

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้จากหัวข้อเรื่อง ประสิทธิภาพของสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด” ต่อระดับความรู้ ทักษะ และ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ตอนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการผ่าตัด

ตอนที่ 2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสาร

ตอนที่ 3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้

ตอนที่ 4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ตอนที่ 5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติด้านสุขภาพ

ตอนที่ 6 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ตอนที่ 7 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการผลิตสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด”

ตอนที่ 8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๖๖

### ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการผ่าตัด

การผ่าตัด เป็นวิธีการที่สามารถรักษาโรคหรือแก้ไขความผิดปกติต่างๆ ได้ทั่วทั้งร่างกาย (Beland & Passos 1981:1218) ซึ่งวัตถุประสงค์ของการผ่าตัดจำแนกได้ดังนี้ คือ

1. เพื่อการวินิจฉัย เช่น การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ฯลฯ
2. เพื่อการสำรวจ หรือ ตรวจสอบให้แน่ชัด เช่น การผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อตรวจหาความผิดปกติของอวัยวะภายในช่องท้อง ฯลฯ

3. เพื่อการรักษา แบ่งเป็น

ก. การตัดอวัยวะที่ผิดปกติออก เช่น การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ

ข. การแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะ เช่น การเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รั่วหรือตีบ การจัดกระดูกเชิงที่

ค. การซ่อมแซมอวัยวะที่ผิดปกติแต่กำเนิด เช่น การผ่าตัดตกแต่งปากแหว่งเพดาน

โหว่

4. เพื่อบรรเทาอาการ เช่น การตัดเส้นประสาทที่เลี้ยงกระเพาะอาหาร

การผ่าตัดกระทำได้ทั้งการวินิจฉัย การสำรวจ และ เพื่อการรักษา ขึ้นอยู่กับชนิดของโรคที่ได้รับการวินิจฉัย ได้แก่

1. การผ่าตัดตามแนวเอ็น ใช้ในการผ่าตัด กระเพาะอาหาร ลำไส้ ดับ ม้าม และหลอดเลือดใหญ่ในช่องท้องรวมทั้งการผ่าตัดเพื่อสำรวจช่องท้อง การผ่าตัดอวัยวะภายในช่องท้องของสตรี การผ่าตัดคลอด เป็นต้น

2. การผ่าตัดตามแนวขวางและแนวเฉียงใช้ในการผ่าตัดไส้ติ่ง ไส้เถื่อน ถุงน้ำดี และท่อทางเดินน้ำดี การผ่าตัดไต การผ่าตัดคลอด และ อวัยวะภายในสตรี การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

3. การผ่าตัดตามแนวเอ็นและขวางบริเวณได้อกร่วมกันใช้ในการผ่าตัดเกี่ยวกับตับ กระเพาะอาหาร หลอดอาหาร เป็นต้น(Ellis 1985:247)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะมีผลกระทบต่อร่างกาย ดังนี้ คือ

1. ทำให้เกิดความวิตกกังวล
2. ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง
3. ทำให้มีการฉีกขาดของหลอดเลือด
4. ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆถูกรบกวน
5. บางรายอาจมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ

นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อบริเวณที่ผ่าตัด เกิดการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี กลไกทางระบบหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต หน้าที่การทำงานของไต การแข็งตัวและการละลายตัวของเลือด(พันธเกษม กิจานนท์ และคณะ 2521: 2-4)ผลกระทบต่างๆเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเกิดความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย และต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน ความสามารถในการดูแลตนเองต้องถูกจำกัดลงจากการมีบาดแผลผ่าตัด ความเจ็บปวด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ซึ่งขัดขวางการเคลื่อนไหวเวลาอุกนั้ง ทำให้ปวดแผลมากเพราะเวลาอุกนั้งจำเป็นต้องใช้กล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้องในการช่วยพยุงตัวให้อุกนั้ง(Daniels & Worthingham 1972:22,24)

จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดและผลกระทบต่างๆจากการผ่าตัด น่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นได้มากมาย แต่ถ้าผู้ป่วยมีส่วนร่วมและรู้จักดูแลตนเองที่ถูกวิธีก็จะสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อน และช่วยให้ร่างกายกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถที่มีอยู่ให้เต็มที่และถูกวิธีในการดูแลตนเอง โดยต้องการให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดก่อนที่จะลงมือกระทำในการดูแลตนเอง ซึ่งเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จะต้องเป็นผู้ให้การช่วยเหลือในการให้ความรู้ และ คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสม

ในการผ่าตัดแต่ละครั้ง ผู้ป่วยมีอัตราเสี่ยงต่ออันตรายจากการผ่าตัดมากขึ้นกับสถานภาพทางด้านร่างกายของผู้ป่วย การประเมิน และ คาดคะเนความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัด สามารถใช้สถานภาพทางด้านร่างกาย และสถานะโรคของผู้ป่วยเป็นข้อบ่งชี้

สมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา(David 1968:228-230) ได้จัดแบ่งกลุ่มของผู้ป่วยไว้เรียกว่า American Society of Anesthesiologists' Classification (ASA class) ซึ่งสามารถรวบรวมและสรุปได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ คือ

1. ผู้ป่วยสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตดี ไม่มี ความผิดปกติทางด้านร่างกาย ด้านสรีรวิทยา ด้านชีวเคมี โรคที่นำผู้ป่วยมาผ่าตัดไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบอื่นๆ ตัวอย่าง เช่น ไข้เลือด เนื่องจากไม่ร้ายแรง

2. ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของร่างกายเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคโลหิตจาง โรคเบาหวานที่ไม่รุนแรง โรคหัวใจชนิดไม่รุนแรง โรคอ้วน โรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง รวมทั้ง คนชรา และ เด็กเล็ก

3. ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของร่างกายรุนแรง ซึ่งต้องจำกัดกิจกรรม เช่น โรคหัวใจขั้นรุนแรง โรคเบาหวานระยะที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด โรคปอดระยะปานกลาง ถึง รุนแรง มีอาการเจ็บหน้าอก และมีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน 3-6 เดือน

4. ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของร่างกายรุนแรงมาก เป็นอันตรายถึงชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่ของพยาธิสภาพนั้นไม่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น มีการสูญเสียหน้าที่อย่างมากของอวัยวะต่อไปนี้ คือ หัวใจ ปอด ไต ตับ และ ต่อมไร้ท่อ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบระยะเฉียบพลัน มีอาการเจ็บหน้าอกตลอดเวลา

5. ผู้ป่วยที่อาจเสียชีวิตได้ทุกขณะ ภายใน 24 ชั่วโมงถึงแม้จะ ได้รับ หรือไม่ได้รับการผ่าตัด มีโอกาสเพียงเล็กน้อยที่จะรอดชีวิต ถ้าได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยที่กำลังช็อคจากเส้นเลือดแดงใหญ่แตก บาดเจ็บของสมองที่มีความดันในสมองสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

จากการรวบรวมและสรุปอัตราเสี่ยงแบ่งเป็น 5 กลุ่มดังกล่าวแล้วพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ 4-5 มีอัตราการตายสูงมากกว่ากลุ่ม 1-3 ดูจากตารางความสัมพันธ์ระหว่าง สถานภาพทางด้านร่างกาย กับ อัตราตาย สำหรับในประเทศไทย พบดังนี้ คือ

สถานภาพทางด้านร่างกาย	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยตาย	อัตราตายคิดเป็นร้อยละ
1	50,703	43	0.08
2	12,601	34	0.27
3	3,626	66	1.80
4	850	66	7.80
5	608	57	9.40

และ เคยมีการเก็บรวบรวมสถิติจากต่างประเทศในปี พ.ศ.1961 พบดังนี้ คือ

สถานภาพทางด้านร่างกาย	จำนวน ผู้ป่วย	จำนวน ผู้ป่วยตาย	อัตราตายคิดเป็นร้อยละ
1	16,192	0	0.00
2	12,154	7	0.06
3	4,070	11	0.27
4	720	17	2.36
5	57	4	7.02

(Data from Dripper R.D. Lamont,A,and Echenhoff,J.E.:J.A.M.A. 178:261,1961)

อัตราตายของผู้ป่วยได้รับการประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง 10-100 เท่า(Kirby 1990:56) อัตราตายในระยะระหว่างทำการผ่าตัดของการผ่าตัดไม่รีบด่วนอยู่ในเกณฑ์ ร้อยละ 0.5-1.9 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ อายุ โรคประจำตัวของผู้ป่วย การเตรียมและประเมินผู้ป่วย การผ่าตัด และการดูแลในระยะหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี มีอัตราตายร้อยละ 6.7 ผู้ป่วยกลุ่มที่ 5 มีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 57.8 ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราตายร้อยละ 7.6-25

### แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสาร

การสื่อสารตรงกับภาษาอังกฤษว่า Communication มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า Commuis แปลว่า เหมือนกัน ร่วมกัน หรือ คล้ายคลึงกัน(ปรมะ สตะเวทิน 2538:65)

ปรมะ สตะเวทิน(2538:65) สรุปความหมายของการสื่อสารว่า การสื่อสาร หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดสารจากบุคคลฝ่ายหนึ่งซึ่งเรียกว่า ผู้ส่งสาร ไปยังบุคคลอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ผู้รับสาร โดยผ่าน สื่อ

Everett M. Rogers(1973:43-44) ได้ให้ความหมายของการสื่อสารไว้ว่า การสื่อสารเป็น กระบวนการที่ความคิด(idea) ถูกถ่ายทอดจากผู้ส่งสาร(source) ไปยังผู้รับสาร(receiver) ด้วยเจตนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับสาร จุดประสงค์ของการสื่อสาร คือ การนำไปสู่ผลของการตัดสินใจในส่วนของผู้รับสาร ผลกระทบเหล่านี้ อาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงความรู้บางอย่างของผู้รับสาร เป็นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อ หรือ เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก ดังนั้นการให้ความสนใจกับการสื่อสาร เป็นการให้ความสนใจต่อพฤติกรรมด้วย

Rogers(1973:49) ได้กล่าวถึงผลของการสื่อสารมี 3 ประการ คือ

1. ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้ของผู้รับสาร (change in receiver's knowledge)
2. ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้รับสาร(change in receiver's attitude)

3. ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับสาร (change in receiver's overt behavior)

การเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ประการ มักเกิดต่อเนื่องกันไป นั่นคือ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ มักจะตามมาด้วยการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ผลตามมาก็คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Wilbur Schramm (1971:19) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการสื่อสารของผู้ส่งสารและผู้รับสาร ไว้ดังนี้ คือ

วัตถุประสงค์ของผู้ส่งสาร	วัตถุประสงค์ของผู้รับสาร
1. เพื่อแจ้งให้ทราบ(inform)	1. เพื่อความเข้าใจ(understand)
2. เพื่อสอน(teach)	2. เพื่อศึกษา(learn)
3. เพื่อให้ความพอใจ(please)	3. เพื่อความพอใจ(enjoy)
4. เพื่อเสนอหรือโน้มน้าวใจ (purpose or persuade)	4. เพื่อกระทำหรือตัดสินใจ (dispose or decide)

David K. Berlo(1960:30-72) ได้อธิบายถึงแบบจำลองกระบวนการสื่อสารว่ามีองค์ประกอบ 6 ประการ คือ

1. ผู้ส่งสาร(communication source)
2. ผู้เข้ารหัส(encoder)
3. สาร(message)
4. สื่อ (channel)
5. ผู้ถอดรหัส(decoder)
6. ผู้รับสาร(communication receiver)

Berlo กล่าวว่า การสื่อสารจะมีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทั้ง 4 ประการว่า จะมีประสิทธิภาพเพียงใดในเรื่องเกี่ยวกับสื่อที่เน้นด้านประสาทรับความรู้สึก(sense mechanism)ของมนุษย์อันได้แก่ การเห็น(seeing) การได้ยิน(hearing) การสัมผัส(touching) การได้กลิ่น(smelling) และการลิ้มรส(testing) เป็นสำคัญ

การติดต่อสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล แตกต่างจากกระบวนการติดต่อสื่อสารทั่วไป(พิไลรัตน์ ทองอุไร 2529:79-80) ตรงที่ข่าวสารที่ส่งไปหรือรับมาถูกขัดเกลาก่อนเพื่อที่จะแสดงปัญหาและความไม่พึงพอใจจากความวิตกกังวลที่เกิดจากสถานการณ์ต่างๆเพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้ในการใช้หรือเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง หรือ การแก้ปัญหา ความเชื่อถือของการติดต่อสื่อสารในลักษณะนี้ คือ การทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากประสบการณ์ทั้งทางร่างกายและอารมณ์ให้ผู้ป่วยมีความอิสระจากความวิตกกังวล ความกดดัน ความโดดเดี่ยวและไร้ที่พึ่ง เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือวิกฤติการณ์ การติดต่อสื่อสารในลักษณะของการรักษา จึงมีจุดมุ่งหมายมากกว่าการสนองความต้องการทางสังคมของบุคคล เพราะการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นไปเพื่อ



สามารถเข้าใจปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนให้ความช่วยเหลือ สนองความต้องการและ การปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ทำให้เกิดผลดีในการรักษา

### แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้

Leighbody and Kidd (สุชาติ ศิริสุขไพบูรณ์ 2528;4) ได้แนะนำถึงหลักความจริงของการ เรียนรู้หลายประการ ที่สำคัญต่อการวิจัย ดังนี้ คือ

1. เราจะเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อเราพร้อมที่จะเรียน เมื่อเรามีจุดประสงค์ที่แน่นอน และมีเหตุผล ที่ดีในการที่จะเรียนรู้บางสิ่ง ก็จะเป็นการง่ายยิ่งขึ้นที่จะรับการสอนนั้น และทำให้เกิดผลสำเร็จใน การเรียนรู้ได้

2. หากสิ่งที่เราได้เรียนรู้นั้นสามารถไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อตัวเราได้ก็จะทำให้เราเกิด ความพึงพอใจกับสิ่งที่เราได้รับผลนั้น ซึ่งจะทำให้เราจดจำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปด้วยดี และมีความ ต้องการที่จะเรียนรู้อีกขึ้น

Edward L. Thorndike ได้ทฤษฎีสร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยง(connectionism theory) ซึ่ง ประกอบด้วยกฎ 3 ประการ คือ กฎแห่งความพร้อม(Law of Readiness) กฎแห่งผล(Law of Effect) และกฎแห่งการฝึกหัด(Law of Exercise) ในที่นี้จะอธิบายถึงกฎที่สำคัญ 2 กฎ คือ

1. กฎแห่งความพร้อม มีใจความดังนี้ (Hilgard & Bower 1975:32-33)

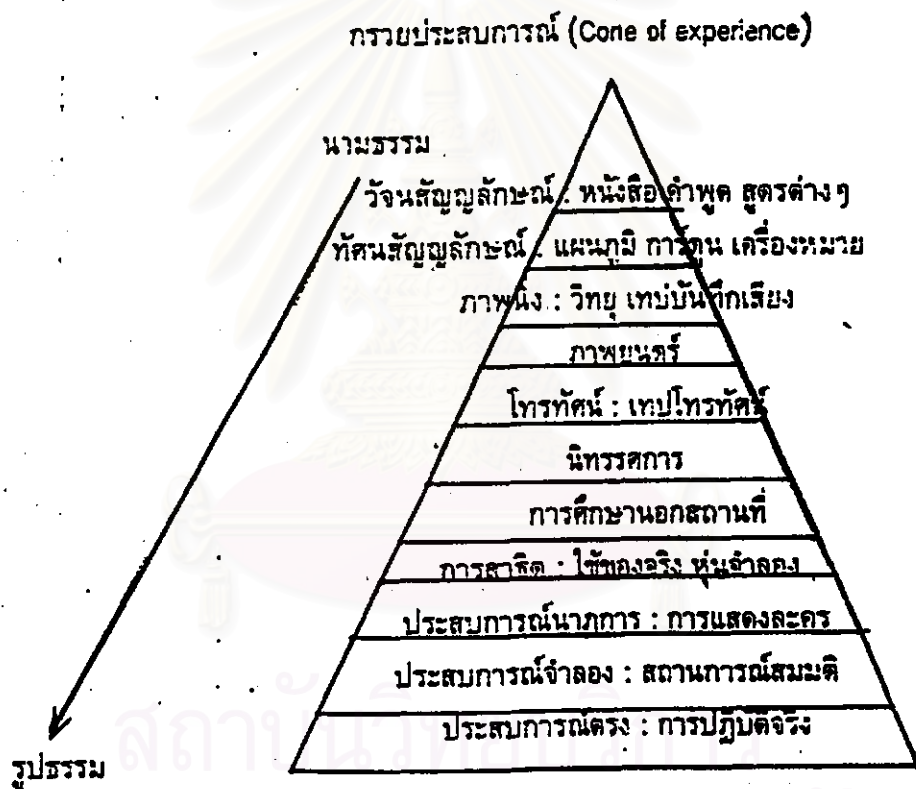
การเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพมากที่สุด เมื่อผู้เรียนมีความพร้อมที่จะเรียนหรือพร้อมที่จะ คอบสนอง เมื่อผู้เรียนพร้อมที่จะทำสิ่งใดแล้วได้ทำ เขาจะเกิดความพึงพอใจ และจะไม่พอใจเมื่อไม่ ได้ทำ ความพร้อมของ Thorndike หมายถึงความพร้อมอันเนื่องมาจากภาวะ โดยมีพื้นฐานหรือ ประสบการณ์เดิม และ ความพร้อมทางด้านจิตใจ ความพร้อมในการเรียนรู้ และมีแรงจูงใจที่จะ เรียน

2. กฎแห่งผลมีใจความว่า

ผลแห่งสิ่งเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง ถ้าผู้เรียนมีความพอใจ ในทางตรงกัน ข้ามถ้าสิ่งเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง จะไม่มีผล ถ้าผู้เรียนไม่ได้รับความพอใจ หรือ อาจกล่าวได้ว่าการเรียนรู้จะได้ผลดีถ้าผู้เรียนได้รับความพอใจ และจะได้ผลน้อยถ้าไม่ได้รับความ พพอใจ

Thomas E. Clayton(1965:39) กล่าวถึงทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้า อินทรีย์ และการ คอบสนอง(S-O-R Theories) ว่าการเรียนรู้เป็นวัฏจักรของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 3 ตัว คือ สิ่งเร้า(Stimulus) อินทรีย์(organic) และการตอบสนอง (response) สิ่งเร้ามีความสำคัญต่อการเรียนรู้ มาก สิ่งเร้าที่ผ่านอวัยวะรับสัมผัสหลายทางย่อมมีผลต่อการเรียนรู้มากกว่าสิ่งเร้าที่ผ่านอวัยวะสัมผัส ทางเดียว

Edgar Dale(1957:42) กล่าวว่าประสบการณ์ของแต่ละคนเกิดขึ้นได้เนื่องจากประสบการณ์นั้น เขาตัวเข้าไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้นๆ โดยตรง หรือทำด้วยตนเอง โดยได้กำหนดรูปธรรมแห่งประสบการณ์(Cone of Experience) แบ่งออกเป็น 11 ระดับ โดยให้ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมมากที่สุดอยู่ที่ฐานของรูปกรวยและประสบการณ์จะเริ่มเป็นนามธรรมมากขึ้นในลำดับที่อยู่ถัดขึ้นไป จนกระทั่งถึงประสบการณ์นามธรรมซึ่งเป็นยอดของรูปกรวย (ดังรูป)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ดีขึ้น ข้อมูลที่ให้เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ขั้นตอนในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยงต่อการผ่าตัด สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด สิ่ง que ผู้ป่วยจะประสบในห้องผ่าตัดและการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด การให้ข้อมูลควรผสมผสานไปกับการให้บริการพยาบาล และให้ผู้ป่วยในช่วงที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้ดีและพร้อมที่จะรับรู้ ไม่ควรให้ในช่วงภาวะวิกฤตเพราะความสามารถในการรับรู้ และการคิดอย่างมีเหตุผลของผู้ป่วยจะลดลง และเกิดผลอีกประการหนึ่ง คือ ทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง

## แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวล

### ความหมายของความวิตกกังวล

แนวคิดของความวิตกกังวลเริ่มต้นอธิบายด้วย ทฤษฎีของฟรอยด์ (Freud cite in Taylor, 1993-234) ซึ่งกล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีลักษณะหวาดหวั่น ติงเครียดยุ่งยากและไม่เป็นสุขที่เกิดจากแรงผลักดันภายในอิด(id) ที่ไม่สามารถตอบสนองต่อซูเปอร์อีโก้(superego) ทำให้เกิดปฏิกิริยาสู้หรือหนี (fight or flight) เมื่อเผชิญกับสถานการณ์คุกคามนั้น และ ความวิตกกังวลเป็นเสมือนศูนย์กลางของการพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพ

เพปพลาว(Peplau, 1963 อ้างใน อุบล นิวัติชัย 2532:1112) หนึ่งในนักทฤษฎีการพยาบาล กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตในรูปของพลังงานที่ไม่สามารถกำหนดหรือสังเกตได้โดยตรง

เพปพลาวได้แบ่งระดับของความวิตกกังวลไว้ 4 ระดับ ดังนี้ คือ

1. ความวิตกกังวลระดับต่ำ(Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลระดับน้อยๆที่พบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวัน ทำให้บุคคลมีการมองเห็น การได้ยิน สัมผัสและความจำดีขึ้น มีการรับรู้ รวดเร็ว และสามารถจำกัดความสนใจไว้เฉพาะเรื่องที่ต้องการได้ จึงสามารถเผชิญหรือแก้ปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง(Moderate anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่บุคคลมีการรับรู้แคบ และเลือกรับรู้เรื่องของตนเองสนใจหรือต้องการ ความสามารถในการมอง การได้ยิน หรือรับสัมผัสลดลง การเรียนรู้และการแก้ปัญหายังเหมือนเดิมแต่ประสิทธิภาพลดน้อยลงบางครั้งจึงต้องอาศัยการประคับประคองช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนจึงจะสำเร็จดูต่าง ความวิตกกังวลระดับปานกลางนี้ทำให้เกิดการสร้างสรรค์แก่ชีวิตเช่นเดียวกับ ความวิตกกังวลระดับต่ำเพราะช่วยให้บุคคลประสบผลสำเร็จ หรือได้มาในสิ่งที่ตนปรารถนา

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับแคบมาก หมกหมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดมากเกินไป หรือเฉพาะบางส่วนทำให้ไม่สามารถจับสาระสำคัญ หรือ



เชื่อมโยงเหตุการณ์ได้ ความสามารถในการเรียนรู้หรือแก้ไขปัญหาก็ทำได้ยาก บางรายอาจมีนั่งทับสน ควบคุมตัวเองไม่ได้ ไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นลักษณะการตอบโต้แบบอัตโนมัติ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล บางรายอาจต่อต้านไม่ร่วมมือรู้สึกว่าคุณถึงวาระสุดท้ายหรือใกล้ตาย

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงสูงสุด (Panic anxiety) เป็นความวิตกกังวลในภาวะหวาดหวั่นสุดขีด บุคคลไม่สามารถควบคุมหรือช่วยเหลือตนเองได้ การรับรู้แคบมาก หรือไม่มีเลย การเรียนรู้เสียไป มีความคิดและการรับสัมผัสผิดแปลกไป ทำให้เกิดอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน ทำให้แสดงพฤติกรรมแปลกๆที่ปกติไม่เคยกระทำ เช่น ร้องตะโกน หิวหรือท้องอืด ทำร้าย เป็นต้น บางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้าจนคิดทำร้ายตนเอง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รู้ว่าตนจะต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จะเกิดความวิตกกังวล ความวิตกกังวลของแต่ละคนจะต่างกัน ความกังวลอาจเริ่มตั้งแต่ในระยะเวลาของการวิเคราะห์โรค ผู้ป่วยอาจอาย เหนื่อย หรือเจ็บ เนื่องจากได้รับการตรวจหลายอย่าง อาจกังวลเนื่องจากไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไรแน่นอนกว่าจะผ่าตัด อาจกังวลเกินเหตุ อาจกลัวฤทธิ์ของยาสลบ เช่น กลัวจะไม่ฟื้นหลังผ่าตัด บางคนอาจกลัวความเจ็บปวด และความไม่สบาย กังวลเนื่องจากไม่รู้ว่าจะประสบอะไรบ้างหลังผ่าตัด กังวลเกี่ยวกับความพิการ หรือภาวะเสื่อมสมรรถภาพที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นผลทำให้ภาพลักษณ์เสียไป หรือทำให้ต้องปรับตัวในชีวิตประจำวัน เช่น ผู้ป่วยถูกตัดขา จะกังวลเกี่ยวกับรูปร่างของคนที่เป็นเพื่อนไป กังวลเกี่ยวกับการเรียนรู้ในการใช้ขาปลอม บางรายอาจต้องเปลี่ยนอาชีพซึ่งมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว บางคนอาจกังวลโดยเฉพาะถ้าการผ่าตัดนั้นทำให้เกิดการสูญเสียความเป็นเพศนั้นๆไป เช่น การตัดเต้านมทั้งในกรณีที่เป็นมะเร็งเต้านม ทำให้รู้สึกสูญเสียความเป็นเพศหญิงไป หรือบางคนอาจจะกังวลเกี่ยวกับความตายโดยเฉพาะ ถ้าการผ่าตัดนั้นล้มเหลวและทำให้ตายได้ เช่น การผ่าตัดหัวใจ สมอ บางคนกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการพยาบาล บางคนเกี่ยวกับเรื่องครอบครัว ไม่มีคนดูแลลูก ดังนั้นพยาบาลควรคำนึงถึงภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยเท่าๆกับภาวะด้านร่างกาย ภาวะความวิตกกังวลก่อให้เกิดอาการทางร่างกายในระยะหลังผ่าตัดได้ เช่น อาเจียน ถ่ายปัสสาวะไม่ออก เจ็บปวดมาก กระสับกระส่าย

การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมานานพอ จะทราบถึงทัศนคติ ความเชื่อ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อการเจ็บปวดและการรักษา ซึ่งความกังวลของผู้ป่วยหรือครอบครัวอาจมากกว่าความเป็นจริง เนื่องจากอาจได้รับข้อมูล คำบอกเล่าที่ผิดๆ หรือคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงในเรื่องที่เกี่ยวกับการผ่าตัดนั้นๆ แพทย์ที่ทำผ่าตัดอาจไม่มีเวลาพอที่จะอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ทราบถึงสาเหตุที่ต้องทำการผ่าตัด ผลของการผ่าตัด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิดกังวลใจที่ไม่ทราบคำตอบเหล่านี้ เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่คอยช่วยอธิบายอย่างง่ายๆให้ผู้ป่วยเข้าใจ หลีกเลี่ยงคำตอบที่จะเพิ่มความวิตกกังวล

ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยมักอยากทราบจำนวนวันที่จะต้องอยู่ในโรงพยาบาล สิ่งที่จะเกิดขึ้นในขณะผ่าตัด ตลอดจนผลของการผ่าตัด เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ควรตอบคำถามเหล่านี้อย่างชัดเจน ความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่รีบร้อน อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการผ่าตัดอย่างง่ายๆ พร้อมทั้งแนะนำถึงการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดให้ทราบจากคู่มือการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด หากเป็นไปได้ควรจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสคุยกับผู้ป่วยอื่นที่ทำผ่าตัดเหมือนกัน และผลหลังการผ่าตัดนั้นเป็นที่น่าพอใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจยิ่งขึ้น

การประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล สามารถประเมินได้จากปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยที่มีต่อสิ่งที่มาคุกคามทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปฏิกิริยาตอบสนองดังกล่าว แสดงออกมาให้เห็นทั้งในรูปของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งมีการประเมินได้ 3 วิธี คือ(Nathan,1980)

1. การวัดความเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นการวัดการแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น มีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น มีเหงื่อออก กล้ามเนื้อเกร็ง ปวดเมื่อย ฯลฯ
2. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก การสังเกตนี้รวมถึงการแปรเปลี่ยนทางด้านคำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ การสอดคล้องกันในการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ ความจำ การเรียนรู้ เนื่องจากมีความเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ภายใน ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น มีอาการกระสับกระส่าย มือสั่น ถอนหายใจ หรือ ร้องไห้ เป็นต้น
3. การวัดโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นการประเมินความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยใช้แบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบตามความรู้สึกของตนเอง แล้วจึงนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล แบบสอบถามที่เป็นที่นิยม คือ ของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger,1982)เป็นแบบประเมินความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้น

### แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติด้านสุขภาพ

จากความหมายที่ว่า ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งได้จากประสบการณ์การเรียนรู้ และเป็นแรงที่จูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งนั้นๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งซึ่งพอจะสรุปได้ว่า ทัศนคติ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำ ความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบในการพิจารณา ทัศนคติด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจและการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อโรค ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะมีแนวโน้มให้ปฏิบัติความเข้าใจนั้นๆ(จรรยา สุวรรณทัต 2527:141)และการรับรู้เป็นกระบวนการซึ่งสมองแปลความหรือตีความข้อมูล ที่ได้จากการ

สัมผัสของร่างกายกับสิ่งแวดล้อม ทำให้ทราบว่าสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอย่างไรมีความหมายอย่างไรและมีลักษณะอย่างไร ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการแปลความหมายนั้น (Garrison and Maggon 1979:607) ดังนั้นในการศึกษาพฤติกรรมบุคคลจึงต้องพิจารณาถึงการรับรู้ อันเป็นกระบวนการในการแปลความหมายข้อมูลของบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งจะเป็นแนวโน้มให้บุคคลมีการปฏิบัติตามความเข้าใจ หรือการรับรู้นั้นและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่งที่มีแนวคิดที่ถูกสร้างมาเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีสุขภาพเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย(Rosenstock1974:336)พฤติกรรมกรรมการป้องกันทางสุขภาพ เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ซึ่งจะเป็นการปฏิบัติทั้งในและนอกระบบการแพทย์และในการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งจะเป็นการปฏิบัติทั้งในและนอกระบบการแพทย์ และในการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันสุขภาพ จะทำให้สามารถเข้าใจและอธิบายได้ว่าทำไมและภายใต้สภาวะการณ์ใด ที่บุคคลจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันสุขภาพของตนเอง(Kirscht 1983 cited in Kenedy,etal.1991:321)

องค์ประกอบสำคัญตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบพื้นฐานในการแสดงออกทางสุขภาพนี้ ในเวลาต่อมาได้มีการศึกษารายละเอียดและขยายองค์ประกอบเพิ่มขึ้น ดังเช่น ปีค.ศ. 1975 เบคเกอร์ และไมแมน(Becker and Miman cited in weissfeld, Kirscht and Brock 1990:142) ได้สรุปแบบแผนองค์ประกอบความเชื่อด้านสุขภาพดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นระดับการรับรู้ส่วนบุคคลถึงความเสี่ยงที่เขามีโอกาสเกิดโรค หรือความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรค เช่น การรับวัคซีนการปฏิบัติเพื่อระวังภาชนะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานโดยการควบคุมการรับประทานอาหาร การลดหรืองดการสูบบุหรี่ เป็นต้น

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการตัดสินใจของบุคคลถึงระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ จากผลกระทบของการเกิดโรคซึ่งโรเซนสต็อค (Rosenstock1974:330) กล่าวถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรคว่า บุคคลมักจะมองปัญหาโดยการแสดงออกด้วยคำถามที่ว่า เขาจะตายหรือไม่ จะมีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน หรือมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคมหรือไม่ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค เป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้เพราะจะบ่งถึงพลังในการกระทำ(The energy of force to act) เพราะเมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าเขาเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้วและมีการรับรู้ต่อไปว่าโรคนั้นจะมีความรุนแรง หรือทำให้เสียชีวิต เขาก็จะมีการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดโรสดังกล่าว มีการศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค กับการแสดงออกของพฤติกรรมในการป้องกันโรค เช่น การไปรับบริการในด้านทันตสุขภาพ การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น

3. การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived Benefit and Barriers to taking action) เป็นการประเมินส่วนบุคคลที่มีต่อคุณค่า หรือประโยชน์ที่จะได้รับ เช่นเมื่อปฏิบัติแล้วจะช่วยลดโอกาสเสี่ยง หรือลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้กับสิ่งที่เป็อุปสรรคต่อการปฏิบัติ เช่น สูญเสียค่าใช้จ่าย การมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เช่น ทำให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่สะดวกสบาย หรือสิ่งไม่พึงปรารถนาต่างๆ ซึ่งบุคคลจะประเมินให้นำหนักระหว่างประโยชน์กับอุปสรรคและพิจารณาทางเลือกที่จะปฏิบัติต่อสุขภาพ โรเซนสต็อค (Rosenstock 1974:331)กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่า จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิด "ข้อขัดแย้งทางจิตใจ" ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติสูง จะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจมากยากแก่การแก้ไข ก็จะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ นั้น ซึ่งถ้ากรณีมีทางเลือกในการปฏิบัติหลายทางก็ไม่ทำให้เกิดปัญหาสามารถเลือกการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความพึงพอใจได้ เช่นบุคคลที่การรับรู้ถึงอันตรายและภาวะคุกคามของวัณโรคปลอดภัยแล้วผลกระทบบจากการตรวจโรคจากการเอกซเรย์ปอด ก็อาจเสี่ยงไปโดยใช้การทดสอบอย่างอื่น

4. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่เสริมให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม เบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman 1975:1) ได้กล่าวว่าเพื่อให้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสมบูรณ์ ควรศึกษาสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติด้วย ซึ่งจะมี 2 ชนิดคือสิ่งชักนำภายในเป็นการรับรู้สภาวะร่างกายของตนเองเช่น เมื่อมีอาการของการเจ็บป่วย และสิ่งชักนำภายนอก เป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคล เช่นการได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น หรือผลของสิ่งต่างๆเช่น การรณรงค์ทางสุขภาพ หรือการได้รับกระตุ้นจากแพทย์ เป็นต้น

5. ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่จะมีผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคล ได้แก่

ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร (Demographic variables) กรีน (Green 1970 cited in Nemeck 1990:135) อธิบายถึงปัจจัยด้านจิตสังคมว่าเป็นการรวมระหว่างลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจ และจะแสดงถึงความสัมพันธ์ของบุคคลถึงบุคคลอื่นในชุมชน ซึ่งจะมีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดทางสังคม (norms) ค่านิยมทางวัฒนธรรม และจะเป็นพื้นฐานทำให้การปฏิบัติด้านป้องกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน (Structural variables) เช่นความรู้ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการเกิดโรคมอร์ (Moore 1969 อ้างใน อรทัย รวยอาจิม 2531:30) ได้กล่าวถึงการแสดงพฤติกรรมของบุคคลว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคลธรรมชาติของสภาพแวดล้อมที่อาศัยและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับแรงผลักดันทางสังคม สิ่งเหล่านี้จะรวมทั้งปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร โครงสร้างทางสังคม ความเชื่อทางสุขภาพและทัศนคติ ปัจจัยโครงสร้างทางสังคมจะสะท้อนถึง สภาพภาพส่วนบุคคลในสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่



## แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ในแนวคิดของโอเรียม (Orem,1991:3,64,117) การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ การดูแลตนเองจึงเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่มีเป้าหมาย มีรูปแบบและขั้นตอน เป็นการกระทำที่บุคคลลงใจเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองและถ้าความต้องการนี้ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพจะมีผลดังนี้คือ

1. สนับสนุนการดำรงชีวิต
2. การคงไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของบุคคลให้อยู่ในภาวะปกติ
3. สนับสนุนระดับพัฒนาการตามศักยภาพของบุคคล
4. ป้องกันการได้รับบาดเจ็บและการเกิดโรค
5. ส่งเสริมการปรับหรือควบคุมผลที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บและการเกิดโรค
6. สนับสนุนการดูแลรักษาหรือควบคุมพยาธิสภาพของโรค
7. ส่งเสริมสวัสดิภาพโดยทั่วไปของบุคคล

จากการศึกษากรอบแนวคิดพื้นฐานของ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Orem,1991:127)โอเรียมกล่าวถึงเรื่องของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand)และความสามารถในการดูแลตนเอง(Self-care agency)เป็นปัจจัยพื้นฐานบางส่วนของ การดูแลตนเอง ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งจะประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites)3 ด้าน คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสม กับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้ (Orem,1991:127)

### 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ

- 1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับ ตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

- 1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

- 1.1.3 หากความเพลิดเพลิดจากการหายใจ การดื่มและการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

### 1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

- 1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม



1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการจับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งผิดปกติจากการจับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ คำนิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัว กับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา เพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิตหน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเสี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

1.5.4 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอึดมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

1.6.3. ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ ของบุคคล(Health promotion & prevention)

1.6.4 ค้นหา และสนใจในความคิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง(Early detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ (Orem,1991:131)

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

- การขาดการศึกษา
- ปัญหาการปรับตัวทางสังคม
- การสูญเสียญาติมิตร
- ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ
- การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต
- ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3.การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ(Health deviation self-care requisites ) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อความผิดปกติหรือมีความพิการของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล เช่นเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย รวมทั้งผลกระทบจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้คือ (Orem, 1991:134)

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และ ดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาการวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆเข้าด้วยกันเพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพการวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

การที่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จะเข้าใจและสนองตอบต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพได้นั้นจะต้องมีพื้นฐานของความรู้ทางด้านการแพทย์พยาธิสภาพ พฤติกรรมศาสตร์ การตอบสนองของบุคคลต่อความเครียด ตลอดจนเทคโนโลยีต่างๆเป็นอย่างดี และจะต้องช่วยให้ผู้ป่วย หรือผู้รับผิดชอบผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเขาจะได้พึ่งพาตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการ ได้รับการตอบสนองและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วยแต่ในขณะเดียวกันจะต้องคัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วยแต่ในขณะเดียวกันจะต้องคัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ปกติ และเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการ และมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

**แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการผลิตสื่อ”คู่มือการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด**

การผลิตสื่อคู่มือนี้ใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้องคือ

- แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสื่อสิ่งพิมพ์
- แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความคาดหวังจากสื่อ

**แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสื่อสิ่งพิมพ์**

สื่อสิ่งพิมพ์ เป็นสื่อที่ได้รับความนิยม สามารถสร้างความสนใจในการสร้างทัศนคติที่ดี และใช้เผยแพร่ความรู้ในหน่วยงานต่างๆ ปัจจุบันมีการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ในการพัฒนาประเทศมากขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากสื่อสิ่งพิมพ์เหล่านี้สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางและสะดวก สื่อสิ่งพิมพ์มีจุดเด่น และ จุดด้อย ดังนี้ คือ

จุดเด่นของสื่อสิ่งพิมพ์

1. เป็นสื่อที่มีความคงทนถาวร สามารถเก็บรักษาไว้ได้นาน
2. ผู้รับสารเมื่อรับสื่อสิ่งพิมพ์ไปแล้วสามารถอ่านและทบทวนได้หลายครั้งเท่าที่ต้องการ



2. ความยากง่ายของเนื้อหาและการมีความหมายของเนื้อหา
3. วัสดุที่อ่านมีความหมายต่อผู้อ่านย่อมจะทำให้อ่านได้เร็วขึ้น
4. วัสดุที่อ่านง่ายจะอ่านได้เร็วกว่าวัสดุที่อ่านยาก

อุปสรรคของการอ่าน คำกร สติรกุล(อ้างใน ฉวีวรรณ บุญการณ์ 2525:51) ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต้องมีหลักต่อไปนี้

1. ความยากง่ายในการสื่อความหมายเรื่องราว(Readability) สิ่งนี้ขึ้นอยู่กับ ผู้เขียน ผู้เรียบเรียง หรือ ผู้ประพันธ์ว่าจะใช้ภาษาอย่างไร หรือสละสลวยช่วยทำให้เกิดความสนใจในการอ่าน
  2. ความยากง่ายในรูปตัวหนังสือ และความถูกต้องชัดเจน ได้แก่
    - 2.1 ลักษณะรูปแบบของตัวหนังสือ ต้องมีส่วนสูง ส่วนตรง สัดส่วนสมดุล (Balance) กันในความรู้สึกรู้สึกของผู้อ่าน
    - 2.2 แบบโครงสร้างตัวหนังสือที่เอามาผสมกันเป็นคำ เป็นบรรทัดหรือเป็นหน้าเกณฑ์ที่ถูกต้อง ทำให้อ่านง่าย อยู่ในพวกเดียวกัน หรือคล้ายไปทางเดียวกัน
    - 2.3 ลักษณะการเอาตัวหนังสือมาเรียงเป็นบรรทัด จะต้องกะให้ได้ช่วงบรรทัดที่พอดีไม่ยาวเกินไปแต่ละบรรทัดไม่ชิดกันเกินไป
  3. การออกแบบและการวางหน้า การจัดพิมพ์หนังสือจะต้องเรียกร้องความสนใจจากผู้อ่านให้หยิบขึ้นมาอ่าน อ่านแล้วจะอ่านนาน อ่านทุกหน้า ทุกบรรทัดติดต่อกัน ตัวหนังสือต้องอ่านง่าย อ่านสะดวก มีความถูกต้องชัดเจนสูง
  4. รูปร่างของหนังสือ โดยทั่วไปมี 2แบบคือ ถ้าหากเกิดเปิดหน้า โดยจับด้านยาวของเล่มเปิดออก เรียกว่าหนังสือแบบUpright และแบบเปิดหน้าโดยจับด้านกว้างของเล่มเรียกว่าหนังสือแบบ Uplong โดยมีความหนาสมดุลกันในความรู้สึกของเรา
  5. สีที่ใช้พิมพ์หนังสือและภาพ จะดึงดูดความสนใจของผู้อ่านได้มากกว่า นานกว่า ทำให้เกิดความเข้าใจและจำได้มากกว่าภาพขาวดำ และช่วยให้เกิดความประทับใจ เนื่องจากสีทำให้เกิดภาพเหมือนจริง ก่อให้เกิดอารมณ์ต่างๆได้ตามที่ผู้ใช้ต้องการ
  6. ภาพที่นำมาใช้มีจุดประสงค์ 2ประการ คือ
    - 6.1 ใช้เรียกร้องความสนใจจากผู้อ่าน
    - 6.2 เพื่ออธิบายเรื่องราว เพราะความคิดบางอย่างไม่สามารถอธิบายเป็นตัวอักษรได้ ต้องใช้ภาพประกอบ
  7. ตัวหนังสือในส่วนที่เป็นชื่อเรื่อง หัวเรื่อง จะต้องสะกดคำและตัวหนังสือที่ถ่ายทอดความคิดไปยังผู้อ่านได้ดี ต้องเลือกตัวหนังสือที่อ่านได้ง่ายมีความถูกต้องชัดเจน
- สิ่งที่ทำให้เอกสารสิ่งพิมพ์เพื่อการเผยแพร่เป็นที่น่าสนใจ วิจิตร อาวะกุล(25 :210-211) กล่าวดังนี้ คือ



1. เรื่อง หรือ เนื้อหาของเรื่องที่น่าสนใจ
2. ให้เรื่องราวข่าวสารที่ประชาชนสนใจ เป็นประโยชน์และเป็นความต้องการของประชาชน
3. เรื่องทันสมัยเหมาะกับเหตุการณ์ การแก้ปัญหาในขณะนั้น เรื่องเฉพาะเจาะจง ไม่ทับซ้อน เรียบเรียงดี มีประโยชน์ อ่านเข้าใจง่าย

4. เขียนขึ้นเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้อ่านนั้นๆ โดยเฉพาะทำให้เข้าใจง่าย ตรงเป้าหมายและแก้ปัญหาของกลุ่มนั้นๆ

5. มีการวางแผนในการเขียนเพื่อกลุ่มบุคคลในการส่งเสริม เขียนเข้าใจง่าย ชัดเจน ทำรูปเล่มเหมาะสม น่าสนใจ ควรศึกษาว่าได้รับความสนใจจากผู้อ่านหรือไม่เพียงใด ในการพิมพ์ครั้งแรกและควรมีการปรับปรุงแก้ไขในการพิมพ์ครั้งต่อไปให้ดีขึ้น

6. การแจกจ่ายและการเผยแพร่ ต้องจัดระบบการส่งให้เพียงพอกับผู้อ่านและสะดวกสบาย หลักการสร้างเอกสารสิ่งพิมพ์เพื่อเผยแพร่ ปฐม นิศมานนท์(2528:37)ได้กำหนดไว้ดังนี้  
คือ

1. ควรออกแบบรูปเล่มให้สวยสะดุดตาและดูใจผู้อ่าน
2. มีเนื้อหาสาระดีให้ประโยชน์กับผู้อ่าน
3. มีหลักการเขียน คือ รู้ว่าจะเขียนให้ใครอ่าน จะเขียนหนังสือประเภทใด เขียนทำไม เขียนเมื่อใด และเขียนที่ไหน
4. ใช้ประโยชน์ต่างๆชัดเจน กระชับตรงไปตรงมา เขียนให้อ่านง่ายเข้าใจง่าย
5. ขนาดของตัวอักษรจะต้องมีขนาดใหญ่เหมาะสมกับวัยของผู้เรียน
6. ควรมีภาพประกอบตามความจำเป็น เพราะจะช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจและจดจำได้ดีกว่าการมีแต่ตัวหนังสือ
7. มีพื้นที่ว่าง จะต้องมพื้นที่ว่างไว้หลายๆข้าง โดยไม่มีตัวอักษรใดๆปรากฏอยู่เลย เพื่อให้ผู้อ่านได้หยุดพักสายตาบ้าง

คู่มือเรื่อง"การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด" เป็นสื่อสิ่งพิมพ์ที่จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถศึกษาเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง โดยมีลักษณะเป็นเนื้อหาประกอบภาพเพื่อให้เข้าใจง่ายแก่การเข้าใจ จึงเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้อง ตลอดจนสร้างความเพลิดเพลินและช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

**แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความคาดหวังจากสื่อ**

ทฤษฎีความคาดหวังจากสื่อ เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมและแรงงูงใจ(Action Motivation Perspective)

แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมและแรงงูงใจมีพื้นฐานหลักอยู่ 3 ประการ คือ

1. พฤติกรรมของมนุษย์นั้นเป็นอิสระ ไม่เพียงแต่จะเลือกพฤติกรรมต่างๆ ได้เท่านั้น หากแต่ยังมีอิสระที่จะให้ความหมายส่วนตัวกับพฤติกรรมและประสบการณ์ต่างๆ ได้ กล่าวคือ ไม่จำเป็นต้องมีความคิดเห็นแต่เราควรเลือกศึกษาเฉพาะ

2. แม้ว่าจะมีแรงจูงใจบางอย่างอยู่ภายในมนุษย์ แต่เราควรเลือกศึกษาเฉพาะพฤติกรรมที่ผู้รับสารสามารถอธิบายความหมาย และวัตถุประสงค์ที่แสดงพฤติกรรมนั้นๆ ออกมา

3. ทฤษฎีนี้มีสิ่งสำคัญคือ เรื่องของอนาคต อนาคตที่ผู้รับสารสามารถมองเห็น นั่นคือ ผู้รับสารสามารถคาดการณ์ได้ว่าหากพฤติกรรมเช่นนี้เกิดขึ้น จะมีสิ่งใดเกิดขึ้นตามมาบ้าง ในอนาคต

ด้วยเหตุนี้แนวคิดทฤษฎีความคาดหวัง(Expectancy Theory) จึงถูกนำมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับผู้รับสารและพฤติกรรมการสื่อสาร(อ้างใน เรื่องศิลป์ แก้วดอนรี, 2539)

ความคาดหวังเป็นการตระหนักว่าสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีหน้าที่ หรือคุณสมบัติเฉพาะตัวหรือพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ความคาดหวังที่บุคคลมีต่อสื่อ นั่นก็คือความเชื่อที่ว่า สื่อนั้นมีศักยภาพพอที่จะใช้ประโยชน์และความพึงพอใจแก่ตน และเป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลเปิดรับสื่อที่ตนคลอกจนเป็นความรู้สึกที่สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการของคนในการที่จะตีความหมายของสภาพแวดล้อมเพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ตนต้องการ ส่วนความพึงพอใจในการติดต่อสื่อสาร คือ ความพอใจในข่าวสารที่ได้รับ เพราะข่าวสารต่างๆ ที่ได้รับนั้น ผู้รับสารสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจ และการปฏิบัติงานต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงไป (Evana ,1962) ดังนั้น ผู้ส่งสารจึงควรคำนึงถึงข่าวสารต่างๆ ว่ามีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับสารและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับสารได้

แนวคิดเกี่ยวกับการใช้สื่อเพื่อสนองความพึงพอใจของมนุษย์ เป็นแนวคิดที่มีความเชื่อว่าผู้รับสารเป็นผู้กำหนดว่า คนต้องการอะไร สื่ออะไร และสารอะไร จึงจะสนองความพอใจของคนได้ ผู้รับสารจะเลือกใช้สื่อและรับสารที่สามารถสนองความต้องการและความพอใจของตน แนวคิดนี้เป็นแนวคิดหนึ่งทางด้านการสื่อสารในแง่ที่ผู้รับสารคือตัวจักรที่ตัดสินใจโดยอาศัยพื้นฐานความต้องการของตนเป็นหลัก

ก่อนการผลิตผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์ผู้รับสาร (Audience Analysis) ก่อนที่จะผลิตคู่มือการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดนี้ขึ้นมา

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทิพา ต่อสกุลแก้ว และคณะ(2536) ทำการวิจัยเรื่อง"ประสิทธิผลของกลุ่มการให้ความรู้โรคเอดส์ในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบรรพตวิสัยพิทยาคม จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มการให้ความรู้โรคเอดส์ ต่อ ระดับความรู้ และการ

ปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และ มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ หลังการได้รับคู่มือดีกว่าก่อนได้รับคู่มือการให้ความรู้โรคเอดส์

นิตยา วรชาครียนนท์(2531) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "ผลของการใช้คู่มือการปฏิบัติตนที่มีต่อ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง" โดยทำการเปรียบเทียบ คะแนนความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนและหลังการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้คู่มือการปฏิบัติตน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้คู่มือการปฏิบัติตน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้น มีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น มีพฤติกรรมกาหายใจโดยใช้กลัมนื้อหน้าห้องและกระบ้งลม และการไอเอาเสมหะออกอย่างถูกวิธีดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

จงกล พุทธรักษา (2526) ทำการวิจัยเรื่อง "การเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการสอนโดยพยาบาลวิชาชีพ และที่เรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้หนังสือคู่มือ" โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันโดยจัดเป็นคู่ๆตามอายุ การศึกษา สถานที่พักรักษาตัว และวิธีผ่าตัด แล้วจัดเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มทดลองที่ 2 เป็นผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่เรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้หนังสือคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ได้ทำการทดสอบ 2 ครั้ง ก่อนเรียน และภายหลังจากเรียน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยพยาบาลวิชาชีพ และที่เรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้หนังสือคู่มือ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คมคาย นาคะปัท(2522) ได้ศึกษาประสิทธิผลของอุปกรณ์การสอนที่มีต่อการรับรู้มีดู้มกันโรคของเด็กในเขตจังหวัดราชบุรี โดยใช้อุปกรณ์การสอน คือ เอกสารเผยแพร่และโปสเตอร์เกี่ยวกับโรคคอตีบ บาดทะยัก โปลิโอ และไอกรน ต่อมารคากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มารคากลุ่มทดลองมีทัศนคติเกี่ยวกับมีดู้มกันโรค แตกต่างจาก มารคากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลักขณา มนธาตุผลิน(2523) ทำการศึกษาการเผยแพร่ข่าวสารด้านสาธารณสุขมูลฐานด้วยเอกสารเผยแพร่เรื่องอนามัยครอบครัว กับผลสัมฤทธิ์ในการให้เอกสารเผยแพร่ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีในวัยเจริญพันธุ์จำนวน 200 คน อายุ 15-45 ปี มีบุตรและยังอยู่กินกับสามี อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัด ขอนแก่น ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบ วิธีการวิจัยที่ใช้ คือ Pretest-Posttest Control Group Design โดยให้กลุ่มทดลองจำนวน 100 คน ได้รับแจกเอกสารเผยแพร่เกี่ยวกับความรู้เฉพาะสตรีและความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก ผลการวิจัยพบว่า ผู้ได้รับแจกเอกสารเผยแพร่ได้รับความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับแจก

เพ็ญศรี วงศ์สิโรจน์กุล(2534) ได้ศึกษาอิทธิพลของสื่อกับการให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่า มารดาที่มี อายุ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา ภูมิลำเนา และจำนวนบุตรต่างกัน เปิดรับสารจากสื่อบุคคล วิทยู เสียงตามสาย และป้ายประกาศไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า โดยทั่วไปแล้วประชาชนมีความสนใจสื่อต่างๆพอกัน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย