกต์ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด Colostomy โดยศึกษาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล 5 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หมดและมีทัศนคติต่อการดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้น

บุญทิพย์ สิริธรังศรี (2527: บทคัดย่อ) ทำการศึกษาเพื่อประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในผู้ป่วย โรคเบาหวานที่ได้รับการฉีดอินสุลิน จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการสอนให้ดูแลตนเองจากผู้วิจัยเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการสอนให้ดูแลตนเองตามกิจวัตร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนให้ดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ดูแลตนเองตามกิจวัตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น ความต้องการการดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับทุก ๆ คนที่จะดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แต่เมื่อการดูแลตนเองนั้นไม่สามารถคงสภาพไว้ได้ก็จะเกิดโรคภัยไข้เจ็บจนถึงทุพพลภาพ หรือถึงแก่ชีวิตได้ พยาบาลมีบทบาทสำหรับการให้ความช่วยเหลือ ให้การพยาบาลและคงความสามารถในการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องแก่บุคคลที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือเป็นบางส่วน โดยได้มีการพิจารณาและช่วยให้บุคคลได้ตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยที่มีอยู่ในขณะนั้น จุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองคือการมุ่งเน้นช่วยเหลือบุคคลให้กระทำหรือตั้งอยู่บนพื้นฐานของการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองเป็นวิธีการปฏิบัติที่ได้มาจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ต่อความต้องการของตนเอง จะแสดงออกถึงความพอใจที่จะให้มีการปฏิบัติเพื่อสนองความต้องการเหล่านั้น โดยแพทย์พยาบาลได้มีการร่วมตัดสินช่วยเหลือในความสามารถและความต้องการของผู้ป่วยด้วย (Levin, 1978: 170-175) หมายความว่า ผู้ป่วยจะเป็นผู้ร่วมกำหนดแผนการดูแลตนเองโดยตลอดและเป็นผู้ตัดสินใจเอง แต่ยังมีความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาลร่วมด้วย

4. การใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วย

4.1 นิยาม

กระบวนการกลุ่ม ภาษาอังกฤษใช้คำว่า Group Process หรือ Group Dynamic หมายถึง กระบวนการที่ใช้กลุ่มในการแก้ปัญหาหรือกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกัน เพื่อเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ผู้เรียนจะเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองและใช้วิธีวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้เรียนซึ่งเกิดในขณะนั้น เป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ ซึ่งการวิเคราะห์นั้นจะนำไปสู่สภาพการณ์ที่เป็นจริงในชีวิตประจำวันเป็นส่วนใหญ่ (ทิศนา แขมมณี 2522: 1)

4.2 จุดมุ่งหมายของกระบวนการกลุ่ม

การใช้กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ในกิจกรรมต่าง ๆ มีจุดมุ่งหมาย เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมด้านต่าง ๆ เช่น

4.2.1 นำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มปฏิบัติงานด้านกิจกรรมสังคมต่าง ๆ เช่นการจัดวิธีการแก้ไขปัญหา โดยการจัดตั้งเป็นกลุ่มดำเนินงาน เป็นต้น

4.2.2 ใช้ในการทำจิตบำบัด (Group Psychotherapy) โดยใช้วิธีการแสดงละคร การแสดงบทบาทสมมติ การบำบัดรักษาเป็นครอบครัว หรือการบำบัดรักษาโดยใช้กลุ่มเป็นจุดศูนย์กลาง

4.2.3 นำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการศึกษา เช่น จัดกลุ่มกิจกรรมการเรียนการสอนหมวดวิชาต่าง ๆ หรือจัดกลุ่มให้มีการเรียนแบบการเลียนแบบ (Modeling) หรือจัดกลุ่มให้มีการเรียนโดยการลงมือกระทำ (Learning by Doing)

4.2.4 นำมาใช้ในงานด้านบริหาร เช่น การจัดกลุ่มประชุมปรึกษาหารือระหว่างผู้บริหารและลูกน้องทีม

4.2.5 เพื่อประโยชน์ด้านการพัฒนาตนเอง โดยจัดรวมกลุ่มบุคคลให้กลุ่มเป็นสิ่งสะท้อนให้สมาชิกมองตนเองว่าเป็นอย่างไร

4.3 หลักการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอน

การสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group Process) หมายถึงการจัดการเรียนการสอน โดยยึดหลักการต่อไปนี้คือ

4.3.1 หลักการเรียนรู้ซึ่งยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เน้นให้ผู้สอนพยายามจัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนให้ทั่วถึง

4.3.2 หลักการเรียนรู้ที่ยึดกลุ่มเป็นแหล่งความรู้สำคัญ เน้นให้ผู้สอนพยายามจัดการเรียนการสอน ให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้จากกลุ่มให้มาก

4.3.3 หลักการเรียนรู้ที่ยึดการค้นพบด้วยตัวเอง เน้นให้ผู้สอนพยายามจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้พยายามค้นหาคำตอบด้วยตนเอง

4.3.4 หลักการเรียนรู้ที่ยึดความสำคัญของการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะช่วยให้การเรียนรู้มีความหมายยิ่งขึ้น เน้นให้ผู้สอนพยายามจัดกระบวนการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีโอกาสคิดค้นหาแนวทางที่จะนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับจากการเรียนไปใช้ในชีวิตประจำวัน (ทิศนา แขมมณี, 2522: 481)

4.4 ลำดับขั้นการจัดการเรียนการสอนตามทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม แบ่งได้เป็น 4 ระยะคือ

4.4.1 ระยะการมีส่วนร่วม การเรียนรู้จะเริ่มต้นจากการที่ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการเรียนด้วยตนเอง ผู้เรียนเข้ามามีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนในฐานะของสมาชิกกลุ่ม (Group Participation) และเป็นผู้ลงมือปฏิบัติหรือคิดค้นแสวงหา (Inquiry) สิ่งที่ต้องการเรียนรู้ด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมของผู้เรียนจะเน้นการมีส่วนร่วมในทุก ๆ ด้าน (Self-Involvement) ดังนี้คือ

ก. การมีส่วนร่วมด้านร่างกาย (Physical Involvement) ได้แก่ การที่ผู้เรียนลงมือปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Learning by Doing) มีส่วนในการแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ค้นคว้าด้วยตัวเอง ซึ่งต้องมีการสื่อภาษากับคนอื่นด้วย

ข. การมีส่วนร่วมด้านจิตใจ (Emotional Involvement) หมายถึงการมีความรู้สึกและอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการกระทำซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียน มีส่วนร่วมในกลุ่ม ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้จะนำไปสู่การรับรู้ด้านแนวคิดและการเรียนรู้ด้านเนื้อหาวิชา ทำให้ผู้เรียนจดจำเนื้อหาวิชาได้นานและมาก

ค. การมีส่วนร่วมด้านปัญญา (Intelectual หรือ Mental Involvement) คือการที่ผู้เรียนมีการเห็นจริง ค้นพบสิ่งที่ต้องการเรียนรู้และสร้างแนวคิดจากสิ่งที่ได้รับรู้ เป็นแนวทางในการพัฒนาความคิด การทำงาน การตัดสินใจ การวิเคราะห์และสรุปสิ่งที่เรียนรู้ด้วยตนเอง

ง. การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Involvement) จะเกิดปฏิสัมพันธ์หรือมีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความเชื่อและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน

4.4.2 ระยะวิเคราะห์ (Analysis Stage) ระยะนี้เป็นระยะที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้กว้างขวาง สามารถประเมินความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม วิธีการเรียน ผลของการเรียนรู้ และช่วยให้ผู้เรียนรู้จักตนเองดียิ่งขึ้น

4.4.3 ระยะสรุปและประยุกต์หลักการ (Generalization and Application Stage) ผู้เรียนจะมีการรวบรวมแนวคิดที่ได้จากการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นแล้วสรุปเป็นหลักการของตัวเอง การเรียนรู้นั้นเป็นการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาและเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ในอนาคตสามารถนำหลักการไปประยุกต์ใช้ในอนาคต ใช้กับตนเองได้

4.4.4 ระยะประเมินผล (Evaluation Stage) ผู้เรียนจะเป็นผู้ประเมินผลการเรียนรู้ของตนและกลุ่ม จากการอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม

การจัดการเรียนการสอนตามหลักการทฤษฎีและกระบวนการกลุ่มจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการของผู้เรียนมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้เรียน ส่งเสริมบรรยากาศแบบประชาธิปไตย ผู้เรียนมีโอกาสพัฒนาสติปัญญาและอารมณ์โดยวิธีการที่เหมาะสม ช่วยให้การเรียนรู้เป็นสิ่งที่มีความหมายและใกล้เคียงความเป็นจริง

ปัจจุบันมีการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนมากขึ้น และมีผู้ทำวิจัยทดลองการใช้กระบวนการกลุ่มในการจัดการเรียนการสอนดังนี้

พ.ศ. 2516 เยาวพา เดชะคุปต์ ทำการศึกษาเรื่อง "ทฤษฎีกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ สำหรับการสอนในระดับประถมศึกษา" โดยสร้างแบบตัวอย่างของทฤษฎีกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ สำหรับการสอนในระดับประถมศึกษาให้เป็นแนวทางสำหรับครูและผู้สนใจ สามารถนำไปใช้ในการจัดประสบการณ์การเรียนการสอนตามทฤษฎีนี้จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความรู้ มีการฝึกทักษะ ปลูกฝังทัศนคติ ตลอดจนส่งเสริมมนุษยสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้เรียน และส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้แบบประชาธิปไตย

พ.ศ. 2517 ฉันทนา ภาคบงกช ทำการวิจัยเรื่อง "การสอนสังคมศึกษาหน่วย วันสำคัญของชาติ ชั้นประถมปีที่ 3 ด้วยกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์" ผลการวิจัยสรุปได้ว่า นักเรียนที่เรียนด้วยกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์มีพัฒนาการทางมนุษยสัมพันธ์ และพัฒนาการทางการเรียนรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมีทัศนคติเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น

พ.ศ. 2518 นันทนา เทพบริรักษ์ ทำวิจัยเรื่อง "การเปรียบเทียบผลการสอนวิชาวิทยาศาสตร์หน่วย พลังงาน โดยวิธีกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์และวิธีสอนแบบธรรมดาในชั้นประถมศึกษาปีที่หก" ผลการวิจัยปรากฏว่า นักเรียนที่เรียนวิชาวิทยาศาสตร์ด้วยวิธีกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ มีพัฒนาการด้านสัมฤทธิผลทางการเรียนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมีทัศนคติเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นตามสมมติฐาน

ในปีเดียวกัน พัชรี เอี่ยมทัศน์ ทำวิจัยเรื่อง "การเปรียบเทียบผลการสอนวิชาคณิตศาสตร์หน่วยร้อยละโดยวิธีกระบวนการกลุ่มและวิธีการสอนแบบธรรมดาในชั้นประถมศึกษาปีที่ห้า" ผลปรากฏว่าสัมฤทธิผลทางการเรียนของนักเรียนทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อทำการทดสอบใหม่เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือนภายหลังการทดสอบครั้งแรก ปรากฏว่าผลสัมฤทธิ์ของกลุ่มที่สอนด้วยวิธีกระบวนการกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่สอนด้วยวิธีธรรมดาในด้านทัศนคติปรากฏว่า การเรียนด้วยกระบวนการกลุ่มทำให้นักเรียนเกิดทัศนคติที่ดีต่อวิชาเรียน

จากผลการศึกษาวิจัยดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการเรียนการสอนทำให้สัมฤทธิผลทางการเรียนมีแนวโน้มสูงกว่าการสอนแบบธรรมดา และทำให้ผู้เรียนมีทัศนคติด้านการเรียนและทัศนคติด้านมนุษยสัมพันธ์ดีขึ้น

4.5 วิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่ม

ปัจจุบันมีการนำเอาวิธีการของกระบวนการกลุ่ม ซึ่งดัดแปลงมาจากวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคจิตด้วยวิธีกลุ่มจิตบำบัด (Psychotherapeutic Group) มาใช้กับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกายทั่วไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและเรื่องที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย วิธีการสอนผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่มมักใช้วิธีอภิปรายเป็นกลุ่มย่อย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ ฝึกการมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีส่วนร่วมในกลุ่ม สิ่งเหล่านี้จะเป็นการพัฒนาด้านความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติ (Redman 1980: 122) การอภิปรายกลุ่มจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นและเปิดโอกาสให้ทราบปัญหาของตนเองและของผู้อื่น (Klein, 1972: 124) การแบ่งกลุ่มย่อยนั้นเป็นการจัดให้ผู้ที่มีความสนใจคล้ายกัน มีปัญหาคล้ายกันมารวมกลุ่ม แล้วผู้สอนเสนอเนื้อหาโดยมีการอภิปรายซักถาม และแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อฝึกหัดทำ

แอนนา สกิฟ (Anna Skiff 1973: 117-120) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการนำเอาวิธีการสอนเป็นกลุ่มมาใช้ในการสอนผู้ป่วยว่า เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพของตนเองด้านต่าง ๆ วิธีการดูแลช่วยเหลือตัวเอง มีการรับฟังปัญหาของผู้อื่นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต หรือปฏิบัติไปในทางที่ถูกต้องตามหลักของสุขภาพอนามัย รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ

เซอร์เบโก และ ลากิน (Dziurbejko and Larkin, 1978: 1892) นำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ในการสอน เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสืบเนื่องมาจากการทำผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยได้เข้าร่วมในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน มีปัญหาด้านโรคภัยไข้เจ็บและการทำผ่าตัดใกล้เคียงกันในระยะก่อนผ่าตัด ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด และความต้องการความวิตกกังวลและความเครียด ความคาดหวังเกี่ยวกับผลการผ่าตัดและความกลัวลดลงได้ดี

ลีวิส (Lewis, 2527: 50) ได้กล่าวถึงผลการวิจัยของ Mazzanote ว่าได้นำการสอนแบบกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผลปรากฏว่าผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลงมาทั้งก่อนและหลังผ่าตัด และลีวิสได้กล่าวถึงแมคนิล (Lewis 1527: 50) ว่าได้นำวิธีการสอนแบบกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการให้ความรู้แก่มารดาเกี่ยวกับการดูแลทารก ปรากฏว่ามารดาได้รับความรู้เพิ่มขึ้นและนำความรู้ไปใช้ได้อย่างเหมาะสม

สุกันยา ฉัตรสุวรรณ (2529) ได้ทำการศึกษาถึงผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยโรคต้อกระจกเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย โดยทำการศึกษาจากผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงซึ่งเป็นโรคต้อกระจกจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย โดยมีตัวแปรเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษาและคะแนนความวิตกกังวลของการสอบวัดครั้งแรกอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มจากผู้วิจัยและกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกภายหลังได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่ำกว่าระดับความวิตกกังวลก่อนได้รับการสอน และระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนปกติ

4.6 <u>หลักของการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วย</u>

ความเจ็บป่วยทางกายเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้บุคคลเสียความสมดุลย์ทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์อย่างมาก บุคคลจะต้องพยายามปรับทั้งด้านร่างกาย จิตใจเพื่อให้เข้าสู่ภาวะสมดุลย์ดังเดิม ในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลเป็นผู้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญภาวะวิกฤตให้ได้ หรือช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวเพื่อลดภาวะวิกฤตนั้นโดยเร็ว จึงมีการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการสอนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด และมีความคาดหวังเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองในทางที่ดีขึ้น การใช้กระบวนการกลุ่มเป็นการจัดกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มซึ่งเป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกันหรือโรคที่คล้ายคลึงกันได้มีปฏิสัมพันธ์กัน ได้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยใช้วิธีการเรียนที่ยึดกลุ่มเป็นจุดศูนย์กลาง มีการสื่อสารทางวาจาที่ช่วยให้ผู้เรียนได้มีกิจกรรมและมีความรู้สึกว่าตนเองอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่เดียวดาย (Evrette W. Bovard Tr. 1951: 215-224)

วิททอร์ และลีวิส (John Withal and W.W. Levis, 1963: 684) มีความเชื่อในแนวคิดทางจิตวิทยาว่า การเรียนที่จะได้ผลดี ผู้เรียนต้องมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ วิธีการสอนที่จะให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมคือการสอนโดยจัดกลุ่มเล็ก ๆ ให้สมาชิกมีโอกาสได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กันได้อย่างทั่วถึง ให้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด

คาล และทอมสัน (J.H. Kahn and Sheila Thompson 1973: 111-112) กล่าวว่าการเรียนรู้ของผู้ป่วยจะได้ผลดีควรใช้วิธีอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นซึ่งเคยมีประสบการณ์มาก่อน และเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงปัญหาทางด้านจิตใจของตนเองจะมีผลส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนวิธีการดำรงชีวิต ความเชื่อต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้ในกระบวนการกลุ่ม

4.7 <u>กระบวนการของการทำกลุ่มสัมพันธ์ในผู้ป่วย</u>

สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงในการจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วย คือ

4.7.1 จุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม

ในการจัดทำกลุ่มผู้ป่วยจำเป็นต้องตั้งจุดมุ่งหมายทั่วไปและจุดมุ่งหมายเฉพาะของการทำกลุ่ม การกำหนดจุดมุ่งหมาย มาร์แรม ได้ให้แนวคิดไว้ 3 ประการคือ (Marram 1978: 142-143)

ก. องค์ประกอบที่ต้องคำนึงถึงในการกำหนดจุดมุ่งหมายคือ ความรู้พื้นฐานของทฤษฎีต่าง ๆ ได้แก่ ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ หลักการสร้างมนุษยสัมพันธ์ ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงปรัชญาของการพยาบาล ความสามารถความสนใจของพยาบาลในการทำกลุ่มบำบัด ทักษะของพยาบาล ลักษณะของผู้ป่วยที่จะนำมาเข้ากลุ่ม นโยบายและจุดมุ่งหมายของหน่วยงานที่ทำอยู่ และหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ

ข. กำหนดจุดมุ่งหมายทั่วไปของการทำกลุ่มมีดังนี้

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีพฤติกรรมที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี จากการมีการเรียนรู้และมีประสบการณ์ร่วมกับผู้ป่วยในกลุ่ม

เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดไปในทางที่ดีตลอดเวลาของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

ขจัดความรู้สึกของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองถูกทอดทิ้ง สิ้นหวังและความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า

สร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยความรู้สึกอย่างอิสระ ได้เรียนรู้ประสบการณ์และปัญหาของผู้อื่นในกลุ่ม

ค. กำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะ เป็นการกำหนดว่าให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวเองตามจุดมุ่งหมายทั่วไปของการทำกลุ่ม ดังนี้

เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่มยอมรับฟังความคิดเห็น ปัญหาของผู้ป่วยอื่น

เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่มมีการซักถาม พูดคุยกัน เพื่อความกระจ่างและความเข้าใจตรงกัน

เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่มสามารถอธิบายความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมของตน และสามารถอธิบายหรือให้ข้อมูลป้อนกลับในปัญหา ความรู้สึกนึกคิดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยอื่นได้

4.7.2 การเลือกประเภทและจำนวนผู้ป่วยที่จะนำมาเข้ากลุ่ม

ผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจะต้องเป็นผู้ป่วยที่มีสติปัญญาอยู่ในระดับปกติ สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ สามารถเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม สามารถเข้าใจความหมายและวิธีดำเนินการซึ่งได้รับคำชี้แจงและแนะนำจากผู้วิจัย ยอมรับบทบาทของตนเองในฐานะผู้ป่วยและยอมรับผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลในการทำกิจกรรมกลุ่ม นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องเป็นผู้สมัครใจที่จะเข้าร่วมกลุ่มและเรียนรู้ถึงกระบวนการแก้ปัญหาของกลุ่ม (สุวัทนา อารีพรรค 2524: 582-583)

การเลือกผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ใหญ่นั้น องค์ประกอบเกี่ยวกับอายุและเพศของผู้ป่วยไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำกลุ่ม องค์ประกอบในเรื่องอายุและเพศจะมีอิทธิพลต่อการทำกลุ่มในวัยเด็กเท่านั้น (Alan F.Klein 1972: 64)

เนลสัน (Nelson 1979: 610) ศึกษาพบว่าอายุและเพศไม่เป็นอุปสรรคในการทำกลุ่ม คนกลุ่มอายุต่าง ๆ มีความสามารถในการเรียนรู้เท่าเทียมกัน และการจัดกลุ่มให้มีทั้งสองเพศคละกัน จะทำให้สภาพของกลุ่มมีความคล้ายคลึงกับสภาพสังคมภายนอก ซึ่งตรงกับการศึกษาของ ชูชัย สมิทธิไกร (2527: 20)

การจัดกลุ่มผู้ป่วยควรมีสมาชิกกลุ่มจำนวนประมาณ 5-7 คน จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มมีความสัมพันธ์กันใกล้ชิด (Alan F.Klein 1972: 65) ถ้าขนาดของกลุ่มเพิ่มมากขึ้นจะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันได้มากขึ้น แต่จะก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้นำกลุ่มในการสังเกตหรือการประเมินผลผู้ป่วยแต่ละคนไม่ทั่วถึง ถ้าจำนวนผู้ป่วยมีน้อยซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในผู้ป่วยบางโรค ขนาดของกลุ่มย่อยจะประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มประมาณ 2-15 คน คือกำหนดตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป แต่ไม่ควรเกิน 15 คน (Edward E.Sampson and Marya Sampson Marthas. 1972: 26-27)

4.7.3 ระยะเวลาและสถานที่ในการทำกลุ่ม

ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับทำกลุ่มขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย สภาพแวดล้อมในตัวผู้ป่วยและตารางการทำงานปกติของหอผู้ป่วย ควรกำหนดวันและเวลาที่แน่นอนในการทำกิจกรรมกลุ่ม เวลาที่เหมาะสมคือ หลังจากผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันเสร็จ และไม่อยู่ในตารางการให้การรักษาพยาบาลของแพทย์และพยาบาล อาจจัดกลุ่มสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1-$1\frac{1}{2}$ ชั่วโมง ส่วนสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ควรเป็นสถานที่ส่วนตัว เป็นห้องที่แยกเป็นสัดส่วน เงียบสงบ มีสถานที่กว้างขวางพอที่จะดำเนินกิจกรรมกลุ่มในหลายรูปแบบได้ และมีอุปกรณ์การเรียนการสอนที่สามารถใช้ได้ (Gwen D.Marram 1978: 129-153)

4.7.4 <u>การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม</u> (Phase of Group Experience) มีขั้นตอนดังนี้ (Marram 1978: 154-161)

<u>ระยะที่ 1</u> : ระยะสร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้นำกลุ่มและผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่ม พยาบาลต้องเป็นผู้เริ่มสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีเป็นมิตร แสดงให้เห็นทั้งคำพูดและการกระทำว่าต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างจริงใจ พยาบาลต้องแจ้งให้ทราบถึง ชื่อ-นามสกุล และตำแหน่งหน้าที่ของตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของ

การสอนโดยใช้กระบวนกลุ่มแจ้งให้ทราบถึงกฎและการดำเนินงานของกลุ่ม ขณะเดียวกันก็ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นทุกด้านที่เกี่ยวกับการจัดทำกลุ่ม ให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แสดงความรู้สึกนึกคิดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยกันเองอย่างเป็นอิสระ ในระยะเริ่มเข้ากลุ่มครั้งแรกนั้นพยาบาลผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ว่าทุกคนในกลุ่มต้องเผชิญปัญหาและอุปสรรคเหมือนกัน อาจจะแตกต่างกันบ้างในแต่ละบุคคล เป็นการสร้างพื้นฐานของผู้ป่วยร่วมกัน ให้สมาชิกกลุ่มมีความสัมพันธ์กัน มีความไว้วางใจกลุ่ม ซึ่งจะนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดี

พยาบาลผู้นำกลุ่มต้องสร้างความไว้วางใจในกลุ่ม (Trust) ให้เกิดขึ้นโดยการแสดงท่าทีเป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย ไม่ใช้ความคิดเห็นของตนเองเป็นเครื่องตัดสินใจ (Robinson 1984: 566) และเมื่อมีความไว้วางใจเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะเต็มใจที่จะเปิดเผยตนเอง ระบายความรู้สึกนึกคิดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน มีความมั่นใจในการรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น

ระยะที่ 2 : ระยะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ยอมรับและเข้าใจปัญหาของตนเองและของผู้อื่น มีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ระยะนี้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ จะทำให้มีการระบายความรู้สึกนึกคิด เปิดเผยตนเองมากขึ้น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ผู้ป่วยจะมุ่งอยู่ที่ปัญหาของตนเอง หาวิธีและทางเลือกของการแก้ปัญหา โดยให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็น และหาวิธีการช่วยเหลือ ผู้ป่วยจะมีการรับข้อมูลจากสมาชิกกลุ่มและให้ข้อมูลจากตนเองย้อนกลับไปยังกลุ่มได้ ระยะนี้สมาชิกกลุ่มจะมีบทบาททั้งการเป็นผู้ให้และเป็นผู้รับ จะรู้สึกว่าตนเองมีค่า สามารถเลือกวิธีแก้ไขปัญหา และช่วยเหลือสมาชิกอื่นได้ ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่ให้การทำกลุ่มบรรลุจุดมุ่งหมาย เสริมสร้างความเชื่อมั่นของสมาชิก ดำเนินการอภิปรายกลุ่มให้เป็นไปได้ด้วยดี ช่วยเหลือและให้คำแนะนำในสิ่งที่ถูกต้อง รวมถึงการให้การสอนอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล วิธีการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปบ้าน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ตามหลักวิชาการที่ถูกต้อง มีความสามารถในการคิดค้นและจัดอุปกรณ์การช่วยเหลือตนเองได้ตามสภาพฐานะ เศรษฐกิจและความเป็นอยู่ของตนเองและสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ระยะที่ 3 : ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นระยะของการประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงและความสำเร็จของการทำกลุ่มและของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน วิธีการประเมินผลก็ได้จากการประเมินผลด้วยวาจาหรือคำบอกเล่าของสมาชิกเอง ประเมินจากการทำแบบทดสอบและประเมินจากพฤติกรรมการแสดงออกของสมาชิก โดยกำหนดเกณฑ์ไว้เฉพาะว่าผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและจัดการชีวิตของตนเองได้หรือไม่ มีสิ่งใดที่ต้องการคำแนะนำและการฝึกเพิ่มเติม เพื่อการจัดทำให้สำเร็จต่อไป

สุกันยา (สุกันยา ฉัตรสุวรรณ 2529: 81) ให้ความคิดเห็นว่าการสอนผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่มนี้เป็นกระบวนการสอนที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่มีความต้องการคล้ายกัน ได้มีการพบปะพูดคุยกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ปัญหา ความรู้สึกและความต้องการของตนเอง มีการคิดค้นวิธีแก้ไขปัญหา และฝึกฝนวิธีการหรือทักษะเฉพาะในแต่ละบุคคลสิ่ง เหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับและปรับสภาพการดำเนินชีวิตของตนเองให้เหมาะสมได้

4.7.5 บทบาทและหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม (Role and Functions of Leadership)

ผู้นำกลุ่มจะต้องเข้าใจในการปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมของกลุ่มได้ผลดีและสมาชิกกลุ่มทุกคนได้มีส่วนร่วมและเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี บทบาทและหน้าที่ของผู้นำกลุ่มมี 3 ประการคือ (Gwen D. Marram 1978: 124-127)

ประการที่ 1. ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับความมั่นคงปลอดภัย ความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น

ประการที่ 2. สร้างบรรยากาศ และควบคุมสถานะการณ์ให้ผู้ป่วยทุกคนมีอิสระในการพูด การแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก และการเสนอปัญหาร่วมกัน

ประการที่ 3. ต้องรับผิดชอบให้กิจกรรมกลุ่มดำเนินไปตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ มีการประเมินผลความก้าวหน้าของกิจกรรมกลุ่ม และผู้ป่วยในกลุ่มทุกคน รวมทั้ง

ประเมินผลปฏิกิริยาและทัศนคติของผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มด้วย

4.7.6 วิธีปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม (Leadership Intervention)

ผู้นำกลุ่มจะต้องมีการดำเนินการปฏิบัติในหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มบรรลุจุดมุ่งหมาย ให้สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกลุ่มมากที่สุด วิธีดำเนินการมีดังนี้ (Gwen D. Marram 1978: 127-139)

ก. กำหนดจุดมุ่งหมายของการดำเนินกิจกรรมให้ชัดเจน อธิบายให้ผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมกลุ่มเข้าใจจุดมุ่งหมายและวิธีดำเนินการของกลุ่ม

ข. สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อให้การดำเนินการของกลุ่มมีประสิทธิผลดี สมาชิกกลุ่มมีความกะตือรือล้น ต้องมีการวางแผนเกี่ยวกับประเภทและจำนวนสมาชิกกลุ่ม ระยะเวลาและสถานที่ของการทำกลุ่ม

ค. กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เพื่อให้มีการเรียนรู้ถึงปัญหาของคนอื่น เรียนรู้วิธีการทำงานที่ต้องมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น

ง. กระตุ้นให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มพูดคุยระบายปัญหา มีการแลกเปลี่ยนปัญหา ประสบการณ์ร่วมกัน ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกกลุ่มมีอิสระในการแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ โดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้เชื่อมโยงสิ่งที่ผู้ป่วยแต่ละคนพูดออกมาและเชื่อมโยงปัญหาของแต่ละคน

จ. ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นการทำกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มต้องแสดงทีท่าในการพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย แสดงทีท่าเห็นใจ เข้าใจน้ำเสียงกิริยาที่ใช้กับผู้ป่วยมีความอ่อนโยนสุภาพ

ฉ. ผู้นำกลุ่มต้องดูแล ควบคุม และสรุปความก้าวหน้าของการทำกลุ่มเป็นระยะ

สิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า การสอนผู้ป่วยโดยอาศัยกระบวนการกลุ่ม ต้องมีหลักการ มีขั้นตอนวิธีดำเนินการ รวมทั้งการมีผู้นำกลุ่มที่รู้และเข้าใจบทบาทของตัวเอง วิธีการสอนต้องมีแบบแผน ต้องเข้าใจผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งเข้าใจภูมิหลังและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยเป็นอย่างดี จึงจะทำให้การสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มประสบผลสำเร็จ และมีประสิทธิภาพ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย