

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ
สำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจในสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

ปริญญานิพนธ์

ของ

จินตนา ตรีเงิน

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

เมษายน 2544

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ว. ๒
ร ๔๘๒ ๒
๑. ๓

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ
สำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจในสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

บทคัดย่อ

ของ

จินตนา ดรีเงิน

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

เมษายน ๒๕๔๔

๑๖๕๑๕๖

จินตนา ตริเงิน. (2544). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ สำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ในสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.คณะกรรมการควบคุม : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์, อาจารย์ บุปผา ปลื้มสำราญ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจในสถาบันโรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจในตึกสามัญศัลยกรรมหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 50 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบทดสอบความรู้ แบบสัมภาษณ์ด้านการปฏิบัติ และแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ดีวก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ ดีวก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
3. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจมีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
4. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

5. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจดีกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

6. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

THE EFFECTIVENESS OF THE HEALTH EDUCATION PROGRAM BY VIDEO AID
ABOUT PRE-OPERATION OF HEART DISEASE PATIENTS IN
THE INSTITUTE OF CARDIOVASCULAR DISEASES
AT RAJVITHI HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
JINTANA THREE-NGERN

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Health Education
at Srinakarinwirot University

April 2001

Jintana Three-ngern. (2001) *The Effectiveness of the Health Education Program by Video Aid about Pre-Operation of Heart Disease Patients in the Institute of Cardiovascular Diseases at Rajvithi Hospital*. Master Thesis, M.Ed. (Health Education) Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assist. Prof. Venus Pattamapaspong, Lect. Bubpha Plumsomran.

The study was two groups of pre-post test Quasi Experimental Research. The purpose of the research was to study the effectiveness of the health education program by video aid about pre-operation of heart disease patients in the Institute of Cardiovascular Disease at Rajvithi Hospital. The sample was fifty pre-operation of heart disease patients admitted in the cardiovascular thoracic ward in the Institute of Cardiovascular Diseases at Rajvithi Hospital. They were purposely selected and divided into two groups : study group and control group equally. The study group manipulated with health education program was made by the researcher and the control group manipulated with usual health education program. The data gathered by questionnaires about knowledge, practice and anxiety was analysed by using percentage, arithmetic mean, standard deviation, t-test (dependent) and t-test (difference score).

The results were as follows :

1. The pre – operation of heart disease patients of experimental group manipulated with health education program by video aid had higher knowledge than before the experiment significantly at the level .05.
2. The pre – operation of heart disease patients of experimental group manipulated with health education program by video aid had higher practice than before the experiment significantly at the level .05.
3. The pre – operation of heart disease patients of experimental group manipulated with health education program by video aid had less anxiety than before the experiment significantly at the level .05.

4. The pre – operation of heart disease patients of experimental group manipulated with health education program by video aid had higher knowledge than those having usual health education program significantly at the level .05.

5. The pre – operation of heart disease patients of experimental group manipulated with health education program by video aid had higher practice than those having usual health education program significantly at the level .05.

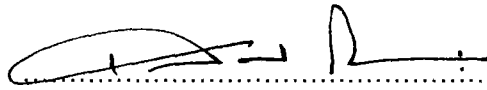
6. The pre – operation of heart disease patients of experimental group manipulated with health education program by video aid had less anxiety than those having usual health education program significantly at the level .05.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

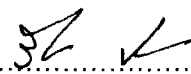
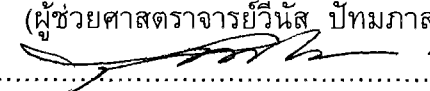
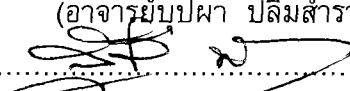
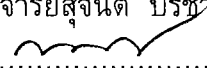
ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้วีดิทัศน์
เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ สำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ
ในสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

ของ
นางสาวจินตนา ตรีเงิน

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)
วันที่ 11 เดือน เมษายน พ.ศ. 2544

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)
.....กรรมการ
(อาจารย์ปภา พลัมสำราญ)
.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ)
.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌิมางกูร)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ อาจารย์ บุปผา ปลื้มสำราญ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชามารถ และ รองศาสตราจารย์สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌมางกูร กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้เสียสละเวลา ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เสร็จสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวนีย์ สิกขาบัณฑิต รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชามารถ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฬามาศ เทพชัยศรี คุณ อรพิน ตันติมุทธา และคุณ ชัยยุทธ กุลดงวัฒนา ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ และรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาล ราชวิถี ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล ขอขอบพระคุณ คุณวัชรินทร์ โกละกะ คุณบงกช จ्ञานงค์ผล คุณ ตรุณี เจริญเขตต์ คุณ พัชร รัตที คุณ ปิยะรัตน์ ศุภนันตชาติ คุณ สีสาวดี กองเมืองปักและนักศึกษาฝึกงาน งานโสตทัศนศึกษาและเวชนิทัศน์ โรงพยาบาล ราชวิถี ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการจัดทำวีดิทัศน์ ขอขอบพระคุณ คุณ สุนันทา ภูทอง ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการพิมพ์ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และ ผู้ปฏิบัติงานศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการเก็บข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ได้รับเงินอุดหนุนการวิจัยส่วนหนึ่งจากโรงพยาบาลราชวิถี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณดา โมรา เพชรรุ่ง คุณพ่อ ร.ด.บรรจง ดรีเงิน คุณแม่ บังอร ดรีเงิน ผู้วางรากฐานและสนับสนุนด้านการศึกษาของผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณ น.ต.หญิงพัชรี ดรีเงิน คุณ สิริชัย ดรีเงิน คุณ ทวิช ดรีเงิน พี่สาวและน้องชาย ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความห่วงใย ดูแลเอาใจใส่ เป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือ ผู้วิจัยมาโดยตลอด จนปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ในที่สุด

จินตนา ดรีเงิน

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ข้อดกลงเบื้องต้น.....	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	4
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	4
ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
กรอบแนวคิดในศึกษาค้นคว้า.....	7
สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	8
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการให้สุขศึกษา.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล.....	19
วัดทัศน.....	31
โรคหัวใจที่รักษาด้วยการผ่าตัด.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	59
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	59
งานวิจัยในประเทศไทย.....	62
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	69
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	69
รูปแบบการศึกษาค้นคว้า.....	69
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	70
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	75
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	93
สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	93
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	95
อภิปรายผล.....	96
ข้อเสนอแนะ.....	102
บรรณานุกรม.....	104
ภาคผนวก.....	115
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	148

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดของ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี.....	2
2	จำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลในปี 2538-2541.....	3
3	การจัดกิจกรรมและการออกกำลังกายหลังผ่าตัดตามขั้นตอน.....	50
4	แผนการดำเนินการทดลอง.....	75
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวและการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในการป่วยครั้งนี้.....	83
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรักษาโดย การผ่าตัดด้วยโรคอื่น ๆ และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตน ก่อนผ่าตัดหัวใจ.....	86
7	การหาประสิทธิภาพรายการวัดทัศนียภาพโดยอาศัยเกณฑ์มาตรฐาน (E_1/E_2).....	87
8	จำนวนผู้ทำแบบทดสอบความรู้แต่ละข้อถูก (E_2).....	89
9	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนในด้านความรู้ การปฏิบัติ และความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดหัวใจ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง การทดลอง.....	91
10	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ การปฏิบัติและความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	92
11	ค่าสถิติแสดงค่าความยาก ค่าอำนาจจำแนกค่า ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ วัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ก่อนผ่าตัดหัวใจ.....	132
12	ผลของคะแนนที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนทำถูก (E_1) ในขั้นตอนการทดสอบ คุณภาพวัดทัศนียภาพตามวัตถุประสงค์.....	133
13	จำนวนผู้เรียนที่ทำข้อสอบแต่ละข้อถูก (E_2) ในขั้นตอนการทดสอบคุณภาพ วัดทัศนียภาพตามวัตถุประสงค์.....	134

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	7
2	ความสัมพันธ์ของลำดับอารมณ์ต่าง ๆ.....	20
3	ผู้วิจัยทำตัวอักษรประกอบวีดิทัศน์.....	144
4	ผู้วิจัยขณะถ่ายทำวีดิทัศน์.....	144
5	ผู้วิจัยกับเจ้าหน้าที่โสตทัศนศึกษา ผู้ให้ความช่วยเหลือในการทำวีดิทัศน์.....	145
6	ผู้วิจัยนำเข้าสู่บทเรียน.....	145
7	ผู้ช่วยกลุ่มทดลองดูวีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ.....	146
8	ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญของรายการวีดิทัศน์.....	146
9	ผู้ช่วยสาธิตการทำความสะอาดผิวหนัง.....	147
10	ผู้ช่วยสาธิตการสวนอุจจาระ.....	147

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

"หัวใจคือชีวิต" คำกล่าวนี้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของหัวใจต่อการมีชีวิตได้เป็นอย่างดีเพราะการมีความปกติสมบูรณ์ของหัวใจย่อมหมายถึงการมีชีวิตที่มีความหวังที่จะสร้างสรรค์ชีวิตและสังคมต่อไปได้ แต่หัวใจมักถูกคุกคามโดยโรคต่าง ๆ ทั้งโรคหัวใจที่เกิดขึ้นตั้งแต่กำเนิด (Congenital heart disease) และโรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acquired heart disease) จนทำให้โรคหัวใจเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกของประเทศไทยมาโดยตลอด(สุทธิลักษณ์ ดั่งกุลบริบูรณ์. 2539 : 1)

โรคหัวใจที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดและโครงสร้างของหัวใจเป็นโรคที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด เช่น ผ่าตัดหัวใจรั่วแต่กำเนิด ลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นต้น การผ่าตัดหัวใจเป็นการผ่าตัดที่ต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ ความชำนาญ เฉพาะทาง และมีการนำอุปกรณ์ทางเทคโนโลยีขั้นสูงเข้ามาใช้ในขณะผ่าตัดและในการดูแลหลังผ่าตัด นอกจากนี้โรคหัวใจยังเป็นอวัยวะที่มีการทำงานเกี่ยวข้องกับอวัยวะอื่น ๆ ที่สำคัญ เช่น สมอง ปอด ไต เป็นต้น การผ่าตัดหัวใจจึงส่งผลกระทบซ้อนไปถึงการทำงานของอวัยวะเหล่านี้ด้วย ดังนั้นในการผ่าตัดหัวใจจึงมีความเสี่ยงสูงและมีภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ตัวผู้ป่วยเองก็รู้สึกหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดของร่างกาย เมื่อต้องเข้ารับการผ่าตัดจึงรู้สึกว่าเป็นการถูกคุกคามต่อความปลอดภัยของร่างกาย ส่วนภาวะจิตใจของผู้ป่วยที่จะต้องรักษาด้วยการผ่าตัดนั้น พบว่ามีภาวะความแปรปรวนทางด้านจิตใจ (Psychological disturbance) เกิดขึ้นตั้งแต่พบว่าตนเองมีความผิดปกติของร่างกายก่อนที่จะมาพบแพทย์ ความแปรปรวนของจิตใจนี้เกิดขึ้นเนื่องจากความตึงเครียด ความหวาดกลัว และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (เรณู อาจสำลี. 2533 : 102) เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นอีกจากความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญ การไม่ได้รับข้อมูลที่ ต้องการ กลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน หดสมรรถภาพ พิกการ สูญเสียภาพลักษณ์ กลัวตาย กลัวดมยาสลบแล้วไม่ฟื้น การต้องพรางจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด กลัวสูญเสียหน้าที่ การงาน มีปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น (Carnevali. 1966 : 1538 ; Graham and Conley. 1971 : 121 ; Beland and Passos. 1981 : 485 ; Cawley and others. 1990 : 93) การที่ผู้ป่วย

มีความวิตกกังวลและความกลัวในระยะก่อนผ่าตัดอาจทำให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมออกมาในลักษณะต่าง ๆ กันจนกลายเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อผ่าตัดได้ (กันยา ออประเสริฐ. 2530 : 48) ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดจะแสดงอาการวิตกกังวลแตกต่างกันไป บางรายมีความกลัวมากไม่สามารถให้ความร่วมมือเท่าที่ควร ติดตอสื่อสารเข้าใจยาก ทำให้ต้องพูดซ้ำหลายครั้ง ซึ่งก่อให้เกิดความกลัวยิ่งขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย คือ ซิพจรเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นจนบางครั้งคัลยแพทย์ต้องงดการผ่าตัดหรือเลื่อนการผ่าตัด เพราะไม่อาจเสี่ยงต่ออาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัดได้ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเตรียมผ่าตัดแต่ละครั้งมากขึ้น รวมทั้งเสียเวลาอยู่โรงพยาบาลยาวนานออกไป และจากการศึกษาของศิริพร สติธยธาวร (2540 : 87) พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยประสบเมื่อได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ทำให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล ที่เป็นเช่นนี้เพราะการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้สถานการณ์ได้ถูกต้อง มีความเชื่อมั่น ไม่คาดการณ์ล่วงหน้าอย่างผิด ๆ ถูก ๆ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

ดังนั้นการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมการรักษาให้มีประสิทธิภาพ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี เป็นหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ให้บริการด้านการผ่าตัดอวัยวะในทรวงอก ได้แก่ หัวใจ ปอด หลอดอาหาร ตลอดจนความผิดปกติของหลอดเลือด มีผู้มารับบริการจากทุกภาคเป็นจำนวนมาก ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดของสถาบันโรคหัวใจ
โรงพยาบาลราชวิถี

ปี	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดของ สถาบันโรคหัวใจ (ราย)	จำนวนผู้ป่วย ผ่าตัดหัวใจ (ราย)	ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ
2538	1,062	821	77.45
2539	1,003	769	76.66
2540	1,010	809	80.09
2541	1,330	1,072	80.60

ที่มา : โรงพยาบาลราชวิถี (2538 - 2541) สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถี

ตาราง 2 จำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลในปี 2538 - 2541

ปี	จำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล (วัน)	
	ตึกสามัญศัลยกรรมหัวใจ	ตึกพิเศษศัลยกรรมหัวใจ
2538	17	15
2539	17	14
2540	18	12
2541	13	11

ที่มา : โรงพยาบาลราชวิถี (2538 - 2541) สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถี

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่า 10 วัน ซึ่งส่งผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม สถาบันโรคหัวใจเป็นสถานบริการของรัฐ มีความจำกัดในเรื่องบุคลากรและจำนวนเตียงที่ให้บริการ จึงไม่ต้องการให้จำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลมากเกินไป การแก้ปัญหาจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลสูงนี้ สถาบันโรคหัวใจได้แก้ไขโดยการลดจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลในช่วงระยะก่อนผ่าตัดลงและจัดทำโครงการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดหัวใจ (Pre - admission) โดยการนัดผู้ป่วยมาตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการผ่าตัดประมาณ 1 - 2 สัปดาห์ และรับไว้ในโรงพยาบาลก่อนวันผ่าตัด 1 - 2 วัน จากการดำเนินการดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยได้รับการศึกษาในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดไม่ครบถ้วน เนื่องจากพยาบาลผู้ซึ่งทำหน้าที่ด้านการพยาบาลและการให้สุขศึกษานั้นมีจำนวนจำกัด ไม่สามารถสอนผู้ป่วยที่มีจำนวนมากได้ และผู้วิจัยได้รับมอบหมายจากผู้บริหารของสถาบันโรคหัวใจให้ดำเนินการจัดการให้ศึกษาโดยใช้วิธีการที่เหมาะสมแทนการสอนสุขศึกษารายกลุ่มโดยพยาบาล ผู้วิจัยคิดวิธีทดแทนการให้บริการในส่วนของการสอนสุขศึกษา โดยการนำวิดีโอทัศน์มาใช้ เนื่องจากวิดีโอทัศน์เป็นสื่อที่มีลักษณะที่เหมาะสม สอดคล้องกับการวิจัยของ บุญส่ง แจ่มสว่าง (มารยาท จิตบรรพต. 2534 : 44 ; อ้างอิงจาก บุญส่ง แจ่มสว่าง. 2523. การวิเคราะห์การใช้สื่อเพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยสำหรับประชาชนของเจ้า

หน้าที่ โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร : ก - ข) ที่ว่าเทปโทรทัศน์ เป็นสิ่งที่ใช้ในการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่ประชาชนให้ความสนใจมากที่สุด คือ ผู้ชมได้รับทั้งภาพและเสียงที่เหมือนสภาพจริงที่สุด และยังสามารถแสดงขั้นตอน กระบวนการที่ซับซ้อนในการปฏิบัติให้เห็นจริงอย่างชัดเจน (ชม ภูมิภาค. 2528 : 238) นอกจากนี้ยังสามารถใช้ได้ทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม และสามารถนำมาฉายทบทวนได้ตลอดเวลา จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้สื่อประเภทวีดิทัศน์เพื่อให้ผู้ป่วยที่จะผ่าตัดหัวใจได้รับความรู้อย่างถูกต้องพอเพียงและทั่วถึง

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อน ผ่าตัดหัวใจ

ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้ป่วยโรคหัวใจที่รอรับการผ่าตัดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีอายุมากกว่า 15 ปี (จัดเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ตามการแบ่งประเภทผู้ป่วยของโรงพยาบาลราชวิถี) มีความพร้อมด้านการมองเห็นและการได้ยินและไม่เคยได้รับการผ่าตัดหัวใจมาก่อน

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปดำเนินการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ทำให้ได้สื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ป่วยเพื่อเตรียมตัวก่อนผ่าตัดหัวใจ
3. ผลจากการศึกษาที่ได้รับจะเป็นข้อมูลในการดำเนินการจัดสุขศึกษา โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในเรื่องอื่น ๆ ต่อไป
4. เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนางานวิจัยโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่เตรียมตัวเข้ารับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี ประมาณเดือนละ 60 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่เตรียมตัวเข้ารับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ
2. การให้สุขศึกษาตามปกติ

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจ การปฏิบัติตน และความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดหัวใจ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์

หมายถึง ผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดหัวใจเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ การปฏิบัติตน และความวิตกกังวล

2. การให้สุขศึกษาตามปกติ

หมายถึง การให้ความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ โดยวิธีอธิบายที่ปฏิบัติกันเป็นประจำตามปกติของสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

3. ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจ

หมายถึง ความสามารถเข้าใจและจดจำเนื้อหา ข้อเท็จจริงเรื่องการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจ สามารถวัดได้โดยแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ

หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับ การผ่าตัดหัวใจ ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสัมภาษณ์ด้านการปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5. ความวิตกกังวล

หมายถึง ความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ หรือไม่สบายใจ รู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว และกังวลต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในช่วงก่อนผ่าตัดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความ วิตกกังวล ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามความวิตกกังวลของ สปีลเบอร์เกอร์ ที่ชื่อ The State - trait anxiety inventory form X - I ซึ่งเป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญปัญหา

6. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ

หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่รับไว้ในสถาบัน โรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อบำบัดโรคหัวใจ ไม่มีความผิดปกติในการมองเห็นหรือการได้ยิน และไม่เคยได้รับการผ่าตัดหัวใจมาก่อน

7. สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

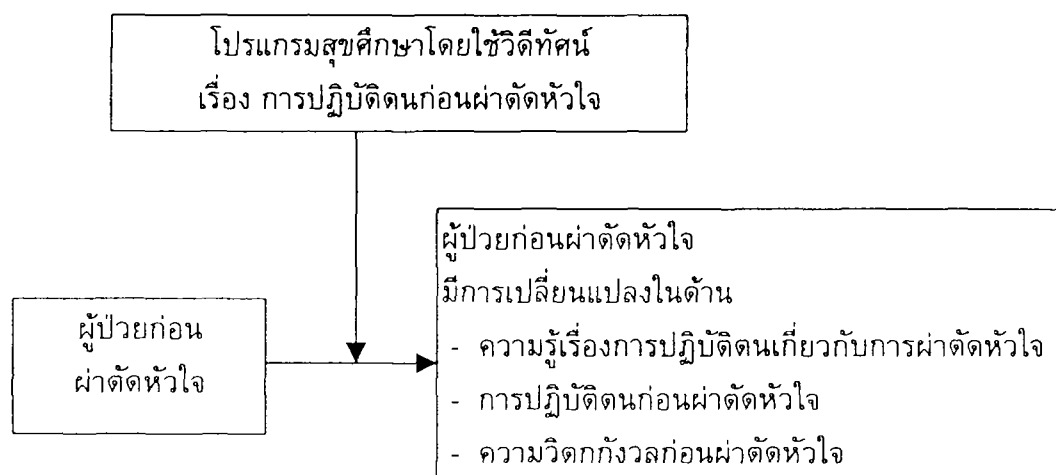
หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการรักษาโรคหัวใจและทรวงอกในระดับตติยภูมิ ได้แก่ การผ่าตัดทางด้านหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอกแก่โรงพยาบาลในเครือข่ายของกระทรวง สาธารณสุขทั่วประเทศ ผ่านระบบส่งต่อผู้ป่วย (Referral system) และแก่ประชาชนทั่วไป เป็น หน่วยงานที่มี 2 สถานภาพในขณะเดียวกัน คือ

7.1 เป็นหน่วยงานศัลยกรรมหัวใจ ในกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งเป็นหน่วยงานตามที่กำหนดไว้ในระบบงบประมาณและสายการบังคับบัญชาของหน่วยราชการ ตามประกาศไว้ในพระราชกิจจานุเบกษา

7.2 เป็นหน่วยงานวิชาการภายในของกรมการแพทย์ ซึ่งเป็นสถานที่กำหนดขึ้น ใช้เฉพาะภายในกรมการแพทย์ โดยคำสั่งของอธิบดีกรมการแพทย์ โดยมีสถานะเทียบเท่ากอง หนึ่งในกรมการแพทย์ แต่มีใช้หน่วยงานตามที่กำหนดไว้ในระบบงบประมาณ และสาย บังคับบัญชาของหน่วยราชการตามประกาศไว้ในพระราชกิจจานุเบกษา (สุปรีชา ธนะมัย และ คนอื่น ๆ. 2543 : 3)

จากการศึกษาปัญหา เอกสารที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยมีกรอบแนวคิดดัง ปรากฏตามภาพประกอบ 1

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดดีกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา
2. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจดีกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา
3. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา
4. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ
5. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจดีกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ
6. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการให้สุขศึกษา
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
4. วีดิทัศน์
5. โรคหัวใจที่รักษาด้วยการผ่าตัด
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการให้สุขศึกษา

สุขศึกษาเป็นวิทยาศาสตร์ประยุกต์สาขาหนึ่งที่ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ค้นพบด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพกับการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน สุขศึกษาจะช่วยเชื่อมโยงช่องว่างระหว่างสิ่งที่รู้กับการนำเอาไปปฏิบัติ สุขศึกษาจึงเป็นทั้งวิทยาศาสตร์ และศิลป์ที่เกี่ยวข้องกับการมีชีวิตรอยู่อย่างมีความสุข โดยเน้นด้านการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ (Prevention) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) แก่ประชาชน (พรสุข หุ่นรินทร์. 2534 : 5)

วิธีการให้สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการจัดโอกาสและประสบการณ์การเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติตนในเรื่องสุขภาพไปในทางที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเอง สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน (ไพฑูรย์ ลีอกิจจา. 2542 : 51)

สุขศึกษาเป็นกระบวนการในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยประชาชนต้องเรียนรู้และตัดสินใจ ปฏิบัติด้วยตนเอง พฤติกรรมสุขภาพนั้น รวมความถึงพฤติกรรมทางด้านความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรมด้านเจตคติ ทำที่ความรู้สึก ค่านิยม และการปฏิบัติ พฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้น ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติส่วนบุคคล เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง การป้องกันโรคและความพิการที่สามารถป้องกันได้ การดูแลช่วยเหลือตนเองและ

ครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย การรู้จักประโยชน์ของบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ทุกระดับ และสามารถเลือกใช้บริการได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมเมื่อมีความจำเป็น ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมกับชุมชนของตนเองในการพัฒนาสิ่งแวดล้อม และแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน มีการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐานโดยชุมชนเอง จึงจะช่วยสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพของชุมชนไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้

การดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อสนับสนุนการมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น จึงจำเป็นจะต้องมีการวิเคราะห์ปัญหาทางสุขศึกษาและพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ โดยวิเคราะห์ในทุกองค์ประกอบของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานว่ามีปัญหาด้านพฤติกรรมอะไรบ้าง และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่จะช่วยสนับสนุนในการแก้ปัญหาสุขภาพนั้น ๆ หรือพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยนแก้ไข หรือเรื่องจำเป็นที่ประชาชนจะต้องเข้าใจและปฏิบัติ ซึ่งจะต้องวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในแต่ละกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานทุกองค์ประกอบ เช่น ปัจจัยทางด้านความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและท่าทีความรู้สึก ปัจจัยที่เป็นสิ่งสนับสนุนเอื้ออำนวยในการปฏิบัติหรือขัดขวางการปฏิบัติ ปัจจัยทางการให้บริการ การมีส่วนร่วมของชุมชน และปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อให้ทราบปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั้น ๆ ในทุกองค์ประกอบของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

กลวิธีการให้สุขศึกษา

กลวิธีการให้สุขศึกษาแต่ละวิธีให้ได้ผล จำเป็นต้องเข้าใจถึงลักษณะของแต่ละกลวิธี รวมถึงประโยชน์และข้อจำกัดของการใช้เป็นวิธีที่ดี กลวิธีต่าง ๆ ทางสุขศึกษาที่สำคัญมีดังนี้ (ลักษณ์ ยอดกลกิจ. 2540 : 15 ; อ้างอิงจาก ธนวรรณ อัมสมบุรณ์. 2535. *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์* : 1)

1. การบรรยาย เป็นกลวิธีหนึ่งของการสอนที่ใช้กันมากและใช้ง่ายที่สุด แต่จะทำให้เกิดผลการเรียนรู้ได้น้อยสุด โดยทั่วไปการบรรยายจะใช้ได้ผลดีต้องมีการอภิปรายและซักถามควบคู่กันไปด้วย
2. การสอนเฉพาะตัว หรือที่รู้จักกันดีในลักษณะของการปรึกษาสุขภาพ การสอนเฉพาะตัว มีผลต่อการเรียนรู้อย่างมาก ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้อย่างกว้างขวางทั้งในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุขและชุมชนในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน
3. สื่อสารมวลชน สื่อสารมวลชนที่ใช้ในงานสุขศึกษาเป็นการสื่อสารกับเป้าหมายจำนวนมาก สื่อสารมวลชนที่ใช้กันมาก ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ และสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ โดยทั่วไปแล้วการใช้สื่อสารมวลชนในงานสุขศึกษา มีข้อจำกัดในด้านประสิทธิภาพเป็นอย่างมาก

4. โสตทัศนูปกรณ์ ถ้าดูผิวเผินการใช้โสตทัศนูปกรณ์จะคล้ายกับการใช้สื่อสารมวลชน แต่มีความแตกต่างในขอบเขตของกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้

5. โปรแกรมสำเร็จรูป เป็นโปรแกรมการเรียนรู้ที่จัดขึ้นโดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้เอง ซึ่งอาจจะอยู่ในลักษณะของสิ่งพิมพ์หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ ก็ได้ เพื่อให้แต่ละคนได้เรียนรู้เป็นการเฉพาะตัว

6. โทรทัศน์เพื่อการศึกษา เป็นสื่อการเรียนรู้คล้ายกับโปรแกรมการเรียนรู้สำเร็จรูปแตกต่างกันตรงที่ใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายให้เรียนรู้เป็นกลุ่ม เป็นชั้น

7. การสร้างทักษะเฉพาะ เป็นกลวิธีที่จะใช้สำหรับการเรียนรู้ที่ต้องการให้มีการฝึกหัดฝึกปฏิบัติจริง

8. การสร้างสถานการณ์จำลองและเกมส์ เป็นกลวิธีในการสอนโดยการจำลองสถานการณ์จริงหรือจัดเกมส์จริงขึ้นมาเพื่อให้กลุ่มได้เรียนรู้ ซึ่งใช้ในการสร้างแรงจูงใจได้ดี

9. การเรียนรู้โดยการซักถาม เป็นกลวิธีในการสอนที่ให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิดของตนเองเป็นหลักแล้วขยายขอบเขตความเข้าใจให้กว้างขวางออกไป ใช้ได้ดีกับกลุ่มนักเรียนนักศึกษา

10. การอภิปรายในกลุ่มเพื่อน เป็นกลวิธีทางสุศึกษาที่ใช้ได้ผลดีมากสำหรับการเรียนรู้เป็นกลุ่ม และสร้างแรงจูงใจระยะยาว ซึ่งเป็นการพัฒนาการตัดสินใจโดยใช้บรรทัดฐานของกลุ่ม

11. การใช้ต้นแบบตัวอย่าง เป็นกลวิธีที่เป็นกลไกของกระบวนการทางสังคม คือ การที่บุคคลมีการเรียนรู้โดยการเลียนแบบหรือศึกษาจากบุคคลอื่นที่ตนเองยอมรับ มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดหรือนิยมชมชอบ

12. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเงื่อนไข เป็นกลวิธีในการแก้ไขพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง โดยอาศัยเงื่อนไขบางประการที่ได้กำหนดขึ้น และความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอที่จะเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ในเรื่องนั้น ๆ โดยตรง

13. การพัฒนาชุมชน เป็นกลวิธีที่ใช้ในงานสุศึกษา โดยการจัดให้ชุมชนได้มีการเรียนรู้และพัฒนาทักษะความสามารถ และความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ โดยทั่วถึงกันทั้งชุมชน การพัฒนาชุมชนเป็นการพึ่งพาตนเอง เป็นการแก้ไขปัญหา ซึ่งใช้ได้ดีในชุมชนที่มีความตื่นตัว และมีความสนใจสูง

14. การใช้มาตรการทางสังคม เป็นกลวิธีที่ใช้สำหรับการดำเนินการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มบุคคล โดยใช้มาตรการต่าง ๆ ที่มีความเข้มงวดกวดขันในระดับต่าง ๆ กัน ตามลักษณะของปัญหาและกลุ่มเป้าหมาย

15. การวางแผนพัฒนาสังคมและองค์กร เป็นกลวิธีที่ใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมในสังคม โดยการวางแผนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลและการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งมาก จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

เพื่อให้ได้ผลในการสอนสุขศึกษา จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่จะสอนความต้องการของผู้ที่จะเรียนรู้ และการวางแผนการสอนสุขศึกษา สุขศึกษาใช้หลายวิธีการในการดำเนินงาน หลักสำคัญคือใช้กระบวนการเรียนการสอน ซึ่งประกอบด้วย การจำแนกผู้เรียน การวิเคราะห์ความต้องการของผู้เรียน การกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน การกำหนดเนื้อหาและการเลือกวิธีการสอน การประเมินความพึงพอใจ การประเมินผลการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์และอื่น ๆ ตามความจำเป็น

ในการเลือกใช้วิธีการสุขศึกษาที่ถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้ผู้รับฟังเกิดการเรียนรู้ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งโดยทั่วไปการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้กับทุก ๆ คน และตลอดชีวิต ทุกคนเรียนรู้ในสิ่งเดียวกันด้วยวิธีการที่แตกต่างกันหรือประสบการณ์เดียวกัน อาจทำให้เกิดการเรียนรู้ของบุคคลแตกต่าง อัตราเร็วของการเรียนรู้ หรือเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะ และทักษะของบุคคลได้ กล่าวคือ การเรียนรู้นอกจากจะเป็นพัฒนาการที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลแล้วยังเกิดขึ้นได้ในทุกสภาวะ ไม่จำเป็นต้องเกิดจากห้องเรียนเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการจัดโอกาส และกระบวนการถ่ายทอดความรู้ซึ่งอาจเป็นที่บ้าน ในชุมชน โรงพยาบาล หรือในชีวิตประจำวัน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 217 - 220)

การเลือกวิธีการให้สุขศึกษา

การใช้วิธีการสุขศึกษาที่เหมาะสมกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย ถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง องค์กรประกอบที่ควรนำมาวิเคราะห์เพื่อเลือกวิธีการสอนให้เหมาะสมควรอาศัยเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้ (สุริย์ จันทรโมลี. 2527 : 5)

1. วิธีการสอนแต่ละชนิดที่นำมาใช้ ผู้ใช้ต้องมีความรู้ในวิธีการนั้น ๆ อย่างดี รู้ถึงจุดมุ่งหมาย เทคนิคการใช้ ข้อดี ข้อเสีย ข้อควรระวัง ไม่ควรดำเนิน วิธีการสอนวิธีใดวิธีหนึ่งว่าไม่ดีเพราะเป็นสิ่งที่แสดงว่าผู้สอนไม่มีความรู้ในการเลือกวิธีสอน ไม่มีความรู้ในการใช้วิธีการสอนนั้น ๆ เพราะวิธีการสอนแต่ละชนิดจะมีจุดอ่อนหรือมีข้อเสียและข้อดีในตัว

2. วิธีการต้องเหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้สอนจะต้องรู้จักวิเคราะห์ผู้เรียนคือใคร จะให้ความรู้เรื่องอะไร ทำไมจึงต้องให้ ควรเขียนวัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ต้องการให้เกิดผลอย่างไร สิ่งเหล่านี้จะช่วยเป็นแนวทางในการเลือกวิธีการสอนให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย การเลือกวิธีการสอนเหมือนกับการเลือกเสื้อผ้า รองเท้า ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้สวมใส่

3. เลือกวิธีการสอนให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียน เช่น วิธีสอนสำหรับรายบุคคล รายกลุ่ม กลุ่มใหญ่กับกลุ่มเล็ก เช่น ถ้าสอนกลุ่มใหญ่ 400 หรือ 500 คน ถ้าใช้การอภิปรายกลุ่ม อาจไม่มีห้องหรือที่ปรึกษาเพียงพอ

4. ควรเลือกวิธีการสอนที่ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า คือ ทางตา ทางหู ทางจมูก ทางลิ้น การสัมผัส การเรียนรู้โดยประสาทสัมผัสทั้งห้า ทำให้ผู้เรียนเกิดการเข้าใจ จำได้ประทับใจ สามารถนำไปปฏิบัติตามได้ วิธีการสอนจึงต้องใช้หลายวิธี

5. การเลือกวิธีการสอน ควรคำนึงถึงช่วงเวลาที่มียู่ วิธีการบางอย่างต้องใช้เวลาเตรียมตัวมาก บางวิธีการใช้เวลาเตรียมตัวน้อย เช่น การประชุมกลุ่มย่อยใช้เวลาเตรียมตัวน้อย ส่วนการประชุมกลุ่มใหญ่ใช้เวลามากกว่า การสอนบางวิธีต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือและเวลาที่จะใช้ประกอบการสอนมาก เช่น การสอนแบบสาธิต

6. วิธีการสอนแต่ละชนิดช่วยให้เกิดการเรียนรู้ต่างกัน เกิดทักษะต่างกัน วิธีการสอนบางชนิดให้ความรู้โดยตรง บางชนิดฝึกทักษะ บางชนิดฝึกความสามารถ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพควรพิจารณาเลือกวิธีการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนรู้จักคิดเป็น ทำเป็น รู้จักใช้เหตุผล ใช้สติปัญญา และการไตร่ตรองให้เหมาะสมกับสภาพของผู้เรียน เลือกวิธีการสอนที่ทำให้เกิดแนวคิดหลักทางด้านสุขภาพที่ดี เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและสังคมของผู้เรียน

7. ใช้วิธีการสอนที่ยึดผู้เรียนหรือผู้ปวยเป็นหลัก และวิธีการสอนที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม เลือกวิธีการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนนำไปประยุกต์ปฏิบัติตามได้

8. วิธีการสอนแต่ละชนิด ควรคำนึงถึงเวลาที่จะใช้ ถ้ามีเวลาจำกัด แต่เลือกใช้วิธีการสอนที่ต้องใช้เวลา จะทำให้การสอนไม่ครบกระบวนการ ต้องเร่งรีบทำให้ไม่ได้ผล นอกจากนั้นวิธีการที่นำมาใช้ต้องคำนึงถึงการประหยัดด้านแรงงาน เศรษฐกิจ ความเป็นไปได้ เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง

9. รู้จักดัดแปลงวิธีการสอนให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียนกับสภาพท้องถิ่นกับสถานการณ์ หรือเหมาะสมกับปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น

10. ในการใช้วิธีการสอนแต่ละชนิดควรคำนึงถึงองค์ประกอบอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การใช้แรงจูงใจ การเสริมกำลังใจ สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ บรรยากาศ สถานที่ เพื่อช่วยให้วิธีการสอนนั้น ๆ ดำเนินไปด้วยความราบรื่น ประทับใจ ดึงดูดความสนใจ ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีความพอใจ ส่งเสริมให้สนใจติดตามการรักษาต่อไป

11. หลังจากใช้วิธีการสอนแต่ละชนิด ควรจะได้ประเมินผลวิธีการนั้น ๆ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

วิธีการที่ผู้วิจัยเลือกนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมการให้สุศึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ซึ่งปัจจุบันโปรแกรมการให้สุศึกษาแบบกลุ่มนิยมใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยคล้ายกัน เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มมารดาก่อนคลอดและหลังคลอด กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในสภาพการเจ็บป่วย มองเห็นปัญหาของตนเอง ผู้ป่วยช่วยกันหาทางแก้ปัญหาแลกเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหา ได้เห็นตัวอย่างจากคนอื่นช่วยให้การตัดสินใจง่ายขึ้นช่วยสนับสนุนให้กำลังใจโดยคนในกลุ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากกว่าวิธีการอื่น ๆ ถ้ามีการวางแผนและจัดให้เหมาะสม

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายท่าน ดังนี้

กูด (Good. 1959 : 55-65) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert behavior) และเกิดขึ้นภายนอก (Overt behavior) ที่คาดหวังให้ผู้เรียนมีหรือเกิดขึ้น พฤติกรรมสุขภาพนี้ รวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้ แต่จะสามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของเด็กเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทักษะ โดยเน้นพฤติกรรมที่ครูสามารถสังเกตได้

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2532 : 11) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ หรือบุคคลอื่นแล้วแต่กรณีรวมถึงการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพในรูปของความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำหรือการปฏิบัติทั้งหลายที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 156-162) ได้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมของบลูม (Bloom) ว่าพฤติกรรมดังกล่าวประกอบด้วย

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain)
2. พฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective domain)
3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain)

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปว่า เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถทางด้านสติปัญญา ซึ่งจำแนกได้คือ

1.1 ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถที่จะจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นทักษะและความสามารถของสติปัญญาระดับแรก รู้ว่าผู้อื่นสื่อสารอย่างไร และสามารถที่จะนำเอาข้อมูลหรือปัจจัยที่ได้รับมาใช้ให้เป็นประโยชน์

1.3 การนำไปประยุกต์ใช้ (Application) คือความสามารถที่จะนำความรู้ ความเข้าใจจากหลักสูตร กฎเกณฑ์และวิธีดำเนินการต่าง ๆ ของเรื่องนั้นไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เหมือนเดิมได้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่างส่วนที่ประกอบกันขึ้นเป็นปัญหาหรือสภาพการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถและทักษะที่จะนำองค์ประกอบหรือส่วนต่าง ๆ เข้ามารวมกันหรือให้เป็นภาพพจน์ที่สมบูรณ์เป็นขบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาส่วนย่อยแต่ละส่วน แล้วจัดรวมกันเป็นหมวดหมู่ เพื่อให้เกิดความกระจ่างในสิ่งเหล่านั้นขึ้นมา

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาและตัดสินใจไม่ว่าจะด้วยมาตรฐานที่ผู้อื่นกำหนดไว้หรือกำหนดขึ้นด้วยตนเองก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective domain) พฤติกรรมด้านนี้ ได้แก่ ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ เจตคติ การรับ การเปลี่ยน หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบายเพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษ

ในการวัดพฤติกรรมเหล่านี้ เพราะความรู้ภายในของคนนั้นยากต่อการที่จะวัดพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก และขั้นตอนของการเกิดพฤติกรรมจิตพิสัยมีดังนี้

- 2.1 การรับรู้
- 2.2 การตอบสนอง
- 2.3 การให้ค่า
- 2.4 การจัดกลุ่มค่า
- 2.5 การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่นับถือ

2.1 การรับรู้หรือการให้ความสนใจในขั้นนี้บุคคลจะถูกกระตุ้นให้รับทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่ และบุคคลนั้นจะมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจที่พร้อมจะรับสิ่งเร้านั้นหรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น การรับรู้หรือการให้ความสนใจนี้เป็นขั้นของ สภาพจิตใจขั้นแรกที่จะนำไปสู่สภาพจิตใจขั้นต่อไป แต่เนื่องจากคนเรามีประสบการณ์เดิม หรืออาจจะได้รับการเรียนรู้ชนิดเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ จากประสบการณ์เดิมนี้อาจจะมีสภาพจิตใจในขั้นของการรับรู้หรือการให้ความสนใจอยู่พร้อมแล้ว โดยที่ไม่ต้องถูกกระตุ้นให้เกิดขึ้นได้การรับรู้หรือการให้ความสนใจนี้ บุคคลจะมีสภาพจิตใจ 3 ลักษณะคือ

2.1.1 เกิดความตระหนัก ถูกผิด หรือเกิดความรู้สึกว่ามีสิ่งหนึ่ง มีเหตุการณ์หนึ่งหรือสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งการรู้สึกว่ามี หรือการได้ตระหนักถูกผิดเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจเท่านั้น

2.1.2 ความเต็มใจที่จะรับสิ่งมากระตุ้นนั้น

2.1.3 การเลือกรับหรือการเลือกให้ความสนใจ โดยบางบุคคลจะเลือกรับในสิ่งที่ทำความพอใจมาให้ และจะไม่รับในสิ่งที่เขาไม่ชอบ

2.2 การตอบสนอง เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากพฤติกรรมในขั้นที่หนึ่ง บุคคลจะให้ความสนใจอย่างเต็มที่ มีความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่มากระตุ้นเกิดความนิยมเต็มใจ และพอใจที่จะตอบสนองต่อความรู้สึกผูกมัดนี้ ยังเป็นเพียงความรู้สึกขั้นต้นเท่านั้น ยังยืนยันไม่ได้แน่นอนว่าบุคคลนั้นมีเจตคติหรือค่านิยม ต่อสถานการณ์หรือสิ่งเร้านั้น ๆ อย่างไม่

2.3 การให้ค่าเป็นขั้นที่บุคคลจะกระทำปฏิกิริยาหรือมีพฤติกรรมที่แสดงว่าเขายอมรับหรือรับรู้สิ่งนั้น เป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเขา หรือแสดงว่าเขามีค่านิยมอย่างใดอย่างหนึ่ง

2.4 การจัดกลุ่มค่า คือบุคคลเกิดค่านิยมต่าง ๆ ขึ้นแล้ว ค่านิยมที่เกิดขึ้นนั้นจะมีหลายชนิด จึงมีความจำเป็นจะต้องจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

2.5 การแสดงลักษณะค่านิยมที่ยึดถือ พฤติกรรมในขั้นนี้อาจจะแสดงให้เห็นได้ โดยบุคคลสร้างปรัชญาชีวิตสำหรับตนเอง หรือคิดกฎต่าง ๆ ในการปฏิบัติตน โดยพิจารณาถึงเหตุผลทางด้านศีลธรรมจรรยาและทางด้านหลักประชาธิปไตย

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออก และสังเกตได้ในสภาวะการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมแสดงออกนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วเป็นส่วนประกอบคือ ทางด้านความรู้ เจตคติและเป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย ทางด้านสุขภาพ ถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสูงสุด ที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ซึ่งมีลำดับขั้นของการเกิด 5 ขั้น จากจุดเริ่มต้นไปจนถึงขั้นเป็นทักษะอย่างแท้จริงคือ การเลียนแบบ การลงมือทำตามแบบความถูกต้อง ความต่อเนื่อง การกระทำเองโดยธรรมชาติ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 75) แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรค เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การแสวงหาการรักษาพยาบาล การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick-role behavior) หมายถึง การปฏิบัติ เมื่อบุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

การแบ่งประเภทพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิดสอดคล้องกับความสัมพันธ์ขององค์ประกอบจิตวิทยาสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของบุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 587-588) แบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิดคือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค
2. พฤติกรรมบทบาทของความเจ็บป่วย
3. พฤติกรรมการเจ็บป่วย

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งธนวรรณ อัมสมบุญ (2528 : 24-26) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนว่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposition factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยมและเจตคติ การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นั้นได้ ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมา ซึ่งอาจจะได้มาจากภาวะสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว หรือจากสังคมสิ่งแวดล้อมทั่ว ๆ ไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคล ได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องหนึ่งเรื่องใดอย่างเพียงพอเหมาะสมและต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing factor) ได้แก่ ตัวบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว ในโรงเรียนและสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการสั่งสอนอบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุมดูแล กระตุ้นหรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำ หรือการตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มน้าวและกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ

จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทั้ง 3 เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของตนได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 173-185) กล่าวว่า การเกิดพฤติกรรมนั้น นอกจากพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านดังกล่าวแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติดังนี้

1. ปัจจัยด้านจิตวิทยาเป็นปัจจัยที่อยู่ภายใต้จิตใจของบุคคลที่มีต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยความต้องการแรงจูงใจ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล

2. ปัจจัยทางด้านสังคม คนเราจะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้จากสังคมทำให้มีการประพฤติปฏิบัติสืบต่อกันมา คือ

1.1 ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมแห่งแรกมีความสำคัญมากในการถ่ายทอดแบบการประพฤติปฏิบัติ ตลอดจนความเชื่อ และพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งในด้านความรู้เจตคติและการปฏิบัติ เพราะสังคมนี้ประกอบไปด้วย บิดา มารดา และบุคคลอื่นที่จะปลูกฝังแนวความคิด ความเชื่อ การปฏิบัติให้แก่เด็ก

1.2 กลุ่มบุคคลในสังคม ได้แก่ บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับเด็กอย่างใกล้ชิด เช่น ครู เพื่อนฝูง หรือ บุคคลอื่น ๆ ที่แวดล้อมอยู่ในสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมาก

2. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย กลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะมีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ ถ้าเศรษฐกิจของประชาชนดีโอกาสที่จะได้รับการศึกษาก็จะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้องเลือกปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีผลดีต่อสุขภาพ

2. องค์ประกอบทางการศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพระดับการศึกษามีผลต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาดำ จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพไม่ถูกต้องโดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย และแสวงหาการรักษา

3. ด้านระบบบริการสาธารณสุข ต้องเพียงพอ และเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ

นักจิตวิทยาและนักพฤติกรรมส่วนมากมีความเชื่อว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน เช่น

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 48) กล่าวว่าพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด แต่อย่างไรก็ตามจะไม่เกิดขึ้นโดยอิสระมักจะเกิดขึ้นรวม ๆ กันและพึ่งพาอาศัยกัน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 21) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ และเจตคติ จะเป็นส่วนประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติได้

รัชชัย ชัยจิราฉายากุล (2527 : 38-41) กล่าวว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หรือมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่อย่างไรก็ตามจะไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ

มักจะเกิดขึ้น รวม ๆ กัน และพึ่งพาอาศัยกัน การเสริมสร้างพฤติกรรมอย่างหนึ่ง จะช่วยเป็นช่องทางสร้างเสริมพฤติกรรมอย่างอื่น ๆ ด้วยเสมอ การพัฒนาพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งจึงเป็นการพัฒนาพฤติกรรมอย่างอื่นไปด้วยโดยทางอ้อม

จากแนวความคิดดังกล่าวสรุปว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถาวร

แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Anxiety) คำว่า "Anxiety" ในภาษากรีก หมายถึง กดให้แน่นหรือรัดให้แน่น (To press tight or to strangle) ซึ่งเป็นความบีบคั้น และในภาษาละติน คำว่า "Anxious" หมายถึง ความแคบ หรือตีบตัน ซึ่งเป็นความไม่สุขสบาย ซึ่งจากรากศัพท์นี้ได้มีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลแตกต่างกัน ดังนี้

ไรครอฟท์ (Rycroft. 1971 : 2) กล่าวว่า ความวิตกกังวล คือ อารมณ์ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับแรงขับของธรรมชาติ เช่น ความหิว ความกระหาย และความต้องการอื่น ๆ เพื่อการอยู่รอด ส่วนใหญ่มีจะเริ่มต้นจากความกลัวที่คาดหมายไว้ล่วงหน้า เป็นสภาพที่ตึงเครียดทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจซึ่งจำเป็นต้องขจัดให้หมดไป และเป็นตัวการผลักดันให้มนุษย์กระทำพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งถือว่าเป็นแรงจูงใจ

สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger. 1976 : 177) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น และตึงเครียด ซึ่งมักเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autononervous system) เพิ่มขึ้น

จำลอง ดิษยวณิช (2531 : 68) ได้ให้คำจำกัดความของความวิตกกังวล ว่าความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัยอย่างหนึ่ง (Subjective feeling) ของความไม่สบายใจ (Uneasiness) และความหวาดหวั่น (Apprehensive) เกี่ยวกับการคุกคามบางอย่างที่จะมาถึงซึ่งไม่ทราบว่าเป็นอะไร การคุกคามมักเกี่ยวข้องกับร่างกาย เช่น มีสิ่งที่ทำให้ร่างกายบาดเจ็บ เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ส่วนทางจิตใจ มักเป็นการคุกคามต่อการยกย่อง หรือศักดิ์ศรีของตนเอง (Self-esteem) และความผาสุก (Well being)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกกระวนกระวาย ไม่สบายใจ เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล มีสาเหตุไม่แน่นอนอาจเกิดขึ้นได้เสมอในชีวิตประจำวัน มีผลต่อร่างกายและจิตใจ การแสดงออกขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะ และพฤติกรรมของบุคคลนั้น

สาเหตุของความวิตกกังวล

กนกพร สุคำวัง (2528 : 40) กล่าวถึงสาเหตุการเกิดความวิตกกังวล ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 สาเหตุ ดังนี้

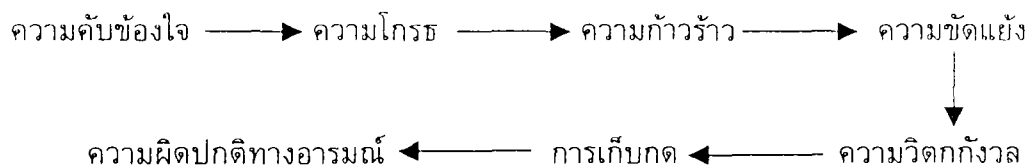
1. ความวิตกกังวลในวัยทารก มีสาเหตุเนื่องมาจาก

1.1 การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นความวิตกกังวลตั้งแต่แรกคลอดเนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาบิดา มารดา เชื่อว่าเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อีกในภายหลัง ความวิตกกังวลชนิดนี้จะถูกกระตุ้นขึ้นมาอีก ดังนั้นการช่วยเหลือตนเองไม่ได้จึงเป็นแหล่งกำเนิดความตกกังวลทั้งในวัยทารก และวัยผู้ใหญ่

1.2 การพลัดพราก จากการที่ต้องพึ่งพาการเลี้ยงดูจาก บิดา มารดา โดยเฉพาะมารดา ดังนั้นการพลัดพรากจากมารดาจึงก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก การพลัดพรากในวัยนี้ จะก่อให้เกิดผลต่อเนื่องไปภายหลัง และเป็นแหล่งกำเนิดของความวิตกกังวลที่สำคัญในวัยผู้ใหญ่ ความรู้สึกเกี่ยวกับการพลัดพรากจะถูกเก็บกดไว้เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง หรือคล้ายคลึงกันจะกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลได้

1.3 การขาดแคลน และการสูญเสีย การที่ทารกสูญเสียความสุขสบายที่เคยได้รับ หรือการขาดแคลนปัจจัยที่เป็นสิ่งจำเป็น จะเป็นการคุกคามต่อทารก และเกิดผลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ได้

1.4 ความคับข้องใจ จะก่อให้เกิดอารมณ์ต่าง ๆ ตามลำดับ คือ เมื่อเกิดความคับข้องใจจะก่อให้เกิดความโกรธ ความโกรธก่อให้เกิดความก้าวร้าว และส่งผลให้เกิดความขัดแย้ง ความขัดแย้ง จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ ต่อมาเมื่อบุคคลเก็บกดอารมณ์นี้ไว้ ผลของการเก็บกดอารมณ์นี้จะก่อให้เกิดความผิดปกติขึ้นได้ แต่ความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นนี้ จะขึ้นกับองค์ประกอบด้านอื่น ๆ ของบุคคลนั้นด้วย ลำดับของอารมณ์ต่าง ๆ เขียนเป็นความสัมพันธ์ได้ดังภาพประกอบ 2 (กนกพร สุคำวัง.2528 : 41)



ภาพประกอบ 2 ความสัมพันธ์ของลำดับอารมณ์ต่าง ๆ

1.5 การติดต่อของอารมณ์ พัฒนาการในวัยเด็ก มีขั้นตอนการเลียนแบบ บิดา มารดา เด็กมีความรู้สึกไว และรับรู้ลักษณะอารมณ์ต่าง ๆ จากบุคคลใกล้ชิด เด็กจึงอาจมี พัฒนาการทางอารมณ์ มาจากการเลียนแบบ หรือติดต่อมาจากบุคคลใกล้ชิดได้

1.6 การไม่ยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด คือ การได้รับความรังเกียจ ชื่นเคียดหรือ ปฏิเสธจากบุคคลใกล้ชิด ความต้องการในเรื่องการยอมรับเป็นสิ่งสำคัญมาก การปฏิเสธไม่ได้รับการยอมรับจะมีผลต่อพัฒนาการของเด็กต่อไปภายหลัง

1.7 สิ่งคุกคามทางร่างกาย ได้แก่ สิ่งคุกคามภายนอก และสิ่งคุกคามภายในรวมถึงการลงโทษทางร่างกาย ก่อให้เกิดความวิตกกังวล แก่ทารกได้

1.8 เหตุการณ์สำคัญ เหตุการณ์เฉพาะบางอย่างที่เกิดขึ้นในวัยเด็กจะมีผลต่อ พัฒนาการทางอารมณ์ นอกจากจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างเฉียบพลันแล้ว ยังอาจมีส่วน ทำให้เกิดความผิดปกติตามมาภายหลังได้ เช่น การตายของบิดา มารดา พี่น้อง การย้ายที่อยู่ ใหม่ หรือการเกิดอุบัติเหตุ

2. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นภายหลัง ความวิตกกังวลในระยะนี้ มีความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในทารก เชื่อว่า ความขัดแย้งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลนั้น จะต้องเคย เกิดขึ้นมาก่อนและมีผลต่อเนื่องมาภายหลัง มีสาเหตุเนื่องมาจาก

2.1 ความขัดแย้งด้านมโนธรรม ความขัดแย้งจะเกิดขึ้นเมื่อ บุคคลมีความต้องการ ทางสัญชาตญาณ ขัดแย้งกับมโนธรรมประจำใจ ความขัดแย้งนี้ก่อให้เกิดความขัดแย้งทาง อารมณ์ซึ่งเป็นความขัดแย้งภายในจิตใจ และก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

2.2 การไม่ยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด ดังที่กล่าวแล้วว่า ทารกที่ได้รับการปฏิเสธ จากบิดา มารดา อาจเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ต่อเนื่องตามมาภายหลังได้ในวัยผู้ใหญ่ การ ไม่ได้รับการยอมรับในสังคม จะมีผลต่อฐานะตนเอง และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความขัดแย้ง และความวิตกกังวลได้

2.3 ความขัดแย้งทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล ได้แก่ การทำ การพูด การคิดในสิ่งที่สังคมนั้นถือว่า ผิด หรือไม่เป็นที่ยอมรับ อาจมีผลทำให้ถูกตำหนิหรือทำให้ฐานะ ชื่อเสียง การยอมรับในตนเองสูญเสียไป จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

2.4 สิ่งคุกคามต่อการป้องกันรักษาตนเอง หมายถึง สิ่งคุกคามต่อบุคคลเนื่องจาก สิ่งภายนอก ซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกาย และจิตใจ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้น เรียกว่าเป็นความวิตก กังวลเฉพาะสถานการณ์ ได้แก่ ภัยธรรมชาติ การเจ็บป่วย รวมถึงการตั้งครรภ์และการคลอด

2.5 การตอบสนองต่อภาวะที่เคยได้รับในอดีต ความทุกข์ทรมานที่บุคคลเคยได้รับในอดีตจะยังคงแฝงอยู่ ในภายหลังเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่มีเพียงบางส่วนคล้ายคลึงกับความทุกข์ที่เคยได้รับนั้น ก็อาจจะเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมาอีกได้

2.6 ความคับข้องใจ และความก้าวร้าว ความคับข้องใจ ความโกรธ หรือความก้าวร้าวจะแฝงอยู่ภายในจิตใจ เมื่อมีสิ่งกระตุ้นก็จะเกิดขึ้นใหม่ และก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

2.7 ความหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีความหวั่นใจ หรือหวาดกลัวต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

2.8 เหตุการณ์เฉพาะที่กระทบกระเทือนอารมณ์ หมายถึง เหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล (Anxiety-provoking events) ได้แก่ การแต่งงาน การหย่าร้าง การตาย เป็นต้น

นอกจากนี้ จำลอง ดิษยวณิช (2522 : 44) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความวิตกกังวล พอสรุปได้ดังนี้

1. สาเหตุทางร่างกาย และพันธุกรรม ความเชื่อในด้านนี้ยังไม่แน่นอน บางท่านเชื่อว่าผู้ที่มีร่างกายผอมลง และสูงโปร่ง (Asthenic constitution) มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลขึ้นง่าย ส่วนพันธุกรรมนั้น มีความสัมพันธ์ในแง่ที่ว่า อาจเป็นตัวกำหนดว่า คน ๆ นั้นถูกกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลโดยสิ่งเร้าจากภายนอกได้รวดเร็วเพียงใด อย่างไรก็ตามเรื่องนี้ยังต้องการการศึกษาค้นคว้าต่อไป

2. ปัจจัยทางจิตใจ ส่วนมากเชื่อกันว่า เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากกว่าสาเหตุอื่น ความวิตกกังวลในวัยแรก ๆ ของชีวิต จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลในภายหลังได้

3. สาเหตุทางสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางด้านขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจ ทางการเมือง กฎหมาย ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการพัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่วัยเด็ก เพราะสังคม และวัฒนธรรมจะถูกถ่ายทอดจากผู้เลี้ยงดูเด็กไปสู่เด็ก เมื่อสภาพเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา เช่น มีปัญหาอาชญากรรม และอันธพาลสูง ปัญหาการว่างงาน การขาดความช่วยเหลือ และความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในครอบครัว ความแตกร้างในครอบครัว การขาดผู้นำชุมชนที่ดี ผลกระทบต่อชุมชน การติดต่อ สื่อสารต่าง ๆ เหล่านี้ มีส่วนคุกคามต่อภาวะจิตใจทั้งสิ้นเป็นปัจจัยให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

4. การเรียนรู้ มีทฤษฎีที่อธิบายพฤติกรรมนี้เป็น 3 วิธีคือ

4.1 การเรียนรู้แบบวางเงื่อนไข (Classical conditioning) ถ้าบุคคลมีความวิตกกังวลอยู่แล้ว ไปพบนายจ้างซึ่งดุเขาหลายครั้ง การดูเป็นการสร้างเงื่อนไขทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ คือ ความวิตกกังวล เมื่อมีสิ่งเร้า 2 อย่าง คือ การถูกดุ และนายจ้างเกิดร่วมกันบ่อย ๆ ทำให้บุคคลนั้น เกิดความรู้สึกวิตกกังวลเมื่อพบนายจ้าง ไม่ว่านายจ้างจะดุหรือไม่ก็ตาม เพราะนายจ้างกับความกังวลของเขามีความสัมพันธ์อย่างเป็นเงื่อนไขกัน

4.2 การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข และมีแรงเสริม (Operant conditioning) จากความกังวลดังกล่าวข้างต้นถ้าได้รับการเสริมแรง (Reinforcement) โดยไม่รู้ตัวจากบิดา มารดา หรือคนใกล้ชิดด้วยการเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ และช่วยเหลือเวลาที่เขาวิตกกังวล ถ้าเขาได้รับแรงเสริมเช่นนั้นบ่อย ๆ ความวิตกกังวลจะฝังแน่นกลายเป็นนิสัยไป

4.3 การลอกเลียนแบบ (Modeling) บุคคลอาจเกิดความวิตกกังวลได้จากมารดาที่มีความวิตกกังวลอยู่เสมอ เขาได้เรียนรู้พฤติกรรมเช่นนี้ของบิดา มารดา เป็นประจำก็ลอกเลียนแบบมาเป็นบุคลิกลักษณะของตนได้

5. อายุ พัฒนาการในแต่ละวัยจะส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลได้ต่าง ๆ กัน

6. ปัจจัยทางชีวเคมี ผู้ป่วยที่เป็นโรคประสาทจะอ่อนไหว (Sensitive) เป็นพิเศษต่อแลคเตท (Lactate) ที่ถูกสร้างขึ้นอย่างมากจาก อีพิเนฟริน (Epinephrine) ที่ถูกสร้างเพิ่มขึ้น เกิดอาการวิตกกังวล ผ่านทางขบวนการทางชีวเคมีง่าย ๆ คือ มีสารประกอบของอนุภาคแคลเซียมกับอนุภาคแลคเตท ซึ่งเกิดขึ้นในช่องว่างระหว่างเซลล์เมมเบรน (Cell membrane) ที่กำลังตื่นตัว เช่น ปลายประสาท การที่แลคเตทมีจำนวนมากจะรบกวนการทำงานตามปกติของแคลเซียมในการทำหน้าที่ส่งกระแสประสาท (Nerve impulse)

ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล มีผลต่อบุคคลทั้งทางร่างกาย ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งสรุปผลของความวิตกกังวล ได้ดังนี้

1. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี และสรีรวิทยา

1.1 มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ระบบประสาท เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล สมอส่วนซีรีบรัม (Cerebrum) กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) และไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งต่อมพิทูอิทารี จะหลั่ง ACTH (Adenocorticotrophic hormone) ไปกระตุ้นส่วน Cortex ของต่อม แอดรีนอล (Adrenal gland) ทำให้หลั่งฮอร์โมนคอร์ติคอยด์ (Corticoid

hormone) มีผลทำให้ร่างกายทนทานต่อภาวะความวิตกกังวลได้ดีขึ้น ส่วนไฮโปทาลามัส หรือที่เราเรียกว่า ศูนย์กลางอารมณ์ (The seat of emotion) เป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ สมองส่วนนี้จะส่งกระแสไปตามระบบประสาทอัตโนมัติไปที่เมดูลลา (Medulla) ของต่อมอดรีนอล ทำให้มีการหลั่งของอิพิเนฟริน (Epinephrine) ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อหดตัว เกร็งเตรียมสู้ (Fight) หรือหนี (Flight) เราจึงพบได้เสมอว่าผู้ที่อยู่ในภาวะวิตกกังวลมีผลกำลังมากมาย สามารถทำในสิ่งที่ยามปกติทำไม่ได้

1.2 มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเคมี ในภาวะวิตกกังวล ฮอร์โมนต่าง ๆ จะถูกขับออกมาสู่กระแสโลหิตมากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้จะทำหน้าที่ควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ (Electrolyte) ต่าง ๆ ในร่างกาย การเผาผลาญอาหาร มีการทำลายไกลโคเจน (Glycogen) ในตับและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น

1.3 มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล โดยทั่วไประดับของความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย และระดับปานกลางจะเพิ่มการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ หัวใจจะเต้นเร็วและถี่ขึ้น การหายใจจะลึก และเร็วขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย และความดันโลหิตประจำเดือนเปลี่ยนแปลง ปัสสาวะบ่อย น้ำตาลถูกขับออกมาจากตับมากขึ้น ทำให้ความอยากอาหารลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น ม่านตาขยาย นอนไม่หลับ กล้ามเนื้อเกร็งโดยเฉพาะที่คอ ตัวสั่นเป็นต้น ถ้ามีความวิตกกังวลมากขึ้น การทำงานของระบบต่าง อาจจะหยุดชะงักไป (Paralyze) ซึ่งอยู่ในระดับที่มีความวิตกกังวลอย่างรุนแรงที่สุด (Panic)

2. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความวิตกกังวลทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น เกิดความตึงเครียดและความกลัวซึ่งอาจแสดงออกมาในลักษณะต่าง ๆ เช่น ตกใจง่าย หงุดหงิด โกรธ กระสับกระส่าย โสกเศร้า เสียใจ ร้องไห้ง่าย เหนื่อยหน่าย เป็นต้น

3. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำ การรับรู้ การเรียนรู้

3.1 ผลของความวิตกกังวลต่อระบบความคิด ทำให้ความคิดสับสน ย้ำคิด ย้ำทำ ตัดสินใจช้า ความคิดคับแคบ และไม่ยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา บุคคลที่มีความวิตกกังวลมีแนวโน้มที่จะคิดไปในทางลดคุณค่าของตนเอง

3.2 ผลของความวิตกกังวลต่อระบบความจำ สมาธิ ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยทำให้การจำได้มากขึ้น ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย และปานกลาง จะทำให้สมาธิดีขึ้น แต่ในระดับรุนแรงและระดับรุนแรงที่สุดนั้น สมาธิอาจลดลง บุคคลในภาวะนี้จะกระสับกระส่ายและไม่อยู่นิ่ง

3.3 ผลของความวิตกกังวลต่อการรับรู้ การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ความสามารถในการสังเกตจะเพิ่มขึ้น หรือลดลง ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวลถ้าในระดับเล็กน้อยจะช่วยให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตื่นตัวดี ทำให้สามารถรับรู้ได้ดีขึ้น การเก็บข้อมูลรอบตัวจะทำได้มากกว่าปกติ ในระดับปานกลางยังคงทำให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตื่นตัวอยู่ และขอบเขตการรับรู้จะแคบลง รับรู้เฉพาะสิ่งที่เลือกสรรแล้ว บอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้ ในระดับรุนแรงที่สุด การสังเกตจะแคบลงมาก การรับรู้ผิดพลาด และไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

3.4 ผลของความวิตกกังวล ต่อการเรียนรู้ และการปรับตัว ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง ถ้าบุคคลนั้นมีทักษะอยู่แล้ว ก็สามารถใช้ทักษะนั้นช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าความวิตกกังวลระดับรุนแรง และรุนแรงที่สุดแล้ว ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ก็ตามจะไม่มีโอกาสได้ใช้ทักษะนั้นเลย พฤติกรรมจะเป็นไปในรูปของการบริหารจัดการความวิตกกังวล ซึ่งโดยมากเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติที่ไม่ต้องคิดก่อน

4. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมและการแสดงออก

เมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้น พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมา โดยมากจะเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติ พฤติกรรมเหล่านี้ จำแนกได้ 4 กลุ่มใหญ่ คือ

4.1 พฤติกรรมที่แสดงความรู้สึกภายในออกมา ทั้งแบบเปิดเผย ได้แก่ อาการหงุดหงิด โมโหง่าย โกรธ ทำทางกระสับกระส่าย หรือแบบซ่อนเร้น ได้แก่ ความรู้สึกขุ่นเคือง ไม่เป็นมิตร และอาจแสดงออกในรูปอื่น เช่น พฤติกรรมโรคจิต โรคประสาททั้งหลาย

4.2 การลดภาวะความวิตกกังวล (Somatizing) โดยการเบนความสนใจไปสู่อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ ผู้ป่วยจิตสรีรแปรปรวน (Psychosomatic disorder) ทำให้ความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้น้อยลง

4.3 การชะงักงันอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Freezing to the spot) ได้แก่ การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ เก็บกดความรู้สึกภายใน และกลายเป็นอาการซึมเศร้า มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้น ๆ

4.4 พฤติกรรมในรูปแบบที่พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความวิตกกังวล และทำความเข้าใจในสาเหตุ (Using the anxiety in the service of learning) เพื่อหาวิธีในการจัดการภาวะความวิตกกังวล ซึ่งทำให้อึดอัดไม่สบายขึ้น

กลวิธีเผชิญกับความวิตกกังวล

เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ดังที่กล่าวมาแล้วนั้น ซึ่งเป็นกลไกตามธรรมชาติที่บุคคลพยายามปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุลทางจิตใจไว้ ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย บุคคลพยายามขจัดโดยการร้องไห้ นอนหลับ การกิน หัวเราะ สบต การออกกำลังกาย ผ่อนกลางวัน และพฤติกรรมทางปาก เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล บุคคลที่เกิดความวิตกกังวลจะแก้ปัญหาโดยการเหมินเฉย ไม่สบตา ใช้คำพูดซ้ำ ๆ และระมัดระวังไม่ให้คนอื่นล่วงล้ำเข้ามาใกล้ชีวิตตน

ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ถึงระดับรุนแรงที่สุด ต้องใช้พลังงานในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น เพื่อเผชิญกับสิ่งคุกคาม ซึ่งได้แก่

1. การลดความขัดแย้งในใจ (Task-oriented reactions) หรือสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นด้วยการใช้ความสามารถทางสติปัญญาในการแก้ปัญหา เกิดความขัดแย้ง และสร้างความพอใจ ตามความจำเป็นของบุคคล ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง ซึ่งเป็นการกระทำที่บุคคลรู้สึกตัวได้แก่ การต่อสู้ การหลีกเลี่ยง และการประนีประนอม

2. ปฏิกริยาการป้องกันทางจิต (Ego-oriented reactions) เป็นปฏิกริยาการป้องกันทางจิตใจที่ใช้บ่อยเพื่อป้องกันตนเอง เป็นกลไกเพื่อปกป้องบุคคลจากความรู้สึกของความไม่เพียงพอ ความไร้คุณค่าและป้องกันการรับรู้ถึงความวิตกกังวล ทำให้บุคคลไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง จะเสี่ยงปัญหาทำให้ไม่รู้จักตนเองที่แท้จริง ซึ่งพฤติกรรมกลไกการป้องกันทางจิตที่พบบ่อย ได้แก่ การเก็บกด (Repression) การเลียนแบบ (Identification) การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (Rationalization) การโทษผู้อื่น (Projection) การเพ้อฝัน (Fantasy) การปฏิเสธ (Denial) เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงทางจิต (Psychological conversions) เป็นกลไกการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปรากฏเบี่ยงเบน หรือ ผิดปกติต่อส่วนอื่น ๆ รูปแบบของการเผชิญเป็นการแสดงออกทางจิต และมีหลายอย่างซึ่งซ่อนเร้น ไม่รู้สึก อาจมีพฤติกรรมของโรคประสาท เช่น การแสดงความกลัวที่ไม่มีเหตุผล (Phobic reaction) การแสดงบุคลิกที่ผิดไปจากเดิมที่ไม่ใช่ของตนเอง (Dissociative reaction) ย้ำคิด ย้ำทำ (Obsessive and compulsive reaction) เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงทางกาย (Physiological conversions) มักเกิดกับบุคคลที่มีความวิตกกังวลติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายถูกทำลาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ซึ่งอาจจะก้าวหน้าต่อไปจนเกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโครงสร้างและนำไปสู่การเกิดพยาธิสภาพทางกาย เนื่องจากความผิดปกติทางจิตเป็นจิตสรีรแปรปรวน

(Psychosomatic disorder) และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของอวัยวะไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมได้อีก

ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในแต่ละครั้งนั้น มีความรุนแรงไม่เท่ากันทั้งนี้ขึ้นกับสิ่งกระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น โดยความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสมจะก่อประโยชน์คือเป็นตัวกระตุ้นที่ดี ช่วยให้การรับรู้และความสามารถในการปฏิบัติดีขึ้นแต่ถ้าระดับความวิตกกังวลสูงมาก จะทำให้การรับรู้ ความสามารถในการทำงาน และความกระตือรือร้นของบุคคลลดลง ระดับความวิตกกังวลแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการดำรงชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้บุคคลตื่นตัว และสนามการรับรู้กว้างขึ้น ทำให้ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ดีขึ้น ทำให้ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ดีขึ้น สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และมีความคิดสร้างสรรค์ นอกจากนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ได้แก่ การหายใจเร็วขึ้น ปากแห้ง เกิดความปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร และอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับที่ทำให้บุคคลมุ่งสนใจต่อความกังวลที่เกิดขึ้นในขณะนั้น สนามการรับรู้จะแคบลง บุคคลจะสนใจแต่เฉพาะบางจุดในสถานการณ์ แต่ความสามารถจะยังคงดีอยู่ถ้าบุคคลตั้งใจกระทำในสิ่งนั้น ๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในร่างกายจะเพิ่มมากขึ้นด้วย

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับที่จะทำให้สนามการรับรู้ของบุคคลแคบลงมาก และแปรปรวนไปจากสภาพความเป็นจริง บุคคลจะมุ่งสนใจแต่เฉพาะรายละเอียดปลีกย่อยในสถานการณ์เท่านั้น จะไม่สามารถเชื่อมโยงรายละเอียดไปสู่สถานการณ์ทั้งหมดได้ พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นไปเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น จะมีความผิดปกติของความคิด เกิดจินตนาการที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง เกิดความกลัวต่อบุคคล สถานที่หรือสิ่งของ และมีอาการย้ำคิดย้ำทำ

4. ความวิตกกังวลสูงมาก (Panic) เป็นระดับความวิตกกังวลสูงสุด ทำให้สับสนการรับรู้แบบลงอย่างมากและบิดเบือนจากความเป็นจริง บุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเอง ไม่สามารถกระทำในสิ่งต่าง ๆ ได้ บุคลิกภาพและความคิดจะผิดปกติไป ความสามารถในการติดต่อกับบุคคลอื่นและการเรียนรู้เสียไป อาจมีอาการหลงผิด และมีประสาทหลอนร่วมด้วย

การวัดระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นภาวะของร่างกาย และอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม ซึ่งมีการแสดงออกแตกต่างกันไป สามารถประเมินวัดระดับความวิตกกังวล ได้ 4 วิธี ได้แก่

1. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) โดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต การหลั่งของน้ำลาย การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต การเกร็งของกล้ามเนื้อ การตึงของผิวหนัง การตรวจคลื่นสมอง เป็นต้น

2. การวัดโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลของตนเอง โดยการตอบแบบสอบถามตามความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ แล้วนำมาวัดว่ามีระดับใด แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลมีสร้างขึ้นใช้หลายชนิด เช่น แบบวัดความวิตกกังวลแบบ STAI (The state-trait anxiety inventory) ของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger)

3. การวัดโดยใช้เทคนิคการฉายออก (Projective technique) ได้แก่ แบบวัดของโรชาร์ค (Rorschach) ซึ่งต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้แปล

4. การวัดโดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior measure of anxiety) โดยการสังเกตอาการที่แสดงออก ซึ่งเป็นปฏิกิริยาสะท้อนจากอารมณ์ภายในใจ เช่น อาการกระสับกระส่าย ลุกลุกนอน หลุน หลอน หายใจ ลักษณะการพูดเปลี่ยนไป เช่น พูดเร็วหรือช้าลง หงุดหงิด ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ ร้องไห้ เป็นต้น ซึ่งสังเกตจากแบบสังเกตพฤติกรรม TBCL (Timed behavior check list)

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

การรักษาด้วยการผ่าตัดทำได้หลายกรณี แต่ละกรณีมีจุดมุ่งหมายแตกต่างกัน ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วย การผ่าตัดแบ่งตามจุดมุ่งหมายได้ ดังนี้

1. การผ่าตัดเพื่อการรักษา (Curative or therapeutic surgery) ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองจะหายจากโรคที่เป็นอยู่อย่างจับพลัน และมีสุขภาพดีเหมือนเดิม
2. การผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัยโรค (Diagnostic surgery) ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลล่วงหน้าเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค และสุขภาพของตนเองในอนาคต
3. การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการและประทุษชีวิต (Palliative surgery) ผู้ป่วยจะรู้สึกพอใจสภาวะที่ร่างกายดีขึ้นชั่วคราว โดยที่ผู้ป่วยคิดว่าตนเองได้รับการรักษาแล้ว
4. การผ่าตัดเพื่อตกแต่งและจัดซอกบรอนของร่างกาย (Plastic and reconstructive surgery) ผู้ป่วยอาจจะพอใจหรือไม่พอใจผลของการผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่ได้รับการผ่าตัด

อรอนงค์ พุมอาภรณ์ (2531 : 81-82) กล่าวว่า การผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตของผู้ป่วย มีผลกระทบต่อครอบครัว และสภาวะแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะการผ่าตัดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะหรือหน้าที่บางส่วนในร่างกายไป เช่น การผ่าตัดแขน ขา หรือผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น ผู้ป่วยมักจะกังวลเกี่ยวกับผลการผ่าตัด ผลการตรวจชิ้นเนื้อที่ตัดออกมา ความปลอดภัย ความพิการ ความเจ็บปวด การยอมรับของบุคคลในครอบครัว และสังคม ความวิตกกังวลนี้ ผู้ป่วยอาจแสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น ร้องไห้ กระสับกระส่าย วุ่นวาย ไม่อยู่เฉย พูดบอกความรู้สึกต่าง ๆ หรือบางคนอาจไม่แสดงอย่างชัดเจน เมื่อมองจากภายนอกจะเห็นว่าผู้ป่วยสงบดี แต่แท้จริงแล้วอาจมีความหวั่นกลัวอยู่ในใจ

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิด การเรียนรู้ และความจำความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดที่สูงมาก ๆ อาจเป็นอุปสรรคต่อการสอน การให้ข้อมูล คำแนะนำหรือการฝึกปฏิบัติที่จำเป็นสำหรับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ซึ่งข้อมูลและการฝึกต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ป่วยจะได้รับตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดแล้ว เพื่อเป็นการเตรียมและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด (แก้วสามสี สาเจริญ. 2535 : 32)

ดังนั้น ความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด มีความสำคัญเป็นปัญหาที่จำเป็นจะต้องหาทางแก้ไข และให้การช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลมากที่สุดก่อนที่จะทำผ่าตัดเพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับการผ่าตัดได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านจิตใจทั้งในขณะผ่าตัด ตลอดจนระยะภายหลังผ่าตัดด้วย

การลดความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1. การลดความวิตกกังวล โดยการช่วยเหลือแก้ไขปัญหในปัจจุบัน ปัญหาเฉพาะหน้าหรือปัญหาริ่บด่วนในขณะนั้น ซึ่งอาจจะทำได้หลายวิธี เช่น ให้การยอมรับต่อการแสดงออกของบุคคล ยอมรับฟังข้อเรียกร้อง ให้ความเห็นอกเห็นใจ และพยายามเข้าใจถึงความวิตกกังวลของบุคคลตลอดจนค้นหาสาเหตุ และหาแนวทางแก้ไข ช่วยเหลือต่อไป

2. การลดความวิตกกังวลโดยใช้วิธีการลดความรู้สึกกังวลอย่างเป็นระบบ (Systemic desensitization) การลดความวิตกกังวลโดยการเสนอตัวแบบ (Modeling) หรือการลดความวิตกกังวลโดยให้บุคคลเผชิญกับสิ่งเร้า และให้แรงเสริมในพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น

3. การลดความวิตกกังวล โดยการลดแรงกดดันที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวลโดยวิธีต่าง ๆ เช่น เบี่ยงเบนความสนใจ ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การสัมผัส การใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น

4. การลดความวิตกกังวลโดยการให้ข้อมูล (Giving information) เมื่อมีภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่มาคุกคามบุคคลจะสามารถปรับตนเองในการเผชิญภาวะเหล่านั้น โดยอาศัยการแปลความหมาย และพิจารณาแนวทางในการตอบสนองจากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ซึ่งอาจเป็นไปในลักษณะอย่างเคย หรือคุ้นเคยต่อสถานการณ์นั้นมาก่อน หรือถ้าไม่เคยตกอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ มาก่อนก็อาจอาศัยความรู้ ความเข้าใจ การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอจนสามารถจินตนาการถึงสถานการณ์เหล่านั้นได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง หรือใกล้เคียงสถานการณ์จริงมากที่สุด แต่ถ้าบุคคลไม่คุ้นเคย หรือไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ จะทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถเผชิญต่อสถานการณ์คุกคามได้อย่างเหมาะสม จะมีความวิตกกังวล หวาดกลัว ซึ่งแสดงออกได้ชัดเจนทั้งร่างกาย และจิตใจ

จากแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่าความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดหัวใจและศึกษาประสิทธิภาพผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้วิธีทัศน เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจต่อการลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ

วีดิทัศน์

ความหมาย คำว่า วีดิทัศน์นี้เดิมรู้จักกันแพร่หลายทั่วไปกับคำว่า เทปโทรทัศน์ แถบบันทึกภาพ ภาพทัศน์ ฯลฯ หรือที่ชาวบ้านมักเรียกทับศัพท์จากภาษาต่างประเทศว่า วิดีโอ (Video) คำว่า วีดิทัศน์ เป็นคำที่ราชบัณฑิตยสถานบัญญัติขึ้น เพื่อใช้ในเชิงวิชาการ มาจาก คำว่า Video ซึ่งหมายถึง เครื่องที่แสดงภาพเพื่อความเพลิดเพลิน (กัลยา จยุติรัตน์ และคนอื่น ๆ. 2531 : 89)

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของวีดิทัศน์ไว้อีกหลายท่าน ได้แก่ สันทัต ภิบาลสุข (2527 : 20) กล่าวว่า วิดีโอ แปลตามศัพท์เทคนิค หมายถึง ภาพ แต่วิดีโอเทปนั้นจะแปลได้ว่า เทปบันทึกภาพหรือเทปโทรทัศน์หมายถึง 2 กรณี คือ

1. เครื่องบันทึกเทปโทรทัศน์ หมายถึง เครื่องเล่นเทป โทรทัศน์ ที่ใช้ได้ทั้งบันทึก (Record) และเล่นเทป (Playback) ออกทางเครื่องรับโทรทัศน์ (TV reciever)
2. เทปภาพ หมายถึง เทปโทรทัศน์ทั้งชนิดม้วนและชนิดดิสก์

บุญเที่ยง จัษฎเจริญ (2534 : 180) ได้นิยามความหมายของวีดิทัศน์ หรือแถบวีดิทัศน์ ไว้ว่า หมายถึง วัสดุที่บันทึกหรือเก็บสัญญาณภาพ หรือข้อมูลอื่นใดที่ต้องการไว้ในรูปเส้นแรงแม่เหล็ก มีลักษณะคล้ายแถบบันทึกเสียงนั่นเอง

สมบุรณ์ สงวนญาติ (2534 : 233) ได้ให้คำจำกัดความของเทปวีดิทัศน์ (Video tape) ไว้ในอีกทัศนะหนึ่งว่าเทปวีดิทัศน์สามารถบันทึกภาพเคลื่อนไหว ลงไว้ในเส้นเทปบันทึกภาพในรูปของสนามแม่เหล็กโดยใช้ถ่ายภาพทางโทรทัศน์ เปลี่ยนภาพเป็นสัญญาณทางไฟฟ้า แล้วนำสัญญาณทางไฟฟ้ามาบันทึกไว้ในรูปของสนามแม่เหล็กบนเส้นเทป โดยใช้เครื่องเทปบันทึกภาพ (Video tape recorder) เมื่อต้องการจะดูภาพ เครื่องบันทึกภาพจะสามารถนำเอาภาพที่เก็บไว้ในรูปของสนามแม่เหล็กบนเส้นเทปเปลี่ยนกลับมาเป็นสัญญาณทางไฟฟ้า ส่งต่อไปยังเครื่องรับโทรทัศน์จะเกิดภาพเคลื่อนไหวปรากฏบนจอเครื่องรับได้เป็นภาพเคลื่อนไหว มีสีสันสวยงามเหมือนธรรมชาติ

กิตานันท์ มลิทอง (2536 : 144) กล่าวว่า แถบวีดิทัศน์ หมายถึง วัสดุที่สามารถใช้บันทึกภาพและเสียงไว้พร้อมกันในแถบเทปในรูปของคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและยังสามารถบันทึกและลบใหม่ได้ เช่นเดียวกับเทปบันทึกเสียง

กล่าวโดยสรุป วีดิทัศน์ เป็นวัสดุที่ใช้บันทึกภาพในรูปสนามแม่เหล็กบนเส้นเทปและสามารถเปลี่ยนกลับไปเป็นสัญญาณทางไฟฟ้าส่งต่อไปยังเครื่องรับโทรทัศน์ ทำให้เกิดภาพ

เคลื่อนไหวปรากฏบนจอเครื่องรับ สามารถบันทึกและลบใหม่ได้ การนำวีดิทัศน์มาใช้เพื่อประกอบการเรียนการสอนจะช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนอยากเรียนรู่มากขึ้น

คุณค่าของวีดิทัศน์

วีดิทัศน์เป็นสื่อที่มีลักษณะพิเศษ มีจุดเด่นในด้านการศึกษา การเรียน การสอน และการฝึกอบรม เพราะสามารถทำให้ผู้เรียนได้รับทั้งภาพและเสียงพร้อม ๆ กัน อีกทั้งยังสมบูรณ์ด้วยสีสันตัวอักษรประกอบเทคนิคการถ่ายทำและการตัดต่อ ที่ดึงดูดความสนใจได้ดี แสดงมุมต่าง ๆ ของวัตถุที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยวิธีธรรมดา แสดงขั้นตอนขบวนการที่ซับซ้อนในการปฏิบัติให้เห็นจริงได้อย่างชัดเจน ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในบทเรียนต่าง ๆ ได้ง่าย และรวดเร็วขึ้น สามารถนำไปใช้กับกลุ่มอื่น ๆ ได้อีกในครั้งต่อไป ช่วยให้การเรียน การสอน และการฝึกอบรมบรรลุจุดมุ่งหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dale. 1956 : 355 ; Huebener 1960 : 97 – 98 ; Gordon 1965 : 60 – 64 ; ชม ภูมิภาค 2528 : 50 ; เสาวนีย์ สิกขาบัณฑิต 2532 : 130 ; พงศ์พันธ์ อันตะวิภาณนท์. 2539 : 7)

นักการศึกษาหลายท่านได้กล่าวถึงคุณค่าและจุดเด่นของรายการวีดิทัศน์ต่อการเรียน การสอน และการฝึกอบรมไว้ กล่าวโดยสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. เป็นสื่อการสอนที่สามารถนำเอาสื่อหลายอย่างมาใช้ร่วมกันเรียกว่า สื่อผสม สามารถที่จะให้ความรู้ได้ทุกรูปแบบตั้งแต่ความรู้ง่าย ๆ ไปหาขบวนการที่ซับซ้อนได้
2. เป็นสื่อกลางระหว่างผู้สอนและผู้เรียนในห้องบรรยายขนาดใหญ่ได้อย่างดี ช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนครู โดยเฉพาะครูที่เชี่ยวชาญเฉพาะแขนงวิชา
3. เทคนิคทางภาพจะช่วยให้ผู้เรียนเห็นเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม
4. ผู้เรียนเกิดความรู้สึกลึกซึ้งเหมือนอยู่ในเหตุการณ์ สามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้ดี
5. การบันทึกภาพสามารถนำมาดูย้อนกลับได้ทันทีที่เหมาะสมแก่การให้ข้อมูลย้อนกลับในการฝึกอบรมต่าง ๆ ใช้สะดวกตามเวลาที่ต้องการ ใช้กับผู้เรียนได้จำนวนมาก จึงทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายลง (พินิต วัฒนโธ. 2520 : 11; ลัดดา สุขปรีดี. 2523 : 104-105 ; วสันต์ อติศัพท์. 2526 : 5 – 6 ; ชม ภูมิภาค. 2528 : 238)

รูปแบบของรายการวิดิทัศน์

รูปแบบ (Format) ของรายการวิดิทัศน์ หมายถึง วิธีการและลีลาการเสนอเนื้อหาสาระ และสิ่งที่อยู่ในรายการวิดิทัศน์จำแนกรูปแบบได้หลายวิธีตามประเภทของรายการวิดิทัศน์ โดยเลือกเสนอรูปแบบที่ใช้กันมาก 12 รูปแบบ ได้แก่ (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2523 : 731 - 736)

1. รูปแบบพูดคนเดียว (Monologue) เป็นรายการที่ผู้ปรากฏตัวพูดคุยกับผู้ชมเพียงคนเดียว ส่วนมากจะมีภาพประกอบเพื่อมิให้เห็นหน้าผู้พูดอยู่ตลอดเวลา
2. รูปแบบสนทนา (Dialogue) เป็นรายการที่มีคนมาพูดคุยกัน 2 - 3 คน มีผู้ถามและคู่สนทนาแสดงความคิดเห็นประเด็นที่น่าเสนอทั้งคู่แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
3. รูปแบบอภิปราย (Discussion) เป็นรายการที่ผู้ดำเนินการอภิปรายหนึ่งคนป้อนประเด็นคำถามให้ผู้ร่วมอภิปรายตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปแต่ไม่ควรเกิน 4 คน ผู้อภิปรายแต่ละคนจะแสดงความคิดเห็นของตนเองต่อประเด็นต่าง ๆ
4. รูปแบบสัมภาษณ์ (Interview) เป็นรายการที่มีผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยผู้ดำเนินการสัมภาษณ์จะสัมภาษณ์เกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่าให้ฟัง
5. รูปแบบเกมส์หรือตอบปัญหา (Quiz program) เป็นรายการที่จัดให้มีการแข่งขันระหว่างคนหรือกลุ่มของผู้ที่มาร่วมรายการด้วยการเล่นเกมหรือตอบปัญหา
6. รูปแบบสารคดี (Documentary program) เป็นรายการที่เสนอเนื้อหาด้วยภาพและเสียงบรรยายตลอดรายการโดยไม่มีพิธีการ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ
 - 6.1 สารคดีเต็มรูปแบบ เป็นการดำเนินเรื่องด้วยภาพ เนื้อหา ตลอดรายการ
 - 6.2 สารคดีกึ่งพูดคนเดียว เป็นรายการที่มีผู้ดำเนินรายการทำหน้าที่เดินเรื่องพูดคุยกับผู้ชมและให้เสียงบรรยายตลอดรายการ นอกนั้นเป็นภาพแสดงเรื่องราวหรือกระบวนการตามธรรมชาติ
7. รูปแบบละคร (Drama) เป็นรายการที่เสนอเรื่องราวต่าง ๆ ด้วยการจำลองสถานการณ์ เป็นละครมีการกำหนดผู้แสดง จัดสร้างฉาก การแต่งตัวและแต่งหน้าให้สมจริงสมจัง และใช้เทคนิคการละคร เพื่อเสนอเรื่องราวให้เหมือนจริงมากที่สุดในการศึกษาละครโทรทัศน์ อาจจำลองสถานการณ์ชีวิตของคนในสังคมเพื่อสนองความรู้ในเชิงจิตวิทยา สังคมวิทยา การเมือง และการปกครอง
8. รูปแบบสารละคร (Docu - drama) เป็นรายการที่ผสมผสานรูปแบบสารคดีเข้ากับรูปแบบละครหรือการนำละครมาประกอบรายการที่เสนอเนื้อหาบางส่วนมิใช่เป็นละครทั้งรายการ เพื่อให้การศึกษาความรู้และเทคนิค
9. รูปแบบสาธิตและการทดลอง (Demonstration) เป็นรายการที่เสนอวิธีการนำเพื่อให้ผู้ชมได้แนวทางที่จะนำไปใช้ทำจริง

10. รูปแบบเพลงและดนตรี (Song and music) มี 3 ลักษณะ

10.1 มีดนตรีนำร้องมาแสดงสด

10.2 ให้นักเรียนมาร้องควบคู่ไปกับเสียงดนตรีที่บันทึกมาแล้ว

10.3 ให้นักเรียนและนักดนตรีมาแสดง แต่ใช้เสียงที่บันทึกมาแล้ว

11. รูปแบบการถ่ายทอดสด (Live program) เป็นรายการที่ถ่ายทอดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในขณะนั้น

12. รูปแบบนิตยสาร (Magazine program) เป็นรายการที่เสนอรายการหลายประเด็นหลายรส และหลายรูปแบบในรายการเดียวกัน

รายการโทรทัศน์เพื่อการศึกษา แบ่งตามลักษณะของรายการได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ (วสันต์ อดิศักดิ์. 2533 : 14)

1. รายการโทรทัศน์เพื่อการศึกษา (Education television) รายการประเภทนี้มุ่งส่งเสริมการให้ความรู้ทั่วไปในด้านต่าง ๆ แก่ผู้ชม เช่น ดนตรี สารคดี วรรณกรรม ภาษา วิทยาศาสตร์ เกษตรกรรม ฯลฯ

2. รายการโทรทัศน์เพื่อการสอน (Instructional television) รายการประเภทนี้ เน้นในเรื่องของการเรียนการสอนแก่กลุ่มผู้ชมบางกลุ่มโดยตรงใช้ได้ทั้งการสอนเนื้อหา ทั้งหมดเป็นหลักและการสอนเสริมมักจะเป็นรายการที่ครอบคลุม กระบวนการเรียนการสอนที่สมบูรณ์ ตั้งแต่การวางวัตถุประสงค์ กระบวนการเรียนการสอนและการวัดผล

ใช้ได้ทั้งภายในสถานศึกษาโดยตรง หรือการศึกษาระบบเปิด เช่น รายการโทรทัศน์ของมหาวิทยาลัยรามคำแหง และรายการโทรทัศน์ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

นอกเหนือจากการแบ่งรายการโทรทัศน์เพื่อการศึกษาในลักษณะดังกล่าวแล้วยังสามารถแบ่งในลักษณะอื่นได้อีก 3 ประเภท คือ

1. รายการโทรทัศน์เพื่อการศึกษาปกติ (Formal education program) เป็นรายการที่ให้การเรียนการสอนในระบบเป็นหลักไม่ว่าจะเป็นระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาหรืออุดมศึกษา

2. รายการโทรทัศน์เพื่อศึกษานอกโรงเรียน (Non-formal education program) เป็นรายการเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน ผู้ที่ไม่มีโอกาสเข้ารับการศึกษาระบบโรงเรียนได้โดยตรง

3. รายการโทรทัศน์เพื่อการศึกษาทั่วไป (Informal education program) เป็นรายการเพื่อให้ความรู้ทั่วไปแก่ประชาชน ไม่ว่าจะเป็นสารคดีทั่วไป ภาษา วิทยาศาสตร์การแพทย์ เกษตรกรรม ฯลฯ

นอกจากนี้ เกศินี โชติกเสถียร (2528 : 131) กล่าวถึงรูปแบบรายการที่ผลิตขึ้นเพื่อการศึกษาอาจจำแนกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. รูปแบบรายการผลิตขึ้นเพื่อสอน (Teaching format) เป็นกลุ่มรายการที่ใช้เพื่อการเรียนการสอนตามหลักสูตรรูปแบบรายการมีบทบาทในเชิงสอนมากกว่าจูงใจ การผลิตรายการจะง่ายกว่าแบบอื่น

2. รูปแบบรายการเพื่อการเรียน (Learning format) เป็นกลุ่มรายการที่มุ่งใช้เพื่อการเรียนการสอนตามหลักสูตรแบบกลุ่มแรกก็ได้ หรืออาจใช้เพื่อการศึกษาทั่วไปก็ได้ แต่เป็นรายการที่ต้องสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ชมมากขึ้น ต้องให้ผู้ชมสนใจอยากติดตามโดยผู้ชมไม่มีความรู้สึกรายการที่ผลิตมุ่งสอนแต่กลับรู้สึกว่าเป็นรายการดีมีประโยชน์น่าเรียนน่ารู้และเต็มใจชมโดยตลอด การผลิตรายการในรูปแบบนี้ต้องการความประณีตและเทคนิควิธีการที่มีประสิทธิภาพสูง

3. รูปแบบรายการเพื่อเผยแพร่ข่าวสาร (Information format) เป็นกลุ่มรายการที่มุ่งให้เป็นสื่อเสนอแก่ประชาชนทั่วไป เพื่อสนองความต้องการใคร่รู้ เพื่อความทันต่อเหตุการณ์ และสามารถปรับตัวเองเข้ากับความจริงก้าวหน้าของสังคมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รายการในรูปแบบนี้ต้องสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ชมมากที่สุด การผลิตต้องปราณีต และใช้เทคนิค วิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดด้วย มิฉะนั้นผู้ชมจะหันไปหารายการวิทยุโทรทัศน์ประเภทบันเทิงโดยง่าย การนำเสนอที่เป็นจริงมาแยกแยะให้เห็นถึงสาเหตุและสรุปให้ได้ คนวิเคราะห์ต้องเก่งและจูงใจกลุ่มเป้าหมายได้จึงน่าสนใจ วิธีการนี้ใช้ได้ดีมากในรายการโทรทัศน์การศึกษาแต่ควรจะเป็นส่วนหนึ่งของรายการมากกว่าทำทั้งรายการ

ทั้งนี้โดยสรุปแล้วผู้กำหนดรูปแบบรายการที่แท้จริงควรเป็นกลุ่มเป้าหมายของรายการ วัตถุประสงค์ การศึกษาสามารถระบุกลุ่มเป้าหมายได้ชัดเจนว่าคือใคร มีสถานการณ์อย่างไร และมีวัตถุประสงค์ในการชมเพื่ออะไร การกำหนดรูปแบบรายการย่อมมีความยุ่งยากน้อยกว่ารายการทั่วไป รูปแบบรายการที่น่าสนใจในการกำหนดเพื่อใช้ในการศึกษาคือรูปแบบละคร เพราะลักษณะการให้การศึกษาอย่างละคร เป็นการให้การศึกษาอย่างมีชีวิต การเรียนรู้ทางปัญญา ผสมกับความบันเทิงจะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีและได้นาน

การผลิตรายการวิดีโอทัศน์

การผลิตรายการวิดีโอทัศน์ ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีการวางแผนการผลิตและกำหนดขั้นตอนการผลิตเพื่อให้ได้รายการวิดีโอทัศน์ที่สอดคล้องกับเนื้อหาหลักสูตรและความต้องการของผู้สอนอย่างถูกต้องสมบูรณ์ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามเนื้อหาที่กำหนดไว้ ในการผลิตรายการวิดีโอทัศน์เพื่อการเรียนการสอนนั้น ได้มีนักการศึกษาหลายท่านได้กล่าวถึงกระบวนการในการผลิต ซึ่งจะนำมากล่าวโดยสรุปได้เป็นขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การวางแผนการผลิตรายการ เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญมาก เพราะการวางแผนที่ดีย่อมส่งผลถึงรายการที่จะผลิตออกมาด้วย ขั้นตอนการวางแผนการผลิต มีดังนี้

1.1 ศึกษาจุดมุ่งหมายและเป้าหมายจากเนื้อหาในหลักสูตรนั้น ๆ แล้วนำเนื้อหามาวิเคราะห์ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย (Target group) และจุดมุ่งหมายเชิงพฤติกรรม เพื่อให้สามารถวัดได้และควรกำหนดวิธีการนำไปใช้ด้วยว่าจะนำไปใช้การสอนลักษณะใด เช่น นำบทเรียนอธิบายเนื้อหาบทเรียนหรือสรุปบทเรียน

1.2 รวบรวมทรัพยากรและศึกษาข้อขัดข้องในการผลิต ทั้งสองสิ่งนี้จะต้องทำควบคู่กันไป โดยจะต้องศึกษาว่ามีแหล่งทรัพยากรอะไรบ้างที่จำเป็นต้องใช้ในการกระบวนการผลิตและมีเพียงพอหรือไม่ ถ้าไม่มีจะหาได้จากแหล่งใด ถ้าไม่ได้จะอย่างไร เช่น วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ บุคลากรและงบประมาณ เป็นต้น

1.3 เขียนหัวข้อเนื้อหาและเลือกแบบการนำเสนอ ผู้ผลิตรายการจะต้องนำเนื้อหาจากตำรามาเขียนเป็นแบบการนำเสนอที่เหมาะสมกับลักษณะสื่อโทรทัศน์ รูปแบบการนำเสนอที่นิยมได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบอภิปราย แบบบรรยาย แบบนาฏการและแบบบรรยายภาพ

2. การเตรียมการผลิตรายการ มีขั้นตอนดังนี้

2.1 เขียนบท (Script) เป็นการวางโครงสร้างของรายการ ควรเขียนเพื่อให้สนองจุดมุ่งหมายของการศึกษา มุ่งให้ผู้เรียนบรรลุเป้าหมาย

2.2 เตรียมบุคลากร ในขั้นนี้ผู้ผลิตรายการจะต้องติดต่อกับบุคคลผู้ทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้แก่ ผู้เขียนบท ผู้กำกับรายการ ฝ่ายเทคนิคและผู้แสดง เพื่อนัดแนะซักซ้อมความเข้าใจให้เป็นที่ตรงกัน

2.3 เตรียมงานศิลปะที่จำเป็นจะต้องใช้ในการผลิตรายการซึ่งการเตรียมงานศิลปะจะต้องอยู่ภายใต้คำแนะนำของผู้ผลิตรายการและผู้กำกับรายการ เพื่อให้งานศิลปะสนองจุดมุ่งหมายของรายการ อีกทั้งมีความเหมาะสมกับการสื่อความหมายทางโทรทัศน์

2.4 เตรียมฉากและอุปกรณ์

2.5 เตรียมสิ่งอื่น ๆ เช่น เสื้อผ้า เครื่องแต่งกายผู้แสดง ดนตรีและเสียงประกอบ

2.6 การซ้อม เป็นขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งจะต้องซักซ้อมทั้งฝ่ายเทคนิคและผู้แสดง

3. การดำเนินการ เป็นขั้นที่จะทำการผลิตรายการโทรทัศน์ ซึ่งจะได้ปฏิบัติตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว ความผิดพลาดของการผลิตรายการที่จะมีขึ้นในขั้นนี้ก็มีน้อยนั้นย่อมหมายถึงรายการที่ได้จะมีคุณภาพติดตามไปด้วย ซึ่งความสำเร็จของการดำเนินรายการขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้กำกับรายการและคณะผู้ร่วมงานทุกคน โดยขั้นนี้จะเริ่มจากการถ่ายทำตามบทที่เขียนไว้ จากนั้นจึงนำมาตัดต่อเพื่อเรียบเรียงภาพให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงบันทึกเสียงบรรยายเสียง ดนตรีและเสียงประกอบต่าง ๆ (พินิต วันโณ. 2520 : 19 – 20 ; ไพโรจน์ ติรัตนากุล และนิพนธ์ ศุภศรี ; 2528 : 75 – 78 ; สุรัชย์ สิกขาบัณฑิต. 2528 : 26 – 48 ; ชิน คล้านปาน. 2528 : 20 - 22)

จะเห็นได้ว่าในการผลิตรายการวิทยุทัศน์นี้ จะต้องกระทำด้วยความละเอียดรอบคอบ และอาศัยความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านเนื้อหาและหลักสูตร ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเทคโนโลยีทางการศึกษา เจ้าหน้าที่เทคนิคในการผลิตรายการวิทยุทัศน์ ตลอดจนต้องมีการประสานงานกันอย่างดีในทีมงานด้วย ซึ่งหากมีการวางแผนและเตรียมการไว้ล่วงหน้า ย่อมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของรายการวิทยุทัศน์ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ทำให้รายการวิทยุทัศน์ที่ผลิตเป็นไปตามจุดประสงค์ที่วางไว้เป็นอย่างดี

การประเมินประสิทธิภาพรายการวิทยุทัศน์

หลังการดำเนินการผลิตรายการวิทยุทัศน์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ขั้นตอนที่สำคัญอย่างหนึ่งก็คือ การประเมินรายการ เพราะเป็นการศึกษาว่าเทปวิทยุทัศน์ที่ผลิตขึ้นมานั้นมีประสิทธิภาพเพียงใดต่อกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งทำได้ 2 รูปแบบ คือ (วสันต์ อดิศักดิ์. 2533 : 144)

1. การประเมินด้วยผู้เชี่ยวชาญ โดยจัดตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญขึ้นเป็นผู้ประเมินเทปวิทยุทัศน์ชุดที่ผลิตขึ้น ผู้เชี่ยวชาญชุดนี้ควรประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาวิชาการนั้น นักเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา นักวัดและประเมินผล ผู้เชี่ยวชาญด้านโทรทัศน์ บุคคลเหล่านี้จะร่วมกันวิเคราะห์ในการปรับปรุงเทปวิทยุทัศน์ได้ดียิ่งขึ้น

2. การประเมินโดยการทดลอง เป็นการนำเอาเทปวิทยุทัศน์ที่ผลิตขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายจริง หรือตัวแทนของกลุ่มเป้าหมายและวัดดูว่าเขาบรรลุหรือผ่านวัตถุประสงค์ที่ได้วางไว้หรือไม่ การประเมินผลแบบนี้ต้องอาศัยแบบทดสอบร่วมด้วยและควรมีการประเมินผลแต่ละวัตถุประสงค์ให้แจ่มชัด

กระบวนการพิจารณาคุณค่าหรือประสิทธิภาพของสื่อเรียกว่าการประเมินสื่อ ซึ่งในกระบวนการประเมินผู้ประเมินจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมาย วิธีการประเมิน วิธีการเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนสรุปผลเพื่อชี้แนะแนวทางการปรับปรุงสื่อ นั้น ๆ เช่นเดียวกับการวิจัย ด้วยเหตุนี้การประเมินสื่อจึงเป็นการวิจัยอีกแบบหนึ่งที่เรียกว่า การวิจัยประเมิน (Evaluation research) ไชยยศ เรืองสุวรรณ (2533 : 127 - 131) ได้เสนอการประเมินที่นิยมกัน 5 วิธี ดังนี้

1. การประเมินโดยผู้สอน
2. การประเมินโดยผู้ชำนาญ
3. การประเมินโดยคณะกรรมการเฉพาะกิจ
4. การประเมินโดยผู้เรียน
5. การประเมินประสิทธิภาพของสื่อ

การประเมินสื่อ อาจทำได้ด้วยการสังเกตพฤติกรรมนักเรียน การวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียน การอภิปรายระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนเกี่ยวกับสื่อการเรียนการสอนก็เป็นแนวทางหนึ่งในการประเมินสื่อ ทั้งนี้ผู้ประเมินควรมีแบบประเมิน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์ผลการประเมินต่อไป

1. การประเมินโดยผู้สอน ผู้สอนที่ควรจะได้รับคัดเลือกให้เป็นผู้ประเมินสื่อ ควรเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการสอน เคยรับการฝึกอบรมจนมีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการผลิตและการใช้สื่อและมีประสบการณ์ในการใช้สื่อการเรียนการสอนมาเป็นอย่างดี ผู้สอนที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับสื่อและวิธีสอน อาจจัดเป็นผู้ชำนาญได้

2. การประเมินโดยผู้ชำนาญ ผู้ชำนาญในที่นี้ หมายถึง ผู้ชำนาญด้านสื่อการเรียนการสอนและมีประสบการณ์ด้านการประเมินด้วย ดังนั้น ผู้ชำนาญอาจเป็นผู้สอน เป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัยที่สอนในสาขาวิชาสื่อและเทคโนโลยีการศึกษา รวมทั้งอาจารย์ด้านการวัดและการประเมินผลที่มีความรู้ความสามารถด้านสื่อการเรียนการสอน เป็นต้น

5. การประเมินโดยคณะกรรมการเฉพาะกิจ คณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อประเมินสื่อการเรียนเป็นกลุ่มบุคคลที่หน่วยงานแต่งตั้งขึ้นมาประเมินสื่อ ลักษณะของกรรมการชุดนี้ คล้ายคลึงกับกรรมการตรวจรับวัสดุครุภัณฑ์ ซึ่งจะมุ่งประเมินเฉพาะในด้านกายภาพที่กำหนดขึ้นมาก่อนการจัดซื้อแต่กรรมการประเมินสื่อจะประเมินคุณลักษณะ ประสิทธิภาพการใช้และคุณลักษณะด้านอื่น ๆ ของสื่อการเรียนการสอนด้วย

4. การประเมินโดยผู้เรียน ผู้เรียนเป็นผู้รับรู้และเรียนรู้จากสื่อ ดังนั้น การให้ผู้เรียนได้มีโอกาสประเมินสื่อ จึงช่วยให้ได้ข้อคิดในการปรับปรุงสื่ออย่างเหมาะสมกับผู้เรียน การประเมินสื่อโดยผู้เรียนควรจัดทำขึ้นทันที เมื่อใช้สื่อแล้ว และให้ประเมินเฉพาะตัวสื่อ ไม่ให้เอาวิธีสอนของผู้สอนเข้ามาเกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามการประเมินสื่อโดยผู้เรียนอาจมีปัญหายูบง้างในแง่ผู้เรียนอาจมีประสบการณ์น้อย ผู้สอนควรชี้แจงเกณฑ์หรือหัวข้อการประเมินให้ผู้เรียนเข้าใจก่อนที่จะให้ประเมิน

5. การประเมินประสิทธิภาพของสื่อ การประเมินสื่ออีกวิธีหนึ่ง เป็นการประเมินประสิทธิภาพของสื่อ สื่อที่จะต้องได้รับการประเมินประสิทธิภาพส่วนใหญ่จะเป็นสื่อที่ผลิตขึ้นตามหลักการของการสอนแบบโปรแกรม เช่น บทเรียนโปรแกรมชุดการสอน โมดูลและสไลด์ทัศนูปกรณ์โปรแกรม เป็นต้น การประเมินสื่อโดยวิธีนี้จะคำนึงถึงจุดมุ่งหมายของสื่อการเรียนการสอนและวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนภายหลังจากที่เรียนจากสื่อนั้นแล้ว

วิธีการประเมินประสิทธิภาพสื่อ ทำได้ 2 วิธี คือ

1.3 ประเมินโดยอาศัยเกณฑ์ เช่นการประเมินประสิทธิภาพของบทเรียนโปรแกรมจะอาศัยเกณฑ์มาตรฐาน 90/90 (90/90 Standard) โดย 90 ตัวแรก หมายถึง คะแนนรวมของผลทดสอบของผู้เรียนทั้งหมดที่ตอบถูก โดยนำมารวมกันเข้าแล้วคิดเป็นร้อยละ ได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 และ 90 ตัวหลัง หมายถึง ข้อสอบแต่ละข้อที่ผู้เรียนทำถูกไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ถ้าข้อใดมีผู้เรียนทำได้ต่ำกว่าร้อยละ 90 ต้องปรับปรุงแก้ไขบทเรียนโปรแกรมนั้น แล้วทำการทดลองซ้ำอีกจนกว่าจะได้คะแนนถึงเกณฑ์มาตรฐาน 90/90

สำหรับการประเมินชุดการสอนนั้น เป็นการตรวจสอบหรือประเมินประสิทธิภาพของชุดการสอนที่นิยมประเมินจะเป็นชุดการสอนสำหรับกลุ่มกิจกรรม หรือชุดการสอนที่ใช้ในศูนย์การเรียนรู้ โดยใช้เกณฑ์มาตรฐาน 90/90 เป็นเกณฑ์ประเมินสำหรับเนื้อหาประเภทความรู้ ความจำและใช้เกณฑ์มาตรฐาน 80/80 สำหรับเนื้อหาที่เป็นทักษะ ความหมายของตัวเลขเกณฑ์มาตรฐานดังกล่าว มีความหมายดังนี้ คือ 90 ตัวแรก หมายถึง ค่าร้อยละของประสิทธิภาพในด้านการบวนการของชุดการสอน ซึ่งประกอบด้วยผลของการปฏิบัติการกิจต่าง ๆ เช่น งาน และแบบฝึกของผู้เรียน โดยนำคะแนนที่ได้จากการวัดผลภารกิจทั้งหลาย ทั้งรายบุคคลและกลุ่มย่อยทุกชั้นมารวมกัน แล้วคำนวณหาค่าร้อยละเฉลี่ย ส่วน 90 ตัวหลังนั้น หมายถึง คะแนนจากการทดสอบหลังเรียน (Post - test) ของผู้เรียนทุกคน นำมาคำนวณหาค่าร้อยละเฉลี่ยจะได้ค่าตัวเลขทั้งสอง เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานต่อไป

5.1 ประเมินโดยไม่ได้ตั้งใจไว้ล่วงหน้า เป็นการประเมินประสิทธิภาพของสื่อ ด้วยการเปรียบเทียบผลการสอบของผู้เรียนภายหลังจากที่เรียนจากสื่อ่นั้นแล้ว (Post - test) ว่า สูงกว่าผลสอบก่อนเรียน (Pre - test) อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ หากผลการเปรียบเทียบพบว่า ผู้เรียนได้คะแนนสอบหลังเรียนสูงกว่าคะแนนสอบก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญ ก็แสดงว่า สื่อ่นั้น มีประสิทธิภาพ

การประเมินสื่อในลักษณะนี้ อาจทำได้โดยการวิจัยเปรียบเทียบกับการใช้สื่ออื่น ๆ ซึ่งการวิจัยประเมินสื่อในลักษณะนี้มีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะข้อบกพร่องในด้านการ กำหนดปัญหา หรือข้อคำถามในการวิจัยและการควบคุมตัวแปร เป็นต้น เนื่องจากการวิจัย ประเมินสื่อสามารถทำได้หลายวิธีและมีจุดมุ่งหมายต่างกัน ดังนั้น เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวม ข้อมูลเพื่อการประเมินสื่อจึงทำได้หลายลักษณะ เช่น

1. แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน จะเป็นเครื่องมือวัดความรู้ของผู้เรียน ภายหลังการเรียนจากสื่อแล้ว

2. แบบทดสอบความถนัด เพื่อวัดสมรรถนะของผู้เรียนภายหลังที่เรียนจากสื่อ

3. แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ ซึ่งเครื่องมือจะประกอบด้วยข้อ ความหรือคำถามต่าง ๆ เกี่ยวกับสื่อ หรืออาจจะมีช่องว่างให้เติมข้อความด้วยก็ได้ เครื่องมือ ลักษณะนี้ใช้ประเมินได้กับทุกกลุ่ม

4. แบบมาตราส่วนประมาณค่า สามารถใช้ประกอบในแบบสอบถามได้ ซึ่งการ ใช้เครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่านี้ สามารถนำไปใช้ในการรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมิน ด้านเหตุการณ์ ความคิดเห็นและเจตคติของผู้เรียนได้ ซึ่งผู้ออกแบบแบบประเมินลักษณะนี้ ต้องให้นิยามของศัพท์เฉพาะหรือข้อความด้านเทคนิคที่ใช้ในการประเมินให้ชัดเจน ไม่เช่นนั้นข้อมูลที่ได้ อาจผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนได้

5. แบบจัดอันดับ เป็นการพิจารณาคูณค่าของสื่อในการสอนจุดมุ่งหมายหนึ่งว่า สื่อใดจะเหมาะสมที่สุด แล้วเรียงอันดับความสำคัญของสื่อ

6. การบันทึกแบบไดอารี่ เป็นเทคนิคอย่างหนึ่งในการประเมินอาจจะบันทึก เกี่ยวกับการใช้สื่อนั้น ๆ ทุกครั้งที่มีการใช้ เพื่อทราบผลการใช้สื่อในการเรียนการสอน

7. การสังเกต เป็นการเฝ้าดูผลที่เกิดขึ้นจากการใช้สื่อการสอน ตั้งแต่เริ่มต้น จนจบกระบวนการใช้

8. การสัมภาษณ์ เป็นการซักถามและพูดคุยกับทั้งผู้ผลิต ผู้ใช้และผู้เรียนเกี่ยวกับ สื่อนั้นเพื่อนำข้อมูลมาประกอบพิจารณาในการประเมินสื่อ

ลักษณะของเครื่องมือการประเมินสื่อการเรียนการสอน นอกจากที่กล่าวมาแล้ว ยังมีเครื่องมือวิจัยอีกหลายลักษณะที่สามารถนำมาประยุกต์ในการออกแบบเครื่องมือการประเมินสื่อได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายและวิธีการประเมิน อย่างไรก็ตามเนื่องจากการประเมินมีหลายรูปแบบและหลายวิธี นอกจากนั้นการประเมินยังมีความมุ่งหมายเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น ไม่ใช่เป็นการตรวจสอบเท่านั้น ดังนั้น เครื่องมือและเทคนิคการรวบรวมข้อมูลจึงมักใช้หลาย ๆ รูปแบบคละกันและจัดให้มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการประเมินประสิทธิภาพสื่อ 2 วิธี คือ การประเมินโดยอาศัยเกณฑ์มาตรฐาน 80/80 และการเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติก่อนและหลังดูวีดิทัศน์

การวิจัยและพัฒนาการศึกษา

การวิจัยและพัฒนาการศึกษาตรงกับภาษาอังกฤษว่า Education Research and Development (R & D) เป็นการพัฒนาการศึกษาโดยพื้นฐานการวิจัย เป็นกลยุทธ์หรือวิธีการสำคัญวิธีหนึ่งที่ยอมรับใช้ในการเปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาการศึกษา โดยเน้นหลักเหตุผลและตรรกวิทยา เป้าหมายหลักคือใช้เป็นกระบวนการในการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ทางการศึกษา (Education product) อันหมายถึง วัสดุ ครุภัณฑ์ทางการศึกษา ได้แก่ หนังสือแบบเรียน ฟิล์ม เทปเสียง เทปโทรทัศน์ คอมพิวเตอร์และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ฯลฯ

รูปแบบการวิจัยและพัฒนา ผู้วิจัยจะต้องออกแบบสร้างสรรค์ผลิตและพัฒนาผลิตภัณฑ์ด้วยการทดลองประเมินและป้อนข้อมูลย้อนกลับ เพื่อปรับปรุงให้ผลผลิตนั้นพัฒนาทั้งทางด้านคุณภาพและประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดรูปแบบที่เหมาะสมอันนำไปสู่ผลและมาตรฐานที่ต้องการ

ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาการศึกษา

บอร์ก และกอลล์ (Borg and Gall, 1979 : 623) ได้กำหนดขั้นตอนสำคัญของการวิจัยและพัฒนาไว้ 10 ขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดผลผลิตทางการศึกษาที่จะทำการพัฒนาขั้นตอนแรกต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าผลผลิตทางการศึกษาที่จะวิจัยและพัฒนาโดยต้องกำหนดลักษณะทั่วไป รายละเอียดของการใช้ และวัตถุประสงค์ของการใช้ เกณฑ์ในการเลือกกำหนดผลผลิตทางการศึกษาที่จะวิจัยพัฒนา มี 4 ข้อ คือ

- 1.1 ตรงกับความต้องการหรือไม่
- 1.2 ความก้าวหน้าทางวิชาการมีเพียงพอที่จะพัฒนาผลผลิตที่กำหนดหรือไม่
- 1.3 บุคลากรที่มีอยู่ มีทักษะความรู้และประสบการณ์ที่จำเป็นต่อการวิจัยและพัฒนาหรือไม่
- 1.4 ผลผลิตนั้นจะพัฒนาขึ้นในเวลาอันสมควรได้หรือไม่
2. รวบรวมข้อมูลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขั้นนี้เป็นการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัย การสังเกตภาคสนาม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้ผลผลิตทางการศึกษาที่กำหนด ถ้ามีความจำเป็นผู้ทำการวิจัยและพัฒนาอาจจะต้องทำการศึกษาวิจัยขนาดเล็ก เพื่อหาคำตอบซึ่งงานวิจัยและทฤษฎีที่มีอยู่ไม่สามารถตอบได้ ก่อนที่จะเริ่มทำการพัฒนาต่อไป
3. วางแผนวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย
 - 3.1 กำหนดวัตถุประสงค์ของการใช้ผลผลิต
 - 3.2 ประมาณค่าใช้จ่าย กำลังคนและระยะเวลาที่ต้องใช้เพื่อศึกษาความเป็นไปได้
 - 3.3 พิจารณาผลสืบเนื่องจากผลผลิต
4. พัฒนารูปแบบขั้นต้นของผลผลิต ขั้นนี้เป็นการออกแบบและจัดทำผลผลิตการศึกษาตามที่วางไว้ เช่น ถ้าเป็นโครงวิจัยและพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นต้องออกแบบหลักสูตรเตรียมวัสดุ คู่มือผู้ฝึกอบรม เอกสารในการฝึกอบรมและเครื่องมือประเมินผล
5. ทดลองหรือทดสอบผลผลิต ครั้งที่ 1 ขั้นนี้เป็นการนำผลผลิตที่ออกแบบและจัดเตรียมไว้ในขั้นที่ 4 ไปทดลองใช้เพื่อทดสอบคุณภาพขั้นต้นของผลผลิต ใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กประมาณ 6 - 12 คน ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถาม การสังเกตและการสัมภาษณ์แล้วรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์
6. ปรับปรุงผลผลิตครั้งที่ 1 ขั้นนี้เป็นการนำข้อมูลและผลการทดลองใช้จากขั้นที่ 5 มาพิจารณาปรับปรุง
7. ทดลองหรือทดสอบผลผลิตครั้งที่ 2 ขั้นนี้เป็นการนำผลผลิตที่ปรับปรุงไปทดลองเพื่อทดสอบคุณภาพผลผลิตตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 - 100 คน ประเมินผลเชิงปริมาณในลักษณะ Pre-test กับ Post-test นำผลไปเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ของการใช้ผลผลิต อาจมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองถ้าจำเป็น
7. ปรับปรุงผลผลิตครั้งที่ 2 ขั้นนี้เป็นการนำข้อมูลและผลการทดลองใช้จากขั้นที่ 7 มาพิจารณาปรับปรุง

9. ขั้นนี้นำผลิตภัณฑ์ที่ปรับปรุงไปทดลองเพื่อทดสอบคุณภาพการใช้งานของผลิตภัณฑ์ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 - 200 คน ประเมินผลโดยการใช้แบบสอบถาม การสังเกต และการสัมภาษณ์ แล้วรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์

10. ปรับปรุงผลผลิตครั้งที่ 3 นำข้อมูลจากการทดลองครั้งที่ 9 มาพิจารณาปรับปรุง เพื่อผลิตและเผยแพร่ต่อไปเมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วก็เสนอรายงานเกี่ยวกับผลการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ในที่ประชุมสัมมนาทางวิชาการหรือวิชาชีพส่งไปลงเผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ และติดต่อกับหน่วยงานทางการศึกษาเพื่อจัดทำผลิตภัณฑ์ทางการศึกษาเผยแพร่ไปใช้ในโรงเรียนต่าง ๆ หรือติดต่อกับบริษัทเพื่อผลิตจำหน่ายต่อไป

โดยสรุปแล้วจะเห็นได้ว่า การวิจัยและพัฒนาเป็นรูปแบบการวิจัยที่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้ทันที ทันต่อความต้องการและการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม การเมือง และการศึกษา ดังนั้นหากมีการวิจัยทางการศึกษาที่เป็นไปในรูปแบบของการวิจัยและพัฒนาเพิ่มมากขึ้น ก็จะเป็นการทำให้มีการนำผลการวิจัยการศึกษาไปใช้กันอย่างกว้างขวางและเด่นชัดขึ้นในอนาคต

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบรายการวิทัศน์แบบสารคดี ประเภทสารคดีกึ่งบุคคลคนเดียว ดำเนินการผลิตโดยอาศัยแนวทางของบอร์กและกอลส์ ใช้การประเมินประสิทธิภาพสื่อ 2 วิธี คือ การประเมินโดยอาศัยเกณฑ์มาตรฐาน 80/80 และการเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติ ก่อนและหลังดูวิทัศน์

โรคหัวใจที่รักษาด้วยการผ่าตัด

หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจนั้นการทำงานเพื่อสูบน้ำโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เสื่อมลง การรักษาโดยการผ่าตัดมีส่วนสำคัญที่จะแก้ไขความผิดปกติที่มีอยู่ หรือช่วยบรรเทาอาการ และอาการแสดงของโรค โรคหัวใจที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. โรคหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิด (Congenital heart disease)
2. โรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acquired heart disease)

โรคหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิด

สาเหตุส่วนใหญ่ยังไม่ทราบแน่ชัด พอจะอธิบายได้ว่า อาจเกิดจากสาเหตุใด ๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาของหัวใจเด็กในครรภ์ระยะสัปดาห์ที่ 4 - 7 ของการตั้งครรภ์ เพราะวาระนี้กำลังมีการสร้างอวัยวะต่าง ๆ นอกจากนี้การติดเชื้อโรคหรือการเจ็บป่วยของมารดาขณะตั้งครรภ์ เช่น มารดาเป็นหัดเยอรมัน (Rubella) ในระยะตั้งครรภ์ 1 - 2 เดือน พบว่าร้อยละ 50 จะทำให้ลูกมีความพิการ (Rubella syndrome) ซึ่งพบความผิดปกติของเส้นเลือดแดงใหญ่ระหว่างหัวใจและ

ปอด (Patent ductus arteriosus) และเส้นเลือดแดงไปปอดตีบ (Pulmonary artery branch stenosis) การที่มาดาเป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent) จะพบว่าเด็กจะมีหัวใจพิการชนิดที่มีการสลับกันของเส้นเลือดที่ชั่วหัวใจและปอด (Transposition of the great vessels) การมีรูรั่วของผนังกันหัวใจห้องล่าง (Ventricular septal defect) และยังพบว่ากว่าร้อยละ 50 ของเด็กที่เกิดจากการดาดิตสุรา จะมีหัวใจพิการ (Fetal alcohol syndrome)

โรคหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่มีอาการตัวเขียวแต่กำเนิด (Cyanotic heart disease)
2. กลุ่มที่มีอาการเขียวเกิดขึ้นภายหลัง (Late cyanotic heart disease)
3. กลุ่มที่ไม่มีอาการตัวเขียว (Acyanotic heart disease)

1. กลุ่มที่มีอาการตัวเขียวแต่กำเนิด

กลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนโลหิต (Hemodynamic) แบบขวาไปซ้าย โรคที่พบบ่อยคือ โรคหัวใจแบบตัวเขียวที่มีทั้งรูรั่วของผนังกันระหว่างห้องหัวใจห้องล่างและมีการตีบของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงปอด (Tetralogy of Fallot) การสลับกันของเส้นเลือดที่ชั่วหัวใจและปอด (Transposition of great vessels) ลิ้นหัวใจไตรคัสปิดตีบ (Tricuspid atresia) การติดต่ำของลิ้นหัวใจไตรคัสปิด (Ebstein's anomaly) ความผิดปกติของเส้นเลือดจากปอดที่นำเลือดกลับมายังหัวใจ (Total anomalous pulmonary venous drainage)

2. กลุ่มที่มีอาการเขียวเกิดขึ้นภายหลัง

กลุ่มนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนโลหิตแบบซ้ายไปขวา (Left to right shunt) ถ้ามีความดันในปอดสูง (Pulmonary hypertension) จะทำให้เขียวได้ โรคที่พบบ่อยคือ การมีรูรั่วของผนังกันระหว่างห้องหัวใจห้องล่าง (Ventricular septal defect) การมีรูรั่วของผนังกันระหว่างห้องหัวใจห้องบน (Atrial Septal defect) การมีความผิดปกติของเส้นเลือดใหญ่ระหว่างหัวใจและปอด (Persistent ductus arteriosus)

3. กลุ่มที่ไม่มีอาการตัวเขียว

กลุ่มนี้ไม่มีทางติดต่อ (Non Shunt) แต่จะมีอาการเขียวตามปลายมือ ปลายเท้าได้ ถ้าอยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว โรคที่พบคือ ลิ้นหัวใจเอออร์ติคตีบ (Aortic stenosis) ลิ้นหัวใจพัลโมนารีตีบ (Pulmonary Stenosis) การตีบคอดของเส้นเลือดเอออร์ตา (Coarctation of aorta)

โรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง

เป็นความผิดปกติของหัวใจ ซึ่งมีได้เป็นมาแต่กำเนิด อาจเกิดขึ้นในระยะใด ๆ ของการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้เกิดความผิดปกติในด้านโครงสร้างของหัวใจ หรือในด้านการทำงานของหัวใจหรือทั้งสองอย่างร่วมกัน สาเหตุของโรค ได้แก่ การติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย การเสื่อมสภาพ (Degenerative change) และการได้รับบาดเจ็บ (Trauma) โรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง ได้แก่ โรคหัวใจรูห์มาติก (Rheumatic heart disease) โรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Constrictive pericarditis) ลิ้นหัวใจตีบ ลิ้นหัวใจรั่ว เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ เป็นต้น

การผ่าตัดหัวใจ

วิวัฒนาการของการผ่าตัดหัวใจ

การรักษาโรคหัวใจโดยการผ่าตัด เริ่มขึ้นตั้งแต่ ปี ค.ศ.1897 โดย ลุดวิก เรห์น (Ludwig Rehn) ที่เมืองแฟรงก์เฟิร์ต (Frankfurt) ประเทศเยอรมัน ได้ทำการผ่าตัดเย็บแผลทะลุที่ห้องหัวใจ ห้องล่างขวา (Right ventricle) ได้สำเร็จถือเป็นการกำเนิดของศัลยกรรมหัวใจ

ปี ค.ศ.1935 เบค (Bach) ทำการผ่าตัดหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary artery) ตัดต่อเข้ากับเส้นเลือดอื่นเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและในปี ค.ศ.1945 ฟาวัลโลโร (Favaloro) ได้พัฒนาวิธีการผ่าตัดหลอดเลือดโคโรนารี โดยใช้เส้นเลือดดำขาพินัส (Saphenous vein) ซึ่งเป็นเส้นเลือดดำจากขามาตัดต่อเข้ากับเส้นเลือดโคโรนารี (Saphenous vein bypass graft) ซึ่งนิยมแพร่หลายมาจนถึงปัจจุบัน

การผ่าตัดหัวใจที่ผ่านมาเป็นการทำผ่าตัดในขณะที่หัวใจทำงานตามปกติ จนกระทั่งในปี ค.ศ.1953 กิบบอน (Gibbon) ประสบความสำเร็จในการประดิษฐ์เครื่องหัวใจและปอดเทียม (Heart lung machine) ใช้ทำหน้าที่แทนหัวใจและปอด ขณะทำการผ่าตัดทำให้สามารถหยุดการทำงานของหัวใจและปอดขณะทำผ่าตัดได้ และมีการพัฒนาการผ่าตัดหัวใจมากขึ้น เช่น ในปี ค.ศ.1960 สตาร์ (Starr) และเอดเวิร์ด (Edwards) ได้ทำการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม (Artificial heart valve) ประสบความสำเร็จเป็นที่ยอมรับและปี ค.ศ.1967 บาร์นาร์ด (Barnard) ได้ทำการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation) ได้สำเร็จในมนุษย์ เป็นต้น

การผ่าตัดหัวใจในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยความก้าวหน้าในการผ่าตัดหัวใจ นับว่ามีความเจริญรุดหน้ากว่าหลายประเทศในเอเชียและเกือบจะทัดเทียมชาติตะวันตกโดยเริ่มมีการผ่าตัดหัวใจในประเทศไทยครั้งแรกในปี พ.ศ.2496 โดยศาสตราจารย์ นายแพทย์สมาน มันทราภรณ์ ที่โรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ ได้ทำการผ่าตัดผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด ที่มีเลือดไหลเวียนจากหลอดเลือดแดงปัลโมนารี (Pulmonary artery) ไปยังหลอดเลือดใหญ่เอออร์ตา (Aorta) ได้สำเร็จ จากนั้นในปี พ.ศ.2497 ศาสตราจารย์ นายแพทย์กษาน จาติกวณิช ได้ทำการผ่าตัดลิ้นหัวใจไมตรัล (Closed mitral valvulotomy) ที่โรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ.2501 นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ได้ทำผ่าตัดเช่นเดียวกับ นายแพทย์สมาน มันทราภรณ์ ในโรงพยาบาลหญิงและเด็ก

การผ่าตัดหัวใจโดยใช้เครื่องมือหัวใจและปอดเทียมในประเทศไทย ได้ทำเป็นผลสำเร็จครั้งแรก โดยนายแพทย์กัมพล ประจวบเหมาะ ได้ทำการผ่าตัดผู้ป่วยผนังกันระหว่างห้องหัวใจห้องบนรั่วแต่กำเนิด (Atrial septal defect) ที่โรงพยาบาลศิริราช ในวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ.2502

พ.ศ.2517 นายแพทย์ปริญญ์ สาภิรักษณ์ ได้ทำการผ่าตัดหลอดเลือดโคโรนารีตีบ โดยใช้หลอดเลือดดำที่ขามาตัดต่อส่วนที่ตีบได้เป็นครั้งแรกในประเทศไทย ในปีถัดมาคือ พ.ศ.2518 นายแพทย์สุทธิ สุรเกียรติชานกุล เป็นศัลยแพทย์ท่านแรกในประเทศไทยที่ประสบความสำเร็จในการทำผ่าตัดหลอดเลือดโคโรนารีตีบ โดยใช้หลอดเลือดแดงจากผนังทรวงอก (Internal mammary)

พ.ศ.2530 ศาสตราจารย์นายแพทย์ชวลิต อ่องจรีต และคณะของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ทำการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจสำเร็จเป็นครั้งแรกในประเทศไทย และเป็นครั้งแรกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ต่อมาในเดือนตุลาคม พ.ศ.2531 ศาสตราจารย์นายแพทย์ปริญญ์ สาภิรักษณ์ และคณะของโรงพยาบาลศิริราช ก็ประสบความสำเร็จ ในการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจเป็นแห่งที่ 2 ของประเทศไทย และอีก 2 สัปดาห์ต่อมา นายแพทย์พันธุ์พิษณุ สาครพันธ์ และคณะของโรงพยาบาลราชวิถี ก็ประสบความสำเร็จเป็นแห่งที่ 3

31 สิงหาคม พ.ศ.2532 นายแพทย์พันธุ์พิษณุ สาครพันธ์ และคณะของโรงพยาบาลราชวิถี ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและปอดพร้อมกันเป็นครั้งแรกในประเทศไทย และเป็นครั้งแรกในเอเชีย

เทคนิคการผ่าตัดหัวใจ

การผ่าตัดหัวใจแบ่งตามเทคนิคการผ่าตัด เป็น 2 ชนิด คือ

1. การผ่าตัดหัวใจแบบปิด (Closed heart surgery) หมายถึง การผ่าตัดหัวใจหรือเส้นเลือดใหญ่ใกล้บริเวณหัวใจ โดยขณะผ่าตัดหัวใจยังคงทำงานตามปกติ เป็นการผ่าตัดโดยไม่ต้องใช้เครื่องมือหัวใจและปอดเทียมช่วยในการผ่าตัด เป็นการผ่าตัดที่ใช้เวลาไม่มากนัก และเทคนิคไม่ยุ่งยากและไม่ยุ่งเกี่ยวกับความผิดปกติใหญ่ ๆ ในห้องหัวใจและผนังกันหัวใจ เช่น การผ่าตัดผูกเส้น

เลือด (Ligation) ที่ไหลเวียนจากหลอดเลือดแดงพัลโมนารีย์ ไปยังหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา การผ่าตัดเพื่อฝังเครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจ (Pacemaker) เป็นต้น

2. การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) หมายถึง การผ่าตัดหัวใจที่ต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมช่วยเพราะหัวใจจะหยุดทำงาน และไม่ให้เลือดไหลเวียนผ่านหัวใจและปอดในขณะที่ผ่าตัด โดยใช้เทคนิคการเบี่ยงเบน (Bypass) ให้เลือดที่ไหลกลับมาจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไหลเวียนนอกนอกหัวใจและปอด (Extra corporal circulation) ร่วมกับการใช้เครื่องหัวใจปอดเทียม (Pumpoxygenator) ซึ่งจะสะดวกต่อการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติและสามารถคงสภาพการแพร่ผ่าน (Diffusion) ของเลือดที่มีออกซิเจนอย่างเพียงพอไปเลี้ยงเนื้อเยื่ออวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ทั้งนี้ในระหว่างการผ่าตัดจะมีเทคนิคการลดอุณหภูมิกาย (Hypothermia) การทำให้เลือดอยู่ในสภาวะเจือจาง (Hemodilution) และการใช้สารต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulation) ร่วมด้วยเสมอ เทคนิคการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนี้ใช้ส่วนใหญ่ในการผ่าตัด เช่น ผ่าตัดต่อเส้นเลือดเข้าหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีย์ (Coronary artery bypass grafts), ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Valve replacement) หรือผ่าตัดตกแต่งลิ้นหัวใจ (Annuloplasty or reconstruction) ผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติทางกายวิภาคและการไหลเวียนเลือดในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Corrective surgery) หรือผ่าตัดเย็บปิดรูรั่วที่ผนังกันระหว่างห้องหัวใจ (Repair or closure of defect)

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการผ่าตัดหัวใจ

ความสำเร็จของการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การที่สามารถแก้ไข การไหลเวียน (Hemodynamic) ของผู้ป่วยให้เป็นเหมือนคนปกติหรือใกล้เคียงที่สุด โดยผู้ป่วยสามารถดำรงการไหลเวียนนั้นอย่างดี ไม่มีอาการทุกข์ทรมานและปราศจากสภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด หรือจากการดมยาสลบจนสามารถเข้าสู่ระยะพักฟื้นจากการผ่าตัด และสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ตามปกติความสำเร็จดังกล่าวนี้จะมีได้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด ซึ่งอยู่กับองค์ประกอบต่อไปนี้

1. ความรุนแรงของโรคก่อนผ่าตัดแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาว่ารายใดควรได้รับการผ่าตัด โดยมีข้อบ่งชี้เฉพาะในแต่ละโรคบางรายที่มาพบแพทย์เมื่อมีอาการมากแล้วก็อาจได้รับการผ่าตัดเพื่อช่วยชีวิต หรืออาจจะรักษาทางยาชั่วคราวให้อาการดีขึ้นก่อนจึงจะผ่าตัดได้ ซึ่งรายที่มีอาการมากแล้วการผ่าตัดอาจไม่ได้ผลดีนัก ดังนั้น การมาพบแพทย์แต่เนิ่น ๆ และเตรียมการผ่าตัดอย่างดีมักเกิดผลดีต่อการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดมากกว่า

2. ความสำเร็จของการป้องกันอันตรายต่อกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial preservation) และ การใช้เทคนิคช่วยผ่าตัดอื่น ๆ คือ การใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม และการควบคุมอุณหภูมิให้ต่ำ ในการผ่าตัด

3. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดมีผลต่อความสำเร็จของการผ่าตัด ในการช่วยลดภาวะเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ

การเตรียมตัวให้พร้อมก่อนผ่าตัด เมื่อได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าต้องรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจ ควรปฏิบัติตนดังต่อไปนี้

1. รับการตรวจรักษาหรืออดفن โดยทันตแพทย์ก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่หัวใจ

2. ยาบางชนิดที่รับประทานอยู่ แพทย์อาจสั่งงดก่อนผ่าตัด 1-3 วัน เช่น แอสไพริน ยาต้านเลือดแข็ง ยาดิจิตาลิส (Digitalis)

3. ก่อนผ่าตัด 1-3 วัน จะมีการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ เพิ่มเติม เช่น เอกซเรย์ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจเลือด

4. การจำกัดอาหารรสเค็ม เพิ่มอาหารที่มีประโยชน์

5. การลดกิจกรรมที่ใช้พลังงานต่าง ๆ พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอและลดความวิตกกังวลต่าง ๆ

6. วันก่อนผ่าตัดจะมีการเตรียมร่างกาย โดยการโกนขนและฟอกผิวหนังบริเวณผ่าตัด อาบน้ำสระผมให้สะอาด ถ้าทาเล็บควรล้างออก เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บในกรณีที่มีการเสียเลือดหรือขาดออกซิเจนในขณะผ่าตัด

7. เย็นวันก่อนผ่าตัด สวมอุจจาระ เพื่อไม่ให้มีเศษอุจจาระ เหลืออยู่ในลำไส้ เพื่อป้องกันไม่ให้อุจจาระไหลออกมาขณะผ่าตัด ซึ่งจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้และเป็นการป้องกันอาการท้องอืดภายหลังผ่าตัดด้วย

8. คืนก่อนวันผ่าตัด หลังเที่ยงคืนต้องงดอาหารและน้ำเพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง ป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปอุดกั้นทางเดินหายใจขณะใช้ยาระงับความรู้สึก

หลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะถูกนำมาดูแลที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ ซึ่งมีแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษ ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะแรกที่เกี่ยวข้องการเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอีกระยะหนึ่งห้าม

ดึงออกให้หายใจผ่านท่อตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ถ้ามีเสมหะมาก พยาบาลจะใช้เครื่องมือช่วยดูดเสมหะให้ บริเวณทรวงอกจะมีแผลผ่าตัด ถ้าผ่าตัดต่อหลอดเลือดโคโรนารี อาจมีแผลบริเวณตลอดความยาวของขาด้วย และจะมีสายระบายเลือดจากทรวงอก 2 - 3 สาย สามารถพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอนได้ เพียงระมัดระวังการนอนทับหรือการดึงรั้งสายที่อาจทำให้หลุดได้ นอกจากนี้ยังมีสายสวนปัสสาวะ สายให้น้ำเกลือบริเวณคอ และสายวัดความดันในหลอดเลือดแดงบริเวณข้อมือ

เมื่อแพทย์เห็นว่าปลอดภัยจากช่วงวิกฤตระยะแรกหลังผ่าตัดแล้ว ท่อหายใจเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนท่อระบายทรวงอก สายสายปัสสาวะ สายน้ำเกลือต่าง ๆ จะถูกปลดออก ผู้ป่วยจะสามารถทำกิจกรรมบางอย่างเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันในการช่วยเหลือตนเองตามคำแนะนำของพยาบาลได้ ระยะแรกท่านจะรู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัด แพทย์จะสั่งยาแก้ปวดให้ท่านเป็นระยะ ๆ ถ้ารู้สึกปวดแผลให้ขอยาได้

ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จะได้รับการย้ายกลับหอผู้ป่วยเดิมก่อนผ่าตัด ในระยะนี้ให้เริ่มบริหารร่างกายและเพิ่มกิจกรรมต่าง ๆ ตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด โดยเริ่มจากการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพทุก 1 - 2 ชั่วโมง ในเวลากลางวัน และทุก 2 - 4 ชั่วโมง ในเวลากลางคืน การบริหารการหายใจ โดยการหายใจเข้าช้า ๆ และลึก ๆ ค้างไว้ 3 วินาที แล้วหายใจออกช้า ๆ ทำซ้ำ 5 - 10 ครั้ง แล้วหายใจตามปกติ เทคนิคการหายใจอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งต่อไปนี้ (อัจฉรา เดชฤทธิพิทักษ์. 2543 : 179)

1. หายใจเข้าช้า ๆ ผ่านทางจมูก จนรู้สึกหน้าท้องโป่ง แล้วหายใจออกช้า ๆ ทางปาก ในขณะเดียวกันหดเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยดันอากาศออก

2. นอนในท่าศีรษะสูง ใช้หมอนหรือผ้าห่มหนุนข้างอเล็กน้อย มือข้างหนึ่งวางบนทรวงอก มืออีกข้างหนึ่งวางบนหน้าท้อง แล้วหายใจเข้าช้า ๆ ลึก ๆ ให้หน้าท้องโป่งออกดันมือที่วางด้านไว้ จากนั้นหายใจออกช้า ๆ จนรู้สึกหน้าท้องถูกดึงออกจากฝ่ามือ ส่วนการไออย่างมีประสิทธิภาพนั้น ควรทำภายหลังหายใจเข้าออกลึก ๆ 4 - 5 ครั้ง เทคนิคการไออย่างมีประสิทธิภาพควรอยู่ในท่านั่งตรงหรือโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อยใช้มือช่วยประคองแผลผ่าตัดที่ทรวงอกสูดหายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ อย่างเต็มที่แล้วค้างไว้นับ 1 ถึง 3 และไอออกมาแรง ๆ 2 ครั้งติดกันพร้อมกับการหายใจออก ถ้าปวดแผลมากให้ขอยาแก้ปวดรับประทาน

การจัดกิจกรรมและการออกกำลังกายภายหลังการผ่าตัดหัวใจสรุปเป็นขั้นตอน
ดังตาราง 3

ตาราง 3 การจัดกิจกรรมและการออกกำลังกายหลังผ่าตัดตามขั้นตอน

ระยะเวลา	การจัดกิจกรรม	การออกกำลังกาย
ก่อนผ่าตัด	- ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม - ให้ทำกิจกรรมตามระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ	- แนะนำท่าที่จะนอน การเคลื่อนไหว การพลิกตะแคงตัวบนเตียงและวิธีการลงจากเตียง - สอนวิธีการบริหารหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายภายหลังผ่าตัด
24 ชั่วโมงแรก ภายหลังการผ่าตัด	- ให้พักผ่อนเต็มที่ - กิจกรรมทุกอย่างพยาบาลช่วยทำให้	- หายใจเข้า - ออกลึก ๆ - กำมือสลับแบมือ - กระดกปลายเท้าขึ้น สลับกดปลายเท้าลง
24 - 72 ชั่วโมง	- พยาบาลช่วยเช็ดตัว ทำความสะอาดร่างกาย - ผู้ป่วยแปรงฟันเอง (ถ้าทำได้) - ดื่กอาหารรับประทานเอง โดยพยาบาลช่วยไขเตียงให้ศีรษะสูง - พลิกตะแคงตัวได้เอง - ลงนั่งเก้าอี้ข้างเตียงได้ 10 - 15 นาที - ใช้ Bed side commode ในการขับถ่าย	- หายใจเข้า - ออกลึก ๆ - ไออย่างมีประสิทธิภาพ ถ้ารู้สึกมีเสมหะ - ออกกำลังข้อมือ - ข้อมือเท้ากระดก ปลายเท้าขึ้น - กดปลายเท้าลง 5 - 10 ครั้ง - กำมือสลับแบมือ 5 - 10 ครั้ง - กระดกข้อมือขึ้น - กดข้อมือลง 5 - 10 ครั้ง - ออกกำลังแขน - ขา

ตาราง 3 (ต่อ)

ระยะเวลา	การจัดกิจกรรม	การออกกำลังกาย
		ก. ในท่านอน บริหารท่าละ 5 - 10 ครั้ง • เขยียดแขนตรงแล้วงอพับเข้าหาตัวทั้ง 2 ข้าง • เขยียดขาตรง งอเข่า ขึ้นขาขึ้นแล้ววางลงท่าเขยียด • ทำสลับซ้าย - ขวา • เขยียดขาตรง ยกขาขึ้นสูงแล้ววางลงทีละข้าง ข. ในท่านั่งเก้าอี้ข้างเดียว • เท้าเหยียบพื้น ยกขาขึ้นเหยียดตรงแล้ววางลงในท่าเดิม ทำสลับซ้าย - ขวา 5 - 10 ครั้ง • ยกเข่าขึ้นชิดอกแล้วปล่อยลงช้า ๆ กลับเข้าสู่ท่าเดิม ทำสลับทีละข้าง 5 - 10 ครั้ง
2 - 3 วัน	- ทำกิจกรรมเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน เช็ดตัว โกนหนวด หวีผม โดยพยาบาลช่วยเช็ดด้านหลังและดูแลความเรียบร้อย - จัด غذاอาหาร รับประทานอาหารด้วยตนเอง	- เริ่มการออกกำลังกายโดยการเดิน 25 - 50 เมตร ตามระดับความสามารถและขีดจำกัดในการออกกำลังกาย พร้อมกับการผ่อนหยุดตามระยะเวลา

ตาราง 3 (ต่อ)

ระยะเวลา	การจัดกิจกรรม	การออกกำลังกาย
	- ลงนั่งเก้าอี้ข้างเตียงนานเท่าที่ทำได้วันละ 2 ครั้ง - เดินรอบ ๆ เตียงโดยพยาบาลช่วยดูแล	
5 - 7 วัน ภายหลังการผ่าตัด หรือก่อนกลับบ้าน	- เดินไปห้องน้ำ ทำความสะอาดร่างกายโดยพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด - ลงนั่งเก้าอี้ข้างเตียง ก่อนรับประทานอาหาร 3 มื้อและก่อนนอน - อ่านหนังสือพิมพ์ นิตยสาร ตามความสนใจ - ดูรายการบันเทิงในโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ตามความพึงพอใจ	- เพิ่มระยะการเดินจาก 25 - 50 เมตร ไปเป็น 50 - 100 เมตร ตามความสามารถและขีดจำกัด - เดินลงบันได 1 ชั้น และขึ้นด้วยลิฟท์โดยพยาบาลดูแลใกล้ชิด

ที่มา : อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์ (2543) การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด. (183 - 184).

ผลของความเจ็บป่วยต่อจิตใจ

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะต้องจัดการกับภาวะเจ็บป่วยของตนเองและปัญหาทางด้านจิตสังคมที่เกิดขึ้นตามมาจากการเจ็บป่วยนั้น เพราะกายกับใจนั้นเป็นของคู่กัน เมื่อกายป่วยใจก็ป่วยตามด้วยและเมื่อใจป่วยกายนั้นก็ป่วยตามไปด้วย และเนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์สังคม เมื่อหน่วยเล็ก ๆ ในสังคมอยู่ในภาวะไม่สมดุลย่อมก่อให้เกิดภาวะไร้สมดุลของสังคมรอบข้างไปด้วย (วรลักษณ์ ชีราโมกษ์. 2540 : 257) จากการศึกษาของโกลดิน (Goldin. 1981 : 220) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ทราบข้อมูลหรือไม่ได้รับคำอธิบาย คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัดและผู้ที่มิระดับ

ความวิตกกังวลค่อนข้างสูงก่อนผ่าตัด มีแนวโน้มของการเกิดปัญหาทางจิตใจภายหลังผ่าตัดได้สูง

ปัจจัยที่เป็นแหล่งส่งเสริมและเพิ่มความเครียดให้กับผู้ป่วย มีดังนี้ (จริยา ดันติธรรม. 2539 : 274 - 277)

1. ความรู้สึกทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บปวดและความรู้สึกไม่สบายจากผลของความเจ็บป่วยที่รุนแรง และแผนการรักษาที่ซับซ้อน การเผชิญกับความเจ็บป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่มีความก้าวหน้าเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและเพิ่มระดับความรุนแรงความรู้สึกวิตกกังวลได้ การตรวจรักษาด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีต่าง ๆ การใช้เครื่องมือพิเศษต่าง ๆ เช่น ใส่ท่อหลอดลมและใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่สายเข้าสู่หลอดเลือดหลายแห่ง ใส่สายปัสสาวะ ถูกรบกวนจากการตรวจวัดสัญญาณชีพ การถูกเจาะเลือดส่งตรวจบ่อย ๆ เป็นต้น ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่รบกวนตลอดเวลาไม่สามารถพักผ่อนและผ่อนคลายได้ ซึ่งจะเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ โดยรู้สึกถึงความสูญเสียและเป็นอันตรายจากความเจ็บปวดที่เกิดจากผลของความเจ็บปวดและแผนการรักษาที่เกิดขึ้น

2. ความวิตกกังวลและกลัวตาย

ผู้ป่วยต่างมีประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้ต่อสถานบริการสุขภาพที่เป็นหอผู้ป่วยหนัก (Intensive care unit : ICU) ว่าเป็นแหล่งบริการสุขภาพที่แสดงว่าเป็นสถานที่สำหรับผู้ที่มีการหนักใกล้ตาย หรือมีโอกาสรอดชีวิตยาก เป็นต้น และเมื่อตนเองต้องเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ร่วมกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและแผนการรักษาที่ซับซ้อน ซึ่งตนไม่เคยประสบมาก่อน และเป็นสถานการณ์ที่ตนเองไม่สามารถหลีกเลี่ยงและควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากเครื่องมือ และเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพซึ่งบางครั้งไม่สามารถสื่อสารบอกถึงความทุกข์ความต้องการของตนเองได้ เนื่องจากมีท่อหลอดลมคาอยู่ในหลอดลม จึงนำไปสู่ความคับข้องใจ หงุดหงิด ท้อแท้ เบื่อหน่าย เนื่องจากปัญหาความต้องการของตนไม่ได้รับการตอบสนองแก้ไข

3. สิ่งแวดล้อม และสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยหนัก

ลักษณะและบรรยากาศที่จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะเครียดได้อย่างมาก ได้แก่

3.1 ลักษณะและบรรยากาศภายในหอผู้ป่วยหนัก

ผู้ป่วยต้องนอนใกล้กับผู้ป่วยที่ตนไม่รู้จัก ต้องทนฟังเสียงดังของเครื่องมือต่าง ๆ เช่น เสียงเครื่องช่วยหายใจ เสียงจากระบบสัญญาณเตือนและเสียงนับจังหวะการเต้นของหัวใจ เป็นต้น นอกจากนี้เสียงจากการสนทนาของเจ้าหน้าที่ เสียงร้องแสดงความเจ็บปวดของผู้ป่วยอื่นก็เป็นปัจจัยที่ขัดขวางการพักผ่อนและการนอนหลับ จึงทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย อ่อนล้า นอกจากนี้ยังทำให้รู้สึกกลัว และคาดการณ์ล่วงหน้าว่าสถานการณ์ที่รุนแรงที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยข้างเตียงอาจมีทางเกิดขึ้นกับตนได้ ทำให้เกิดความกลัวและต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่คุกคามตนแต่ไม่อาจทำได้ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมาก

3.2 บุคลากรในหอผู้ป่วยหนัก

ระยะแรกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นภาวะฉุกเฉินที่เจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาลต่างมุ่งที่จะให้การช่วยเหลือแก้ไขภาวะวิกฤต เพื่อให้สามารถรอดชีวิตจะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยกำลังตกใจกลัว สับสนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่คุ้นเคยกับทั้งเจ้าหน้าที่และสถานที่ในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่มักจะละเลยในการทำความรู้จักกับผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยต้องจำยอมพึ่งพา ช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในการกระทำกิจกรรมการดูแล เช่น เช็ดตัว ป้อนอาหาร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถไม่มีคุณค่า แม้กระทำการที่เล็กน้อยยังต้องพึ่งพาผู้อื่น เกรงว่าตนจะกลับไปทำงานหรือดำเนินชีวิตตามปกติไม่ได้ ส่งผลให้เพิ่มความเครียด

4. ขาดความเป็นสัดส่วน

จากวิธีการรักษาพยาบาลที่มีกระทำอย่างเปิดเผย เน้นความรวดเร็วและความสะดวกของเจ้าหน้าที่เป็นหลัก คำนึงถึงสิทธิและความเป็นบุคคลของผู้ป่วยค่อนข้างน้อยไม่ได้ประเมินว่าผู้ป่วยมีความพร้อมหรือยัง โดยเฉพาะกิจกรรมการพยาบาล เช่น การเช็ดตัวหรือการปลุกผู้ป่วยจากการนอนหลับ เพื่อทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น การวัดสัญญาณชีพ วัดปรอทเจาะเลือด เป็นต้น การตรวจและการซักประวัติทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวนและเหมือนถูกบังคับ เช่น บางครั้งขณะที่ผู้ป่วยกำลังนั่งรับประทานอาหาร แพทย์จะทำการตรวจและซักประวัติที่ข้างเตียงโดยไม่รอให้ผู้ป่วยเสร็จจากรับประทานอาหาร และบางครั้งการพูดจาของเจ้าหน้าที่ที่มิสุภาพในระหว่างการตรวจรักษาหรือกระทำการกิจกรรมการพยาบาลที่มีลักษณะสำเนียงห้วนเหมือนข่มขู่บังคับและเร่งรีบโดยไม่คำนึงถึงความเป็นบุคคลและสถานภาพของผู้ป่วยต่างเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นสัดส่วนของตนได้ถูกทำลายไป ได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ที่กระทำเหมือนตนเองไม่ใช่บุคคล เป็นเหมือนเครื่องจักรที่ใครอยากจะบังคับควบคุมอย่างไรก็ได้ ทำให้

เพิ่มความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองและสถานการณ์ต่าง ๆ ก่อให้เกิดความเครียด โดยอาจแสดงท่าทีหงุดหงิด ก้าวร้าว ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาหรืออาจซึมเศร้าจากการที่ตนไม่มีโอกาสได้ปรึกษาหรือระบายความรู้สึกที่คับข้องใจของตนได้

5. การถูกจำกัดกิจกรรม

การรักษาที่มีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ สอดใส่เข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของโรคที่เป็นมากขึ้น หรือการรักษาเพื่อควบคุมความก้าวหน้าของพยาธิสภาพของโรค ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยต้องประสบกับการถูกจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหว ต้องนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ โดยได้แต่มองและทนฟังเสียงดังต่าง ๆ จากบริเวณรอบตัว ทำให้รู้สึกสูญเสียสมรรถภาพ เหมือนไร้ค่าและบางครั้งผู้ป่วยไม่ทราบความจำเป็นของการถูกจำกัดกิจกรรม ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยเองรู้สึกว่าคุณเองน่าจะกระทำกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเองได้ แต่ถูกห้ามปรามและบังคับจากเจ้าหน้าที่ โดยที่ไม่ได้อธิบายบอกเหตุผลความจำเป็นของการจำกัดกิจกรรม และบางครั้งเจ้าหน้าที่ใช้น้ำเสียงพูดที่ดัง และแสดงท่าทีไม่พอใจผู้ป่วยที่ไม่กระทำตามความต้องการของเจ้าหน้าที่ หรือกล่าวว่าผู้ป่วยเป็นคนพูดไม่รู้เรื่อง เป็นต้น ซึ่งบางครั้งทำให้ผู้ป่วยโกรธหงุดหงิด ก้าวร้าวต่อเจ้าหน้าที่ หรือปฏิเสธการดูแลรักษา ไม่ให้ความร่วมมือกับการดูแลรักษาพยาบาลได้

6. สิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าประสาท

เป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการมีสิ่งเร้าทางประสาทสัมผัส ซึ่งเกิดจากการได้ยิน ได้ฟัง ได้เห็น ได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัสซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดจากแผนการรักษา และสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในหอผู้ป่วยหนัก รวมถึงตัวผู้ป่วยเอง โดยเป็นสิ่งเร้าที่มีทั้งผู้ป่วยต้องการและไม่ต้องการที่จะรับรู้ ลักษณะของสิ่งเร้าในหอผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความเครียดมีดังนี้

6.1 การขาดสิ่งเร้า (Sensory deprivation) เป็นการขาดสิ่งเร้าที่มีความสำคัญ มีความหมายต่อผู้ป่วย เช่น ขาดการติดต่อสื่อสารกับบุคคลที่ตนคุ้นเคย ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน อาจเกิดจากการมีท่อหายใจคาในหลอดลม การถูกจำกัดเวลาเยี่ยม ไม่มีแรงในการพูดคุยเนื่องจากอ่อนเพลีย หรือเจ็บปวดจากผลของความเจ็บป่วยและแผนการรักษา รวมทั้งขาดความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายที่แท้จริงของสิ่งเร้าที่ตนได้รับ เช่น ไม่ทราบว่าตนกำลังเจ็บป่วยเป็นอะไร การตรวจรักษาต่าง ๆ มากมายที่ตนได้รับนั้นทำเพื่ออะไรจะมีส่วนช่วยให้ตนปลอดภัยหรืออย่างไร เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคลุมเครือไม่สามารถคาดการณ์ทำนายผลที่จะเกิดขึ้นได้ทำให้เป็นความเครียดวิตกกังวล ไม่มีความมั่นใจเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ได้รับ

6.2 สิ่งเร้าที่มากเกินไป (Sensory overload) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งเร้าต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องตลอด และเป็นสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่พึงพอใจและไม่พึงปรารถนา เช่น เสียงดังของโทรศัพท์ เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ เสียงร้องครวญครางของผู้ป่วยข้างเตียง แสงไฟซึ่งสว่างตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งจะขัดขวางการนอนหลับของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่สดชื่น ซึ่งจะมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพได้ นอกจากนี้เสียงจากสัญญาณเตือนของเครื่องมือต่าง ๆ สามารถเป็นเสียงที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเสียงที่บ่งบอกถึงภาวะที่ตนเองเผชิญกับอันตรายที่คุกคามชีวิต ทำให้รู้สึกหวาดกลัวและตกใจมาก

7. ปัญหาจากการต้องใส่เครื่องมือช่วยหายใจเป็นเวลานาน

ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนาน ๆ พบว่า เป็นปัจจัยของแหล่งความเครียดที่คุกคามและทำร้ายจิตใจของผู้ป่วยได้มาก สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดคือ

7.1 ความไม่สามารถในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ ทำให้ไม่สามารถระบายความทุกข์และบอกความต้องการหรือสิ่งที่ตนกำลังกังวล ห่วงใยได้

7.2 รู้สึกเจ็บปวดและรู้สึกไม่สุขสบายมาก จากการมีท่อคาในลำคอ เจ็บปวดจากการดูดเสมหะ

7.3 ไม่ทราบวันเวลาเหมือนชีวิตอยู่หนึ่งที่ ทำให้รู้สึกว่าตนต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานเป็นเวลานาน

7.4 มีความบกพร่องด้านความทรงจำ ซึ่งอาจเกิดจากมีภาวะเลือดแดงพร่องออกซิเจนเป็นพัก ๆ

7.5 เสียงที่ดังอย่างสม่ำเสมอเป็นจังหวะจากเครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งเร้าที่ขัดขวางการนอนหลับ

7.6 ความรู้สึกต้องพึ่งพาเครื่องในการหายใจ ทำให้รู้สึกว่าตนเองสูญเสียความสามารถในการกำหนดการหายใจด้วยตนเองต้องคอยปรับและควบคุมลักษณะการหายใจของตนให้เข้าจังหวะกับเครื่อง ทำให้รู้สึกถึงความไร้ค่าที่ต้องพึ่งพาเครื่องตลอดเวลา

7.7 มีข้อจำกัดในการออกแรงและทำกิจกรรมทำให้รู้สึกเสียสมรรถภาพและไร้ค่า

7.8 รู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อจะต้องถอดเครื่องออกโดยกลัวว่าตนจะหยุดหายใจได้หากไม่มีเครื่องช่วยหายใจ ทำให้กระสับกระส่าย วิตกกังวล และเรียกร้องความต้องการบ่อย ๆ ซึ่งจะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการถอดเครื่องช่วยหายใจออก

7.9 ปัญหาด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ปัญหาความเจ็บป่วย และการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ต้องแยกจากบุคคลที่ตนรักและห่วงใย เพื่อนฝูง ทำให้ตนไม่สามารถคงบทบาทเดิมของตนได้ เป็นห่วงสถานการณ์ภายนอก เช่น ความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว ภาระงานที่ทำค้างอยู่ ซึ่งความเจ็บป่วยจะเป็นอุปสรรคขัดขวางความก้าวหน้าของงานได้ และวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ครอบครัวของตนต้องสูญเสียไปหรืออาจรับรู้ว่าจะต้องสูญเสียสมรรถภาพที่จะกลับไปดำเนินชีวิตดังเดิมได้ ต้องไปเป็นภาระให้กับครอบครัว นอกจากนี้ความเจ็บป่วยทำให้สูญเสียรายได้ซึ่งจะทำให้มีปัญหาเศรษฐกิจตามมาได้

ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาดัวในโรงพยาบาลจะเกิดภาวะกดดันทางจิตใจ ซึ่งได้มีการศึกษาผลของการเจ็บป่วยต่อจิตใจในเชิงจิตวิเคราะห์ ดังนี้ คือ

1. เสี่ยงความรู้สึก (The basic threat to narcissistic integrity) มีความรู้สึกสูญเสียการควบคุม สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ผู้ป่วยจะจินตนาการไปต่าง ๆ นานา ไม่รู้ว่าตนเองจะปฏิบัติตัวเช่นไร ทำอะไรต่อไปจะต้องคอยรับคำสั่งและปฏิบัติตามอยู่ตลอดเวลา ซึ่งอาจจะมีช่วงที่ไม่อยากทำตาม

2. กลัวความแปลกใหม่ (Fear of strangers) ผู้ป่วยจะต้องเข้ามาอยู่ในกลุ่มคนแปลกหน้า ไม่ใช่ญาติ ไม่ใช่เพื่อน ไม่ใช่คนรู้จัก แต่ดูเหมือนจะต้องฝากชีวิต ฝากผีฝากไข้ไว้กับคนกลุ่มนี้ ดังนี้ จึงพบได้เสมอในผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลอยู่เสมอ

3. มีความวิตกกังวลอันเนื่องมาจากการแยกจาก (Separation anxiety) ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลจะต้องแยกจากสภาพและกลุ่มคนที่ตนคุ้นเคย ตลอดจนการดำเนินชีวิตที่เคยเป็นมา ภาวะการณ์เช่นนี้จะนำความวิตกกังวลมาสู่ผู้ป่วยมิใช่น้อย และจะเป็นปัญหามากพอสมควร ซึ่งอาจจะลุกลามกลายเป็นภาวะเจ็บป่วยทางจิตแบบแทรกซ้อนเข้ามาได้โดยก่อให้เกิดอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าขึ้นมาได้

4. กลัวจะสูญเสียความรักและการยอมรับ (Fear of the loss of love and approval) ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ถูกสั่งให้นอนนิ่ง ๆ บนเตียง (Absolute bed rest) ไม่ต้องทำอะไรทั้ง ๆ ที่เป็นคนกระฉับกระเฉง แทบจะไม่เคยอยู่เฉย ๆ จะเกิดคำถามในใจว่า ถ้าตนจะต้องอยู่ในสภาพเช่นนี้ ภาพของความกระฉับกระเฉงคล่องแคล่วที่ผู้อื่นเคยชื่นชมยกย่องย่อมมลายหายไป ความรัก การยอมรับนับหน้าถือตาก็คงหมดสิ้นไป

5. กลัวการสูญเสียการควบคุมการทำงานของร่างกาย (Fear of the loss of control of developmentally achieved function) ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการเคลื่อนไหวของแขนขา การพูด การขับถ่าย ตลอดจนการควบคุมการแสดงออกของอารมณ์

6. กลัวเจ็บหรือสูญเสียส่วนของร่างกาย (Fear of loss of or injury to body parts) เป็นความกังวลว่าจะสูญเสียตามธรรมชาติของการรักษา เช่น ถูกเจาะเลือด ถูกทำผ่าตัด เป็นต้น

7. รู้สึกผิด (Guilt) คิดว่าเป็นผลจากการกระทำที่ไม่ดีในอดีต ทำให้ถูกลงโทษ เช่น เพราะไม่ยอมเลิกสูบบุหรี่ ไม่รู้จักพักผ่อนหรือรับประทานอาหาร ไม่ระมัดระวัง จึงทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบ

การแสดงออกของผู้ป่วยซึ่งเป็นปัญหาทางอารมณ์ แบ่งออกได้เป็น 5 ลักษณะ คือ

1. ปัญหาในการยึดติด (Dependency problems) เมื่อคนป่วยเกิดความรู้สึกหวาดหวั่นวิตกกังวล และหวาดกลัวว่าจะหายเหมือนเดิมหรือไม่ จะสามารถดำเนินชีวิตได้เช่นเดิมหรือไม่ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะเห็นเสมือนเงามืดที่เข้ามาครอบงำจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การหาหลักพึ่งพิงที่สามารถยึดเหนี่ยวเอาไว้ ผู้ป่วยในลักษณะนี้จะประพฤติดนเป็นผู้ป่วยที่น่ารัก เชื่อฟังคำสั่งของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทุกฝ่าย ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ผู้ป่วยจะกลายเป็นผู้ป่วยที่ไม่ยอมหายจากโรค มีอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ แทรกซ้อนโดยหาสาเหตุไม่พบ หากทีมผู้รักษาเข้าถึงภาวะทางอารมณ์ ปัญหาในการปรับตัวของผู้ป่วย ตลอดจนวิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วยที่ผิด ๆ นั้น แล้วพยายามสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงขั้นตอนวิธีการรักษา แสดงออกถึงความจริงใจ ยืนยันให้ผู้ป่วยมั่นใจในแนวทางการรักษา ตลอดจนการดูแลรักษาพยาบาล ชี้แนะให้ผู้ป่วยสื่อสารในแนวทางที่สร้างสรรค์มากขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุขมากขึ้น

2. ความวิตกกังวล (Anxiety) ปัญหานี้เป็นเรื่องที่พบได้บ่อยมาก ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะดูสงบเสถียร นิ่งเฉย เพราะความวิตกกังวลท่วมท้นจนพูดไม่ออกนึกไม่ทัน บางรายก็จะดูคลุ้มคลั่ง หลุกหลิก พูดตะกุกตะกัก หรือพูดมากจนเกินเหตุ ถามแล้วถามอีก ผู้รักษาจะต้องตระหนัก รับรู้ให้ได้ว่าผู้ป่วยวิตกกังวล ช่วยผู้ป่วยค้นหาสาเหตุของความวิตกกังวล แล้วช่วยชี้แจงถึงความเป็นจริงที่ถูกต้อง

3. การไม่ยอมรับ การปฏิเสธ (Denial) เป็นปฏิกิริยาที่พบได้มากและบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้ป่วยที่อาการหรือป่วยเป็นโรคที่รุนแรง ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่อันตราย นำไปสู่อัตราการตาย หรือเพิ่มความรุนแรงของโรคได้สูงมาก บางกรณีผู้ป่วยปฏิเสธหรือไม่ยอมรับการเจ็บป่วยมากเกินไป ก็อาจเป็นบ่อเกิดภาวะการไม่ร่วมมือจากผู้ป่วยได้ ซึ่งต้องได้รับการบำบัดแก้ไข โดยเริ่มจากความเข้าใจ เห็นใจ และให้ผู้ป่วยได้มีเวลา และโอกาสในการทำความเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตน

อย่างไรก็ตาม การใช้กลไกทางจิต แบบการไม่ยอมรับนี้ก็มีประโยชน์ในแง่มุมหนึ่ง ในช่วงการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เพราะผู้ป่วยจะมีความเชื่อว่าตนเองมิได้เป็นอะไรรุนแรง และจะหายเป็นปกติได้ในเร็ววันนี้

4. ภาวะถดถอยและอาการซึมเศร้า (Regression and secondary depression) การเจ็บป่วยจะต้องถูกกำหนดให้อยู่คนเดียว มีการดูแลให้ทุกอย่างไม่ว่าจะรับประทาน อาหาร ขับถ่าย ทำความสะอาดร่างกาย ฯลฯ ย่อมเป็นเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะถดถอยได้ง่าย หากภาวะการถดถอยนี้เกิดขึ้นด้วยขั้นตอนของความเข้าใจ ยอมรับว่าในสภาวะนี้ตนจะต้องอาศัย ฟังฟังความช่วยเหลือของผู้อื่น และเมื่อภาวะการถดถอยกลับไปสู่ปกติก็จะเลิกพฤติกรรมถดถอยได้ ไม่ยาก แต่หากผู้ป่วยถดถอยโดยไม่เข้าใจก็จะถดถอยไปมากจนกลายเป็นภาวะที่รู้สึกไร้ความสามารถ ไร้สมรรถภาพ และนำไปสู่อาการซึมเศร้าได้โดยง่าย หรืออาจจะตี้อย่างมาก หงุดหงิด เกรี้ยวกราด อารมณ์รุนแรงไปได้เช่นกัน ซึ่งในกรณีนี้เมื่อผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น และเริ่มดำเนินกิจกรรม ต่าง ๆ ได้ ควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสู่โครงการในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเร็วและควรกระตุ้น ให้ผู้ป่วยกระทำการต่าง ๆ ด้วยตัวเอง

5. ความไม่เป็นมิตร (Hostility) มีลักษณะเรียกร้องสูง ขี้บ่น อารมณ์แปรปรวน เกรี้ยวกราด หรือบางทีเย็นชา เฉยเมยหรือระแวง ในบางรายก็จะมีอาการเปลี่ยนแปลงสลับกัน ถ้าไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ได้ ผู้ป่วยก็จะเปลี่ยนแพทย์ เปลี่ยนโรงพยาบาลไปเรื่อย ๆ และย่อมเป็นผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้รักษาคงทำความเข้าใจว่าคนเหล่านี้โดดเดี่ยว น่าสงสาร อ่อนแอ และไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองได้

ผู้ป่วยที่มีการปรับตัวที่ดี เช่น มีความวิตกกังวลบ้าง ถดถอยบ้างอย่างเหมาะสม ต่อเมื่อการรักษาผ่านพ้นไปผู้ป่วยก็ค่อย ๆ ปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ หรืออาจจะดีกว่าปกติได้ ในแง่ของจิตใจ ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่ปรับตัวได้ไม่ดีนั้นอาจเกิดอาการของโรคจิตขึ้นมาได้ในระยะสั้น (Brief reaction psychosis)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมสุขศึกษา

ฮาร์ดี และคนอื่น ๆ (Hardy and others. 1982 : 79 - 86) ได้ประเมินผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งโปรแกรมสุขศึกษาที่จัดขึ้นนี้มีการนำสื่อสไลด์ ประกอบเทปคำบรรยายมาช่วยในการสอนและมีการอภิปรายกลุ่มภายหลังการสอนสุขศึกษา การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาแม่ 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งเป็นแม่กลุ่มทดลองที่คลอดแล้วนำลูกมา

อยู่กับแม่ (Rooming - in) และสอนศึกษาตามโปรแกรม ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งเป็นแม่ที่คลอดแล้ว แยกลูกไปเลี้ยงในห้องเด็กอ่อน (Nurseries) และไม่ได้รับการสอนศึกษา ผลการวิจัยพบว่า การใช้น้ำนมแม่เลี้ยงลูกเพียงอย่างเดียวหรือร่วมกับนมผสม มีอัตราสูงขึ้นในกลุ่มทดลอง ยกเว้น แม่ที่มีอายุน้อย และสามมีการศึกษาต่ำ อย่างไรก็ตาม ผลที่ออกมา ก็แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ ทำให้เกิดความแตกต่างกันในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงไม่ได้เกิดจากสัญชาตญาณของความเป็นแม่ ต้องเป็นการเรียนรู้ร่วมด้วย ข้อเสนอแนะที่ให้ไว้ในการทำวิจัยครั้งนี้คือ การสอนศึกษาแก่แม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควรจะเริ่มทำการสอน ตั้งแต่ก่อนคลอดหรือระยะที่แม่ตั้งครรภ์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่และพยาบาลมีเวลาในการถ่ายทอดความรู้หรือตอบข้อสงสัยแก่ได้มากยิ่งขึ้น และได้สรุปผลการวิจัยเป็นแนวคิดในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 4 ประการคือ

1. เจ้าหน้าที่แผนกสูติกรรมต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการให้คำแนะนำ โดยการสอนและจัดประสบการณ์ให้แม่ได้ทดลองการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. การจัดแผนกสูติกรรมต้องให้ความสะดวกแก่แม่ในการให้นมตนเองแก่ลูก
3. แม่จะต้องมีความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ โดยสอนให้แม่เกิด ความพึงพอใจกับวิธีการที่จะให้นมตนเองแก่ลูก และสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้นมลูกได้
4. แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องมีความรู้สึกว่าได้ตนเองได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ในการใช้น้ำนมตนเองเลี้ยงลูก ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและภายหลังคลอด 1 ปี

แคปโลวิทซ์ และโอลสัน (Kaplowitz and Olson. 1983 : 61-65) ได้ศึกษาผลของ โปรแกรมสุขศึกษากับการตัดสินใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีฐานะเศรษฐกิจ ต่ำ แต่มีการศึกษาในระดับมัธยมโดยการส่งแผ่นพับ (Pamphlets) 5 ฉบับไปทางไปรษณีย์ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผลของการส่งข่าวเพิ่มแต่ความรู้ แต่ไม่ได้เปลี่ยนทัศนคติหรือ ระยะเวลาการให้นมลูก ดังนั้นในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาในอนาคตต้องทำให้เกิดทั้งความรู้ และทัศนคติ เพื่อให้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการให้นมแก่ลูก

ไอเซนและคนอื่น ๆ (Eisen and others. 1985 : 186 - 208) ทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษา ในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเนื้อหาในโปรแกรมสุขศึกษาเป็นไปตามแนวคิดของ แบบแผนความเชื่อมั่นด้านสุขภาพ คือ เน้นถึงการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงที่ตนหรือคู่นอนจะตั้งครรภ์ การรับรู้ถึงผลเสียหรือความรุนแรงของการตั้งครรภ์ตั้งแต่อยู่ในระยะวัยรุ่นตอนต้น ประโยชน์ที่จะ ได้รับจากการหยุดการมีเพศสัมพันธ์ หรือการใช้วิธีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ และการรับรู้ของ วัยรุ่นที่มีต่ออุปสรรคในการคุมกำเนิด ผลการทดลองพบว่า การรับรู้ของวัยรุ่นสูงขึ้นในทุก ๆ ด้าน

และส่งผลให้มีพฤติกรรมควบคุมและป้องกันการตั้งครรภ์มากขึ้น โดยวัยรุ่น 2 ใน 3 ยังคงไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์เหมือนเดิม และความสม่ำเสมอของการใช้วิธีในการคุมกำเนิดในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 50

เคริกพาทริก และวิลเลียม (Kirkpatrick and William. 1993 : 2697 - A) ศึกษาโปรแกรมการป้องกันโรคเอดส์ ต่อความรู้ เจตคติ ความคิดเห็น พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และความตั้งใจในการป้องกันโรคเอดส์ ของนักศึกษาวิทยาลัยอาคาซัส จุดมุ่งหมายเพื่อทราบความรู้ เจตคติ ความคิดเห็น และพฤติกรรมการป้องกันโรค ภายหลังจากให้โปรแกรมเอดส์แก่นักศึกษา วิธีการรวบรวมข้อมูลมี 2 วิธี คือ วิธีแรก ใช้การแจกแบบสอบถามจากประชากรทั้งหมด 2,500 ราย สุ่มตัวอย่างมา 850 ราย โดยให้ส่งแบบสอบถามคือทางไปรษณีย์ วิธีที่ 2 รวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างที่เดินเข้า - ออก มารับประทานอาหารกลางวัน อาหารเย็น ในวิทยาลัย จำนวน 257 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่เข้ารับโปรแกรมมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม แต่ไม่พบความแตกต่างในเรื่องเจตคติ และความคิดเห็นต่อโรคเอดส์

งานวิจัยเกี่ยวกับวิดิทัศน์

พอลวีโน (Polvino. 1971 : 2512 - A) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องสัมพันธ์ระหว่างผลการใช้เทปโทรทัศน์ 2 วิธีประกอบการวิเคราะห์การเรียนรู้ทักษะทางกีฬา โดยการทำการทดลองกับนักศึกษาหญิงจำนวน 79 คน ที่เรียนวิชาโบว์ลิ่งเบื้องต้น โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็น 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของการทดสอบก่อนการทดลองเท่ากัน ทำการสอน 6 สัปดาห์ ๑ ละ 4 ครั้ง ๑ ละ 50 นาที นักเรียนทุกกลุ่มได้รับการสอนโดยการบรรยายและสาธิต ซึ่งแต่ละกลุ่มจะได้รับการสอนที่แตกต่างกัน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 สอนโดยใช้เทปโทรทัศน์ประกอบการสอน

กลุ่มที่ 2 สอนโดยใช้เทปโทรทัศน์บันทึกการปฏิบัติของนักเรียนแต่ละคน นำมาฉายให้ดูเพื่อการวิเคราะห์และปรับปรุง โดยมีผู้สอนเป็นผู้ชี้แนะ

กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุมได้รับการสอนโดยครูอย่างเดียว

หลังการสอนจะมีการวัดผลทุกสัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนแต่ละกลุ่มมีการพัฒนาขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และผลสัมฤทธิ์ในการเรียนของนักศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในแง่สัปดาห์และผลการเรียนครั้งสุดท้าย

สุมาลี ชัยเจริญ (1999 : 250 - 285) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การใช้โทรทัศน์สำหรับสอนวิชาคณิตศาสตร์ เรื่อง พิกทอรัสในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองไม่สามารถเข้าใจและจดจำเนื้อหาของวิชาคณิตศาสตร์ได้เนื่องจากเนื้อหาของวิชาคณิตศาสตร์เป็นเรื่องเข้าใจยาก การนำเสนอเนื้อหาที่รวดเร็วทำให้ไม่มีเวลาในการทำความเข้าใจและไม่สามารถซักถามได้ (เป็น Passive learning)

งานวิจัยในประเทศไทย

งานวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา

กนกพร สุคำวัง (2528 : ข-ค) ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด ความวิตกกังวลและพฤติกรรมเผชิญความภาวะเครียดใน ไอ ซี ยู ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเข้าไปในหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีภาวะเครียดและระดับความวิตกกังวลต่ำกว่า รวมทั้งมีพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดใน ไอ ซี ยู ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ

กัญจน์ พัมปิยะ (2530 : ก-ข) ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล และการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่า การสอนอย่างมีแบบแผนสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

ยุวดี รอดจากภัย (2532 : 118) ศึกษาถึงผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพมหานคร พบว่า ภายหลังจากการสอนสุขศึกษากลุ่มทดลองมีความเชื่อสูงกว่าก่อนสอน และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ราตรี พัฒนะศรี (2533 : 98 - 102) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี แก่หญิงตั้งครรภ์ และบุตร โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์แรก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้การปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคในหญิงตั้งครรภ์แรก กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และความคาดหวังในความสามารถนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการนำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์แรกกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

พิพัฒน์ พุศรีนวล (2534 : 91) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของหญิงหลังคลอดในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง พบว่า ภายหลังได้รับ

โปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ประนอม บุญมี (2536 : ก - ข) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรอายุระหว่าง 2 - 5 ปี จำนวน 106 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 54 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 52 คน พบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอุจจาระร่วง การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคอุจจาระร่วง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นวลจันทร์ พูลสมบัติ และคนอื่น ๆ (2537 : ก-ข) ศึกษาผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์พบว่าระดับความวิตกกังวลโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์ (2538 : ก - ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 101 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 103 คน ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มได้รับการคัดเลือกด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ความคาดหวัง ความตั้งใจ และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุชาดา สัทธรรม (2539 : 79 - 81) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวังมั่งงัสธรรม อำเภอวังมั่งง จังหวัดสระบุรี โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนตามโปรแกรมสุขศึกษา และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สุรศักดิ์ ชวบุญ (2539 : 92) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนผู้ช่วยพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษานักเรียนผู้ช่วยพยาบาลกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์

เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีความรู้ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ เจตคติอยู่ในระดับดีมาก และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นารถลดา ชันธิกุล (2540 : 80) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการเลี้ยงดูทารกน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลเด็ก ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้และการปฏิบัติในเรื่องการเลี้ยงดูทารกน้ำหนักน้อยดีกว่ามารดาที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติ ส่วนเจตคติต่อการเลี้ยงดูทารกน้ำหนักน้อยไม่แตกต่างกัน

เพ็ญผกา กาญจนภาส (2541 : 1-2) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

เบญจมาศ ไตรบรรณ (2543 :1-2) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุม

งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้วีดิทัศน์เพื่อการสอน

โกสุม สุวรรณชฎ และคนอื่น ๆ (2530 : 1-2) ศึกษาประสิทธิภาพของการสอนสุขศึกษาเรื่อง โรคท้องร่วงในทารกแก่ประชาชนทั่วไปที่มารับบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยใช้สื่อบุคคล สื่อเทปโทรทัศน์และสื่อบุคคลผนวกกับเทปโทรทัศน์ พบว่า ภายหลังการสอนทั้งสามวิธี กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบในระหว่างการสอนทั้งสามวิธี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ไม่แตกต่างกัน

จิรภรณ์ ทองสุโชติ (2535 :ก-ข) ศึกษาผลการสอนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับการสอดใส่แร่โดยใช้เทปโทรทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและระดับความวิตกกังวล พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนโดยใช้เทปโทรทัศน์มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่ม

ควบคุม ระดับความวิตกกังวลภายหลังสอนทันทีต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ระดับความวิตกกังวลในเช้าวันสวดใส่แร่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

มานัส เกิดแย้ม (2539 : 155) ได้ทำการศึกษา เรื่อง การพัฒนารายการวิดิทัศน์การสอนวิชาชีพ เรื่อง ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สำหรับโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ เขตการศึกษา 1 กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 83 คน การทดลองแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

การทดลองขั้นที่ 1 เพื่อตรวจสอบความคิดเห็นที่มีต่อรายการวิดิทัศน์จากแบบสอบถามนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เพื่อปรับปรุงรายการวิดิทัศน์

การทดลองขั้นที่ 2 เพื่อตรวจสอบคุณภาพของรายการวิดิทัศน์ โดยใช้แบบทดสอบวัดผลการเรียนรู้จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน

การทดลองขั้นที่ 3 ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน เพื่อหาประสิทธิภาพของสื่อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ 80/80

การทดลองขั้นที่ 4 นำสื่อที่สร้างไปทดลองกับกลุ่มทดลอง และนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผลการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองที่ศึกษาจากรายการวิดิทัศน์กับผลการเรียนรู้ของกลุ่มควบคุมที่สอนโดยปกติ

ผลการศึกษาพบว่า รายการวิดิทัศน์มีประสิทธิภาพ 83.07/82.93 สูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ และผลการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ก่อเกียรติ ขวัญสกุล (2540 : 49 - 51) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารายการวิดิทัศน์เรื่องการสื่อค้นข้อมูลสารสนเทศในระดับห้องสมุดอัตโนมัติ สำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 คน ได้มาโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย การทดลองดำเนินการดังนี้

การทดลองขั้นที่ 1 เพื่อทดสอบคุณภาพขั้นต้น โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน

การทดลองขั้นที่ 2 เพื่อหาคุณภาพของรายการวิดิทัศน์ตามวัตถุประสงค์โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน

การทดลองขั้นที่ 3 เพื่อทดสอบคุณภาพการใช้งานโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

ผลการศึกษาพบว่าผลการเรียนรู้จากการชมรายการวีดิทัศน์ที่ผลิตขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 90 ขึ้นไป ผลการเรียนรู้หลังการชมรายการวีดิทัศน์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สิริเสก ชื่นมนัส (2540 : 53 - 57) ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบรายการวีดิทัศน์ เพื่อลดอุบัติเหตุในการปฏิบัติงานของพนักงานแก่ไฟฟ้าขัดข้อง การไฟฟ้านครหลวง กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการเลือกอย่างเจาะจง จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

การวิจัยและพัฒนารายการวีดิทัศน์ เป็นรายบุคคล	จำนวน 5 คน
การวิจัยและพัฒนารายการวีดิทัศน์ เป็นกลุ่ม	จำนวน 8 คน
การทดลองภาคสนาม	จำนวน 17 คน

ผลการศึกษาพบว่า รายการวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพเกิดผลสัมฤทธิ์ทางการฝึกอบรมภาคทฤษฎี 91/100 และภาคปฏิบัติ 85/100 ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงกว่าเกณฑ์ ที่กำหนดไว้

ภูษิต อานมณี (2541 : 52 - 54) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารายการวีดิทัศน์ เรื่อง การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยการทดสอบหาประสิทธิภาพของรายการวีดิทัศน์ ด้วยเกณฑ์ที่กำหนด คือ 90/90 และหาผลการเรียนรู้โดยเปรียบเทียบผลการทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 58 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจงได้ดำเนินการทดลองขั้นที่ 1 โดยทดลองกับนักเรียนจำนวน 3 คน เพื่อพิจารณาความชัดเจนและความเหมาะสมของสภาพกับเสียงบรรยาย การทดลองขั้นที่ 2 ทดลองกับนักเรียนจำนวน 10 คน เพื่อพิจารณาความชัดเจน และความเหมาะสมของภาพกับเสียงบรรยาย และนำมาแก้ไขปรับปรุง การทดลองขั้นที่ 3 ทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน เพื่อหาประสิทธิภาพของรายการวีดิทัศน์และหาผลการเรียนรู้

ผลการศึกษาพบว่า รายการวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพ 95.85/91 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผลการเรียนรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดนัย อันฤดี (2542 : 92 - 94) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารายการวีดิทัศน์ การสอนเรื่องการปฐมพยาบาลระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 สำหรับนักเรียนที่บกพร่องทางการได้ยิน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย การทดลองแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

การทดลองขั้นที่ 1 เพื่อตรวจสอบความคิดเห็นที่มีต่อรายการวีดิทัศน์ ด้านการผลิต ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน

การทดลองขั้นที่ 2 เพื่อหาประสิทธิภาพของรายการวีดิทัศน์ ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน

การทดลองขั้นที่ 3 เพื่อหาประสิทธิภาพของสื่อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ 80/80 ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 คน

การทดลองขั้นที่ 4 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผลการเรียนรู้ ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่สอนโดยปกติ ผลการศึกษาพบว่า รายการวิดิทัศน์การสอน เรื่อง การปฐมพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผลการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองที่ศึกษาจากรายการวิดิทัศน์สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่สอนโดยปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาทั้งงานวิจัยในต่างประเทศและงานวิจัยในประเทศไทย ผลการวิจัยส่วนใหญ่ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับรายการวิดิทัศน์ที่ผลิตขึ้นใช้ในการเรียนการสอน และการฝึกอบรม ผู้เรียนมีทั้งในระดับประถมศึกษาจนถึงอุดมศึกษา และใช้ในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เฉพาะสาขาอาชีพ กลุ่มตัวอย่างในการเรียนการสอน ส่วนใหญ่ใช้การสุ่มอย่างง่าย ในการฝึกอบรมกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกอย่างเจาะจง จำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณ 20 - 60 คน มีขั้นตอนในการวิจัยและพัฒนารายการวิดิทัศน์ 3 ขั้นตอน คือ การทดลองขั้นที่ 1 เป็นการทดลองเพื่อทดสอบคุณภาพขั้นต้นเป็นรายบุคคลโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 3 - 5 คน นำผลที่ได้ไปปรับรายการวิดิทัศน์แล้วดำเนินการทดลองครั้งที่ 2 เพื่อหาคุณภาพรายการวิดิทัศน์ตามเกณฑ์ที่กำหนด ใช้กลุ่มตัวอย่าง 5 - 10 คน นำผลที่ได้จากการทดลอง ครั้งนี้มาปรับปรุงรายการวิดิทัศน์เพื่อให้ได้ตามวัตถุประสงค์แล้วจึงนำมาทดลองครั้งที่ 3 เพื่อทดสอบคุณภาพการใช้งาน โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 17 - 45 คน แล้วนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมการหาประสิทธิภาพของสื่อมีการใช้ทั้งแบบเปรียบเทียบผลการเรียนรู้ก่อนและหลังเรียนและแบบใช้เกณฑ์ เกณฑ์ที่นิยมใช้คือ 80/80 และ 90/90 ผลการศึกษาล้วนพบว่ามีรายการวิดิทัศน์มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการเรียนรู้และการปฏิบัติของกลุ่มที่ศึกษาจากรายการวิดิทัศน์สูงกว่ากลุ่มควบคุม

จะเห็นได้ว่า วิดิทัศน์เป็นสื่อที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อด้านการศึกษาเป็นอย่างมาก ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการเรียนการสอนแบบรายบุคคล แบบกลุ่ม และแบบมวลชนได้อย่างดี จึงนับว่าวิดิทัศน์เป็นสื่อการเรียนการสอนที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนได้เป็นอย่างดี เพราะวิดิทัศน์มีคุณสมบัติที่เหมาะสมหลายประการ ที่จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ มีความกระตือรือร้นต่อการเรียนมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังสามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาการขาดแคลนครูผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านได้เป็นอย่างดี ช่วยประหยัดเวลาและลดค่าใช้จ่ายได้อีกทางหนึ่ง และจากผลงานการวิจัยยังพบว่า วิดิทัศน์การสอนแบบโปรแกรมที่เกี่ยวกับทักษะและหลักการทางทฤษฎี สามารถสอนได้ดีกว่าการสอนโดยครูปกติด้วย (ศักดิ์ณรงค์ แสงพิทักษ์. 2528 : 46 ; ปรัชญา บุญเลิศล้ำ. 2529 : 57 - 58 ; ชัยพร พุ่มทองดี. 2534 : 51 ; สมบัติ เทียบอุดม. 2538 : 63 ; ยรรยง สุขเกษม. 2539 : 53)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจในสถาบันโรคหัวใจโรงพยาบาล ราชวิถี เพื่อนำผลการวิจัยไปปรับปรุงการดำเนินการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจให้มี ประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ผู้วิจัยได้แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. รูปแบบการศึกษาค้นคว้า
3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในตึกสามัญศัลยกรรมหัวใจ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวนประมาณ 60 คนต่อเดือน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาในตึกสามัญศัลยกรรมหัวใจ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง และจับฉลากเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รูปแบบการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ Quasi experimental design แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบการวิจัยที่กลุ่มควบคุมไม่มีการสุ่ม แต่มีการสอบก่อนและสอบหลัง (Nonrandomized control pretest posttest design) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 65 - 66)

$$\frac{T_1 \quad X \quad T_2 \text{ (กลุ่มทดลอง)}}{T_1 \sim X \quad T_2 \text{ (กลุ่มควบคุม)}}$$

โดยกำหนด

- T_1 แทน การสอบก่อนการทดลอง (Pre - test)
 T_2 แทน การสอบหลังการทดลอง (Post - test)
 X แทน ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
 $\sim X$ แทน ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. ศึกษาเนื้อหาเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจ การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ และการผลิตสื่อวีดิทัศน์

2. เขียนบทรายการวีดิทัศน์

3. นำบทรายการวีดิทัศน์ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ

4. ปรับปรุงบทวีดิทัศน์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

5. ผลิตรายการวีดิทัศน์ตามบทที่เขียนไว้ โดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่งาน

โสตทัศนศึกษา โรงพยาบาลราชวิถี ในการถ่ายทำ ตัดต่อภาพและบันทึกเสียง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การจ่ายค่ารักษาพยาบาลในการป่วยครั้งนี้ การรักษาโดยการผ่าตัดด้วยโรคอื่นๆ และการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดหัวใจ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจ เป็นข้อสอบแบบถูก-ผิด (True – False items) มี 3 ตัวเลือกคือ ใช่ - ไม่ใช่ และไม่ทราบ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ด้านการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดหัวใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้องทั้งหมด ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน และปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติไม่ได้

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวล ก่อนการผ่าตัดหัวใจ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ ที่ชื่อ The state – trait anxiety inventory Form X-I ซึ่งเป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญปัญหา แบบสอบถามนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเลย รู้สึกบ้างเล็กน้อย รู้สึกค่อนข้างมาก รู้สึกมากที่สุด ซึ่งประกอบด้วยข้อความทางลบจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 ข้อความทางบวกจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจจากงานศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
2. ศึกษาเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถาม จากตำราการวัดผลทางการศึกษา และการประเมินผลทางสุขศึกษา
3. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาให้ครอบคลุม ตัวแปรที่ศึกษา นำมาสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปให้กรรมการควบคุมปริญญาโทพิจารณา ตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ความชัดเจนของการใช้ภาษา ความตรงตามเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้าง ให้มีความถูกต้องก่อนนำไปทดลองใช้
5. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อวิทัศน์ ด้านสุขศึกษา และการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของการใช้ภาษา ความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง ให้มีความถูกต้องก่อนนำไปทดลองใช้
6. ทำการทดลอง (Try out) แบบทดสอบความรู้และแบบประเมินความวิตกกังวล กับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ งานศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก ค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินความวิตกกังวล
7. ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามเพื่อนำไปใช้จริง

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมายของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

มีดังนี้

1. แบบทดสอบความรู้เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบคำถามถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ตอบคำถามผิดหรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนด้านความรู้

คะแนนร้อยละ 75 - 100 หมายถึง มีความรู้ระดับดี

คะแนนร้อยละ 51 - 74 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 0 - 50 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

2. แบบสัมภาษณ์ด้านการปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน

ปฏิบัติถูกต้องทั้งหมด ให้ 2 คะแนน

ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ปฏิบัติไม่ได้ ให้ 0 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2538 : 8)

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึง การปฏิบัติดี

ค่าเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึง การปฏิบัติพอใช้

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายถึง การปฏิบัติต้องปรับปรุง

3. แบบประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดหัวใจ

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
	คะแนน	คะแนน
ไม่รู้สึกเลย	4	1
รู้สึกบ้างเล็กน้อย	3	2
รู้สึกค่อนข้างมาก	2	3
รู้สึกมากที่สุด	1	4

การแปลความหมายคะแนน (Spielberger 1975 : 70-71)

คะแนน 20 - 40 หมายถึง ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild anxiety)

คะแนน 41 - 60 หมายถึง ความวิตกกังวลปานกลาง (Moderate anxiety)

คะแนน 61 - 80 หมายถึง ความวิตกกังวลสูง (Severe anxiety)

✓ การหาคุณคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

หลังจากสร้างสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ เรียบร้อย ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ ดังต่อไปนี้

1. นำสื่อวีดิทัศน์ที่ผลิตแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับความเหมาะสมของเนื้อหา ความคมชัดของภาพ ความเหมาะสมของภาพกับคำบรรยาย ความเหมาะสมของเสียงบรรยายและดนตรีประกอบ ความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินเรื่อง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพรายการวีดิทัศน์ ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

คุณภาพดี ให้ 3 คะแนน

คุณภาพพอใช้ ให้ 2 คะแนน

ควรปรับปรุง ให้ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.0 หมายถึง รายการวีดิทัศน์มีคุณภาพดี

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง รายการวีดิทัศน์มีคุณภาพปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.0 - 1.50 หมายถึง รายการวีดิทัศน์ต้องปรับปรุงแก้ไข

เกณฑ์การยอมรับคุณภาพรายการวีดิทัศน์จะต้องได้คะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ดี

จึงจะยอมรับและนำไปใช้ในการทดลอง

2. ปรับปรุงแก้ไขรายการวีดิทัศน์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

3. การทดสอบคุณภาพสื่อวีดิทัศน์

3.1 การทดลองครั้งที่ 1 เป็นการทดสอบคุณภาพขั้นต้นของสื่อวีดิทัศน์ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน ดูสื่อวีดิทัศน์เป็นรายบุคคลขณะดูสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยสังเกตความรู้สึก ทำทาง ความสนใจขณะชม และสอบถามความคิดเห็นหลังการดูสื่อวีดิทัศน์ แล้วนำข้อมูลจากการทดสอบคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ครั้งที่ 1 มาเป็นแนวทางในการพิจารณาปรับปรุง

3.2 การทดสอบคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ครั้งที่ 2 ดำเนินการทดสอบคุณภาพตามวัตถุประสงค์ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ให้ดูสื่อวีดิทัศน์พร้อมกัน แล้วประเมินผลการเรียนรู้ โดยใช้แบบทดสอบความรู้

3.3 นำผลการทดสอบความรู้มาหาคุณภาพตามเกณฑ์ 80/80 ถ้าข้อ (ประเด็น) ได้คะแนนน้อยกว่าเกณฑ์ ต้องปรับปรุงแก้ไขรายการวิดิทัศน์ในประเด็นนั้น แล้วทดสอบใหม่ จนกว่าจะผ่านเกณฑ์

การประเมินโดยอาศัยเกณฑ์มาตรฐาน 80/80 ในการประเมินความรู้และการปฏิบัติ หลังดูสื่อวิดิทัศน์ ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวมีความหมายดังนี้

80 ตัวแรก หมายถึง คะแนนรวมของผลการสอบของผู้เรียนทั้งหมดที่ตอบถูก โดยนำมารวมกันเข้าแล้วคิดเป็นร้อยละได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

80 ตัวหลัง หมายถึง ข้อสอบแต่ละข้อที่ผู้เรียนทำถูกไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ผลการทดลองวิดิทัศน์มีประสิทธิภาพ 82.85/82.85 ซึ่งได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรง ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้และแบบสัมภาษณ์ด้านการปฏิบัติก่อนผ่าตัดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบประเมินความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถาม ความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ เสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทเพื่อตรวจสอบ เพื่อพิจารณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาเพื่อหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยถือเกณฑ์ ดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบทดสอบความรู้และแบบสัมภาษณ์ด้านการปฏิบัติ

2. การวิเคราะห์ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนก

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลอง (Try out) กับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนก ผลการวิเคราะห์ได้แบบสอบถามที่มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.23-0.90 และได้ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.14-0.58

3. การหาค่าความเชื่อมั่น

แบบทดสอบความรู้ นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร K.R. 20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson) แบบสัมภาษณ์ด้านการปฏิบัติและแบบประเมินความวิตกกังวล นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีของครอนบัก ผลการวิเคราะห์เป็นดังนี้

1.1 แบบทดสอบความรู้ มีค่าความเชื่อมั่น 0.70

1.2 แบบสัมภาษณ์ด้านการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่น 0.69

1.3 แบบประเมินความวิตกกังวลมีค่าความเชื่อมั่น 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2544 ถึงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2544 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองและขอความร่วมมือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยตีกส้ามัญคลยกรรมหัวใจ

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง จากผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจจำนวน 50 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน แล้วดำเนินการทดลองดังนี้

2.1 ทำการทดสอบก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบสัมภาษณ์ ด้านการปฏิบัติและแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.2 กลุ่มทดลอง ให้โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ

กลุ่มควบคุม ได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติ

2.3 ทำการทดสอบหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้แบบทดสอบความรู้แบบสัมภาษณ์ด้านการปฏิบัติและแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายละเอียดการดำเนินการทดลอง ดังตาราง 4

ตาราง 4 แผนการดำเนินการทดลอง

เวลาที่ใช้	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
30 นาที	Pre-test	Pre-test
30 นาที	เข้ารับโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ดังนี้ - อธิบายจุดมุ่งหมายในการใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ - สร้างให้เกิดการเรียนรู้ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ โดยใช้วีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น - สรุปสาระสำคัญของการเตรียมตัวผ่าตัดหัวใจ อภิปรายและตอบข้อซักถาม	การให้สุขศึกษาโดยตามปกติ

ตาราง 4 (ต่อ)

เวลาที่ใช้	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
วันระยะ 1 วัน ก่อน Post-test		
30 นาที	Post - test	Post - test

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการทดลองและสอบถามกลุ่มตัวอย่างครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาจัดกระทำดังนี้

1. ตรวจให้คะแนนแบบทดสอบความรู้ แบบสัมภาษณ์ด้านการปฏิบัติและแบบวัดความวิตกกังวลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. วิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้อยู่โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows

2.1 คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างคะแนนสอบก่อน (Pre-test) และสอบหลัง (Post-test) ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ t-test (Dependent) เพื่อทดสอบสมมุติฐาน ข้อที่ 1,2 และ 3

2.3 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t-test (Difference score) เพื่อทดสอบสมมุติฐาน ข้อที่ 4,5 และ 6

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ค่าสถิติพื้นฐาน

3.1.1 การหาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

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

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

3.1.2 การหาค่าเฉลี่ยของคะแนน

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้จากการทดสอบ
 $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนน
 N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3.1.3 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 143)

$$S = \frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของแต่ละตัวยกกำลังสอง
 n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

3.2 สถิติที่ใช้ทดสอบเครื่องมือ

3.2.1 การหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องของข้อสอบ
 $\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

3.2.2 การหาค่าความยากง่าย (p) ของแบบทดสอบความรู้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 128 - 130)

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

เมื่อ	p	แทน	ค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ
	R	แทน	จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
	N	แทน	จำนวนผู้ตอบแบบทดสอบ

3.2.3 การหาค่าสหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total Coorelation) สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

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

เมื่อ	r_{pbis}	แทน	ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ ดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล
	Y_p	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของนักเรียนกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
	Y_q	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของนักเรียนกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
	S_y	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด
	p	แทน	ค่าความยากของข้อสอบข้อนั้น (สัดส่วนของนักเรียนที่ตอบข้อนั้นถูก)
	q	แทน	ค่า (1-p) ซึ่งคือ สัดส่วนของนักเรียนที่ตอบข้อนั้นผิด

3.2.4 การหาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้โดยใช้สูตร KR - 20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121)

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

เมื่อ	r_t	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อสอบของแบบทดสอบ
	p	แทน	ค่าความยากของข้อสอบแต่ละข้อ (สัดส่วนของคนทำถูก)
	q	แทน	$1 - p$ (สัดส่วนของคนทำผิด)
	S_i^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

3.2.5 การหาค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินความวิตกกังวล โดยใช้วิธีของครอนบัก ซึ่งมีสูตรดังนี้

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

เมื่อ	$\propto$	แทน	ค่าความเชื่อมั่น
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบทดสอบ
	S_i^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของข้อสอบแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของข้อสอบทั้งฉบับ

3.3 สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.3.1 การหาความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยการหาค่า t เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระแก่กัน (Correlated samples or dependent samples) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 165 - 167)

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{N \sum D^2 - (\sum D)^2}{N-1}}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการเรียนรู้
	$\sum D$	แทน	ผลรวมของผลต่างของคะแนนในแต่ละคู่
	$(\sum D)^2$	แทน	ผลรวมของผลต่างของคะแนนในแต่ละคู่ยกกำลังสอง

$$\frac{\sum D^2}{N} \quad \text{แทน} \quad \text{ผลรวมของกำลังสองของผลต่างของคะแนนในแต่ละคู่}$$

$$\quad \quad \quad \text{แทน} \quad \text{จำนวนคู่}$$

3.3.2 การทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ด้วยสถิติ t-test (Difference score)

$$t = \frac{MD_1 - MD_2}{S_{MD_1 - MD_2}}; df = n_1 + n_2 - 2$$

$$S_{MD_1 - MD_2} = \sqrt{\frac{S_D^2}{n_1} + \frac{S_D^2}{n_2}}$$

$$\text{เมื่อ } S_D^2 = \frac{\sum (D_1 - MD_1)^2 + \sum (D_2 - MD_2)^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
	MD ₁	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนการทดสอบหลังการให้โปรแกรมกับการให้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง
	MD ₂	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนการทดสอบหลังการให้โปรแกรมกับการให้โปรแกรมของกลุ่มควบคุม
	S _D ²	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนความแตกต่างระหว่างการทดสอบหลังการให้โปรแกรมและการให้โปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
	D ₁	แทน	ผลต่างระหว่างคะแนนการทดสอบหลังการให้โปรแกรมกับการให้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง
	D ₂	แทน	ผลต่างระหว่างคะแนนการทดสอบหลังการให้โปรแกรมกับการให้โปรแกรมของกลุ่มควบคุม

$S_{MD1-MD2}$	แทน	คะแนนความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของผลต่างระหว่างการทดสอบหลังการให้โปรแกรมกับก่อนการให้โปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
n_1, n_2	แทน	จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

$\bar{X}$	แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย
n	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
s	แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที (t-distribution)
E_1/E_2	แทน การประเมินโดยอาศัยเกณฑ์มาตรฐาน
*	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 การหาประสิทธิภาพรายการวิดิทัศน์โดยอาศัยเกณฑ์มาตรฐาน
- ส่วนที่ 3 การทดสอบสมมุติฐานการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างดังปรากฏตามตาราง 5-8

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในการเจ็บป่วยครั้งนี้

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ (ปี)				
15-20	-	-	1	4.00
21-30	5	20.00	4	16.00
31-40	9	36.00	5	20.00
41-50	5	20.00	10	40.00
51-60	5	20.00	5	20.00
มากกว่า 60	1	4.00	-	-
รวม	25	100	25	100
2. เพศ				
ชาย	13	52	14	54
หญิง	12	48	11	44
รวม	25	100	25	100
3. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	19	76.00	17	68.00
มัธยมศึกษา	5	20.00	7	28.00
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	-	-	1	4.00
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	1	4.00	-	-
รวม	25	100	25	100

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. อาชีพ				
รับจ้าง	6	24.00	11	44.00
ค้าขาย	3	12.00	2	8.00
เกษตรกรรม	11	44.00	8	32.00
ข้าราชการ/พนักงานรัฐ	1	4.00	-	-
วิสาหกิจ	4	16.00	4	16.00
แม่บ้านหรือพ่อบ้าน				
รวม	25	100	25	100
5. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000	14	56.00	23	92.00
5,001-10,000	8	32.00	2	8.00
10,001-15,000	2	8.00	-	-
15,001-20,000	1	4.00	-	-
รวม	25	100	25	100
6. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล				
ในการป่วยครั้งนี้				
จ่ายค่ารักษาเอง	1	4.00	-	-
บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการ	3	12.00	3	12.00
รักษาพยาบาล				
บัตรสุขภาพ	16	64.00	16	64.00
บัตรประกันสังคม	3	12.00	3	12.00
เบิกต้นสังกัด	2	8.00	3	12.00
รวม	25	100	25	100

จากตาราง 5 แสดงว่ากลุ่มทดลองมีอายุ 31-40 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.00 น้อยที่สุดคือ มากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.00 กลุ่มควบคุมมีอายุ 41-50 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 น้อยที่สุดคือ อายุ 15-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.00

ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76 น้อยที่สุดคือระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 4.00 กลุ่มควบคุมมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.00 น้อยที่สุดคือระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 4.00

อาชีพ กลุ่มทดลองมีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.00 น้อยที่สุดคือ ข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 4.00 กลุ่มควบคุมมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.00 น้อยที่สุดคือ ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 8.00

รายได้ของครอบครัวต่อเดือน กลุ่มทดลองมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.00 น้อยที่สุดคือ 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 4.00 กลุ่มควบคุมมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.00 น้อยที่สุดคือ 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 8.00

การจ่ายค่ารักษาพยาบาลในการป่วยครั้งนี้ กลุ่มทดลองใช้บัตรสุขภาพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.00 น้อยที่สุด คือ จ่ายค่ารักษาเอง คิดเป็นร้อยละ 4.00 กลุ่มควบคุมใช้บัตรสุขภาพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.00 น้อยที่สุด คือบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล บัตรประกันสังคมและเบิกต้นสังกัด คิดเป็นร้อยละ 12.00 เท่ากัน

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรักษาโดยการผ่าตัดด้วยโรคอื่น ๆ และการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ

การรักษาโดยการผ่าตัดด้วยโรคอื่น ๆ การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตน ก่อนผ่าตัดหัวใจ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาโดยการผ่าตัดด้วยโรคอื่น ๆ				
ไม่เคย	19	76.00	20	80.00
เคย				
- ผ่าตัดไส้ติ่ง	3	12.00	3	12.00
- ผ่าตัดต่อมไทรอยด์	1	4.00	-	-
- ผ่าตัดต่อกระเจก	1	4.00	-	-
- ซีสต์ (cyst) ที่เต้านม	-	-	2	8.00
- ผ่าตัดคลอด	1	4.00	-	-
รวม	25	100	25	100
การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตน ก่อนผ่าตัดหัวใจ				
ไม่เคย	25	100	25	100
เคย	-	-	-	-
รวม	25	100	25	100

จากตาราง 6 แสดงว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดด้วยโรคอื่น ๆ มาก่อน คิดเป็นร้อยละ 76.00 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ รองลงมา เคยผ่าตัดไส้ติ่ง คิดเป็นร้อยละ 12 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่เคยได้รับคำแนะนำ คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน

ส่วนที่ 2 การหาประสิทธิภาพรายการวิดิทัศน์โดยอาศัยเกณฑ์มาตรฐาน (E_1/E_2)

ดังปรากฏ ตามตาราง 7-8

ตาราง 7 ผลของคะแนนที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนทำแบบทดสอบความรู้ถูก (E_1)

คนที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ
1.	10	47.61	20	95.23	12	57.14	17	80.95
2.	10	47.61	19	90.47	12	57.14	20	95.23
3.	8	38.09	18	85.71	13	61.90	16	76.19
4.	17	80.95	21	100	9	42.85	9	42.85
5.	10	47.61	21	100	18	85.71	17	80.95
6.	5	23.80	15	71.42	13	61.90	16	76.19
7.	7	33.33	19	90.47	8	38.09	13	61.90
8.	18	85.71	21	100	14	66.66	20	95.23
9.	10	47.61	19	90.47	15	71.42	16	76.19
10.	13	61.90	21	100	19	90.47	19	90.47
11.	15	71.42	21	100	9	42.85	11	52.38
12.	9	42.85	19	90.47	12	57.14	17	80.95
13.	10	47.61	17	80.95	17	80.95	16	76.19
14.	10	47.61	20	95.23	14	66.66	13	61.90
15.	14	66.66	21	100	14	66.66	16	76.19
16.	9	42.85	17	80.95	17	80.95	19	90.47
17.	15	71.42	20	95.23	17	80.95	16	76.19
18.	15	71.42	17	80.95	12	57.14	13	61.90
19.	12	57.14	21	100	10	47.61	19	90.47

ตาราง 7 (ต่อ)

คนที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ
20.	4	19.04	19	90.47	8	38.09	13	61.90
21.	10	47.61	15	71.42	14	66.66	16	76.19
22.	10	47.61	18	85.71	13	61.90	16	76.19
23.	14	66.66	17	80.95	19	90.47	20	95.23
24.	15	71.42	18	85.71	12	57.14	12	57.14
25.	10	47.61	18	85.71	16	76.19	17	80.95
รวม	11.20	53.32	18.44	89.90	13.48	64.18	15.88	75.60
เฉลี่ย								

จากตาราง 7 แสดงว่า ผลของคะแนนที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนทำแบบทดสอบความรู้ก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 19.04-80.95 หรือคิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ 53.32 ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 38.09-90.47 หรือคิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ 64.18 หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง มีคะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 71.42-100 หรือคิดเป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ 89.90 ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 42.85-95.23 หรือคิดเป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ 75.60

ตาราง 8 จำนวนผู้ทำแบบทดสอบความรู้แต่ละข้อถูก (E₂)

ข้อที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ
1.	15	60.00	25	100	19	76.00	23	92.00
2.	13	52.00	25	100	19	76.00	21	84.00
3.	11	44.00	25	100	18	72.00	23	92.00
4.	14	56.00	22	88.00	19	76.00	19	76.00
5.	12	48.00	23	92.00	19	76.00	19	76.00
6.	18	72.00	25	100	17	68.00	22	88.00
7.	8	32.00	22	88.00	10	40.00	16	64.00
8.	17	68.00	20	80.00	22	88.00	17	68.00
9.	19	76.00	23	92.00	23	92.00	24	96.00
10.	16	64.00	24	88.00	16	64.00	20	80.00
11.	13	52.00	25	100	17	68.00	20	80.00
12.	19	76.00	20	80.00	15	60.00	16	64.00
13.	18	72.00	25	100	18	72.00	22	88.00
14.	16	64.00	25	100	23	92.00	23	92.00
15.	14	56.00	25	100	17	68.00	23	92.00
16.	10	40.00	20	80.00	16	64.00	18	72.00
17.	12	48.00	25	100	14	56.00	18	72.00
18.	14	56.00	22	88.00	10	40.00	17	68.00
19.	6	24.00	17	68.00	11	44.00	11	44.00
20.	10	40.00	24	96.00	8	32.00	17	68.00
21.	4	16.00	22	88.00	5	20.00	9	36.00
รวม	13.28	53.14	23.04	91.80	16.00	64.00	18.95	75.80
เฉลี่ย								

จากตาราง 8 แสดงว่า ก่อนการทดลอง ผู้ทำข้อสอบแต่ละข้อถูก ในกลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 16.00-76.00 หรือคิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ 53.14 กลุ่มควบคุมมีคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 20.00-92.00 หรือคิดเป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ 64.00 หลังการทดลอง ผู้ทำข้อสอบแต่ละข้อถูกในกลุ่มทดลอง มีคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 80.00-100 หรือคิดเป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ 91.80 ในกลุ่มควบคุม มีคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 36.00-96.00 หรือคิดเป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ 75.80

จากผลการวิเคราะห์ ตาราง 7 และตาราง 8 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีประสิทธิภาพ 89.90/91.80 ปรากฏว่าได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 80/80

ส่วนที่ 3 การทดสอบสมมุติฐานการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

3.1 การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ในด้านความรู้ การปฏิบัติ และความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดหัวใจ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนในด้านความรู้ การปฏิบัติ และความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดหัวใจ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s		
ความรู้	11.20	3.52	19.48	1.42	10.65*	.000
การปฏิบัติ	0.96	0.18	1.96	0.05	4.94*	.000
ความวิตกกังวล	2.12	0.45	1.57	0.28	24.96*	.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ การปฏิบัติที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ การปฏิบัติ และความวิตกกังวล ก่อนการผ่าตัดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ t-test (Difference score) ผลการวิเคราะห์ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ การปฏิบัติและความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พหุติ- กรรม	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม				t	p
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s		
ความรู้	11.20	3.52	19.48	1.42	13.36	3.28	15.92	2.93	4.68*	.000
การปฏิบัติ	0.96	0.18	1.96	0.05	1.35	0.30	1.68	0.23	7.57*	.000
ความวิตกกังวล	2.12	0.45	1.57	0.28	1.97	0.37	1.76	0.45	2.22*	.031

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ และการปฏิบัติที่ดีขึ้นมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ด้านความวิตกกังวลกลุ่มทดลอง มีความวิตกกังวลน้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ

สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดดีกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา
2. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจดีกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา
3. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา
4. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ
5. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจดีกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ
6. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ครั้งนี้เป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในตึกสามัญศัลยกรรมหัวใจ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจงและจับฉลากเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีประสิทธิภาพ 89.90 / 91.80 ซึ่งมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 80/80

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ

1.2 แบบทดสอบความรู้ มีลักษณะเป็นข้อสอบแบบถูกผิด จำนวน 21 ข้อ

1.3 แบบสัมภาษณ์ ด้านการปฏิบัติมีลักษณะเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 18 ข้อ

1.4 แบบประเมินความวิตกกังวล มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

การวิเคราะห์ ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเอสพีเอสเอส

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละและเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

2. การวิเคราะห์ คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบความรู้ แบบสัมภาษณ์ด้านการปฏิบัติ และแบบประเมินความวิตกกังวลในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยการหาค่าที่เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระแก่กัน เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 1, 2 และ 3

3. การวิเคราะห์ คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบความรู้ แบบสัมภาษณ์ ด้านการปฏิบัติและแบบประเมินความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ t-test (Difference score) เพื่อทดสอบสมมุติฐาน ข้อ 4, 5 และ 6

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า

1. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดดีกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจดีกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
3. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจมีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
4. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
5. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจดีกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
6. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาค้นคว่าดังกล่าวสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจภายหลัง ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดดีกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา

สอดคล้องกับโกสม สุวรรณชัย และคนอื่น ๆ (2530 : 1-2) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการสอน สุขศึกษา โดยใช้สื่อเทปโทรทัศน์ เรื่อง โรคท้องร่วงในทารกแก่ประชาชนทั่วไป พบว่าภายหลัง การสอนประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ จันทรวิภา ดิลกสัมพันธ์ (2538 : ก-ข) ที่ ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ทาง เพศสัมพันธ์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มทดลองมีการ เปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ความคาดหวัง ความตั้งใจและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติด เชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง

ผลของการศึกษาครั้งนี้ แสดงว่า โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตน ก่อนผ่าตัดหัวใจ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ของกลุ่มทดลองไปในทางที่ดีขึ้นภายหลังได้รับ โปรแกรมศึกษา เนื่องจากโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เป็นการสอนที่ได้รับการวางแผน และมีการเตรียมล่วงหน้า โดยผู้วิจัยได้มีโอกาสใส่เนื้อหาไว้อย่างครบถ้วน เรียบเรียงเนื้อหา ตามลำดับก่อนหลัง เพื่อให้เข้าใจง่าย การสอนทุกครั้งมีเนื้อหาครบถ้วนและมีแบบแผนเดียวกัน นอกจากนี้ยังเป็นอุปกรณ์การสอนที่ดี เนื่องจากสามารถให้ภาพและเสียงได้ในเวลาเดียวกัน ตามหลักการรับสาร เมื่อได้รับรู้ทางประสาทสัมผัสที่สามารถรับสารได้มากที่สุด ได้แก่ ตา ร้อยละ 75.00 หู ร้อยละ 13.00 จึงทำให้ผู้รับสารสามารถรับรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด (ชัย ยงค์ พรหมวงศ์. 2529 : 14) การจัดให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ จึงเป็นสิ่งจำเป็น ที่ผ่านประสาทสัมผัสที่มนุษย์เรียนรู้ได้ดี ดึงดูดความสนใจของผู้เรียน จึงส่งผลให้การเรียนรู้มี ประสิทธิภาพ ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การ ปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดหัวใจ จึงมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจดีกว่าก่อนให้ โปรแกรมสุขศึกษา

2. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้ วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดหัวใจมีการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจดีกว่าก่อนให้ โปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ ว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตน ก่อนผ่าตัดหัวใจ มีการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจดีกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา สอดคล้องกับ สุรศักดิ์ ช่วยบุญ (2539 : 92) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การ ป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนผู้ช่วยพยาบาล พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการ

แพทย์และสาธารณสุขสูงขึ้นสอดคล้องกับ นารณดา ชันธิกุล (2540 : 80) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการเลี้ยงดูทารกน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลเด็ก พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติในเรื่องการเลี้ยงดูทารกน้ำหนักน้อยดีขึ้น

ผลของการศึกษาครั้งนี้แสดงว่า โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดหัวใจของกลุ่มทดลองไปในทางที่ดีขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา เนื่องจากโปรแกรมสุขศึกษาเป็นการจัดการเรียนการสอนที่ใช้หลักการเรียนรู้มาจัดประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับผู้เรียน จะส่งผลให้การเรียนการสอนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นกระบวนการที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ (กมลรัตน์ หล้าสงฆ์, 2524 : 132) การจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจนี้ ผู้วิจัยต้องการการตอบสนองในรูปความรู้ ความคิด ความจำ (Cognitive domain) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการได้รับการโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ กลุ่มทดลองมีความรู้ดีกว่าก่อนทดลอง จึงเป็นไปได้ว่าความรู้ที่ดีขึ้นนี้ ส่งผลให้การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดหัวใจของกลุ่มทดลองไปในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง

3. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษา สอดคล้องกับ นวลจันทร์ พูลสมบัติ และคนอื่น ๆ (2537 : ก-ข) ที่ศึกษาผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ในเช้าวันก่อนผ่าตัดระดับความวิตกกังวลโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับ ทัศนอมศรี คูอาริยะกุล (2538 : 76) ที่ศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความ

วิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลของการศึกษาครั้งนี้ แสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองไปในทางที่ดีขึ้น ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา เนื่องจากการให้โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เป็นการนำเสนอที่เป็นทั้งภาพและเสียงเสนอให้ผู้ป่วยได้เห็น ได้ยินและเกิดมโนทัศน์ที่สมบูรณ์ได้ การนำเสนอข้อมูลด้านกายภาพ ภาพภายในห้องผ่าตัด ห้องไอซียูศัลยกรรมหัวใจ อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ซึ่งล้วนแต่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญเป็นสถานการณ์ที่คุกคามและก่อให้เกิดความเครียด แต่เมื่อได้รับข้อมูลเหล่านี้โดยการได้ดูและฟังคำอธิบาย จึงมีผลให้ลดความวิตกกังวลลงได้ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่รู้ หรือการรับรู้ที่ผิดเกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยผู้ป่วยอาจได้รับคำบอกเล่ามาจากเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งอาจเป็นไปในทางลบ การขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องนี้ทำให้ผู้ป่วยคาดการณ์ในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง ไปในทางไม่ดีล่วงหน้าและอาจเกินความเป็นจริง ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ ที่ช่วยเสนอข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งให้ภาพและเสียงที่สร้างความสนใจ ผู้ป่วยจึงเกิดการเรียนรู้ได้ดี ทำให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถคาดการณ์และวางแผนล่วงหน้าในการที่จะเผชิญและตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ ดังนั้นผลจากการได้รับความรู้ ความเข้าใจและข้อมูลต่าง ๆ จากโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ จึงช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

4. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจดีกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจดีกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ สอดคล้องกับ ศักดิ์ณรงค์ แสงพิทักษ์. (2528 : 46) ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่เรียนจากรายการโทรทัศน์ประกอบการสอนแบบโปรแกรมมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เรียนจากการสอนแบบปกติ สอดคล้องกับ พิพัฒน์ พุศรีนวน (2534 : 83) ที่ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของหญิงหลังคลอดในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองโดยใช้เทปโทรทัศน์ประกอบการบรรยายและการแจกคู่มือ

พบว่าคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับ จิราภรณ์ ทองสุโชติ (2535 : 71) ที่ศึกษาผลการสอนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับการสอดใส่แร่ โดยใช้เทปโทรทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและระดับความวิตกกังวล พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการสอนโดยเทปโทรทัศน์ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องการสอดใส่แรมากกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ สอดคล้องกับ สมบัติ เทียบอุดม. (2538 : 63) ที่ศึกษาผลการใช้วีดิทัศน์โปรแกรมต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกลุ่มวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 พบว่า นักเรียนที่เรียนจากวีดิทัศน์ การสอนแบบโปรแกรม ให้ผลการเรียนสูงกว่านักเรียนที่ได้รับการสอนแบบปกติและสอดคล้องกับ ยรรยง สุขเกษม. (2539 : 53) ที่ศึกษาการพัฒนาการวิดิทัศน์การสอน เรื่อง การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภายหลังการเรียนโดยใช้วิดิทัศน์สูงกว่าก่อนการเรียน

ผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วิดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ไปในทางที่ดีกว่าการให้สุขศึกษาตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้สื่อวิดิทัศน์ เป็นการสอนที่ทำให้ผู้เรียนเห็นเป็นรูปธรรมมากกว่าการสอนแบบปกติ (ยรรยง สุขเกษม. 2539 : 53) และทำให้ผู้เรียนเกิดการรับรู้ที่ดีดังที่ เดล (Dale. 1956 : 1) ได้กล่าวว่า มนุษย์จะเรียนรู้ได้ดีขึ้นหากการเรียนรู้เกิดจากประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมและการเรียนรู้จะน้อยลงหากการเรียนรู้เกิดจากประสบการณ์นามธรรม โปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้วิดิทัศน์นี้ เป็นการให้ความรู้เป็นขั้นตอน มีการเรียงลำดับเนื้อหาไว้อย่างดีทำให้เข้าใจง่ายไม่สับสน นอกจากนี้ยังเป็นสื่อที่เร้าความสนใจทำให้ไม่เบื่อหน่าย ดังได้กล่าวแล้วว่าวิดิทัศน์เป็นสื่อที่ให้ผลทางการรับรู้สูง เพราะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของคนจากการเห็นและการฟัง ซึ่งผลรวมของการรับรู้ได้ถึงร้อยละ 88.00 ทำให้เกิดการเรียนรู้ในระยะเวลาอันสั้น

สำหรับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำตึกนั้น ถึงแม้จะมีข้อได้เปรียบในแง่ที่ว่า เป็นการสื่อสาร 2 ทาง คือ พยาบาลและผู้ป่วยสามารถมีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบและซักถามปัญหา กันได้ แต่ในสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน จำนวนบุคลากรที่จำกัด การสอนซึ่งกระทำโดยพยาบาลหลายคน ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันไป พยาบาลแต่ละคนมีความรู้ ความชำนาญ และมีเทคนิคการสอนเฉพาะตัวที่แตกต่างกัน ไม่มีแบบแผนที่แน่นอน ในบางครั้งอาจมีเวลาน้อย จึงต้องเร่งรีบสอนเพื่อทำงานอื่นให้เสร็จทันเวลา ทำให้อาจลืมนเนื้อหาบางตอน จึงไม่ครอบคลุม

เนื้อหาที่จำเป็นทั้งหมดได้ ตลอดจนการสอนแบบบรรยายประกอบกับการใช้สื่อการสอนที่ไม่สร้างความสนใจ เช่น ภาพพลิก หรือ ภาพโปสเตอร์ เป็นต้น ไม่มีความดึงดูดความสนใจ และไม่ส่งเสริมการเรียนรู้ได้ดีเท่ากับการที่ผู้ป่วยได้ดูจากวีดิทัศน์ จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดหัวใจ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ ไปในทางที่ดีขึ้นกว่าการให้สุขศึกษาตามปกติ

5. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้วีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจดีกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อที่ 5 ที่ว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจดีกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ สอดคล้องกับ กมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์ (2534 : 73) ที่ศึกษาผลการให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น พบว่าคุณค่าของการอภิปรายกลุ่มสามารถส่งผลดีในด้านการปฏิบัติ บุคคลในกลุ่มเองจะได้รับการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น เนื่องจากโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นการจัดเนื้อหาอย่างเป็นระบบ คือ มีการกำหนดวัตถุประสงค์เนื้อหา ระยะเวลา และวิธีดำเนินการกิจกรรมไว้อย่างมีแบบแผนชัดเจนดังที่ วารี ระกิติ (2534 : 692-693) กล่าวว่า การสอนสุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควรทำแผนการสอนอย่างมีระบบโดยมีองค์ประกอบของแผนการสอน คือ วัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน สื่อการสอนการวัดและการประเมินผล สอดคล้องกับประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 136) ที่กล่าวว่า การรับรู้ จะเป็นไปได้ดี ถ้าผู้เรียนได้เรียนรู้จากสิ่งที่ได้จัดไว้อย่างเป็นระบบ

การจัดให้มีการสรุปเนื้อหาและอภิปรายกลุ่ม หลังการดูวีดิทัศน์เป็นการช่วยเพิ่มการตอบสนองในรูปความรู้ ความคิด ความจำ (Cognitive domain) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องยิ่งขึ้นดังที่กับ เอื้อมพร จตุรธำรง (2521 : 10) กล่าวว่า การสรุปเนื้อหา มีความสำคัญและจำเป็นต่อการเรียนการสอนอย่างมากเพราะเป็นการนำเอาความคิดรวบยอดซึ่งเป็นสิ่งเสริมความเข้าใจที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการเรียนมากขึ้น จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดหัวใจไปในทางที่ดีกว่าการให้สุขศึกษาตามปกติ

6. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อที่ 6 ที่ว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ สอดคล้องกับบทสรุป คำว่า (2528 : ข-ค) ที่ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะความเครียดความวิตกกังวล และพฤติกรรมเผชิญความเครียดในไอซียู ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเข้าไปในหัวใจ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีภาวะเครียดและระดับความวิตกกังวลต่ำกว่า รวมทั้งมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดในไอซียู ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติสอดคล้องกับ กัญจน์ พันธ์ยะ (2530 : ก-ข) ที่ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วย ครรภ์แรกๆ ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่าการสอนอย่างมีแบบแผนสามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับ จิราภรณ์ ทองสุชาติ (2535 : ก-ข) ที่ศึกษาผลการสอนผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับการสอดใส่แร่โดยใช้เทปโทรทัศน์ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการสอนโดยใช้เทปโทรทัศน์ มีระดับความวิตกกังวลภายหลังสอนทันที ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูกที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ และสอดคล้องกับ นวลจันทร์ พูล สมบัติ และคนอื่น ๆ (2537 : ก-ข) ที่ศึกษาผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อระดับ ความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าระดับความวิตก กังวลโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ผลของการศึกษาครั้งนี้ แสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตน ก่อนผ่าตัดหัวใจ มีผลต่อการลดความวิตกกังวลดีกว่าการให้สุขศึกษาตามปกติ เนื่องจาก โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์เป็นการใช้สื่อที่ช่วยเสนอข้อมูลโดยใช้ภาพและเสียงที่เร้าความ สนใจได้ดี มีเนื้อหาครบถ้วน มีการจัดเรียงลำดับเนื้อหาทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจและเกิด การเรียนรู้ได้ดี ผลจากการได้รับข้อมูลและมีความรู้ที่ถูกต้องนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ความรู้สึกถูกคุกคามลดลง เกิดความเชื่อมั่นในแผนการรักษา สามารถวางแผนการล่วงหน้าในอันที่จะเผชิญและตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้ จึงสรุปได้ว่า

โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจมีผลต่อการลดความวิตก กังวลได้ดีกว่าการให้สุขศึกษาตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า การใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมตัวเข้ารับการผ่าตัดหัวใจได้ผลดี ดังนั้นจึงควรพิจารณาเลือกใช้วีดิทัศน์เป็นสื่อประกอบการสอนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการแบ่งเบาภาระและประหยัดเวลาของพยาบาล และสามารถนำมาเปิดดูซ้ำได้ตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. การเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ ควรพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ อายุ สมรรถภาพของสายตา การได้ยินและสภาพร่างกายในขณะนั้นเพราะถ้าสิ่งเหล่านี้ไม่พร้อมจะเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ของผู้ป่วยเอง
 2. สิ่งแวดล้อมในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ ควรจัดห้องไว้โดยเฉพาะ มีอากาศถ่ายเท ปราศจากเสียงรบกวนและผู้คนเดินไปมา จัดที่นั่งให้ผู้ป่วยนั่งอย่างสบายและสามารถมองเห็นภาพในระยะชัดเจน จัดให้มีอุปกรณ์ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ตามเนื้อหาของวีดิทัศน์ เช่น หุ่นสำหรับให้ผู้ป่วยสาธิตการเตรียมผิวหนังก่อนการผ่าตัดหรือการใช้ยาสวนทวาร เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติภายหลังการดูวีดิทัศน์
 3. ควรจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เป็นแบบรายกลุ่มเพื่อเปิดโอกาสให้มีการอภิปรายปัญหาต่าง ๆ ภายหลังการดูวีดิทัศน์ นอกจากนี้พยาบาลควรทำหน้าที่สรุปเนื้อหาที่สำคัญ และกระตุ้นกลุ่มให้ร่วมกันอภิปราย
 4. ควรเพิ่มเนื้อหาวีดิทัศน์ หรือจัดทำวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เช่น ภาพตัวอย่างผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่แข็งแรงแล้วและมีทัศนคติที่ดีในการรักษาด้วยการผ่าตัดมาแสดงความคิดเห็น ให้กำลังใจ เป็นต้น
- นอกจากนี้ พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัดได้ โดยนำวิธีการทางการพยาบาลและหลักการจิตบำบัดอย่างง่ายมาใช้กับผู้ป่วย เช่น การสนทนาและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย วิธีสนับสนุนประคับประคองทางจิตใจ โดยการปลอบการให้กำลังใจ การให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก เป็นต้น
5. ในกระบวนการผลิตสื่อวีดิทัศน์ ต้องใช้อุปกรณ์ในการผลิต เช่น กล้องถ่ายภาพ เครื่องตัดต่อภาพ เครื่องอัดเสียงที่มีศักยภาพสูง จึงจะได้วีดิทัศน์ที่มีคุณภาพ คือ มีภาพที่คมชัด มีเสียงที่ชัดเจนและไม่ใช้เวลาในแต่ละขั้นตอนมากเกินไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของจำนวนครั้งในการให้ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหัวใจ ดูวิดีโอ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดหัวใจ เพื่อเปรียบเทียบผลของการเรียนรู้ การปฏิบัติตลอดจนความวิตกกังวลระหว่างการให้ดูซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง กับการให้ดูครั้งเดียว

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้สื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยเด็ก ซึ่งอาจมีความต้องการด้านเนื้อหา หรือองค์ประกอบอื่น ที่สอดคล้องกับพัฒนาการหรือสภาพร่างกาย

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกพร สุคำวัง. (2528). ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด ความวิตกกังวล และพฤติกรรมเผชิญความเครียดใน ไอ ซี ยู ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดเข้าไปในหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กมลรัตน์ หล้าสูงษ์. (2524). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : มหามกุฏราชวิทยาลัย.
- กมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์. (2534). ผลการให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ก่อเกียรติ ขวัญสกุล. (2540). การพัฒนารายการวิดีโอเรื่อง การสืบค้นข้อมูลสารสนเทศในระบบห้องสมุดอัตโนมัติสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (เทคโนโลยีการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กัญจน์ พงษ์ยะ. (2530). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกที่ทำคลอดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กันยา ออประเสริฐ. (2530). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัลยา จยุติรัตน์ และคนอื่น ๆ. (2531). การทำบัตรรายการโสตทัศนวัสดุ. กรุงเทพฯ : คณะทำงานกลุ่มโสตทัศนศึกษา ห้องสมุดสถาบันอุดมศึกษา.
- กิดานันท์ มลิทอง. (2536). เทคโนโลยีการศึกษาร่วมสมัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกศินี โชติกเสถียร. (2528). การใช้เทคโนโลยีการสอนในห้องเรียน. กรุงเทพฯ : ประสานมิตร.
- โกสุม สุวรรณขุ และคนอื่น ๆ. (2530, มกราคม-มีนาคม). "การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการสอนสุขศึกษาเรื่องโรคท้องร่วงในทารกแก่ประชาชนที่มารับบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยใช้สื่อบุคคล สื่อเทปโทรทัศน์และสื่อบุคคลผนวกกับสื่อเทปโทรทัศน์,"วารสารสุขศึกษา. 10(1) : 1-11.

- แก้วสามสี สาเจริญ.(2535).ผลของการให้ข้อมูลที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของ
ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก.วิทยานิพนธ์ ค.ม. (บริหารการพยาบาล) กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.ถ่ายเอกสาร.
- ชนิษฐา นาคะ.(2534).ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)กรุงเทพฯ :บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์. (2538). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรม
เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษา
ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จริยา ตันติธรรม. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราภรณ์ ทองสุโชติ. (2535). ผลการสอนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับการสอดใส่แร่
โดยใช้เทปโทรทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและระดับความวิตกกังวล.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จรี ก้อนนิล. (2540). ผลการใช้วิธีทัศนแบบโปรแกรมเรื่องการประกันชีวิต สำหรับฝึกอบรม
พนักงานสอบบัตรตัวแทน. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (เทคโนโลยีการศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จำลอง ดิษยวณิช .(2522) . จิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่ : พระสิงห์การพิมพ์.
_____. (2531).การวินิจฉัยและการใช้ยาทางจิตเวช.เชียงใหม่:คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชม ภูมิภาค. (2528). เทคโนโลยีทางการสอนและการศึกษา. กรุงเทพฯ : ประสานมิตร.
- ชัยพร พุ่มทองดี. (2534). การศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาปฐมพยาบาล
ของนักเรียนพลตำรวจ โรงเรียนตำรวจภูธร 4 โดยการสอนด้วยเทปโทรทัศน์กับ
การสอนปกติ. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (เทคโนโลยีทางการศึกษา) ขอนแก่น :
มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ชัยยงค์ พรหมวงศ์. (2523). เอกสารการสอนชุดวิชาเทคโนโลยีและสื่อการศึกษา เล่มที่ 1
หน่วยที่ 1 - 15. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์เกษตรกรแห่งประเทศไทย.
_____. (2529).หลักการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ : ประชาชน.

- ชิน คล้ายปาน และคนอื่น ๆ. (2528). *เทคนิคการผลิตรายการเทปโทรทัศน์*. กรุงเทพฯ : คณะกรรมการกลุ่มโสตทัศนศึกษา ห้องสมุดอุดมศึกษา.
- ไชยยศ เรืองสุวรรณ. (2533). *เทคโนโลยีการศึกษา : ทฤษฎีและการวิจัย*. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- दनัย อันฤดี. (2542). *การพัฒนารายการวีดิทัศน์ การสอนเรื่องการปฐมพยาบาลระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 สำหรับนักเรียนที่บกพร่องทางการได้ยิน*. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (เทคโนโลยีการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ถนอมศรี คูอาริยะกุล.(2538). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ธวัชชัย ชัยจิราฉายกุล. (2527). *จุดมุ่งหมายสำหรับการเรียนการสอนและการพัฒนาหลักสูตร แนวคิดและแนวปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- ธนวรรณ อัมสมบูรณ์. (2528, มกราคม-เมษายน) "การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," *วารสารสุขศึกษา*. 8 (29) : 21-32.
- _____. (2532, ตุลาคม – ธันวาคม) "การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาสุขภาพ," *สุขศึกษา พลศึกษา สันทนาการ* 5(4): 11-15.
- นวลจันทร์ พูลสมบัติ และคนอื่น ๆ. (2537). *ผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์*. กาฬสินธุ์ รายงานการวิจัยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
- นารถดา ชันธิกุล. (2540). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ต่อพฤติกรรมของมารดา ในการเลี้ยงดูทารกน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลเด็ก*. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- บุญเที่ยง จัยเจริญ.(2538).*เทคนิคพื้นฐานการใช้และบำรุงรักษาอุปกรณ์เทคโนโลยีทางการศึกษา*.กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). "จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข," ในเอกสารการสอนชุดวิชา สังคมวิทยา. หน่วยที่ 11 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- เบญจมาศ ไตรบรรณ. (2543). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ประนอม บุญมี. (2536). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *การวัดและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วังบูรพา.
- _____. (2532). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2532, ตุลาคม-ธันวาคม) "การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ," *สุขศึกษา-พลศึกษา-สันทนาการ*. 5(4) : 11-15.
- _____. (2537). *การจัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม*. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.
- ปรัชญา บุญเลิศล้ำ. (2529). *การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โดยการสอนด้วยบทเรียนโปรแกรมโทรทัศน์กับการสอนปกติ*. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (การประถมศึกษา) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- พงศ์พันธ์ อันตะริกานนท์. (2539). *การพัฒนาบทเรียนวีดิทัศน์ด้วยตนเองสำหรับฝึกรอบมบุคคลากรทางสาธารณสุขในการเขียนบทวีดิทัศน์เบื้องต้น*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (เทคโนโลยีการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พรรณี ทิพย์ธราดล. (2542). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสุเหร่าปากคลองลำรี จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

- พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2534). การพัฒนาหลักสูตรสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พินิต วัฒนโธ. (2520). การผลิตรายการโทรทัศน์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ประสานมิตร.
- พิพัฒน์ พุศรีนวล. (2534). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของหญิงหลังคลอดหลังคลอดในการส่งเสริมหญิงเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร
- เพ็ญผกา กาญจนภาส. (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ไพฑูรย์ ลือกิจจา. (2542). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูลูกด้วยนมแม่ที่ทำงานนอกบ้าน โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ไพโรจน์ ตีรณนากุล และนิพนธ์ ศุภศรี. (2528). เทคนิคการผลิตรายการวิดีโอเทปเพื่อการศึกษา. กรุงเทพฯ : ผลการพิมพ์.
- ภูษิต อานมณี. (2541). การพัฒนารายการวิทยุทัศน์ เรื่อง การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(เทคโนโลยีการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- มานัส เกิดแย้ม. (2539). การพัฒนารายการวิทยุทัศน์การสอนวิชาอาชีพเรื่องความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นสำหรับโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ เขตการศึกษา 1. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(เทคโนโลยีการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- มารยาท จิตรบรรพต. (2534). *การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการศึกษาค้นคว้าความเครียด โดยนักจิตวิทยาคลินิกกับโปรแกรมเทปโทรทัศน์*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (เทคโนโลยีการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ยรรยง สุขเกษม. (2539). *การพัฒนารายการวีดิทัศน์การสอน เรื่อง การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 สังกัดกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (เทคโนโลยีการศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ยุวดี รอดจากภัย. (2532). *ผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยวัณโรค ณ สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ราตรี พัฒนะศรี. (2533). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคแก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อนำทารก 0 - 6 เดือน มารับภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เรณู อาจสำลี. (2533). *Psychological Disturbance เอกสารประชุมวิชาการ พยาบาลศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 3* กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลราชวิถี. (2538). *สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถี ปีงบประมาณ 2538*. กรุงเทพฯ : งานเวชระเบียนและสถิติ กลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี.
- _____. (2539). *สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถี ปีงบประมาณ 2539*. กรุงเทพฯ : งานเวชระเบียนสถิติ กลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี.
- _____. (2540). *สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถี ปีงบประมาณ 2540*. กรุงเทพฯ : งานเวชระเบียนสถิติ กลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี.
- _____. (2541). *สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถี ปีงบประมาณ 2541*. กรุงเทพฯ : งานเวชระเบียนสถิติ กลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี.

- ลักขณา ยอดกลกิจ. (2540). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดา ในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กก่อนวัยเรียน*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ลัดดา สุขปรีดี. (2523). *เทคโนโลยีการเรียนการสอน*. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- วสันต์ อติศัพท์. (2526). *การผลิตรายการโทรทัศน์การศึกษา*. ปัตตานี : แผนกวิชาโสตทัศนศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
- _____. (2533). *การผลิตเทปโทรทัศน์เพื่อการศึกษาและฝึกอบรม*. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- วรลักษณ์ ชีราโมภ. (2540). *จิตวิทยาเจ็บป่วยและการสูญเสีย ใน การดูแลผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ*. กรุงเทพฯ : พิมพ์สวย.
- วารี ระกิติ (2534). *การดำเนินงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล ใน เอกสารชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 8-15 นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538 กุมภาพันธ์ – มีนาคม). "คำเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้," *ข่าวสารการวิจัยการศึกษา* 18(3) : 8-11.
- วินิต เกตุขำ และ คมเพชร จิตรศุภกุล (2522) *กระบวนการกลุ่ม*. กรุงเทพฯ : พีรพชนา.
- ศักดิ์ณรงค์ แสงพิทักษ์. (2528). *การผลิตรายการวิทยุทัศน์ประกอบการสอนแบบโปรแกรม เรื่อง น้ำเสีย*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (เทคโนโลยีการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร สถิตย์ถาวร. (2540). *ผลของการใช้ข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนแตกต่างกัน*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สมชาติ โลจายะ และคนอื่น ๆ. (2536). *ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- สมบัติ เทียบอุดม. (2538). *การศึกษาผลการใช้วิทยุทัศน์โปรแกรมต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน กลุ่มวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (เทคโนโลยีการศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สมบูรณ์ สงวนญาติ. (2534). *เทคโนโลยีทางการเรียนการสอน*. กรุงเทพฯ : การศาสนา.

- สันหัตถ์ ภีบาลสุข. (2527). การใช้เครื่องมือทางเทคโนโลยีทางการศึกษา กรุงเทพฯ :
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางเขน.
- สิริเสก ชื่นมนัส. (2540). การพัฒนารูปแบบรายการวิดีโอเพื่อลดอุบัติเหตุในการปฏิบัติงาน ของ
พนักงานแก๊สไฟฟ้าขัดข้อง. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม.(เทคโนโลยีการศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาดา สัทธรรม. (2539). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีการ
ดูแลตนเองของโอเรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
วังม่วงสัทธรรม อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร.
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ :
สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์. (2539). การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ ขอนแก่น : ภาควิชาการ
พยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุปรีชา ธาระมัย และคนอื่นๆ. (2543). คู่มือแพทย์ประจำบ้าน ศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือด
และทรวงอก. กรุงเทพฯ : สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี.
- สุนีย์ ดันติพัฒนานันท์. (2522). การพยาบาลจิตเวช กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์
- สุชัย สิกขาบัณฑิต. (2528). การผลิตวัสดุเทคโนโลยีทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชา
ครุศาสตร์เทคโนโลยี สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้า พระนครเหนือ.
- สุรศักดิ์ ช่วยบุญ. (2539). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรค
เอดส์ของนักเรียนผู้ช่วยพยาบาล. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สุรีย์ จันทรมล. (2527). วิธีการทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
ดวงกมล.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2527). แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2.
เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ปอง.
- เสาวณีย์ สิกขาบัณฑิต. (2532). เทคโนโลยีการศึกษา. กรุงเทพฯ : สถาบันเทคโนโลยี
พระจอมเกล้า พระนครเหนือ.
- อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระบบหัวใจและ
หลอดเลือด. กรุงเทพฯ : ลิฟวิงทราเนลล์มีเดีย.
- อรอนงค์ พุมอาภรณ์. (2531). การพยาบาลทางห้องผ่าตัด กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.

- เอื้อมพร จตุธรรมรง. (2521). *การเปรียบเทียบความเข้าใจในการอ่านบทความที่มีการจัดความคิดรวบยอดของเนื้อเรื่องด้วยวิธีต่างๆ กับบทความที่ไม่ได้จัดความคิดรวบยอดของเนื้อเรื่องในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6*. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (การประถมศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- Beland. Irend L. and Joyce Y. Passos. (1981). *Clinical Nursing : Pathophysiological and Psychosocial Approaches*. 4th ed. New York : Macmillan Publishing Co. Inc.
- Borg. Walter R. and Merigith D. Gall. (1979, December). "The Construction and Evaluation of a Programmed Course in Mathematics Necessary for Success in College Physical Science," *Education Research*. 30(6) : 1070 - A.
- Carnevali, Doris L. (1966, July). "Perspective Anxiety," *American Journal of Nursing*. 66 (7) : 1538.
- Cawley, M and others. (1990, April). "Information and Psychosocial needs of woman choosing conservative surgery/Primary radiation for early stage breast cancer," *Cancer Nursing*. 13 (2) : 90 - 94.
- Chaijaroen Sumalee. (1999, December). "The Learners' Mental Models of Television In Mathematics," *Educational Media International*. 36(4) : 280-285.
- Dale, Edgar. (1956). *Audio - Visual Methods in Teaching*. Revised Edition. New York : Holt Rinchart and Winston.
- Eisen. M.G.Z. Zellmon. et al. (1985, November). "A Health Belief Model to Approach to Adolescent Fertilities Control : Some Pilot Program Finding," *Health Education Quarterly*. 12(2) : 186 - 208.
- Good, Carter V. (1959). *Dictionary of Education*. New York : McGraw Hill Company.
- Gordon, George N. (1965). *Educational Television*. New York : The custer for Applied Research in Education, Inc.
- Graham, L.E. and Conley, E.M. (1971, March – April). " Evaluation of Anxiety and Fear in Adult Surgical Patients," *Nursing Research*. 20 (2) : 113-122.

- Hardy, Ellen E. and others. (1982, March). "Breast Feeding Promotion Effect of an Educational Program in Brazil," *Study in Family Planning*. 13(3) : 79 – 86.
- Huebener, Theodore. (1960). *Audio Visual techniques in Teaching Foreign Languages*. New York : New York University Press.
- Kaplowitz, Diane D. and Christine M. Olson. (1983, March). "The Effect of an Education Program on the Decision to Breast Feed," *Journal of Nutrition Education*. 15(2) : 61 - 65.
- Kerkpatrick and William Randall. (1993, February). "The Influence on AIDs Awareness Program on Knowledge, Attitude, Opinions, Behavioral Infections of College Students," *Dissertation Abstracts International*. 53(8) : 2697 - A.
- Polvino, Garadine J. (1971, September). "The Relative Effectiveness of Two Methods of Video Tape Analysis in Learning a Selected Sport Skill," *Dissertation Abstracts International*. 32 (3) : 1322-A,
- Rycroft, Charles. (1971). *Anxiety and Neurosis*. London : Allen-Lane the Penguin Press.
- Scott, William A. and Micheal Werthimer. (1962). *Introduction to Psychological Research*. 4th ed. New York : John Wiley and Sons.
- Spielberger, Charles D. (1975). "How to use the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)," *Psychiatric Rating Scales* vol.3. California : Consulting Psychologists Press.
- . (1976). *Stress and Anxiety : a Source Book of Theory and Research*. Washington : Hemisphere.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวนีย์ สิกขาบัณฑิต หัวหน้าภาควิชาเทคโนโลยีทางการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชาमारถ ภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี ภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. นางอรพิน ตันติมูรธา พยาบาลวิชาชีพ 8 วช.
หัวหน้างานการพยาบาล
ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
โรงพยาบาลราชวิถี
5. นายชัยยุทธ กุลตั้งวัฒนา นักวิชาการสุขศึกษา 7
งานสุขศึกษา
โรงพยาบาลราชวิถี

ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. ๕๗๒๖, ๕๖๔๖

ที่ ทม ๑๐๑๒/๓๗๔๔

วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๔๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะศึกษาศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวจินตนา ศรีเงิน นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยใช้วิธีทัศน เรื่อง การปฏิบัติคนก่อนผ่าตัดหัวใจ สำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ในสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ และ อาจารย์บุปผา ปลื้มสำราญ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวณีย์ ลีเกษมบัณฑิต เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยใช้วิธีทัศน เรื่อง การปฏิบัติคนก่อนผ่าตัดหัวใจ สำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ในสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวจินตนา ศรีเงิน ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสาวณีย์ ลีเกษมบัณฑิต วิชาลาภรณ์)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. ๕๖๒๖, ๕๖๔๖

ที่ ทม ๑๐๑๒/๒๕๕๓

วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะคึกคะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวจินตนา ศรีเงิน นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วิธีทัศน เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ สำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ในสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ และ อาจารย์บุญปศ ปลื้มสำราญ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปริษามารถ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบตามประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วิธีทัศน เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ สำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ในสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวจินตนา ศรีเงิน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๓ ๕๘๒



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

พฤษภาคม ๒๕๕๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวจินตนา ศรีเงิน นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยใช้วิถีทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ สำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ในสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ และ อาจารย์บุญปภา ปลื้มสำราญ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางอรพิน ตันติมูรธา หัวหน้างานการพยาบาลศัลยกรรมหัวใจ และ นายชัยยุทธ กุลดงวัฒนา นักวิชาการสุขภาพ๑ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยใช้วิถีทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ สำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ในสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวจินตนา ศรีเงิน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๖๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๔๔๔๔



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๔ ธันวาคม ๒๕๔๓

เรื่อง ขอกความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวจินตนา ศรีเงิน นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกดุซศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมดุซศึกษาโดยใช้วิถีทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจในสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันส ปัทมภาสพงษ์ และ อาจารย์นุฬา ปลื้มสำราญ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่และขอให้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ จำนวน ๓๐ คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจในสถาบันโรคหัวใจ ในระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๔๓

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวจินตนา ศรีเงิน ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๖

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๔๔๗๖



๒๖ ธันวาคม ๒๕๔๓

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวจินตนา ศรีเงิน นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ สำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ในสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมล ปัทมภาสพงษ์ และ อาจารย์บุปผา ปลื้มสำราญ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ จำนวน ๕๐ คน ตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ ในระหว่างเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ ๒๕๔๔

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวจินตนา ศรีเงิน ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

ภาคผนวก ค
แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา
โดยใช้วิธีทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ

แผนการจัดกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์

จุดประสงค์

เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่เตรียมตัวเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจ

สาระสำคัญ

เป็นการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการทำงานของหัวใจ, โรคหัวใจชนิดที่รักษาด้วยการผ่าตัด แสดงขั้นตอนในการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการผ่าตัดตลอดจนการปฏิบัติตน

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ
จำนวน	กลุ่มละ 5 คน
เวลา	30 นาที
สถานที่	หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี
กิจกรรมการใช้โปรแกรมสุขศึกษา	

กิจกรรม	เวลา	เนื้อหา	วิธีการดำเนินการ
การนำเข้าสู่บทเรียน	3 นาที	ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การจัดกิจกรรม สวัสดิ์ค่ะ ยินดีต้อนรับสู่งานศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี ค่ะ หน่วยงานของเราให้บริการด้านการผ่าตัดอวัยวะในทรวงอก ได้แก่ หัวใจ ปอด หลอดอาหาร รวมถึง ความผิดปกติของหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น การผ่าตัดเหล่านี้ เป็นการผ่าตัดใหญ่ และมีการนำอุปกรณ์ทางเทคโนโลยีขั้นสูงเข้ามาประกอบมากมาย ตัวผู้ป่วยเองก็รู้สึกว่าเป็นการผ่าตัดอวัยวะที่สำคัญ การต้องเข้ารับการผ่าตัด จึงอาจจะนำมาซึ่งความวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ปัญหาเหล่านี้จะลดน้อยลงถ้าท่านได้รับความรู้ที่ถูกต้อง และมีการเตรียมตัวที่ดีเพื่อเข้ารับการผ่าตัด	วีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ

กิจกรรม	เวลา	เนื้อหา	วิธีการดำเนินการ
การสร้างให้เกิดการเรียนรู้ เรื่อง การปฏิบัติตน ก่อนผ่าตัดหัวใจ	13 นาที	เรามารู้จักหัวใจของเรากันก่อนนะคะ หัวใจ อยู่ช่วงกลางหน้าอกก่อนไปทางซ้าย อยู่ระหว่างปอดทั้ง 2 ข้าง หัวใจมีผนังกัน แบ่งหัวใจออกเป็น 2 ซีก คือ ขวาและซ้าย แต่ละซีกมี 2 ห้อง ระหว่างห้องมีลิ้นหัวใจกันให้เลือดผ่านไปทางเดียวกัน ไม่ไหลย้อนกลับ การทำงานของหัวใจ หัวใจซีกขวารับเลือดดำจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อนำไปฟอกที่ปอด หัวใจซีกซ้ายรับเลือดแดงที่อ้อมตัวด้วย ออกซิเจนจากปอด ส่งเลือดไปเลี้ยงทั่วร่างกาย โรคหัวใจที่รักษาด้วยการผ่าตัด ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นความผิดปกติระหว่างการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ในช่วงที่มีการพัฒนาของหัวใจ โรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง เช่น ลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ เป็นต้น การรักษาโรคหัวใจ โดยการผ่าตัด เป็นการแก้ไขความผิดปกติ ตามสาเหตุของโรค เพื่อให้หัวใจทำงานได้ตามปกติ เช่น การผ่าตัดปิดรูรั่วของผนังหัวใจ การผ่าตัดซ่อมลิ้นหัวใจ การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นต้น การวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัด โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวินิจฉัยโรคและตรวจหาความผิดปกติของหัวใจ ได้แก่ การตรวจเลือด ท่านต้องงดอาหารและน้ำประมาณ 6 ชั่วโมงก่อนการเจาะเลือด การเอกซเรย์ทรวงอก เพื่อดูขนาดและรูปร่างของหัวใจว่ามีลักษณะผิดปกติ หรือมีภาวะน้ำท่วมปอดหรือไม่ ก่อนเอกซเรย์ต้องถอดสร้อยคอออก ผู้หญิงต้องถอดเสื้อชั้นในออก เพื่อให้ไม่ให้โลหะจากสร้อยคอและตะขอเสื้อชั้นในปรากฏในฟิล์ม	วีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ

กิจกรรม	เวลา	เนื้อหา	วิธีดำเนินการ
		เอกซเรย์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อวินิจฉัยโรคหรือภาวะผิดปกติของหัวใจบางประการ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ห้องหัวใจโต กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะทำการตรวจ ท่านต้องนอนนิ่ง ๆ เพื่อความถูกต้องของการคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อน หรือ Echo เป็นการตรวจหาความผิดปกติภายในหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจตีบ ลิ้นหัวใจรั่ว ผ่นกัน หัวใจมีรูรั่ว เป็นต้น การสวนหัวใจ โดยการใส่สายสวนเข้าทางหลอดเลือด ผ่านเข้าหัวใจในตำแหน่งต่าง ๆ เพื่อวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นต้น การปฏิบัติตนขณะรอผ่าตัดหัวใจ มีดังนี้ รับประทานอาหารเคี้ยวช้า ๆ ถ้าซื้อรับประทาน รับประทาน ต้องไม่ปรุงรสเค็มเพิ่ม รักษาความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะในช่องปาก ซึ่งเป็นช่องทางที่เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย ดังนั้น ท่านควรเป็นพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจรักษาเหงือกและฟันก่อนเข้ารับการผ่าตัด งดสูบบุหรี่ งดเครื่องดื่มที่มีผลต่อหัวใจ เช่น ชา กาแฟ นอนพักผ่อนให้เพียงพอ เตรียมใจให้พร้อมเพื่อเข้ารับการผ่าตัด ฝึกปฏิบัติการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของทางเดินหายใจ ภายหลังการผ่าตัด ซึ่งท่านจะได้รับคำแนะนำจากนักกายภาพบำบัดประจำตึก การหายใจที่มีประสิทธิภาพ ต้องหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม เมื่อหายใจเข้าจะรู้สึกว่ายท้องป่องขึ้น เมื่อหายใจออกท้องจะแฟบลง ทดสอบได้โดยใช้มือวางบริเวณหน้า	

กิจกรรม	เวลา	เนื้อหา	วิธีการดำเนินการ
		ห้อง การไอที่มีประสิทธิภาพ ก่อนไอหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ 2-3 ครั้ง กอดอกเพื่อประคองแผลไว้ แล้วไอออกมาแรง ๆ หรือใช้มือทั้งสองข้างกดแผลไว้ขณะไอ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บแผล การเตรียมผ้าตัด การทำความสะอาดผิวหนัง ตำแหน่งของการผ่าตัด คือบริเวณกลางหน้าอก ถ้ามีขนบริเวณหน้าอกต้องโกนออก ถ้าไม่มีขนใช้สำลีชุบน้ำยาฆ่าเชื้อโรคฟอกผิวหนังบริเวณลำคอ และหน้าอกก็เป็นการเพียงพอแล้ว หลังจากฟอกผิวหนังแล้วอาบน้ำและสระผมให้สะอาด โกนหนวด ท่านที่มีหนวดต้องโกนออก เนื่องจากต้องติดพลาสติกเพื่อตั้งท่อช่วยหายใจบริเวณเหนือริมฝีปาก ลบสีเล็บ ท่านที่ทาเล็บต้องลบสีเล็บออก เพื่อใช้สังเกตการไหลเวียนโลหิตของท่าน การสวนอุจจาระ เพื่อให้ลำไส้ว่างและป้องกันอาการท้องอืดภายหลังการผ่าตัด ในเวลา 20.00 น. สวนอุจจาระด้วยน้ำยาสวนทวาร โดยเปิดฝาท่ครอบปลายออก แล้วสอดเข้ารูทวารอย่างช้า ๆ บีบน้ำยาให้หมดหลอด กลับน้ำยาไว้สักครู่จึงปล่อยให้ถ่าย หลังสวนอุจจาระให้รับประทานอาหารเหลวได้ จนถึงเวลาเที่ยงคืน หลังเที่ยงคืนห้ามรับประทานอาหารและน้ำ เพื่อป้องกันการสำลักขณะใส่ท่อช่วยหายใจและให้ยาระงับความรู้สึก เข้าวันผ่าตัดทำความสะอาดร่างกายตามปกติ หลังอาบน้ำไม่ต้องทาแป้ง ไม่สวมชุดชั้นใน ถอดเครื่องประดับทุกชนิดออก รวมถึงสายสัญญาณ เนื่องจากบริเวณข้อมือเป็นตำแหน่งที่ใช้วัดความดันในหลอดเลือดแดง	

กิจกรรม	เวลา	เนื้อหา	วิธีการดำเนินการ
		ถอดฟันปลอมออกถ้ามี เตรียมของใช้เพื่อนำไปใช้ในไอซียู ได้แก่ กระดาษชำระ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แป้ง หวี และสบู่ ของมีค่าและของใช้อื่น ฝากไว้กับพยาบาลประจำตึก หรือให้ญาติของท่านนำกลับไป อย่าฝากของมีค่าหรือของใช้ของท่านไว้กับผู้ป่วยข้างเตียงเพราะอาจเกิดการสูญหายได้ เมื่อถึงเวลาผ่าตัด ผู้ป่วยรายแรกเริ่มเวลา 7.30 น. จะมีเจ้าหน้าที่จากห้องผ่าตัดมารับท่านไปห้องผ่าตัด ซึ่งอยู่ชั้น 2 ของตึกสอาด ศิริพัฒน์ การผ่าตัดหัวใจใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมง ญาติควรอยู่รอจนกว่าผู้ป่วยจะผ่าตัดเสร็จ อุปกรณ์การแพทย์ที่ใส่ไว้เพื่อช่วยในการรักษาได้แก่ ท่อช่วยการหายใจ สายให้ยาและสารน้ำ ซึ่งจะอยู่บริเวณคอ สายวัดความดันในหลอดเลือดแดงที่อยู่บริเวณข้อมือ สายระบายเลือดจากทรวงอก สายสวนปัสสาวะ เพื่อดูความสมดุลของน้ำในร่างกาย ท่านไม่ควรดึงอุปกรณ์เหล่านี้ออกเอง เพราะจะเป็นอันตรายต่อตัวท่านเอง แพทย์และพยาบาลจะนำอุปกรณ์เหล่านี้ออก เมื่อท่านอาการดีขึ้นแล้ว ไม่ยากเลยใช่ไหมคะ สำหรับการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัด คำแนะนำเหล่านี้เป็นคำแนะนำทั่ว ๆ ไป ที่ท่านควรทราบ และต้องปฏิบัติในการเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ถ้าท่านมีข้อสงสัย ท่านสามารถสอบถามได้จากแพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด ประจำหน่วยงาน ศัลยกรรมหัวใจ อย่าลืมนะคะว่าการเตรียมตัวที่ดี และการให้ความร่วมมือของท่านจะทำให้การผ่าตัดในครั้งนี้ผ่านไปได้อย่างดีค่ะ สวัสดีค่ะ	

กิจกรรม	เวลา	เนื้อหา	วิธีการดำเนินการ
สรุปสาระสำคัญ และตอบข้อซัก ถาม	14 นาที	สรุปประเด็นสำคัญในส่วนที่ผู้ป่วยควรทราบ และปฏิบัติ ได้แก่ การเตรียมตัวเพื่อตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ, การเตรียมเพื่อเข้ารับการผ่า ตัดและตอบข้อซักถาม	-แผ่นใส -อภิปราย ตอบข้อซักถาม

ภาคผนวก ง
คุณภาพเครื่องมือและแบบสอบถาม

ตาราง 11 ค่าสถิติแสดงค่าความยาก ค่าอำนาจจำแนกค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ
วัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ก่อนผ่าตัดหัวใจ

ข้อ	ค่าความยาก	ค่าอำนาจจำแนก
1.	0.76	0.34
2.	0.73	0.44
3.	0.70	0.58
4.	0.73	0.80
5.	0.70	0.28
6.	0.73	0.15
7.	0.40	0.43
8.	0.80	0.14
9.	0.90	0.34
10.	0.63	0.28
11.	0.73	0.26
12.	0.53	0.44
13.	0.73	0.56
14.	0.90	0.28
15.	0.63	0.24
16.	0.60	0.24
17.	0.60	0.47
18.	0.46	0.19
19.	0.40	0.37
20.	0.26	0.18
21.	0.23	0.32

ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจเท่ากับ 0.70

ตาราง 12 ผลของคะแนนที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนทำถูก (E_1) ในขั้นตอนการทดสอบ
คุณภาพชีวิตทัศน์ตามวัตถุประสงค์

คนที่	คะแนน	ร้อยละ
1.	18	85.71
2.	17	80.95
3.	17	80.95
4.	20	95.23
5.	15	71.42
รวมเฉลี่ย	17.4	82.85

ตาราง 13 จำนวนผู้เรียนที่ทำข้อสอบแต่ละข้อถูก (E_2) ในขั้นตอนการทดสอบคุณภาพวิธีทัศน์
ตามวัตถุประสงค์

ข้อที่	คะแนน	ร้อยละ
1.	5	100
2.	5	100
3.	5	100
4.	5	100
5.	5	100
6.	4	80.00
7.	4	80.00
8.	5	100
9.	5	100
10.	5	100
11.	3	60.00
12.	5	100
13.	5	100
14.	5	100
15.	4	80.00
16.	4	80.00
17.	4	80.00
18.	1	20.00
19.	3	60.00
20.	2	40.00
21.	3	60.00
รวมเฉลี่ย	4.14	82.85

แบบประเมินสำหรับผู้เชี่ยวชาญ

รายการวิดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ

1. จุดประสงค์ทั่วไป

เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่เตรียมตัวเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจ

2. จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม

เมื่อชมรายการวิดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจแล้ว ผู้ป่วยสามารถ

2.1 อธิบายความสำคัญของการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดหัวใจได้ถูกต้อง

2.2 บอกส่วนประกอบและการทำงานของหัวใจที่สำคัญได้ถูกต้อง

2.3 อธิบายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญก่อนเข้ารับการผ่าตัดหัวใจได้ถูกต้อง

2.4 สรุปการปฏิบัติตนในการเตรียมตัวผ่าตัดหัวใจได้ถูกต้อง

เนื้อหาอย่างย่อ

เป็นการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการทำงานของหัวใจ โรคหัวใจชนิดที่รักษาด้วยการผ่าตัดแสดงขั้นตอนในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัด

แบบประเมินคุณภาพรายการวิดิทัศน์
เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ

โปรดพิจารณารายการวิดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ และทำเครื่องหมาย ✓
 ลงในช่องแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ดี พอใช้ ควรปรับปรุง

รายการ	ความคิดเห็น			
	ดี	พอใช้	ควรปรับปรุง	หมายเหตุ
1. ความเหมาะสมของเนื้อหา				
2. ความคมชัดของภาพ				
3. ความเหมาะสมของภาพกับคำบรรยาย				
4. ความเหมาะสมของเสียงดนตรีประกอบ				
5. ความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินเรื่อง				

ความคิดเห็นอื่น ๆ

.....

.....

.....

(ลงชื่อ).....ผู้ประเมิน
 (.....)

เฉลยแบบทดสอบ

แบบทดสอบความรู้

ข้อที่ตอบ	ถูก	คือ	ข้อ 1, 2, 3, 6, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18
ข้อที่ตอบ	ผิด	คือ	ข้อ 4, 5, 7, 8, 9, 13, 16, 19, 20, 21

แบบประเมินความวิตกกังวล

ข้อความทางด้านลบ	คือ	ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20
ข้อความทางด้านบวก	คือ	ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18

ภาคผนวก จ
ภาพถ่ายการจัดทำวิดีโอทัศน์
และกิจกรรมในโปรแกรมสุขศึกษา

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้วีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ
สำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ในสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

แบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ โดยนำผลที่ได้ไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษา สำหรับผู้ป่วย เพื่อการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดหัวใจให้มีประสิทธิภาพ คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของท่านแต่ประการใด แต่จะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปปรับปรุงวิธีดำเนินงานด้านสุขศึกษา แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจต่อไป ทั้งนี้มีข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะไม่ถูกนำไปเปิดเผย

แบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ
- ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ ด้านการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ
- ส่วนที่ 4 แบบวัดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดหัวใจ

ขอขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือ

นางสาวจินตนา ตรีเงิน

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ที่ตรงกับความเป็นจริงให้ครบทุกข้อ

1. เพศ

() หญิง () ชาย

2. อายุ

() 15-20 ปี () 21-30 ปี
() 31-40 ปี () 41-50 ปี
() 51-60 ปี () มากกว่า 61 ปี

3. อาชีพ

() รับจ้าง () ค้าขาย
() เกษตรกรรม () ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
() แม่บ้านหรือพ่อบ้าน () อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)

4. ระดับการศึกษา

() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อนุปริญญาหรือเทียบเท่า () ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
() อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)

5. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน

() น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท () 5,001-10,000 บาท
() 10,001-15,000 บาท () 15,001-20,000 บาท
() มากกว่า 20,001 บาท

6. การจ่ายค่ารักษาพยาบาลในการป่วยครั้งนี้

() จ่ายค่ารักษาเอง () เบิกต้นสังกัด
() บัตรสุขภาพ () บัตรสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล (ส.ป.ร.)
() บัตรประกันสังคม () อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)

7. ท่านเคยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดด้วยโรคอื่นมาก่อนหรือไม่

() ไม่เคย () เคย (โปรดระบุ.....)

8. ท่านเคยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจมาก่อนหรือไม่

() ไม่เคย () เคย (ได้รับจาก.....)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

ลำดับ ที่	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ ทราบ
1.	อวัยวะที่อยู่ติดกับหัวใจ คือ ปอด			
2.	ปอด ทำหน้าที่ฟอกเลือด			
3.	ลิ้นหัวใจ ทำหน้าที่กั้นไม่ให้เลือดไหลย้อนกลับ			
4.	โรคหัวใจ สามารถป้องกันได้ แต่รักษาไม่ได้			
5.	ลิ้นหัวใจตีบ ไม่สามารถรักษาได้โดยการผ่าตัด			
6.	ผนังกันหัวใจรั่ว รักษาโดยการผ่าตัด			
7.	การผ่าตัดหัวใจใช้เวลา ประมาณ 8-10 ชั่วโมง			
8.	การเอกซเรย์ กระทำเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดเท่านั้น			
9.	ผู้ป่วยโรคหัวใจ ควรรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม			
10.	การงดอาหารและน้ำก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลัก			
11.	ผิวหนังบริเวณหน้าอก ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ ฟอก ก็เป็นการเพียงพอแล้ว			
12.	การทำแบงก์ก่อนไปห้องผ่าตัด ทำให้ผิวหนังสกปรก			
13.	การทำเล็บเพื่อให้แพทย์ใช้สังเกตการไหลเวียนโลหิต			
14.	การสวนอุจจาระ เพื่อให้ลำไส้ว่าง และป้องกันอาการท้องอืดหลังผ่าตัด			
15.	หลังจากสวนอุจจาระ ท่านสามารถดื่มนมได้ ถ้ายังไม่ถึงเวลาเที่ยงคืน			
16.	ท่านสามารถดึงท่อช่วยหายใจออกได้เอง ถ้าท่านรู้สึกว่ อาการดีแล้ว			
16.	สายสวนปัสสาวะเป็นอุปกรณ์ที่ใส่ไว้ขณะผ่าตัดหัวใจ			
18.	ท่านสามารถถอดออกซิเจนแบบหน้ากากออกได้เอง ถ้าไม่มี อาการเหนื่อย			
19.	การฝึกการหายใจและการไอ ไม่ใช่สิ่งสำคัญ เพราะทุกคนทำ ได้โดยธรรมชาติอยู่แล้ว			
20.	การหายใจตื้น ๆ เร็ว ๆ เป็นการหายใจที่มีประสิทธิภาพ			
21.	การไอทำให้เจ็บแผลมากขึ้น จึงห้ามกระทำหลังการผ่าตัด			

สำหรับเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง การปฏิบัติของผู้ป่วย ที่สามารถปฏิบัติได้จริง

ลำดับ ที่	ข้อความ	การปฏิบัติของผู้ป่วย		
		ปฏิบัติ ได้ดี	ปฏิบัติได้ บางส่วน	ปฏิบัติ ไม่ได้
1.	ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ ทุกมื้อ			
2.	ถ้าผู้ป่วยซื้ออาหารรับประทานเองจะไม่ปรุงรสเค็ม เพิ่มเติม			
3.	ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่			
4.	ผู้ป่วยงดดื่มน้ำชา			
5.	ผู้ป่วยงดดื่มกาแฟ			
6.	ผู้ป่วยนอนหลับได้วันละไม่น้อยกว่า 6-8 ชั่วโมง			
7.	ผู้ป่วยพบทันตแพทย์เพื่อตรวจรักษาโรคในช่องปาก			
8.	ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน เพื่อเตรียมเข้ารับการ ตรวจเลือด			
9.	ผู้ป่วยถอดสร้อยคอ ชุดชั้นใน (สำหรับผู้ป่วยหญิง) ก่อน การเอกซเรย์			
10.	ผู้ป่วยแสดงการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ			
11.	ผู้ป่วยแสดงการไออย่างมีประสิทธิภาพ			
12.	ผู้ป่วยสาธิตวิธีทำความสะอาดผิวหนังก่อนผ่าตัด			
13.	ผู้ป่วยสาธิตวิธีสวนอุจจาระด้วยน้ำยาสวนทวาร			
13.	ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวหลังการสวนอุจจาระ			
15.	ผู้ป่วยงดรับประทานอาหารและน้ำ หลังเที่ยงคืน			
16.	ผู้ป่วยไม่ทาแป้ง ถอดเครื่องประดับหรือสายสิญจน์ก่อนไป ผ่าตัด			
17.	ผู้ป่วยจัดเตรียมของใช้ ได้แก่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน สบู่ หรือ กระดาษชำระ เพื่อนำไปใช้ใน ไอ.ซี.ยู			
18.	ฝากของมีค่าไว้กับญาติหรือพยาบาลประจำตึก			

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวล

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะการผ่าตัดหัวใจ ได้อย่างชัดเจนที่สุด

ความรู้สึกในขณะนี้	ไม่มีเลย	มีบ้าง	มีค่อนข้างมาก	มีมากที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกปลอดภัย				
3. ข้าพเจ้ารู้สึกเผชิญกับเหตุการณ์ ตึงเครียด				
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจ				
5. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ				
6. ข้าพเจ้ารู้สึกหดหู่ ท้อแท้				
7. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับสิ่งที่กำลังจะ เกิดขึ้นซึ่งอาจเป็นโศกภัย				
8. ข้าพเจ้ารู้สึกพักผ่อนได้				
9. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นกังวล				
10. ข้าพเจ้ารู้สึกสะดวกสบาย				
11. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นใจ				
12. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัว				
13. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นตระหนก				
14. ข้าพเจ้ารู้สึกเครียดมาก				
15. ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย สบาย ๆ				
16. ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจ				
17. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวล				
18. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นเต้นมากและอยู่ไม่ เป็นสุข				
19. ข้าพเจ้ารู้สึกสนุก ทำหาย				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจกับชีวิต				

เฉลยแบบทดสอบ

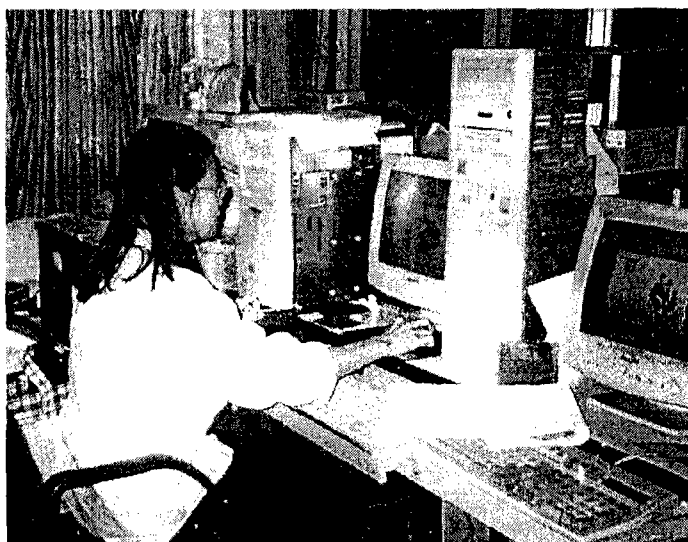
แบบทดสอบความรู้

ข้อที่ตอบ	ถูก	คือ	ข้อ 1, 2, 3, 6, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18
ข้อที่ตอบ	ผิด	คือ	ข้อ 4, 5, 7, 8, 9, 13, 16, 19, 20, 21

แบบประเมินความวิตกกังวล

ข้อความทางด้านลบ	คือ	ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20
ข้อความทางด้านบวก	คือ	ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18

ภาคผนวก จ
ภาพถ่ายการจัดทำวีดิทัศน์
และกิจกรรมในโปรแกรมสุขศึกษา



ภาพประกอบ 3 ผู้วิจัยทำตัวอักษรประกอบวีดิทัศน์



ภาพประกอบ 4 ผู้วิจัยขณะถ่ายทำวีดิทัศน์



ภาพประกอบ 5 ผู้วิจัยกับเจ้าหน้าที่โสตทัศนศึกษา ผู้ให้ความช่วยเหลือในการทำวีดิทัศน์



ภาพประกอบ 6 ผู้วิจัยนำเข้าสู่บทเรียน



ภาพประกอบ 7 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองดูวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติก่อนผ่าตัดหัวใจ



ภาพประกอบ 8 ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญของรายการวีดิทัศน์



ภาพประกอบ 9 ผู้ป่วยสาธิตการทำความสะอาดผิวหนัง



ภาพประกอบ 10 ผู้ป่วยสาธิตการสวนอุจจาระ

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวจินตนา ตีรีเงิน
 วัน เดือน ปี เกิด 31 มีนาคม 2510
 สถานที่เกิด อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี
 สถานที่อยู่ปัจจุบัน 502/381 หมู่ 3 แขวงสีกัน เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร 10210
 ตำแหน่งหน้าที่การงาน พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
 สถานที่ทำงานปัจจุบัน งานศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2524 มัธยมศึกษาปีที่ 3 จากโรงเรียนบ้านหมี่วิทยา จังหวัดลพบุรี
 พ.ศ.2527 มัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนอัมพรไพศาล จังหวัดนนทบุรี
 พ.ศ.2531 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
 (เทียบเท่าปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ
 พ.ศ.2534 ศีรษะศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง
 พ.ศ.2540 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)
 จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
 พ.ศ.2544 การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ