



ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

THE EFFECTS OF HEALTH-LITERACY DEVELOPMENT PROGRAM ON SELF-HEALTH
CARE BEHAVIORS AMONG POST CARDIAC VALVE SURGERY PATIENTS

เบญจพร แก้วขอนแก่น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2567

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

THE EFFECTS OF HEALTH-LITERACY DEVELOPMENT PROGRAM ON SELF-HEALTH
CARE BEHAVIORS AMONG POST CARDIAC VALVE SURGERY PATIENTS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of MASTER OF SCIENCE
(Applied Behavioral Science Research)
Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University
2024
Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

ของ

เบญจพร แก้วขอนแก่น

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชชาดา ประสทธิโชค) (รองศาสตราจารย์ ดร.วิวัฒน์ กิตติพิชัย)

..... ที่ปรึกษาร่วม กรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญานี พูนพล)

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ
ผู้วิจัย	เบญจพร แก้วขอนแก่น
ปริญญา	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2567
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิษชาติ ประสิทธิ์โชค
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ 2) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และไม่ได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดลิ้นหัวใจที่แผนกศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 ราย ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน กลุ่มควบคุม 20 ราย ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล กลุ่มทดลอง 20 ราย ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล และโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้วิจัย ประกอบไปด้วยการให้ข้อมูลความรู้ ฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านสื่อดิจิทัล และสื่อพาวเวอร์พอยท์ รวมถึงการใช้งานสมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพระหว่างผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ร่วมกับการติดตามเพื่อฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพ และให้คำปรึกษาแนะนำ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และการโทรศัพท์ติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เก็บข้อมูลก่อน และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test และ Independent samples *t*-test เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม 2) ภายหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

Title	THE EFFECTS OF HEALTH-LITERACY DEVELOPMENT PROGRAM ON SELF-HEALTH CARE BEHAVIORS AMONG POST CARDIAC VALVE SURGERY PATIENTS
Author	BENJAPORN KAEWKHONKAEN
Degree	MASTER OF SCIENCE
Academic Year	2024
Thesis Advisor	Assistant Professor Dr. Pitchada Prasittichok
Co Advisor	Professor Dr. Ungsinun Intarakamhang

This study aimed to: (1) examine the effect of a health literacy development program on self-health care behaviors among post cardiac valve surgery patients, and (2) Compare the mean scores of self-health care behaviors between the experimental group and the control group. The study sample comprised 40 patients diagnosed with valvular heart disease who underwent heart valve surgery at the Department of Cardiothoracic Surgery in a tertiary hospital in Bangkok. Participants were randomly assigned into two groups: the experimental group (n = 20) and the control group (n = 20) using simple random allocation without replacement. The control group received standard nursing care as per hospital protocol. The experimental group received the same standard care supplemented by a researcher-developed health literacy development program. The program included health education, health literacy skill training through digital media and PowerPoint presentations and the use of a personal health record booklet during hospitalization. After discharge, health literacy training and counseling continued via the LINE application and one follow-up phone call lasting approximately 15 minutes. Data were collected using a personal information form, a health literacy assessment tool, and a self-health care behavior questionnaire. Pre and post-intervention data were analyzed using Mann-Whitney U test and the Independent Samples *t*-test to compare differences in the mean scores of health literacy and self-health care behaviors between the two groups. The results indicated the following: (1) After the intervention, analysis revealed a statistically significant difference in health literacy scores between the experimental and control groups ($p < .05$), with the experimental group demonstrating higher mean scores than the control group and (2) after the intervention, analysis revealed a statistically significant difference in self-health care behavior scores between the groups ($p < .05$), with the experimental group scoring higher than the control group.

Keyword : Health-Literacy Self-Health Care Behavior Post Cardiac Valve Surgery Patients

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความเอื้อเฟื้ออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิษขาดา ประสิทธิโชค อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้สละเวลาให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาตลอดจนแก้ไขปรับปรุงเรียบเรียงข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. วิริณท์ กิตติพิชัย ที่เสียสละเวลามาให้คำแนะนำ และให้เกียรติมาเป็นประธานในการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิษญาณี พูนพล ที่มาเพิ่มเติมข้อมูล และให้ความกระจ่างชัดเจนในการวิจัยมากขึ้น อีกทั้งให้เกียรติมาเป็นกรรมการในการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร. นฤมล พระใหญ่ อาจารย์ ดร. ชาริน สุวรรณวงศ์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกพิเศษ สก 19 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พว. ณาตยา โสนน้อย ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือ และกรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกพิเศษ สก 19 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พว. ณาตยา โสนน้อย สำหรับการประสานงานเรื่องการลาศึกษาด้วยทุนพัฒนาคุณภาพของบุคลากร การอำนวยความสะดวกเรื่องการจัดเวรหยุดเพื่อเข้าเรียนตามตารางของสถาบัน

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนการทำปริญญานิพนธ์ของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณคุณพ่อ คุณแม่ รวมถึงทุกคนในครอบครัวที่คอยให้กำลังใจ เพื่อนร่วมรุ่นปริญญาโท น้องมายด์ น้องเตย น้องแก้ว พี่จิม พี่ชิน ที่เป็นกำลังใจและให้คำปรึกษากันตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานหอผู้ป่วย สก 19 ผ่าตัดหัวใจ ที่ช่วยขึ้นเวร และเป็นกำลังใจในการทำวิจัย

คุณความดีของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ขอบแต่บุพการี ครูบาอาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนให้ความรู้แก่ผู้วิจัยมาจนถึงบัดนี้ จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

เบญจพร แก้วขอนแก่น

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	8
ความมุ่งหมายของงานวิจัย.....	8
ความสำคัญของการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	9
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ตัวแปรที่ศึกษา	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ตอนที่ 1 สถานการณ์และพยาธิสภาพโรคลึ้นหัวใจในประเทศไทย	11
1.1 สถานการณ์โรคลึ้นหัวใจในประเทศไทย	11
1.2 พยาธิสภาพโรคลึ้นหัวใจ	12

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง : ความหมาย การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทฤษฎี	
การดูแลตนเอง	15
ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	16
การวัดพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	22
ตอนที่ 3 โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ.....	24
3.1 ความรู้ด้านสุขภาพ	24
3.2 โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ	37
3.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ และเทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	41
กรอบแนวคิดในการวิจัย	46
สมมติฐานในการวิจัย.....	47
นิยามเชิงปฏิบัติการ	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
1. การกำหนดประชากร และการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	52
ประชากร	52
กลุ่มตัวอย่าง	52
2. การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล	66
4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	71
5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	72
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	73
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	81

สรุปผลการทดลอง	82
อภิปรายผลการวิจัย	83
ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ และพัฒนาการวิจัย	86
บรรณานุกรม	89
ภาคผนวก.....	100
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย	101
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	103
ภาคผนวก ค หนังสือรับรองจริยธรรม.....	114
ประวัติผู้เขียน.....	118



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ	20
ตาราง 2 เมทริกซ์ 4 มิติ ตามกรอบแนวคิดของ Sorensen et al. (2012).....	27
ตาราง 3 เกณฑ์การประเมินผลแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ	55
ตาราง 4 ตัวอย่างข้อคำถามในแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ	55
ตาราง 5 เกณฑ์การประเมินผลแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	57
ตาราง 6 ตัวอย่างข้อคำถามในแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	58
ตาราง 7 สรุปโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ	60
ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	74
ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	77
ตาราง 10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Independent sample t-test)	78
ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	79
ตาราง 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Mann-Whitney U Test)	80

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	47
ภาพประกอบ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	70



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศพัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนา ข้อมูลจากสมาพันธ์หัวใจโลก มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 20.5 ล้านคน ในปี พ.ศ.2567 เช่นเดียวกันกับประเทศไทย โรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบมีจำนวนผู้ป่วยสะสมด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 2.5 แสนราย และเสียชีวิต ด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 4 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 5 คน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) โรคลิ้นหัวใจ (Valvular heart disease) เป็นโรคเรื้อรังที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและเมื่อถึงระดับที่การใช้ยาไม่ได้ผล ผู้ป่วยจะได้รับผ่าตัดซ่อมแซมรวมถึงเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทั้งนี้การผ่าตัดซ่อมแซมรวมถึงเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้รับการยอมรับว่าเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับผู้ป่วย (Johnson, 2005) การผ่าตัดส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นในระดับหนึ่ง (Brunner, 2010) สำหรับประเทศไทยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทำสำเร็จครั้งแรกที่โรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2506 สถิติการผ่าตัดลิ้นหัวใจในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2566 พบผู้ป่วยลิ้นหัวใจที่เข้ารับการรักษาดังกล่าว จำนวน 4,625 ราย, 4,205 ราย, 5,493 ราย และ 5,436 ราย ตามลำดับ ซึ่งข้อมูล ณ วันที่ 7 มี.ค 2567 พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลที่มีพันธกิจรักษาโรคหัวใจโดยตรง ทำการผ่าตัดลิ้นหัวใจมากที่สุด ได้แก่ สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 369 ราย รองลงมาคือศูนย์หัวใจสิริกิติ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 281 ราย ส่วนโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิขั้นสูงที่มีการทำผ่าตัดลิ้นหัวใจทั้งหมด ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลศิริราช ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษากลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจของ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งพบว่าในปี พ.ศ. 2566 มี การทำผ่าตัดลิ้นหัวใจ จำนวน 266 ราย (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2566) เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิที่มีศักยภาพสูง ให้การรักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการจึงเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของทั้งโรค การผ่าตัด จากสถิติของหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยในปี พ.ศ.2565-2566 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกเป็นผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษซ้ำ (re-admit) ถึงร้อยละ 28 และ 24 ตามลำดับ โดยปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษามากที่สุดคือการติดเชื้อที่แผล

ผ่าตัด รวมถึงภาวะน้ำเกิน ซึ่งการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่องนั้น ผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วยเพราะภายหลังจากผ่าตัดลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยอาจมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวได้ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดปกติ การติดเชื้อของลิ้นหัวใจ (Remadi et al., 1998) ส่งผลให้ต้องรับการรักษา การผ่าตัดซ้ำ หรือเลือดออกง่ายจากภาวะแทรกซ้อนของการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้ จากการศึกษาของ (Vassileva et al., 2014) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะเวลา 30 วัน และในระยะเวลา 5 ปี มีมากถึงร้อยละ 24.9 และร้อยละ 78 ตามลำดับ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดที่ลิ้นหัวใจ (Thromboembolism) หลุดไปอุดตันที่อวัยวะสำคัญของร่างกาย (Fishman & Aviram, 2002) และต้องมีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน จากภาวะน้ำเกิน หัวใจวาย และเลือดออกง่ายผิดปกติจากการได้รับยาลดลิ่มเลือด โดยผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจจะต้องดูแลตนเองในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมไม่ดื่มน้ำหรือเสริมฤทธิ์ของยาลดลิ่มเลือด การปรับการทำงานและกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพหัวใจ การสังเกตอาการผิดปกติจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดรวมทั้งการมาพบแพทย์เพื่อติดตามผลของการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจได้กลับบ้านจึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม (ภาวิณี ศรีสันต์ et al., 2562)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-care behaviors) เป็นการกระทำของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีในระยะเวลาหลังผ่าตัด จะสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้ (Orem et al., 1995) จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางไปถึงระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการมาตรวจตามนัด รวมไปถึง ด้านการรับประทานยา ซึ่งพฤติกรรมในด้านดังกล่าวอาจเกี่ยวเนื่องมาจากการที่บุคลากรทางการแพทย์ มีบทบาทในการกำหนดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด รวมถึงผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจจำเป็นต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดทุกราย จึงมีการเน้นย้ำเกี่ยวกับการรับประทานยาจากเภสัชกร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านดังกล่าวในระดับดี ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อยสุด คือ ด้านการบริโภคอาหาร รวม

ไปถึงการดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปาก ซึ่งหากผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมอาจส่งผลทำให้หัวใจทำงานหนัก จากภาวะน้ำเกินที่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง อีกทั้งการรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคสูง มีผลต่องานการทำงานของยาแอสไพรินจนทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในบริเวณอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ได้ (ภาวินี ศรีสันต์ et al., 2562) การดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปาก พบว่า ผู้ป่วยบางรายมีฟันผุแต่ไม่มีการไปพบทันตแพทย์เพื่อทำการรักษาจนอาจส่งผลให้มีการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจได้ ซึ่งจากที่กล่าวมาส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Vassileva et al., 2014) อันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เหมาะสม การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางและไม่เพียงพอ (ภาวินี ศรีสันต์ et al., 2562) กล่าวคือผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางและไม่เพียงพอ จะไม่สามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง รวมไปถึงไม่สามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลทางสุขภาพ และนำความรู้มาดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม จึงมีความจำเป็นที่ต้องส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วย เพื่อเป็นภูมิคุ้มกันในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

การศึกษาทั้งในประเทศ และต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจยังไม่ถูกต้อง ขณะกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยมักขาดความมั่นใจว่าจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ขาดความตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อน (วิไลวรรณ เจริญผลดี et al., 2013) จากการศึกษาของ(ชูศักดิ์ คุปตานนท์ et al., 2009) ที่ได้ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ พบว่า มีอัตราการเสียชีวิต 6.9% ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตคือการเกิดภาวะไข้ที่มากกว่า 39 องศา ในช่วงที่ผู้ป่วยพักฟื้นในหอผู้ป่วยวิกฤติ และ การศึกษานี้ยังพบว่า 8.5% ของผู้ป่วยทั้งหมดต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยที่ 34% ของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในหลังผ่าตัด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (12.6%) รองลงมาคือการติดเชื้อของแผลผ่าตัด (12.3%) ซึ่งล้วนมีสาเหตุมาจากพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ (Vassileva et al., 2014) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจทั้งหมด 21,138 ราย พบว่า ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน และ 5 ปี ร้อยละ 24.9 และ ร้อยละ 78 ตามลำดับ ดังนั้นเพื่อการควบคุมหรือป้องกันปัจจัยเสี่ยงซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจึงต้องมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม อันได้แก่

การสังเกตอาการผิดปกติ มีความรับผิดชอบในการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจหลังผ่าตัด (Pimta et al., 2014; นวรัตน์ สุทธิพงศ์, 2551; ภาวินี ศรีสันต์ et al., 2562; วิไลวรรณ เจริญผลดี et al., 2013) ดังนั้นความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับทีมบุคลากรสุขภาพ ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาวิธีการการดูแลรักษาและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและปรับใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมรวมถึงการวิเคราะห์งานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจของโรงพยาบาลพบว่า มีแนวทางการรักษา (Clinical Practice Guideline) ที่มีการให้ข้อมูล 2 ระยะ คือระยะก่อนผ่าตัด 1 วัน และระยะหลังผ่าตัด โดยในระยะหลังผ่าตัดเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละบุคคลเป็นสิ่งสำคัญ การกำหนดกิจกรรมการให้ความรู้จึงเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ และได้มีการพัฒนาสื่อประกอบการสอน ได้แก่ เอกสาร คู่มือ และภาพเคลื่อนไหวต่างๆ โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง ดังผลการศึกษาของ (เพ็ญแข สุธรรม, 2555) ที่พบว่า การได้รับความช่วยเหลือด้านการให้ข้อมูลข่าวสารส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ นอกจากบุคลากรสุขภาพจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ชี้แนะ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถนำความรู้ที่ได้ไปสู่การดูแลสุขภาพตนเองในระยะฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม สำหรับผู้ป่วยเองควรมีบทบาทสำคัญในการรับผิดชอบตนเอง และการคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่องในระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีทักษะ และคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องต้องอาศัยพื้นฐานจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้น เพื่อการตัดสินใจในการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิตของตนเอง

ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการอ่าน เข้าใจและปฏิบัติตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ เป็นทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ และนำไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ โดยบุคคลที่มีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ เมื่อได้รับข้อมูลจะสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาและประยุกต์ใช้ข้อมูลในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ของตนเองได้ (Paasche-Orlow et al., 2006) มีนักวิชาการได้พัฒนาองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง ในปัจจุบันหลายประเทศโดยเฉพาะในยุโรปได้มีการนำแนวคิดของ (Sorensen et al., 2012) มาใช้ในการการวัดและการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนมากขึ้นตามโมเดล "Integrated model of health literacy" ที่ประกอบด้วยการวัด 4 ด้าน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ 1) การเข้าถึง (Access) หมายถึง ความสามารถที่จะแสวงหา ค้นหา และได้รับข้อมูลและการบริการเกี่ยวกับสุขภาพ 2) การเข้าใจ (Understand) หมายถึง ความสามารถที่จะทำความเข้าใจข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ 3) การประเมิน (Appraise) หมายถึง ความสามารถในการอธิบาย การตีความ การกลั่นกรอง และการประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง และ 4) การประยุกต์ใช้ (Apply) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารและการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อการดูแลรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเอง (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นว่า การที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ จะทำให้บุคคลขาดความสามารถในการเข้าใจในข้อมูลความรู้จากสื่อหรือบุคลากรทางการแพทย์จะส่งผลให้การปฏิบัติตามคำแนะนำได้ไม่ถูกต้อง (นงลักษณ์ แก้วทอง et al., 2557) จากงานวิจัย พบว่า เมื่อระยะเวลาผ่านไปผู้ป่วยบางรายจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้ยา การป้องกันการติดเชื้อของร่างกาย เป็นต้น (ภาวิณี ศรีสันต์ et al., 2562) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลจึงเป็นกระบวนการหนึ่งในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในดูแลสุขภาพซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่เน้นการพัฒนาและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง อันเนื่องมาจาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้รับการยอมรับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งความสามารถแสวงหาข้อมูล ความสามารถในการเข้าใจข้อมูล การตีความ และนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาไปใช้ในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (แสงเดือน กิ่งแก้ว & นุสรา ประเสริฐศรี, 2016) และการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Ratzen & Parker, 2000) จึงมีการพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่บางโปรแกรมได้มีการจัดลำดับความสำคัญของข้อมูลที่ออกแบบมาสำหรับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ในขณะที่บางโปรแกรมได้ให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมเพิ่มทักษะเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับปรุงความรู้ พฤติกรรม รวมถึง

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในปัจจุบัน เน้นการส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้ ด้วยการใช้การจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ด้วยการกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก (Santiparp, 2020) มีการใช้ประสบการณ์ของตัวแบบในการแลกเปลี่ยนและเป็นกรณีศึกษาตัวอย่าง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่ถูกต้อง (Seedaket et al., 2022; Suebpan et al., 2021; จิรารัตน์ สิงทองทัศน et al., 2022; พรสวรรค์ ทรัพย์เย็น, 2022; สุกัญญา คนะวาปี & เกศินี สราญฤทธิชัย, 2022) ตลอดจนการจัดอบรมผ่านการบรรยายเพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคที่เป็น โดยมีเอกสารและสื่อประกอบการบรรยาย มีการฝึกทักษะเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Chiangkhong et al., 2019; Edwards et al., 2012; Limrersakul et al., 2022; Lin et al., 2019; Sarin et al., 2019; Xayavong & Saranrittichai, 2021; ธัญรัตน์ ภูวงศ์ชัย et al., 2022; เบญจวรรณ ช่วยแก้ว et al., 2021; วริษา กันบัวลา et al., 2021; วุฒิพงศ์ ธนะขว้าง, 2021; อรทัย มานะธุระ, 2019; อำนวย เนียมหมื่นไวย, 2018) หลังจากการจัดการเรียนรู้มีการติดตามและประเมินผล ทั้งการติดตามทางโทรศัพท์ (Limrersakul et al., 2022; Lin et al., 2019; Seedaket et al., 2022; Suebpan et al., 2021; พรสวรรค์ ทรัพย์เย็น, 2022) และการติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน (Chiangkhong et al., 2019; Seedaket et al., 2022; จิรารัตน์ สิงทองทัศน et al., 2022) ซึ่งในการจัดกระทำด้วยวิธีหรือเทคนิคต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการศึกษาแนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของ (Sørensen et al., 2012) และการศึกษาทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) ผู้วิจัยได้นำผลลัพธ์ที่ได้มาใช้ในการสร้างโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยเป็นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพภายใต้การเข้าถึงข้อมูล (Access), การเข้าใจข้อมูล (Understand), การประเมินข้อมูล (Appraise) และการประยุกต์ใช้ข้อมูล (Apply) ด้วยเทคนิคการฝึกอบรมตามโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 1) การบรรยายความรู้เรื่องโรคลิ้นหัวใจ 2) การฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วยทักษะการเข้าถึงข้อมูลและเลือกแหล่งบริการสุขภาพ, ทักษะการสื่อสารทางสุขภาพ, ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ, ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรม และทักษะการจัดการตนเอง ใช้ระยะเวลาในการฝึกอบรมทั้งหมด 3 ครั้ง และ 3) การโทรติดตามผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง โดยเริ่มต้นที่ ครั้งที่ 1 เป็นการบรรยายเรื่องโรคลิ้นหัวใจจะจัดขึ้นในช่วง 1 วัน ก่อนที่ผู้ป่วยผ่าตัด โดยใช้เวลาบรรยายทั้งหมด 15 นาที ครั้งที่ 2 จัดขึ้นในวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการการฝึกทักษะตามโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพรวมทั้งการทดลองบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพ ครั้งที่ 3 เริ่มขึ้น 1-2 วันหลังจาก

ผู้ป่วยกลับบ้าน เป็นการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพผ่านคลิปมัลติมีเดียที่ผู้วิจัยส่งให้ผู้วิจัยศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ในวันที่ 5-7 หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน (1 อาทิตย์) จะมีการติดตามระหว่างการฝึกทักษะผ่านทางโทรศัพท์ รวมถึงฝึกทักษะตามโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และมีการติดตามผลหลังการบรรยาย 2 สัปดาห์ในช่วงที่ผู้ป่วยรับนัดพบแพทย์หลังผ่าตัด เพราะการเรียนรู้สามารถเกิดขึ้นได้ทันทีหลังได้รับการจัดการการเรียนรู้ (Bandura, 1986) ซึ่งหลังจากการจัดกิจกรรมผู้ป่วยจะมีความรู้ด้านสุขภาพรวมถึงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองหลังผ่าตัดดีขึ้นหัวใจมากขึ้น โดยผู้วิจัยจะมีการทบทวน และให้ผู้ป่วยสะท้อน ความรู้กลับในช่วงที่มีการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในสัปดาห์แรก รวมถึงในวันที่ผู้ป่วยมา follow up ที่โรงพยาบาลตามนัด พร้อมประเมินหลังการทดลองด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่จะนำมาสู่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษานี้จะเป็นการพัฒนา โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้นและ คงทน จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศ และต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่า โปรแกรมพัฒนา ความรู้ด้านสุขภาพ ที่ได้มีการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาและทดลองในผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ยังไม่มีการศึกษาทดลองในการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดลิ้นหัวใจ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ลิ้มเลือดอุดตัน หรือเลือดออกจากการใช้ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด การที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง ตลอดจนการสนับสนุนให้ สามารถจัดการกับตนเองได้อย่างเหมาะสมในบริบทชีวิตจริง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการ ป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมในระยะยาว (Younas, 2019) ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าควรให้ความสำคัญในการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดลิ้นหัวใจ เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ลิ้นหัวใจมีส่วนช่วยให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่เหมาะสม ยั่งยืน ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีการ ดูแลตนเองอย่างเหมาะสมจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และส่งผลต่ออัตราการ กลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งช่วยลดภาระต่อระบบบริการสุขภาพทั้งด้านทรัพยากรบุคคล และงบประมาณซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้บุคลากรสุขภาพได้ใช้ ในการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการเรียนรู้และศักยภาพในการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้ป่วย อันก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ และสามารถประกอบ กิจวัตรประจำวันได้ปกติ โดยลดการพึ่งพาผู้อื่น และลดภาระโรคของประเทศต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร

ความมุ่งหมายของงานวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

ความสำคัญของการวิจัย

1. ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (Re-admission Rate) การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจมีส่วนช่วยในการเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดส่งผลให้สามารถลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งช่วยลดภาระต่อระบบบริการสุขภาพทั้งด้านทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ

2. ส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วยในการดูแลตนเอง (Self-care Competency) โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมิน ตัดสินใจ และปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมต่อสภาวะสุขภาพของตนเองหลังการผ่าตัด ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ยั่งยืน เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะยาวแก่ผู้ป่วย

3. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเชิงระบบ (System-based Patient Care Model) ผลลัพธ์จากการศึกษาวิจัยสามารถใช้เป็นต้นแบบ (Model Intervention) ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจในโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รวมถึงสามารถต่อยอดเป็นนโยบายหรือมาตรฐานในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้ในระดับระบบสุขภาพแห่งชาติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบ Pre-test – Post-test control group design

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจ และเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดลิ้นหัวใจ ที่แผนกศัลยกรรมทรวงอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในปี พ.ศ.2566-2567 จำนวน 266 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจ และเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดลิ้นหัวใจที่แผนกศัลยกรรมทรวงอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Simple random allocation) ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ซึ่งได้จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power ที่กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 กำหนดอำนาจทดสอบ .95 และคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน (Limrernsakul, 2022) โดยมีค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 48.18(SD=5.64) ,41.10(SD=5.25) ตามลำดับ ค่า effect size เท่ากับ 1.34 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 16 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มละ 4 คน รวมเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ

1.1 ตัวแปรจัดกระทำ คือ โปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

1.1.1 ได้รับโปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

1.1.2 ได้รับการสอนตามปกติของโรงพยาบาล

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง วัดจาก 6 ด้าน

2.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

2.2 พฤติกรรมการรับประทานยา

2.3 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย

2.4 พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด

2.5 พฤติกรรมการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

2.6 พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด

นิยามศัพท์เฉพาะ

โรคลิ้นหัวใจ หมายถึง โรคที่เกิดความผิดปกติขึ้นบริเวณลิ้นหัวใจ ซึ่งมีทั้งลิ้นหัวใจตีบ และลิ้นหัวใจรั่ว หากปล่อยทิ้งไว้จะทำให้การไหลเวียนของเลือดมีปัญหาในระดับรุนแรง จะทำให้เสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวได้ การรักษาโรคลิ้นหัวใจมีทั้งการรักษาโดยการใส่ยา รวมไปถึงการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทั้งการผ่าตัดแบบเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และการผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจ ซึ่งการรักษาแต่ละประเภทให้ประสิทธิภาพที่แตกต่างกัน

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ ซึ่งมีทั้งชนิดลิ้นหัวใจตีบ และลิ้นหัวใจรั่ว ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดลิ้นหัวใจ ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลเป็น 3 ตอน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานการณ์และพยาธิสภาพโรคลิ้นหัวใจในประเทศไทย

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง : ทฤษฎี ความหมาย การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 3 โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ตอนที่ 1 สถานการณ์และพยาธิสภาพโรคลิ้นหัวใจในประเทศไทย

1.1 สถานการณ์โรคลิ้นหัวใจในประเทศไทย

โรคลิ้นหัวใจผิดปกติเป็นโรคทางคลินิกที่พบได้บ่อย ปัจจุบันอุบัติการณ์ของโรคลิ้นหัวใจผิดปกติพบสูงขึ้นเรื่อย ๆ ข้อมูลจากสมาพันธ์หัวใจโลก พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 20.5 ล้านคน ในปี พ.ศ.2567 เช่นเดียวกันกับประเทศไทย โรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบมีจำนวนผู้ป่วยสะสมด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 2.5 แสนราย และเสียชีวิต ด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 4 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 5 คน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, 2567) และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โรคหัวใจที่สำคัญมีด้วยกันหลายประเภท ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ โรคลิ้นหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคลิ้นหัวใจเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยประเทศไทยโดยสาเหตุส่วนใหญ่เป็นผลมาจากไข้รูห์มาติก ซึ่งในประเทศยังมีความชุกอยู่แต่น้อยลงจากอดีต ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาจะนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว และมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น (ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2563) ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่เข้ารับการผ่าตัดมีปริมาณมากเมื่อเทียบกับผู้ป่วยในโรคอื่น ๆ อีกทั้งโรคลิ้นหัวใจยังเป็นปัญหาสำคัญที่สุดของโรคหัวใจที่สามารถผ่าตัดแก้ไขได้ (สมาคมศิษย์แพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2566)

จากสถานการณ์ความชุกและจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี พบว่ายังผู้ป่วยจำนวนมากเข้ารับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ จากสถิติในปี พ.ศ.2563-2566 มีผู้เข้ารับการผ่าตัดทั้งสิ้น จำนวน 4,625 ราย, 4,205 ราย, 5,493 ราย และ 5,436 ราย ตามลำดับ จากข้อมูล

แสดงให้เห็นว่าทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในจำนวนเงินมหาศาล ถึงแม้โรคหัวใจสามารถรักษาให้หายขาดได้จากการผ่าตัดแต่หากผู้ป่วยขาดการดูแลสุขภาพตนเองหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังผ่าตัด ซึ่งหากมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองหลังผ่าตัด จะสามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลอย่างมาก (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2566)

1.2 พยาธิสภาพโรคหัวใจ

โรคหัวใจ (Valvular heart disease) สามารถแบ่งออกเป็น โรคหัวใจตีบ (valvular stenosis) โรคหัวใจรั่ว (valvular regurgitation) และโรคหัวใจตีบและรั่ว (mixed stenosis and regurgitation) ซึ่งทำให้เกิดปัญหาต่อการทำงานของหัวใจ และมีผลทำให้ระบบไหลเวียนเลือดของร่างกายทำงานผิดปกติ สาเหตุส่วนใหญ่ของลิ้นหัวใจผิดปกติเกิดจากโรคไข้วมาติก ซึ่งความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับลิ้นหัวใจในช่วงแรกหัวใจยังสามารถทำงานชดเชยความผิดปกตินี้ได้แต่หากไม่ได้รับการแก้ไข การทำงานของหัวใจจะเสื่อมลงเรื่อย ๆ จนเกิดเป็น ภาวะ valvular cardiomyopathy ซึ่งการผ่าตัดหัวใจเพื่อแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นจึงมีความจำเป็นจะต้องทำในช่วงที่เหมาะสม เพื่อแก้ไขให้การทำงานของหัวใจกลับมาปกติ โดยประเมินจากอาการ ประวัติการตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษที่ใช้ในการประเมินการทำงานของหัวใจ (วอร์จ์ ศลิษฐ์ อรรถกร, มปป) การรักษาโรคหัวใจขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย หากมีความผิดปกติที่รุนแรง หรือมีหลักฐานว่าการทำงานของลิ้นหัวใจลดลง ผู้ป่วยควรได้รับการผ่าตัดแก้ไข แนวทางการรักษาโรคหัวใจมีทั้ง การรักษาด้วยการใส่บอลลูน การรักษาด้วยสายสวนหัวใจผ่านผิวหนัง การผ่าตัดซ่อมแซมหรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งหากเป็นการเปลี่ยน ลิ้นหัวใจที่ใช้ในการเปลี่ยนประกอบไปด้วย 2 ชนิดหลัก คือ ลิ้นหัวใจชนิดโลหะ และลิ้นหัวใจชนิดเนื้อเยื่อ การเลือกใช้ลิ้นโลหะ จะใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 หรือ 70 ปี และมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายต่ำจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ส่วนการเลือกใช้ลิ้นเนื้อเยื่อ จะใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือ 70 ปี ขึ้นไป และมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกสูงจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2563)

สาเหตุของโรคหัวใจผิดปกติ (วอร์จ์ ศลิษฐ์ อรรถกร, มปป)

ความผิดปกติของลิ้นหัวใจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังนี้

1. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งเกิดขึ้นได้กับลิ้นหัวใจทุกลิ้น
2. โรคไข้วมาติก สาเหตุที่สำคัญของโรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acquired heart disease) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการเป็นหวัด เจ็บคอ ร่วมกับมีอาการปวดข้อ อาการที่กล่าวมาอาจทำให้มีการอักเสบของลิ้นหัวใจตามมาภายหลัง

3. โรคติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ การติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจมักพบในลิ้นหัวใจที่มีความผิดปกติอยู่ก่อนแล้ว อีกทั้งพบในผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียที่มีการติดเชื้อเข้าสู่ทางเส้นเลือดอยู่เป็นประจำ

4. โรคความผิดปกติของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน อาจเกิดจากโรคทางพันธุกรรม ทำให้เกิดความผิดปกติบางอย่างที่ส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดความแข็งแรง จึงทำให้เกิดความผิดปกติที่ลิ้นหัวใจ

5. การเสื่อมสภาพตามอายุการใช้งานของลิ้นหัวใจ พบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าเนื้อเยื่อของลิ้นหัวใจมีความเสื่อม มีหินปูนมาเกาะที่ลิ้นหัวใจ ทำให้การเปิด-ปิดของลิ้นหัวใจผิดปกติ

6. หัวใจวายเฉียบพลัน เช่น โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้เกิดผลกระทบกับลิ้นหัวใจ กล้ามเนื้อบริเวณลิ้นหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ลิ้นหัวใจรั่วเฉียบพลัน

7. สาเหตุอื่นๆ เช่น การบาดเจ็บที่ลิ้นหัวใจโดยตรง ทั้งจากอุบัติเหตุจากการโดยยิงโดนแทงหรือจากการโดนกระแทก เป็นต้น

อาการแสดงของโรคลิ้นหัวใจ

1. อาการของโรคลิ้นหัวใจตีบ (valvular stenosis) ลิ้นหัวใจที่ตีบส่งผลให้เลือดไหลผ่านลิ้นหัวใจที่ตีบได้ลำบาก ทำให้เลือดไหลเวียนไปยังส่วนต่างๆ ได้ไม่เพียงพอ ส่งผลให้หัวใจต้องพยายามทำงานเพื่อสู้กับภาวะตีบของลิ้นหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการ อาการแสดงต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย เหนื่อยขณะออกกำลังกาย หรือขณะนอนราบ หรือเหนื่อยเวลากลางคืน ไอเป็นเลือด ซึ่งอาการอาจรุนแรงไปถึง pulmonary edema ได้ ใจสั่น อ่อนเพลีย เจ็บบริเวณหน้าอกได้บ้าง มีการบวม กดบวมตามบริเวณต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณขา หากลิ้นหัวใจมีการตีบเป็นเวลานานโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลให้เกิดภาวะ pulmonary hypertension นำไปสู่ right side heart failure ได้ ซึ่งภาวะดังกล่าวจะทำให้เกิดอาการตับโต ท้องบวม (วรวงศ์ ศลิษฐ์อรรถกร, มปป)

2. อาการของโรคลิ้นหัวใจรั่ว (valvular regurgitation) ลิ้นหัวใจที่รั่วจะทำให้เลือดจากหัวใจห้องล่างซ้ายย้อนกลับไปยังหัวใจห้องบนขวา ทำให้ความดันเลือดที่หัวใจห้องบนซ้ายสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดเลือดคั่งในปอด และมีภาวะน้ำเกิน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ คือ ใจสั่น หอบ เหนื่อยง่าย นอนราบไม่ได้ หายใจไม่เต็มอิ่ม และ หัวใจโต (วรวงศ์ ศลิษฐ์อรรถกร, มปป)

ชนิดของโรคลิ้นหัวใจผิดปกติจำแนกตามตำแหน่งของลิ้นหัวใจ (ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2563)

1. **Aortic Stenosis** ส่วนใหญ่สาเหตุจะเกิดจากการสะสมของหินปูนในผู้สูงอายุ และความผิดปกติของลิ้นหัวใจโดยกำเนิด ที่ทำให้ลิ้นหัวใจปิดได้น้อยลง ซึ่งกลไกของโรคที่เกิดขึ้นจะ

ทำให้ผู้ป่วยโรคนี้มีอาการที่สำคัญ คือ เจ็บแน่นหน้าอก วูบหมดสติ และหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกวิธีจะนำไปสู่หัวใจล้มเหลว และมีอัตราเสียชีวิตสูงในผู้ป่วยที่มีอาการ การรักษาผู้ป่วยชนิดนี้ไม่มีหลักฐานที่แน่ชัดว่าการรักษาด้วยยาจะสามารถลดการดำเนินโรคได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิต

2. Aortic Regurgitation สาเหตุสามารถแบ่งได้เป็น สาเหตุปฐมภูมิ ได้แก่ ลิ้นหัวใจเอออร์ติก ผิดปกติตั้งแต่กำเนิดในคนอายุน้อย และการเสื่อมสภาพของลิ้นหัวใจเอออร์ติกในคนอายุมาก สาเหตุทุติยภูมิ เกิดจาก aortic root dilatation จากการเป็นความดันโลหิตสูงเรื้อรัง หรือในผู้ป่วยโรค Marfan syndrome หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกวิธีเมื่อเวลาผ่านไป ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการ เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อยเมื่อออกกำลังกาย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ เหนื่อยขณะนอนราบ ไม่พบหลักฐานในการรักษาด้วยยาเพื่อลดการดำเนินของโรค หรือชะลอการผ่าตัด แต่หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย สามารถให้ยารักษาความดันโลหิตร่วมด้วย

3. Mitral Stenosis สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากไข้รูห์มาติก ซึ่งปัจจุบันพบได้น้อยในประเทศที่พัฒนาแล้วในแถบยุโรปและอเมริกา สำหรับประเทศไทยพบว่าความชุกของโรคน้อยลงกว่าในอดีต อาการที่จะพบบ่อยมาพบแพทย์ ได้แก่ เหนื่อยเมื่อออกกำลังกาย หัวใจห้องบนขวาทำงานล้มเหลวจากการที่มีความดันในปอดสูง การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นสิ่งที่แนะนำในผู้ป่วยที่ลิ้นหัวใจตีบระดับปานกลางถึงรุนแรง

4. Mitral Regurgitation สามารถแบ่งสาเหตุได้เป็น ความผิดปกติในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ leaflet หย่อน มีการติดเชือกที่เยื่อหัวใจ ส่วนความผิดปกติในระดับทุติยภูมิ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถให้กำเนิดแรงดันในห้องหัวใจได้ ในรายที่มีการรั่วของลิ้นหัวใจระดับรุนแรง จะพบว่าหัวใจห้องล่างซ้ายจะขยายใหญ่ขึ้น ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการ หอบเหนื่อยเมื่อออกกำลังกาย มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว ซึ่งหากเกิดภาวะการรักษาด้วยการผ่าตัดจะเป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยชนิดนี้ เนื่องจาก การรักษาด้วยยาไม่สามารถชะลอการดำเนินของโรคได้

5. Tricuspid Regurgitation สาเหตุส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการขยายของหัวใจห้องล่างขวา และ tricuspid annular หรืออาจเกิดขึ้นภายหลังจากการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ คือ อ่อนแรง ท้องอืด ตับโตจนกระทั่งมีภาวะท้องมาร บวมบริเวณส่วนปลาย การรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ และงดอาหารที่มีโซเดียมสูง จะช่วยให้ภาวะน้ำคั่ง (congestion) ดีขึ้น การผ่าตัดมักทำในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว หรือในผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดลิ้นหัวใจชนิดอื่นอยู่แล้ว

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ต้องตรวจรักษา และติดตามตลอดชีวิต อีกทั้งควรดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก และฟันเป็นอย่างดี เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับยา Anticoagulants ที่เหมาะสม และมีการตรวจติดตามค่า INR อย่างใกล้ชิด ยาที่ผู้ป่วยควรได้รับปัจจุบันแนะนำให้ทั้ง warfarin และ aspirin ในผู้ป่วยที่เปลี่ยนลิ้นหัวใจชนิดโลหะ ยกเว้นในรายที่มีความเสี่ยงต่อการเลือดออกสูง สามารถให้เฉพาะยา warfarin ได้ ระดับค่า INR ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่เป็นเป้าหมาย คือ INR 2-3 ในผู้ป่วยเปลี่ยนลิ้นหัวใจ aortic valve และ INR 2.5-3.5 ในผู้ป่วยเปลี่ยนลิ้นหัวใจ mitral valve ซึ่งในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการผิดปกติควรตรวจติดตามอาการทุก ๆ 1 ปี

จากข้อความด้านบน สามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยลิ้นหัวใจผิดปกติที่เข้ารับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติ มีความผิดปกติทั้งการตีบ และรั่วของลิ้นหัวใจ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาผู้ป่วยลิ้นหัวใจที่มีความผิดปกติทั้งชนิดตีบ และรั่ว โดยเข้ารับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติ ในการกำหนดเกณฑ์คัดเข้าร่วมวิจัย

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง : ความหมาย การวัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทฤษฎีการดูแลตนเอง

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem et al. (2001) ได้เสนอไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นการที่บุคคลริเริ่มกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี Orem มีความเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีความต้องการดูแลตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยจากโรค หรือสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต การดูแลตนเองจึงเป็นพฤติกรรมที่พัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก และพัฒนาอย่างเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ เมื่อเกิดความเจ็บป่วย บุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลจึงมีบทบาทในการให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้มากที่สุด

Orem เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นรูปแบบของการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมายในการควบคุมปัจจัยทั้งภายใน และภายนอกตน บุคคลมีหน้าที่ และความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่ใช่แค่พึ่งพาผู้ดูแลหรือบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว ซึ่งกระบวนการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก Orem et al. (2001)

1. ระยะ Wholly Compensatory Nursing System เป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแล หรือบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด

2. ระยะ Partly Compensatory System เป็นระยะที่ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องพึ่งพามูลการทางการแพทย์ในบางเรื่อง

3. ระยะ Supportive Educative System เป็นระยะที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี แต่ยังมีความต้องการการส่งเสริมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ หรือการเสริมแรงจูงใจจากบุคลากรทางการแพทย์

ซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จากแนวคิดในทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) พบว่า ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้การเรียนรู้ (Supportive-Educative System) เป็นระดับสูงสุดของความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย อันเนื่องมาจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยในระยะเบี่ยงเบน (Supportive-Educative Level) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยยังมีความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ยังขาดองค์ความรู้ ความเข้าใจ หรือทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมและปลอดภัยภายหลังภาวะเจ็บป่วยหรือผ่าตัด (Orem, 2001) ซึ่งใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองแต่ยังขาดความรู้ ทักษะ หรือความมั่นใจที่จำเป็นในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม พยาบาลจึงมีบทบาทในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้การสนับสนุน รวมไปถึงการฝึกฝนผู้ป่วย เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

ความหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

เนื่องจากการศึกษานี้มีเป้าหมายสำคัญคือการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ซึ่งโดยธรรมชาติของมนุษย์นั้น เวลามีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ มนุษย์มักจะแสวงหาความหลุดพ้นจากสิ่งนั้นหรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อให้เกิดสุขภาพดีปราศจากโรคภัยและเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งในปัจจุบันได้รับความนิยมจากกลุ่มวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด มีการนำแนวทางการดูแลสุขภาพมาใช้อย่างปฏิบัติ เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างแพร่หลายและหลากหลายวิธี แต่ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในขอบเขตของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยตามแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองมีผู้ให้ความสำคัญ และนำมาศึกษาและให้ความหมายไว้ดังนี้

Norris (1987) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองว่า หมายถึง กระบวนการที่ตัวบุคคลและครอบครัวช่วยเหลือ รับผิดชอบตนเองในด้านสุขภาพอนามัย เพราะเล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีความไม่พอใจต่อการรักษาของแพทย์ที่เห็นคนไข้เป็นเพียงวัตถุ และค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นแรงผลักดัน ภายใต้ตระหนักว่าตนเองมีศักยภาพในการพัฒนาความสามารถเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองได้

(Pender et al., 2006) ตามทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สุขภาพ คือ สิ่งที่ชักนำให้เกิดการกระทำ ซึ่งการที่บุคคลจะมีการกระทำหรือปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่าง ต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการใช้ชีวิตประจำวันนั้น มีการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ ความสามารถแห่งตน การรับรู้อุปสรรคจากพฤติกรรมในอดีต ลักษณะส่วนบุคคล อิทธิพลด้าน บุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการสร้างเสริมสุขภาพ สุขภาพที่ดียังเป็น ความต้องการสูงสุดของมนุษย์ ซึ่งมนุษย์ต้องใช้ความพยายามในการสร้างพฤติกรรมที่ทำให้ สามารถดูแลตนเอง โดยมีการปรับตัวเพื่อให้มีการคงอยู่ของโครงสร้างการดูแลตนเอง และสัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อม โดยที่สิ่งแวดล้อมมีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดสุขภาพที่ดี เพนเดอร์ได้กำหนด พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไว้ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การเจริญทางจิตวิญญาณ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการจัดการความเครียด

Orem (2001) ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม การดูแลตนเอง หมายถึง การที่ บุคคลริเริ่มปฏิบัติกิจกรรม ริเริ่มกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่ง ชีวิต สุขภาพอนามัย และความผาสุกในชีวิต ซึ่งเมื่อการกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องจนมี ประสิทธิภาพ จะก่อให้เกิดโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคล

(จรุง วรบุตร, 2007) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาพไว้ว่า เป็นการ ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยตั้งใจและมีเป้าหมาย เพื่อความสมบูรณ์แข็งแรงของสุขภาพอนามัย ซึ่ง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพสามารถแบ่งเป็น พฤติกรรมการส่งเสริมเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการ ป้องกันโรค

(ธาริณี กาญจนวัลย์ et al., 2551) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ของตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการกระทำของบุคคล ที่จะทำให้อุคนั้นมีสุขภาพดี แข็งแรง และการที่บุคคลหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อไม่เกิดความเจ็บป่วย ส่งผลให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งเป็นการกระทำที่กระทำอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ มีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมาพบแพทย์ และการจัดการความเครียด

(นวรรตน์ สุทธิพงศ์, 2551) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองหลังผ่าตัด หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติตัวด้วยตนเอง โดยครอบคลุม 4 ด้าน คือ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันการติดเชื้อ

(เบญจมาศ นาควิจิต, 2551) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ ตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลกระทำอย่างตั้งใจ และกระทำในแนวทางของตนเอง

เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 ด้าน ตามแนวคิดของโอเร็ม คือ การดูแลตนเองในเรื่องทั่ว ๆ ไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองในระยะการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

(วิลาวลัย รัตนา, 2552) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่แข็งแรง ปราศจากการเจ็บป่วยทั้งทางจิตใจและร่างกาย

(วรรณวิมล เมฆวิมล, 2015) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำ หรือการแสดงออกของบุคคลในการทำให้ตนเองมีความสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีความเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจ สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง โภชนาการ การทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย

(พิชามญช์ จันทุรศ et al., 2554) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำทุก ๆ อย่างของบุคคล ทั้งที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ ซึ่งเป็นการกระทำ เพื่อให้เกิดความสบายของร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในการดำรงชีวิตอยู่ ซึ่งขึ้นอยู่กับค่านิยม เจตคติ ความเชื่อ ความรู้ และแรงจูงใจ

(ประยงค์ หัตถพรหม, 2556) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม และการกระทำของบุคคล เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง โดยเป็นการกระทำที่จริงจัง และมีเป้าหมาย โดยที่เมื่อกระทำจนมีประสิทธิภาพแล้ว นั้น จะก่อให้เกิดโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลไปจนถึงขีดสุด

(Tritipsombut et al., 2015) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมของบุคคลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอุจจาระปัสสาวะ ด้านงานอดิเรก ด้านอบอุ่น ด้านอากาศ ด้านแสงอาทิตย์ ด้านอุบัติเหตุ และด้านอนาคต

(ศิริสุข นาคะเสนีย์, 2018) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การดูแลรักษาสุขภาพตนเองในด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการฟื้นฟูสุขภาพ

(นงลักษณ์ ทับประทุม, 2560) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติด้วยตนเองจนเป็นนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ทำให้ร่างกายแข็งแรง และมีสภาวะจิตที่ดี

(พงศธร ศีลาเงิน, 2560) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติในการดูแลตนเองในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย

(Khodaminasab et al., 2019) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง หมายถึง การกระทำของบุคคลที่ใส่ใจ และมีส่วนร่วมในการรักษา ส่งเสริมสุขภาพของตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการอาการ อาการแสดง

(Nachai et al., 2022) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรม เกี่ยวกับกระบวนการดูแล รักษา ส่งเสริมสุขภาพในภาวะปกติ และจัดการตนเองในภาวะเจ็บป่วย เพื่อให้เกิดความสมดุลทั้งร่างกาย และจิตใจ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การดูแลตนเอง การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และการดูแลตนเองในภาวะวิกฤต

(เสริมพันธุ์ ศรีจันทร์, 2022) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำ หรือการแสดงออกของบุคคล ในการทำให้ตนเองมีความสมบูรณ์แข็งแรง ปราศการเจ็บป่วยทางกาย ทางใจ ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

จากการทบทวนวรรณกรรม และที่มีผู้ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และองค์ประกอบในการดูแลสุขภาพตนเองไว้หลายท่าน ผู้วิจัยได้ใช้ระยะการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ระยะที่ 3 ระยะ Supportive Educative System ตามแนวคิดในทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นหลักในการสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยในระยะนี้ได้ว่า ผู้ป่วยในระยะเบี่ยงเบน หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยยังมีความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ยังขาดองค์ความรู้ ความเข้าใจ หรือทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมและปลอดภัยภายหลังภาวะเจ็บป่วยหรือผ่าตัด (Orem, 2001) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ผ่านการให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ การฝึกฝนทักษะ และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถประยุกต์ความรู้ไปสู่การดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและปลอดภัย (Taylor, Renpenning, & Denyes, 2011) ในระบบการพยาบาลรูปแบบนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) จึงเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างการรับข้อมูลสุขภาพกับการแปลงข้อมูลนั้นไปสู่การปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ที่จำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน (Younas & Quennell, 2019) จึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ คือ การกระทำ หรือการปฏิบัติด้วยตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรง ทั้ง

ร่างกาย จิตใจ และฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นการกระทำที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยได้สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งทำในบริบทผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ โดยมีผู้ศึกษาและให้องค์ประกอบในแต่ละด้านไว้ ผู้วิจัยได้มีการจัดกลุ่มองค์ประกอบที่มีความคล้ายคลึง และสามารถอยู่ในกลุ่มเดียวกันได้ โดยเลือกใช้องค์ประกอบที่มีค่ามากกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการสรุปองค์ประกอบของงานวิจัยในครั้งนี้ ได้เป็นองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน ตามตารางที่ 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การรับประทานยา 3) การเคลื่อนไหวออกกำลัง 4) การมาตรวจตามนัด 5) การเฝ้าระวังการติดเชื้อ และ 6) การผ่อนคลายความเครียด

ตาราง 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

	(de Meneses et al., 2015)	(ภาวินี ศรีสันต์ et al., 2562)	(ภาวิตา พัฒน์มณี et al., 2562)	(นรรัตน์ สุทธิพงษ์, 2551)	(Pimta et al., 2014)	(วิไลวรรณ เจริญผลดี et al., 2013)	(Tepsuriyanont et al., 2022)	รวม	คิดเป็น %
การรับประทาน อาหาร	/	/	/	/	/	/	/	7	100%
การรับประทานยา ยา	/	/	/	/	/	/	/	7	100%
การเฝ้าระวังการ ติดเชื้อ	/	/	/	/	/	/	/	7	100%
การออกกำลังกาย/ ร่างกาย/ปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	/	/	/	/			/	5	71.4%

	(de Meneses et al., 2015)	(ภาวิณี ศรีสันต์ et al., 2562)	(ภาวิตา พัฒน์มณี et al., 2562)	(นรรัตน์ สุทธิพงศ์, 2551)	(Pinta et al., 2014)	(วิไลวรรณ เจริญผลดี et al., 2013)	(Tepsuriyanont et al., 2022)	รวม	คิดเป็น %
การตรวจตามนัด	/	/	/				/	4	57.1%
การจัดการ อารมณ์/ผ่อนคลาย คลายความเครียด		/	/		/	/		4	57.1%
การแสวงหาข้อมูล ความรู้	/				/			2	28.6%
การปรับบทบาท และภาพลักษณ์					/		/	2	28.6%
การได้รับอากาศที่ บริสุทธิ์					/			1	12.5%

การวัดพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

มีงานวิจัยที่มีการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจไว้หลายท่าน ซึ่งแตกต่างกันในส่วนขององค์ประกอบของพฤติกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามเรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ของ (นรรัตน์ สุทธิพงศ์, 2551) ประกอบไปด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการป้องกันการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ มีคำถามจำนวน 19 ข้อ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติประจำ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 19-76 คะแนน ในการวิเคราะห์ได้แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ มีการปฏิบัติตัวในระดับสม่ำเสมอ น้อย สม่ำเสมอปานกลาง และสม่ำเสมอมาก

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเปลี่ยนหัวใจ ของ (ภาวิตา พัฒน์มณี et al., 2562) ซึ่งสร้างจากกรอบแนวคิดของโอเร็ม และเอกสารวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 8 ด้าน ได้แก่ 1)

ด้านการรับประทานอาหาร น้ำและเครื่องดื่ม 2) ด้านการรับประทานยา 3) ด้านการป้องกันการติดเชื้อ 4) ด้านการออกกำลังกาย 5) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 6) ด้านการสังเกตอาการ 7) ด้านการจัดการอารมณ์ และ 8) ด้านการมาตรวจตามนัด รวม 45 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราวัด 5 ระดับ ดังนี้ ไม่ได้ทำเลย ทำน้อย ทำไม่บ่อย ทำบ่อยครั้ง ทำเป็นประจำทุกวัน ค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง พิจารณาตามเกณฑ์การประมาณค่าร้อยละจากคะแนนเต็ม กำหนดให้ร้อยละที่ 80 ขึ้นไป เป็นระดับดีมาก ร้อยละ 60-79 เป็นระดับดี และต่ำกว่าร้อยละ 60 เป็นระดับไม่ดี แบบสอบถามผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1 ค่าความเที่ยงด้วยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ของ (Tepsuriyanont et al., 2022) ที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 8 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานยา 2) การทำกิจกรรมและการพักผ่อน 3) การออกกำลังกาย 4) การขับถ่าย 5) การดูแลแผลผ่าตัด และการลดอาการเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด 6) การรับประทานอาหาร และการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต และ 7) การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาพบแพทย์ตามนัด จำนวนคำถามทั้งหมด 42 ข้อ ใช้มาตราวัด 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่ปฏิบัติเลย ถึง ปฏิบัติทุกครั้ง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 42 ถึง 168 คะแนน แบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขึ้น 3 ระดับคือ ต่ำ (42-84 คะแนน) ปานกลาง (85-126 คะแนน) และสูง (127-168 คะแนน) แบบสอบถามผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.95 ค่าความเที่ยงด้วยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยสร้างขึ้นตามนิยามเชิงปฏิบัติการ และปรับปรุงจากข้อคำถามบางข้อในแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจของ (Tepsuriyanont et al., 2022) และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเปลี่ยนหัวใจ ของ (ภาวิตา พัฒน์มณี et al., 2562)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ผ่านมามักเป็นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เพราะเชื่อว่าผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ได้ เนื่องจากต้องมีบุคคลอื่นช่วยดูแล และสนับสนุนซึ่งมีการออกแบบระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลอง

การศึกษาของ (นวรรตน์ สุทธิพงศ์, 2551) ศึกษาผลของการพัฒนาความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนการศึกษาของ (วิไลวรรณ เจริญผลดี et al., 2013) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจัดเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องการการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเนื่องจากสภาพของโรคที่เป็นอยู่ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาจากการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรของสาธารณสุขและบุคคลที่อยู่ในครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจและการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้ถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนมีการฟื้นฟูสุขภาพปกติไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และการศึกษาของ (Tepsuriyanont et al., 2022) ผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

นอกนั้นเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ และวิจัยเชิงเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับปัจจัยชีวสังคมของผู้ป่วยที่แตกต่างกันดังเช่น การศึกษาของ (Pimta et al., 2014) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโดยรวมพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี (3.16 ± 0.48) ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนมากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี พฤติกรรม ที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดและควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพคือ การไปตรวจรักษาสุขภาพของช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าจะไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่ในทางปฏิบัติสำหรับการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติที่เหมาะสม สามารถผสมผสานเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ และ

การศึกษาของ (ภาวิตา พัฒน์มณี et al., 2562) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก ทั้งโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร น้ำและเครื่องดื่ม ด้านการใช้ยา ด้านการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการสังเกตอาการ ด้านการจัดการอารมณ์ และด้านการมาตรวจตามนัด ยกเว้นด้านการออกกำลังกายที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี กลุ่มหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ 1-5 ปี และกลุ่ม 5 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ส่วนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังเช่น การศึกษาของ (ภาวิตา พัฒน์มณี et al., 2562) ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากและความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ตอนที่ 3 โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม คือการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) นั่นคือการที่บุคคลได้มีกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม บุคคลจะสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมจนนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการอธิบายตามแนวคิดปฏิสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพของ (Parker & Ratzan, 2010) ที่อธิบายว่าปัจจุบันมีบุคคลมีความต้องการในด้านสุขภาพ สังคม และระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมการทางด้านทักษะและความสามารถทั้งระดับบุคคล องค์กร และทั้งชุมชนให้มีความรอบรู้ในด้านสุขภาพ เพื่อให้เท่าทันกับความต้องการที่หลากหลายและระบบสังคม สุขภาพที่มีความซับซ้อน

ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในประเทศไทยพบว่า มีการใช้คำเรียกแทนคำว่า Health literacy ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ และความฉลาดทางสุขภาพะ ทั้งนี้ เพื่อให้การศึกษานี้มีความชัดเจนและเข้าใจได้ง่ายขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เมื่อทบทวนการให้ความหมายของคำว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้วได้พบว่า มีการให้ความหมายไว้จาก องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ซึ่งอธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ในขณะที่สถาบันทางการแพทย์ สำนักการศึกษาแห่งชาติ (Institute of Medicine of the National Academies 2004) ที่มองว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องของความสามารถของแต่ละบุคคล ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านความรู้ และบริการทางสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม และความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ยังขึ้นอยู่กับทักษะ ความพึงพอใจ และความคาดหวังของข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจากผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้บริหาร ผู้ดูแลเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับ (Parker & Ratzan, 2010) ที่มองว่าเป็นระดับความสามารถของแต่ละบุคคลที่มีวิธีการในการเข้าถึง และทำความเข้าใจในข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ และบริการที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสมของตนเอง

(Nutbeam, 2000) ได้อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ได้แก่ การอ่าน การเขียน โดยทักษะนี้จะทำให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ การใช้ความรู้ การสื่อสาร ทักษะนี้ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ

(Lee et al., 2004) ได้อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก

ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) การดูแลป้องกัน และการตรวจสุขภาพ และ 4) การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งเมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยจะส่งผลให้ขาดความรู้ด้าน สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค รวมถึงการไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์

(Rootman et al., 2006) ได้อธิบายว่า เป็นความสามารถของบุคคลที่สามารถเข้าถึง

เข้าใจ ประเมินและ สื่อสารข้อมูลทางสุขภาพได้ตรงกับความต้องการ และการทำความเข้าใจต่อสภาพแวดล้อมการดำรงชีวิตโดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต

(Paasche-Orlow et al., 2006) ได้อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3

ด้านหลัก ได้แก่ 1) เข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากระบบการดูแลสุขภาพ 2) ปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ และ 3) การดูแลตนเอง ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะถูกกำหนดโดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การศึกษา เชื้อชาติ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษา การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางกายภาพ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อบุคคลในการเข้าใช้บริการสุขภาพ การพูดคุยโต้ตอบกับผู้ให้บริการสุขภาพ จนนำไปสู่การจัดการสุขภาพด้วยตนเอง

(Rootman et al., 2006) ได้อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ด้านหลัก ได้แก่ 1) การรู้หนังสือทั่วไป เช่น การอ่านออก การพูด การฟัง การทำความเข้าใจ และ 2) การรู้หนังสือด้านอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์ คอมพิวเตอร์วิธีแนวทางในการเพิ่มหรือพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ 1) การสื่อสารสุขภาพผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) การพัฒนาศักยภาพด้วยการจัดโปรแกรมให้การศึกษาและอบรม 3) การพัฒนาชุมชน โดยให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตตามบริบทของแต่ละชุมชน 4) การพัฒนาองค์กร โดยการพัฒนาสถานที่ต่าง ๆ เช่น สถานศึกษา ที่ทำงาน เพื่อให้สิ่งแวดล้อมดีขึ้น 5) การพัฒนานโยบายโดยการนํานโยบาย ข้อบังคับ เพื่อให้เกิดการบังคับใช้ และ 6) การผสมผสานเป็นการนำวิธีการต่าง ๆ นำไปสู่การเกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพ

(Von Wagner et al., 2009) ได้อธิบาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถในการใช้ความรู้ ทักษะและ การคำนวณซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานเมื่อบุคคลจะต้องแก้ปัญหา ซึ่งเป็นทักษะที่มีความจำเป็น เมื่อมีการเจ็บป่วย (Chin et al., 2011) ได้อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) กระบวนการพัฒนาศักยภาพ คือ ปัจจัยที่ส่งเสริมความสามารถ เช่น ความจำ 2) ความรู้ทั่วไป คือ ความสามารถในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ และ 3) ความรู้เฉพาะเรื่อง

(Edwards et al., 2012) ได้อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ความรู้ทางสุขภาพ 2) ประสิทธิภาพในการสืบหาและใช้ข้อมูลสารสนเทศ 3) ประสิทธิภาพในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) การแสวงหาและการเจรจาต่อรองทางเลือกในการ 6) การมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 7) ผลลัพธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

(Sørensen et al., 2012) ได้อธิบายว่าตามโมเดลบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Integrated model of health literacy) ซึ่งเป็นโมเดลที่มีการผสมผสานองค์ประกอบทางการแพทย์ และการสาธารณสุข โมเดลนี้มีรากฐานมาจากโมเดลของ (Nutbeam, 2000) และโมเดลของ (Manganello, 2008) ซึ่งองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดนี้อยู่ในมิติทางปัญญาในด้านความรอบรู้ทางการแพทย์ และเป็นพื้นฐานของความรู้ทางสาธารณสุข ที่ถูกพัฒนามาจากแนวคิดทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion theory and model) ซึ่ง (Sørensen et al., 2012) ได้กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพลวัต และเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ข้อมูลสุขภาพเพื่อนำไปใช้ (Sørensen et al., 2012) ยังได้เสนอกรอบการนำความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้กับขอบเขตงานสาธารณสุขใน

ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษา ซึ่งกรอบแนวคิดนี้ใช้ในการสร้างข้อคำถามของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพยุโรป The European Health Literacy (HLS-EU) โดยที่กรอบแนวคิดแสดงในรูปแบบเมทริกซ์ 4 มิติ ตามตาราง 2 เมทริกซ์ 4 มิติ ตามกรอบแนวคิดของ (Sørensen et al., 2012) ที่แสดงให้เห็นถึงการนำความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในขอบเขตด้านสุขภาพ ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ (Sørensen et al., 2012) เฉพาะขอบเขตในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ตรงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

ตาราง 2 เมทริกซ์ 4 มิติ ตามกรอบแนวคิดของ Sorensen et al. (2012)

ขอบเขต ด้าน สุขภาพ	การเข้าถึง ข้อมูล	การเข้าใจ ข้อมูล	การประเมิน ข้อมูล	การประยุกต์ ข้อมูลเพื่อ นำไปใช้
การดูแลสุขภาพ	ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล และการบริการทางการแพทย์	ความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง	ความสามารถในการตีความข้อมูลทางการแพทย์	ความสามารถในการตัดสินใจเลือก เชื้อ เลือกใช้บริการ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย
การป้องกันโรค	ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเสียหาย หรือโรคต่างๆ	ความสามารถในการเข้าใจข้อมูล ความเสี่ยงต่างๆ อย่างถูกต้อง	ความสามารถในการตีความข้อมูล ที่เป็นปัจจัยเสี่ยง	ความสามารถในการตัดสินใจเลือก เชื้อ เลือกวิธีการดูแลสุขภาพจากฐานข้อมูลเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่
การส่งเสริมสุขภาพ	ความสามารถในการเพิ่มพูนความรู้ให้ทันยุค ทันสมัย ทันสถานการณ์	ความสามารถในการเข้าใจข้อมูล ในด้านต่างๆ ซึ่งจะเป็นตัวกำหนด ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคม	ความสามารถในการตีความปัจจัย ต่างๆ ที่เป็นตัว กำหนดให้เกิด ปัญหาสุขภาพในสังคม	ความสามารถในการตัดสินใจบน ฐานของการ วิเคราะห์ข้อมูล ต่างๆ ที่เป็นตัว กำหนดให้เกิด

ขอบเขต ด้าน สุขภาพ	การเข้าถึง ข้อมูล	การเข้าใจ ข้อมูล	การประเมิน ข้อมูล	การประยุกต์ ข้อมูลเพื่อ นำไปใช้
				ปัญหาสุขภาพใน สังคม

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพว่า หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้ ความสามารถด้านสุขภาพในการประเมิน การตัดสินใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการเลือกใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม

จากความหมายของความรู้ด้านสุขภาพข้างต้น จึงสามารถสรุปได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการใช้ทักษะด้านปัญญาและสังคม ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลข่าวสาร บริการทางสุขภาพ ที่ได้รับจากแหล่งบริการสุขภาพ รวมถึงจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลและจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง

การวัดความรู้ด้านสุขภาพ

มีนักวิชาการที่พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพทั้งใน และต่างประเทศไว้หลายคน

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ

1. The eHealth Literacy Scale (eHEALS) แบบวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์เป็น แบบวัดที่ผู้ทำแบบวัดประเมินตนเอง (Norman & Skinner, 2006) โดย eHEALS มีการออกแบบเพื่อประเมินทักษะการรับรู้ของบุคคลในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสุขภาพ และเพื่อช่วยในการกำหนดความเหมาะสมระหว่างโปรแกรม eHEALS กับบุคคล วัดจาก 6 ด้าน คือ 1) วัฒนธรรม 2) ข้อมูลข่าวสาร 3) สุขภาพ 4) คอมพิวเตอร์ 5) สื่อ และ 6) การรู้เรื่องทางวิทยาศาสตร์

2. Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) คือแบบวัดที่ใช้วัดความเข้าใจในการอ่าน ความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร และความเข้าใจเกี่ยวกับการคำนวณ (Sharif & Blank, 2010) ถูกนำมาใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพ ในเด็กและเยาวชน และผู้ใหญ่ มีทั้งหมด 67 ข้อ เป็นการวัดความสามารถในการอ่านและความเข้าใจตัวเลข 17 ข้อ วัดความสามารถของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 50 ข้อ

3. The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้วินิจฉัย และระบุตัวผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Davis et al., 1993) ใช้ประเมินทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ โดยการคัดเลือกคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การรักษา สื่อการสอนด้านสุขศึกษา ฉุกเฉินต่าง ๆ โดยคำศัพท์เหล่านั้นเป็นคำศัพท์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบเพื่อใช้ในการรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสุขภาพของตนเอง มีตัวชี้วัด 2 ด้าน คือทักษะการอ่าน และทักษะอื่นที่จำเป็น เช่น ความรู้ทางวัฒนธรรม และความคิด การฟัง การคิดคำนวณ การพูด

4. Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) แบบประเมินระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน การสื่อสาร และการมีวิจารณญาณ ใช้วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแนวคิดของ Nutbeam (Ishikawa et al., 2008) แบบวัดนี้แบ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ขั้นวิพากษ์

5. Medical Achievement Reading Test (MART) เป็นแบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Hanson-Divers, 1997) มีความคล้ายคลึงกับ REALM ตรงที่เป็นการประเมินการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ แบบวัดนี้ให้ความสำคัญกับสาเหตุของการที่ไม่สามารถอ่านได้

6. Test of Functional Health Literacy in Adults shortened (STOFHLA) พัฒนาเพื่อใช้วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยปรับจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ (TOFHLA) ให้มีข้อคำถามลดลง ใช้วัดความสามารถด้านการอ่านเกี่ยวกับสถานการณ์ทางการแพทย์หรือสื่อทางสุขภาพ และการแพทย์ รวมถึงสถานการณ์และระบบ (Baker et al., 1999) S-TOFHLA มีจำนวน 2 องค์ประกอบ คือ ความเข้าใจในการอ่าน จำนวน 36 ข้อ และการคำนวณ จำนวน 4 ข้อ

7. Health Literacy Screening Question: Set of Brief Screening Question (SBSQ) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย (Chew et al., 2004) ใช้คัดกรองและจำแนกผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ ปานกลาง และไม่เพียงพอ มีข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ และเปรียบเทียบผลคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการจำแนกความรู้ด้านสุขภาพกับการประเมินด้วยแบบทดสอบ STOFHLA โดยมีข้อคำถามหลักในการตรวจสอบความสัมพันธ์กับแบบทดสอบ STOFHLA

8. The 2003 National Assessment of Adult Literacy (NAAL) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย (White, 2003) เป็นการประเมินความสามารถในการอ่านฉลากยา อาหาร และการ

กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มทางการแพทย์ คำสั่งจากแพทย์ ใบยินยอมการรักษา และความสามารถในการเข้าใจในสิ่งที่แสดงเป็นลายลักษณ์อักษรที่พบในกิจกรรมประจำวัน มีข้อคำถามที่ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 28 ข้อ จากการประเมินการรู้หนังสือในผู้ใหญ่ทั้งหมด 152 ข้อ

9. The Newest Vital Sign (NVS) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย (Weiss et al., 2005) ใช้คัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการระดับปฐมภูมิ โดยแบบทดสอบนี้ต้องการให้เป็นการทดสอบการอ่านแบบเร็วโดยใช้เวลา 3-5 นาที จำนวน 6 ข้อ ทั้งนี้ NVS เป็นแบบทดสอบที่ใช้เวลาน้อยและมีความแม่นยำในการทดสอบในกลุ่มที่มีการอ่านออกเขียนได้อยู่ในระดับต่ำ

10. The HLS-EU-Q47 เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย (Sørensen et al., 2013) จากการสนทนากลุ่มนักวิชาการและผู้เกี่ยวข้อง ทำการวัดจาก 4 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การตรวจสอบ การประเมินการตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ ในบริบทของการดำเนินการ 3 ด้านคือ การดูแลรักษา การป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ แบบวัด The HLS-EU-Q47 ถูกนำมาแปลด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ มีการทดสอบการอ่านและความเข้าใจโดยนักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขของแต่ละประเทศ จากนั้นนำมาทดสอบ Validity & Reliability สรุปผลได้ว่าแบบวัด The HLS-EU-Q47 สามารถใช้ในประเทศอาเซียนได้ (Duong et al., 2017)

11. Health Literacy Questionnaire (HLQ) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย (Osborne et al., 2013) ใช้วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปทุกกลุ่มวัย พัฒนาจากข้อมูลฐานที่ได้จากการสัมภาษณ์และการประชุมปฏิบัติการในกลุ่มต่างๆ ทั้งกลุ่มประชาชนผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติ และผู้กำหนดนโยบาย รวมทั้งข้อคำถามที่ได้จากการที่ประชาชนขอคำปรึกษาด้านสุขภาพโดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญ มี 9 องค์ประกอบ และมีข้อคำถาม จำนวน 44 ข้อ

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในประเทศ

1. เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข et al., 2554) เครื่องมือดังกล่าวได้ถูก พัฒนามาจากแนวคิดของ Nutbeam โดยวัดจากองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ทักษะการจัดการตนเอง 2) การเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ และ 4) การรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.86

2. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (The ABCDE-health literacy scale for

Thai adults) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปิงปประมาณ 2557 (Intarakamhang & Kwanchuen, 2016) ซึ่งเริ่มด้วยการสังเคราะห์นิยาม และเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศที่เผยแพร่บทความวิจัยฉบับเต็มใน ฐานข้อมูล PubMed และ ScienceDirect ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996-2013 นำมาสรุปเป็นโครงสร้างของ การวัดความรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาเป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และผ่านการ ทดสอบการวัดจากประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิต สูงทั่วประเทศ ได้องค์ประกอบการวัด 6 ด้าน จากระดับของความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับตาม นิยามของ (Nutbeam, 2000) ฉบับยาว มี 36 ข้อคำถาม ค่าความเชื่อมั่น ระหว่าง 0.67-0.91 ฉบับ สั้นมี 19 ข้อคำถาม มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0.60-0.79

3. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Health Literacy Scale for Thai Childhood Overweight) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย (Intarakamhang & Intarakamhang, 2017) มีทั้งหมด 35 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น ระหว่าง 0.70 - 0.82

4. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรี ไทยวัยรุ่นอายุ 15 - 21 ปี (Health Literacy Scale for Unwanted Pregnancy Prevention of Thai Female Adolescents) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย (Intarakamhang & Khumthong, 2017) มีทั้งหมด 38 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0.87 - 0.90

5. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติสำหรับเด็กและวัยรุ่น อายุ 7-14ปี ซึ่งเป็นแบบ ประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย กองสุศึกษา ร่วมกับ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิ โรฒ ในปีงบประมาณ 2558 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ฉบับยาวมี 51 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.69 - 0.77 และฉบับสั้นมี 30 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.55 - 0.81

6. แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูง เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย กระทรวงสาธารณสุข กองสุศึกษา กรมสนับสนุนการ สุขภาพ ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล (2559) ทำการทดสอบกับประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับ การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในสถาน บริการสุขภาพที่มีคลินิกโรคเรื้อรังใน 76 จังหวัด โดยแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉาน ประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่ 1) ความต้องการความช่วยเหลือด้านการอ่าน และการกรอกข้อมูลสุขภาพ 2) การอ่าน

ศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ 3) ความสามารถในการอ่าน และเข้าใจตัวเลข 4) ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ 5) ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ 6) ผลลัพธ์ด้านความสามารถในการสื่อสาร 7) ผลลัพธ์ความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติ และ 8) ผลลัพธ์การปฏิบัติพฤติกรรม แบบวัดฉบับสั้นใช้ในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย ฉบับเต็มใช้ในการประเมินความรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.54 - 0.97

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยสร้างขึ้นตามนิยามเชิงปฏิบัติการ และประยุกต์ใช้ข้อคำถามจากแบบวัด The HLS-EU-Q47 ของ (Sorensen et al., 2013) และแบบวัด The ABCDE-health literacy scale for Thais ของ (Intarakamhang & Khumthong, 2017) เพื่อวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การทำความเข้าใจข้อมูลและบริการ การประเมินข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันมีหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยให้ความสนใจในการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ และการศึกษาเชิงสำรวจ งานวิจัยประเภทอื่นๆ ทั้งงานวิจัยงานวิจัยเชิงทดลอง และการศึกษาเชิงคุณภาพ ยังมีผู้ศึกษาจำนวนน้อย

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยพบงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ และการศึกษาเชิงสำรวจ ได้แก่ งานวิจัยของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ที่ร่วมกับมหาวิทยาลัยต่างๆ ซึ่งงานวิจัยที่จัดทำขึ้นเป็นการทำงานวิจัยเชิงสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียนในกลุ่มบุคคลปกติ กลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น (กัญญา แซโก, 2552) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา (เบญจมาศ สุมิตรไมตรี, 2556) ศึกษาในกลุ่มประชาชน และบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (นงลักษณ์ แก้วทอง et al., 2557) ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (นิติกุล บุญแก้ว, 2015) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ (Visanuyothin et al., 2015) ที่ศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาล จังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น ส่วนงานวิจัยในต่างประเทศ (Noblin et al., 2012) ศึกษาผลกระทบของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการใช้แบบบันทึกสุขภาพส่วนบุคคลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (Wang et al., 2013) มีการศึกษาเชิงสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนชาวจีนในเขตชนบทและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงในประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของชาวจีนเปรียบเทียบกับระหว่างผู้

ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Yokokawa et al., 2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะเมแทบอลิกซินโดรม เป็นต้น ผลการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า ประชาชนทั่วไป รวมถึงผู้ป่วยเอง ยังมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีถึงพอใช้ มีส่วนน้อยเท่านั้นที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

งานวิจัยเชิงทดลอง พบว่า มีผู้ศึกษางานวิจัยเชิงทดลองทั้งในลักษณะที่ใช้การจัดการเรียนรู้หลายรูปแบบ เช่น การจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ดังเช่นงานของ (จารุวรรณ กองแก้ว, 2551) ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะขึ้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้สื่อเป็นภาพถ่าย และแผ่นพับการเจาะขึ้นเนื้อตับให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปทบทวน และมีการติดตามการปฏิบัติตามแผนทางโทรศัพท์ ระยะเวลาดำเนินการรวมทั้งสิ้น 20 สัปดาห์ ผลการศึกษพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ (ฐิตยา แก้วสมบุญ, 2551) ศึกษาผลของโปรแกรมจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยจัดเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 2-3 คน กิจกรรมที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ วิดีทัศน์เรื่องมะเร็งปากมดลูก การใช้แผ่นภาพ แผ่นพับในการให้ความรู้ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 รวมทั้งพฤติกรรมขณะเข้ารับการตรวจ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามขั้นตอนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีการวางแผนปฏิบัติตัวดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สำหรับงานวิจัยที่ใช้โปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ งานวิจัยเชิงทดลองในต่างประเทศที่ศึกษาในลักษณะที่ใช้การมีส่วนร่วม ดังเช่นการศึกษาของ (Lin et al., 2019) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยการศึกษา มีจุดมุ่งหมายในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ โดยมีการจัดกิจกรรมในรูปแบบของกิจกรรมกลุ่ม มีการใช้สื่อการเรียนรู้ในการสอนด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น power point โดยให้กลุ่มทดลองได้มีการปฏิบัติ หลังการสาธิต เช่น การฝึกการวัดความดันโลหิต และวิเคราะห์ผลลัพธ์ของค่าความดันโลหิต ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นทั้งการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สำหรับงานที่ใช้โปรแกรมสุขศึกษา ดังการศึกษาของ (เจียมเงิน ,2555) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพะด้าน

โภชนาการตามหลักโภชนบัญญัติและธงโภชนาการของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา โปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วยกิจกรรมการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการ เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการบริโภคอาหารในแต่ละวัน การเลือกซื้ออาหารให้เหมาะกับวัยและโภชนาการ การประเมินผลิตภัณฑ์อาหารโดยการอ่านฉลากอาหาร และข้อมูลโภชนาการ เปิดโอกาสให้นักเรียนสื่อสาร และนำเสนอข้อมูลด้านโภชนาการแก่ผู้อื่นเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ละคร 50 นาที ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านโภชนาการตามหลักโภชนบัญญัติ และธงโภชนาการสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แต่คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านโภชนาการตามหลักโภชนบัญญัติ และธงโภชนาการแตกต่างกันไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และงานที่ศึกษาโดยการจัดการเรียนรู้ด้วยการจัดอบรมผ่านระบบออนไลน์ดังการศึกษาของ (Santiparp, 2020) ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงผ่านสื่อสังคมออนไลน์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง/โรคเบาหวาน โดยการจัดการเรียนรู้ในรูปแบบของการจัดอบรม โดยใช้ระยะเวลาในการอบรม 5 วัน หลังจากนั้นมีการอบรมผ่านทางไลน์กลุ่มต่อเนื่องอีก 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 33 วัน ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ ระดับวิจารณ์ญาณ และระดับการปฏิบัติดีขึ้น

งานวิจัยที่เป็นโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยตรง มีหลายงานวิจัย แต่ส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มบุคคลทั่วไป และกลุ่มอื่นๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรค ดังเช่นการศึกษาของ (ไกล่รุ่ง คำภิลานน et al., 2016) ศึกษาการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในจังหวัดพิจิตร โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาโดยใช้แนวคิดของ Nutbeam เป็นกรอบในการศึกษา โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้ คือ การเรียนการสอนตามแนวคิดกระบวนการสืบ สอบ และการแสวงหาความรู้เป็นกลุ่ม โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มช่วยกระตุ้นความสนใจ ความอยากรู้ และการแสวงหาคำตอบที่ต้องการได้ด้วยตนเองอย่างมีเหตุผล ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ และมีระดับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ (เบญจวรรณ ช่วยแก้ว et al., 2021) ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมเลือกซื้ออาหาร โดยการจัดการเรียนรู้ด้วยการจัดกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการเข้าถึงโภชนาการ กิจกรรมฉลาดรู้ ฉลาดเลือก กิจกรรมกินดีได้ดี กินไม่ดีได้โรค กิจกรรมบทบาทสมมุติ และกิจกรรมการให้กำลังใจ และตอบปัญหาข้อสงสัย ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเลือกซื้ออาหารสูงขึ้นกว่า

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ การศึกษาของ (อำนวย เนียมหมื่นไวย, 2018) ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้จัดการสุขภาพชุมชน โดยการจัดการเรียนรู้ผ่านการบรรยายสร้างแรงบันดาลใจ การฝึกทักษะในด้านต่าง ๆ การ แลกเปลี่ยนความรู้ รวมถึงการนิเทศเพื่อเสริมสร้างพลัง ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่ม ตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ (ธัญรศม์ ภูงษ์ชัย et al., 2022) ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยมีการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะ ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนา 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมให้ผู้สูงอายุเรียนรู้เรื่องสุขภาพ และการป้องกันโรค การฝึกทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ กิจกรรมเพื่อนชวนเพื่อนสุขภาพดี กิจกรรมฉลาดเลือกเพื่อสุขภาพ และกิจกรรมการวางแผนเพื่อ เป้าหมายสุขภาพดี ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้า ร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สำหรับงานวิจัยเชิงทดลองเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วย มักทำ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่ใช่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ดังงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดั่งเช่นงานของ (อรทัย มานะรุระ, 2019) ศึกษาโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพเรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง และญาติ โดยการจัดการ เรียนรู้ผ่านการให้ความรู้ด้วยการใช้ภาพเคลื่อนไหว การใช้สมุดพกประจำตัว มีการจัดการเรียนรู้ จากตัวแบบที่มีประสบการณ์ตรง โดยมีการจัดเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่หอผู้ป่วย และ ที่บ้าน รวมทั้งมีการใช้โปสเตอร์ที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพหลังการใช้ โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ.05 งานที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดั่งเช่นงานของ (วริษา กันบัวลา et al., 2021) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และ ระดับไขมันในเลือด โดยการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะความรู้ทั้งขั้นพื้นฐาน และระดับ ปฏิสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 งานที่ ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานดั่งเช่นงานของ (Seedaket et al., 2022) ศึกษาโปรแกรมการพัฒนา ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม เรื้อรัง ระดับ 3 โดยการจัดการเรียนรู้ด้วยการให้ความรู้เรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย การ

คล้ายเครียด มีการจัดกิจกรรมในการสร้างพันธะสัญญาร่วมกัน ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับงานของ (Sarin et al., 2019) ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง โดยการจัดการเรียนรู้ผ่านการบรรยายเพื่อให้ความรู้ การฝึกทักษะต่าง ๆ โดยภายหลังการจัดกิจกรรม มีการติดตามประเมินโดยการเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัย พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และงานของ (Suebpan et al., 2021) ศึกษาการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยการจัดการเรียนรู้ในรูปแบบของการจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม มีการใช้สื่อประกอบการเรียนรู้ ได้แก่ สไลด์ประกอบการบรรยาย โมเดลอาหาร แผนภาพ และคู่มือการดูแลตนเอง ระหว่างจัดกิจกรรมมีการโทรศัพท์ติดตามกระตุ้นเป็นระยะ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานของ (Limrersakul et al., 2022) ศึกษาโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการจัดการเรียนรู้ด้วยการเรียนรู้ด้วยการสอนสุขศึกษา เพื่อให้ความรู้ การฝึกทักษะในด้านต่าง ๆ เช่น การฝึกการค้นหาข้อมูลในอินเทอร์เน็ต ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่าของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนงานที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคอ้วนดังเช่นงานของ (สุกัญญา คณะวาปี & เกศินี สราญฤทธิชัย, 2022) ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม ที่ได้โปรแกรมที่แตกต่างกัน ตัวอย่างของโปรแกรมที่ 1 คือ กลุ่มทดลองจะได้รับการจัดการเรียนรู้ด้วยการจัดการบรรยายให้ความรู้ มีการใช้สื่อ power point ประกอบการบรรยาย มีการสาธิต การฝึกปฏิบัติการใช้สมาร์ทโฟนในการสืบค้น รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมกลุ่มด้วยการอภิปราย การเล่นเกมส์ การแสดงบทบาทสมมุติ และมีการติดต่อสื่อสารด้วยการใช้ไลน์กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

จากทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคคล โดยวิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็น การจัดการเรียนรู้ผ่านเทคนิคต่าง ๆ การใช้กระบวนการกลุ่ม การให้คำแนะนำ ให้ความรู้ รวมถึงการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการใช้สื่อต่าง ๆ เช่น สื่อสังคมออนไลน์ผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่ รวมทั้งการใช้สื่อหลากหลายประเภท เช่น ภาพถ่าย วิดีทัศน์ และแผ่นพับ เป็นต้น โดยภายหลังการจัดการเรียนรู้ มีการประเมินผลจากการติดตามเป็นระยะ และประเมินผลตอนจบกิจกรรม จากที่กล่าวมาด้านต้นจึงจะสามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในทางที่ดีขึ้น และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น ดังนั้นเพื่อให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

3.2 โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันในลักษณะของเหตุ และผล (Nutbeam, 2000) ได้อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นดัชนีชี้วัดที่สามารถสะท้อน และอธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการดำเนินงานสุขศึกษา การจัดกิจกรรมการสื่อสารในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค วิธีการที่จะสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้น การสอนสุขศึกษาเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญแต่เป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น อันเนื่องมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถเกิดขึ้นได้โดยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ การฝึกทักษะด้วยตนเอง ซึ่งอาจมีการสอดแทรกกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และเกิดการปฏิบัติจริง ทั้งนี้ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการกำหนดเนื้อหาความรู้ในกระบวนการสอนสุขศึกษา (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง & ดวงเนตร ธรรมกุล, 2558) ความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการสอนสุขศึกษา คือ ผลลัพธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบุคคล ในหลายระดับ ส่วนการสอนสุขศึกษาให้ความสำคัญกับกระบวนการในการถ่ายทอดความรู้ในระดับที่บุคคลสามารถจัดการกับสุขภาพของตนเอง (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2551)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีการศึกษาในปัจจุบันเป็นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการจัดกิจกรรมผ่านทั้งการบรรยายให้

ความรู้ การใช้การสาธิต ดังเช่นงานของ (อำนวย เนียมหมื่นไวย์, 2018) มีการจัดกิจกรรมผ่านการบรรยาย รวมถึงการฝึกทักษะในด้านต่าง ๆ สอดคล้องกับงานของ (Chiangkhong et al., 2019) ที่มีการจัดกิจกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลงผ่านการบรรยาย การสาธิตทักษะการปฏิบัติพฤติกรรม เช่นเดียวกับงานของ (Sarin et al., 2019) และงานของ (Suebpan et al., 2021) มีการจัดกิจกรรมผ่านการบรรยายโดยใช้สื่อประกอบการบรรยาย สำหรับการศึกษาในบางงานนอกจากการบรรยาย การสาธิตแล้วนั้น มีการให้ลงมือปฏิบัติจริงภายหลังการสาธิตดังเช่นงานของ (วุฒิพงศ์ ธนะขว้าง, 2021) และงานของ (Lin et al., 2019) ที่มีการให้ลงมือปฏิบัติจริง สอดคล้องกับงานของ (สุกัญญา คณะวาปี & เกศินี สราญฤทธิชัย, 2022) ที่ภายหลังการสาธิตจะมีการให้ฝึกปฏิบัติการใช้สมาร์ตโฟนในการสืบค้น นอกจากนี้ยังมีการใช้สื่อวีดิทัศน์ประกอบการจัดกิจกรรมดังเช่นงานของ (เบญจวรรณ ช่วยแก้ว et al., 2021) มีการจัดกิจกรรมผ่านการดูสื่อวีดิทัศน์ สอดคล้องกับงานของ (วริษา กันบัวลา et al., 2021) มีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะความรู้ทั้งชั้นพื้นฐานผ่านการบรรยายประกอบการการใช้สื่อวีดิทัศน์

สำหรับการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมการศึกษาส่วนใหญ่มีใช้สมุดบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อติดตามดังเช่นงานของ (อรทัย มานะธนะ, 2019) และงานของ (วริษา กันบัวลา et al., 2021) ที่มีการใช้สมุดพกประจำตัวเพื่อบันทึกพฤติกรรม สอดคล้องกับงานของ (Suebpan et al., 2021) มีการใช้คู่มือการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยบันทึกระหว่างจัดกิจกรรม เช่นเดียวกับ (เบญจวรรณ ช่วยแก้ว et al., 2021) นอกจากการใช้สมุดบันทึกพฤติกรรม แล้วนั้นยังมีการมอบหมายงานให้ปฏิบัติตาม นอกจากการใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมแล้วนั้นยังมีการติดตามเยี่ยมบ้านดังเช่นงานของ (จิราวัฒน์ สิงทองทัศน์ et al., 2022) ที่มีการตรวจเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้น และประเมินการปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับงานของ (Seedaket et al., 2022) ที่ได้มีการติดตามประเมินด้วยการเยี่ยมบ้านเป็นระยะ ส่วนงานของ (Suebpan et al., 2021) จะมีการโทรศัพท์ติดตามกระตุ้นผู้ป่วยเป็นระยะ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบและพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากโปรแกรมในงานวิจัยที่ผ่านมา ทั้งในด้านกลุ่มเป้าหมาย แนวคิดที่ใช้เป็นกรอบในการพัฒนา และวิธีการดำเนินกิจกรรม โดยเฉพาะการบูรณาการทั้งเนื้อหาและกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยด้านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2558; สุวิดา

และคณะ, 2565) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะยาว อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจซึ่งเป็นผู้ป่วยที่จำเป็นอย่างยิ่งที่ควรมีความรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลไปถึงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองหลังผ่าตัดที่ยั่งยืน และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนไม่ว่าจะเป็น ภาวะหัวใจล้มเหลว การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน และภาวะเลือดออกจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Vassileva et al., 2014; Younas & Quennell, 2019) ยังไม่ค่อยได้รับความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมเชิงลึก

โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโดยอิงตามแนวคิดโมเดลบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพ (Integrated Model of Health Literacy) ของ Sorensen et al., (2012) ซึ่งครอบคลุมทักษะหลัก 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (access), การเข้าใจข้อมูล (understand), การประเมินข้อมูล (appraise) และการประยุกต์ใช้ข้อมูล (apply) โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาผนวกเข้ากับรูปแบบการจัดกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับช่วงเวลาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ก่อนการผ่าตัด การฝึกทักษะในช่วงจำหน่ายจากโรงพยาบาล การจัดกิจกรรมเรียนรู้ผ่านคลิปมัลติมีเดีย และการติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังการกลับบ้าน ซึ่งจุดเด่นของโปรแกรมในงานวิจัยนี้คือ การจัดกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผ่านการฝึกปฏิบัติจริงและการสะท้อนประสบการณ์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากภายใน (transformative learning) อันเป็นหลักสำคัญในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้มีความยั่งยืน (Bandura, 1986; ประศักดิ์ สันติภาพ, 2563) ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยจำนวนมากที่เน้นเพียงการให้ความรู้โดยใช้เอกสารหรือการบรรยายเพียงอย่างเดียว (จิรารัตน์ และคณะ, 2565; วริษา และคณะ, 2564) โดยงานวิจัยฉบับนี้มุ่งเน้นการออกแบบ และทดลองใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะด้านในการดูแลสุขภาพตนเอง การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้น โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างจากโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิม ทั้งในด้านกลุ่มเป้าหมาย วิธีการจัดกิจกรรม และแนวคิดที่ใช้เป็นกรอบในการพัฒนา ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเชิงระบบในระดับโรงพยาบาลตติยภูมิ ตลอดจนสามารถขยายผลไปสู่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในระดับนโยบายต่อไป และสำหรับการศึกษาในครั้งนี้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ หมายถึง กระบวนการที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาทักษะ และ

ศักยภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ในการเข้าถึงข้อมูลและเลือกแหล่งบริการสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อทางด้านสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรม และการจัดการตนเองและสภาพแวดล้อมในบ้าน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้า การเข้าใจ การประเมิน การประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ และก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองภายหลังการผ่าตัดลิ้นหัวใจ ซึ่งแบ่งรูปแบบการจัดกิจกรรมตามกระบวนการเรียนรู้ด้วยเทคนิคการฝึกอบรม ประกอบด้วยกิจกรรม การสร้างความรู้ด้านสุขภาพผ่านการบรรยาย การฝึกทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ศูนย์การเรียนรู้ และการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องโดยใช้กรณีตัวอย่าง ซึ่งรายละเอียดของพฤติกรรมมี ดังนี้

1. กิจกรรมการสร้างความรู้ทางสุขภาพ (เพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูล) เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระทางด้านสุขภาพ โรคที่เป็นอยู่ การรักษาที่เกิดขึ้น การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง กิจกรรม ได้แก่ การบรรยายความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคลิ้นหัวใจ สอนคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับโรคลิ้นหัวใจ การสอนเรื่องยาที่ได้รับทั้งชนิด ขนาด ปริมาณ การออกฤทธิ์ รวมถึงผลข้างเคียงจากการได้รับยา การอ่านผลเลือดของตนเอง และการพัฒนาทักษะในการเขียน เพื่อบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองในรูปแบบบันทึกทางสุขภาพ

2. กิจกรรมการฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลและเลือกแหล่งบริการสุขภาพ (เพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล) เพื่อเพิ่มความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีการค้นหา และสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง กิจกรรม ได้แก่ การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการดูวิดีโอ วิธีการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต การใช้คำสืบค้นโดยผู้วิจัยทำการส่งให้ผู้ป่วยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ และมีการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นระยะ

3. กิจกรรมการฝึกทักษะการสื่อสารทางสุขภาพ (เพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมินข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการสภาพแวดล้อม โดยมีการอ่าน พูด เขียน ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และสามารถสื่อสารทางสุขภาพให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจได้ กิจกรรม ได้แก่ การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการดูวิดีโอ การใช้คำพูดในการสื่อสารทางสุขภาพ โดยผู้วิจัยทำการส่งให้ผู้ป่วยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ และมีการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นระยะ

4. กิจกรรมการฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (เพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประเมินข้อมูล) เพื่อเพิ่มความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง น่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่มีการนำเสนอผ่านสื่อ และวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองจาก

สื่อที่ไม่มีความน่าเชื่อถือ กิจกรรม ได้แก่ การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการดูวิดีโอ องค์กรที่มีความน่าเชื่อถือในการรับข้อมูลทางสุขภาพ โดยผู้วิจัยทำการส่งให้ผู้ป่วยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ และมีการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นระยะ

5. กิจกรรมการฝึกทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรม (เพิ่มพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย) ผู้วิจัยติดตามประเมินผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยผู้วิจัยทำการส่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคคลื่นหัวใจให้ผู้ป่วยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ และให้ผู้ป่วยบอกเหตุผล ซึ่งเป็นการประเมินรายบุคคล

6. กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการตนเอง (เพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้) เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเอง กิจกรรม ได้แก่ การให้คู่มือบันทึกภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วย เพื่อการบันทึกสัญญาณชีพ อาการ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพผู้ป่วย โดยมีส่วนที่ต้องบันทึกเป็นประจำ และบันทึกเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเมื่อเกิดอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยต้องทราบถึงการจัดการกับภาวะสุขภาพนั้นได้ โดยผู้วิจัยมีการติดตามเป็นระยะผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และมีช่องทางให้ผู้ป่วยติดต่อได้

3.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ และเทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การเรียนรู้เป็นกระบวนการ มีทั้งการกระทำ และการตอบสนองร่วมกัน การเรียนรู้จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติ การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และสามารถประเมินผลหรือตัดสินใจอะไรที่จะเป็นประโยชน์ หรือมีความสำคัญ รวมถึงใช้ข้อมูลนั้นๆเพื่อใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมอื่น (Kolb & Kolb, 2005) การจัดการเรียนรู้ในผู้ใหญ่แตกต่างจากการจัดการเรียนรู้ในเด็ก เนื่องจากผู้ใหญ่มีประสบการณ์การเรียนรู้ ดังนั้นการจัดการเรียนรู้ในผู้ใหญ่จึงต้องยึดหลักการตอบสนองต่อธรรมชาติของผู้ใหญ่ ซึ่งผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีต่อเมื่อมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ และได้รับแรงจูงใจให้อยากเรียน (Knowles, 1980) การจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ใหญ่ จึงมุ่งเน้นที่ผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยใช้เทคนิค วิธีการ และการบูรณาการเรียนรู้ด้านเนื้อหาสาระ และการจัดการเรียนรู้

การจัดการเรียนรู้ หากผู้สอนมีเทคนิคที่ดีจะทำให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ ซึ่งเทคนิคการสอน คือกลวิธีต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการสอน เพื่อให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (กุลิสรา จิตรขญาวนิช, 2562) ซึ่งวิธีการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพนอกจากจะเป็นการจัดการเรียนรู้ในห้องหรือในสถานพยาบาลแล้ว ยังสามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้ตลอดเวลา ดังนั้น การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การจัดการเรียนรู้แบบเปิดที่ใช้ในชีวิตประจำวัน และการจัดการเรียนรู้แบบปิดที่เป็นการจัดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

3.3.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายคำว่า ผู้ใหญ่ ไว้ว่า คือ คนที่มีอายุมาก มีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ เป็นหัวหน้าในงาน เป็นบุคคลระดับชั้นผู้บังคับบัญชา (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554) นอกจากคำนิยามตามพจนานุกรมแล้ว ยังมีการให้ความหมายของคำว่าผู้ใหญ่ไว้อย่างมากมาย ซึ่งมีการให้ความหมายที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่ความเฉพาะของหน่วยงานนั้นๆ สำหรับนักวิชาการบางรายที่ได้วิธีการพิจารณาความเป็นผู้ใหญ่โดยไม่ใช่อายุเป็นเกณฑ์ ดังเช่น (สมคิด อิศระวัฒน์, 2543) ให้ความหมายของคำว่าผู้ใหญ่ว่า คือบุคคลซึ่งมีอาชีพ มีรายได้ มีความรับผิดชอบชีวิต และมีบทบาทหลายหน้าที่ในคนเดียวกัน สอดคล้องกับ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2555) ที่บอกว่าวัยนี้จัดเป็นวัยที่มีพัฒนาการที่สมบูรณ์ มีวุฒิภาวะเต็มขั้น จึงสรุปได้ว่า ผู้ใหญ่หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีวุฒิภาวะ มีบทบาทหน้าที่หลายๆอย่างในตัวเอง

การเรียนรู้ของผู้ใหญ่มีความแตกต่างจากการเรียนรู้ในวัยเด็ก หรือในวัยเรียน การศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ เริ่มจาก Alexander Kapp นักการศึกษาชาวเยอรมัน ในปี ค.ศ. 1833 ได้มีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาจนเป็นทฤษฎีโดย Eugen Rosenstock Huessy สำหรับนักวิชาการที่ศึกษา พัฒนาทฤษฎีจนเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ในที่สุด คือ Malcolm Knowles ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Malcolm Knowles เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการส่งเสริมให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้บนพื้นฐานปรัชญามนุษยนิยม ที่ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง (self - directed) ความมีอิสระในการเรียนรู้ (autonomous) และการเอื้ออำนวยความสะดวก ในการเรียนรู้จากผู้สอน (facilitators) (Knowles, 1980)

หลักการการสอนตามหลักของทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles มีดังนี้

1. มโนทัศน์ของผู้เรียน (Self – concept) โดยที่ผู้ใหญ่ต้องการความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง มีการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีอิสระทางการคิดวิเคราะห์ความต้องการ วางแผน และการตัดสินใจทางการเรียนรู้

2. ประสบการณ์ของผู้เรียน (Learner experience) โดยผู้ใหญ่จะนำประสบการณ์ชีวิตมาเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ มุ่งเน้นการเชื่อมโยงประสบการณ์ชีวิต เข้ากับเนื้อหาสาระของการเรียนรู้ เรียกได้ว่าเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์

3. ความพร้อมของผู้เรียน (Readiness to learn) โดยผู้ใหญ่มุ่งให้ความสนใจในการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับการทำงานหรือการดำรงชีวิตของตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์การทำงาน และบทบาททางสังคม

4. แนวทางการเรียนรู้ (Orientation to learn) โดยผู้ใหญ่มุ่งเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก และสามารถนำความรู้ ประสบการณ์ไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ การเรียนรู้จึงมุ่งเน้นการประยุกต์ความรู้ไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ มากกว่าการใช้เนื้อหาเป็นหลัก

5. แรงจูงใจในการเรียนรู้ (Motivation to learn) โดยผู้ใหญ่ใช้แรงจูงใจภายในเป็นปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ มากกว่าแรงจูงใจจากภายนอก ทำให้มีการใช้ศักยภาพของตนเองในการเรียนรู้อย่างเต็มที่

สรุปการจัดการเรียนรู้ในผู้ใหญ่จึงควรคำนึงถึงมโนทัศน์ของผู้เรียนไม่ว่าจะเป็นบรรยากาศ ความต้องการในการเรียน ควรมีการวางแผนร่วมกันทั้งผู้สอน และผู้เรียน มีการนำประสบการณ์ของผู้เรียนมาเป็นเทคนิคในการจัดการเรียนผ่านการจัดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

3.3.2 เทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. การจัดการเรียนรู้แบบเปิดที่ใช้ในชีวิตประจำวัน (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เป็นการจัดกิจกรรมที่สามารถทำได้ตลอดเวลา ซึ่งทำได้ทั้งรายบุคคล และกลุ่มย่อย ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เป็นกิจกรรมที่ใช้เวลาไม่มากนัก เช่น เมื่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วย และญาติในเรื่อง การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การฉีดยา เป็นต้น

1.1 กลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ

1.1.1 การสร้างบรรยากาศการสื่อสารที่เป็นมิตร (Shame free environment) คือการสร้างความสะดวกสบายให้กับผู้รับบริการ เริ่มจากการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม โดยใช้ท่าที่เป็นมิตร และสอบถามหัวข้อที่ผู้รับบริการต้องการสื่อสาร

1.1.2 การปรับปรุงการสื่อสารระหว่างบุคคล คือการพูดคุยโดยใช้ภาษาที่คุ้นเคยที่บ้าน โดยใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ Ask me 3 และ Teach back เทคนิค 3 คำถามสุขภาพ สู่การมีสุขภาพที่ดี (Ask me 3) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่ควรรู้หลังจากได้รับบริการ เทคนิคสอนกลับ (Teach back) เป็นเทคนิคที่ทำให้ทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการได้อธิบายข้อมูลอย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยให้ผู้รับบริการอธิบายข้อมูลที่ได้รับไปจากบุคลากรสุขภาพด้วยคำพูดตามความเข้าใจของตนเองให้

บุคลากรสุขภาพฟัง ซึ่งเป็นกลวิธีในการตรวจสอบการให้ข้อมูลในเรื่องที่สำคัญกับผู้ป่วย เช่น การไข้ยา การดูแลสุขภาพ สามารถใช้ได้ทุกกลุ่มเป้าหมาย แต่จะมุ่งเน้นในกลุ่มที่ขาดสมมติในการรับฟังข้อมูล โดยวัตถุประสงค์ของการใช้เทคนิคสอนกลับ เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยว่าได้รับข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน สำหรับการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง & ดวงเนตร ธรรมกุล, 2558) ซึ่งมีขั้นตอนการทำการใช้เทคนิคสอนกลับ (Teach back) เริ่มต้นจากการประเมินกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคนี้ เช่น ผู้ป่วยที่มีการหลงลืมง่าย ขาดสมมติในการรับฟังข้อมูล โดยหลังการบรรยายให้ความรู้แล้วนั้นจะมีการให้ผู้ป่วยตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับว่าถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ ซึ่งหากมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนจะต้องมีการให้ข้อมูลใหม่อีกครั้ง เทคนิคจะใช้เมื่อสิ้นสุดการให้ข้อมูลแต่ละขั้นตอน หรือการให้บริการในขั้นสุดท้าย (Schillinger et al., 2003) และขั้นตอนสุดท้ายต้องมีการประเมินหลังการใช้เทคนิคว่ามีการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่

1.1.3. พัฒนาสื่อสุขภาพอุปกรณ์คู่มือและแบบฟอร์ม

1.1.4 ใช้สื่อประกอบ

1.1.5 ใช้กิจกรรมที่ช่วยเสริมพลังอำนาจเพื่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง

1.2 แนวทางการประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติการ

1.2.1 การสื่อสารทางวาจา โดยใช้การสื่อสารสองทาง คือ เมื่อมีการให้ข้อมูลควรมีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้รับบริการโดยใช้เทคนิคการสอนกลับ (Teach back) โดยใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้รับบริการอธิบายฟัง

1.2.2 การสื่อสารด้วยการเขียน ที่ควรใช้ในการสื่อสารในประโยคสั้น ๆ ในรูปประโยคที่เข้าใจง่าย หรือเป็นการสื่อสารโดยใช้ข้อความสำคัญให้ประชาชนจดจำได้ง่าย (Key message)

1.2.3 การใช้สื่อช่วยสอน เช่น การใช้วีดิทัศน์ รูปภาพ หรือสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ในการช่วยสอน โดยที่ไม่ใช้แทนคำแนะนำทั้งหมด

1.2.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจและการจัดการตนเองของผู้รับบริการ โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการให้ทำกิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ ของภาครัฐ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกันของครอบครัว หรือในกลุ่มต่างๆ ในสังคม เป็นต้น

1.2.5 ระบบสนับสนุนและการดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความรู้ด้านสุขภาพ ภายใต้บทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

เพื่อให้ผู้รับบริการสุขภาพมีทักษะที่สามารถเรียนรู้ด้านสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมตามบริบทปัญหาของผู้รับบริการ

2. การจัดการเรียนรู้แบบปิดโดยการจัดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ (กองสุขา ศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

การจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ได้ผล จำเป็นต้องใช้รูปแบบการเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลายเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยการใช้เทคนิคที่นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคคล การฝึกอบรมเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ จึงต้องอาศัยเทคนิค และวิธีต่างๆ เพื่อใช้เป็นสื่อ หรือเครื่องมือในการดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งผู้จัดการเรียนรู้สามารถประยุกต์ใช้ และเลือกใช้เทคนิคต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม เทคนิคการฝึกอบรม ประกอบไปด้วยเทคนิคทั้งหมด 20 เทคนิค ยกตัวอย่างเช่น

การบรรยาย (Lecture) คือกระบวนการที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้โดยการพูด บอก เล่า อธิบายสิ่งที่ต้องการสอนแก่ผู้เรียน โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสามารถซักถาม ภายหลังการบรรยายกำหนดให้มีการประเมินผู้เรียนด้วยวิธีต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้น ซึ่งวิธีการบรรยายมีข้อดี คือ ใช้เวลาน้อย และสามารถใช้กับผู้ฟังจำนวนมาก สำหรับข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ ผู้เรียนมีบทบาทน้อยในการมีส่วนร่วม

การใช้กรณีตัวอย่าง (Case) คือกระบวนการที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้โดยให้ผู้เรียนศึกษาเรื่องที่สมมุติขึ้นจากความเป็นจริง โดยที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาจริงขึ้น ตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ นำมาใช้เป็นข้อมูลในการอภิปราย เทคนิคนี้เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยเผชิญ หรือแก้ปัญหาโดยไม่ต้องรอให้เกิดปัญหาขึ้นจริง ข้อดี คือ ช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะการคิด วิเคราะห์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ สำหรับข้อจำกัด หากผู้เรียนมีความรู้จากประสบการณ์ไม่แตกต่างกัน อาจทำให้การเรียนรู้ไม่หลากหลาย

การใช้ศูนย์การเรียนรู้ (Learning Center) คือกระบวนการที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้โดยผู้สอนให้ผู้เรียนศึกษาเรียนรู้ด้วยตัวเองจากศูนย์การเรียนรู้ ที่ผู้สอนจัดเตรียมความรู้ และกิจกรรมไว้ ข้อดี คือ ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง เกิดความกระตือรือร้นในการเรียน สำหรับข้อจำกัด เป็นวิธีการสอนที่ต้องใช้สื่อการสอนจำนวนมาก โดยจุดมุ่งหมายของการจัดการเรียนรู้โดยศูนย์การเรียนรู้ คือมุ่งให้ผู้เรียนศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (ทิสนา เขมมณี, 2550) ทั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง โดยที่ผู้สอนจะลดบทบาทการสอนลงแต่จะเป็นผู้

เตรียมกิจกรรม หรือสื่อการสอนเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ (อาภรณ์ ใจเที่ยง, 2550)

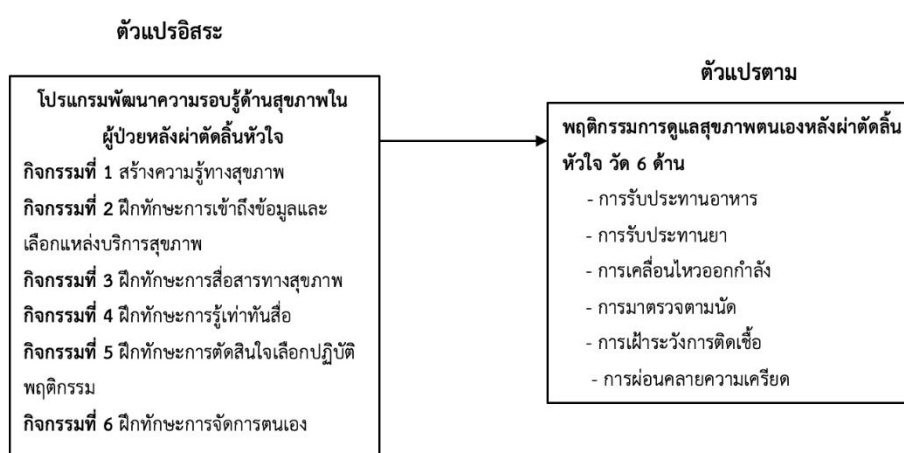
จากทั้งเทคนิคที่กล่าวในด้านต้น งานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การจัดการเรียนรู้ อย่างเป็นระบบเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกิจกรรม โดยมีการสอดแทรกการจัดการเรียนรู้แบบเปิด ในชีวิตประจำวัน สำหรับใช้ในโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดย เทคนิคที่เลือกใช้ในกิจกรรมที่ 1 และ 6 ใช้เทคนิคการฝึกอบรมด้วยการบรรยาย (Lecture) เพื่อให้ ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องของโรคลิ้นหัวใจ สอนคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับโรคลิ้นหัวใจ การสอนเรื่องยา ที่ได้รับทั้งชนิด ขนาด ปริมาณ การออกฤทธิ์ รวมถึงผลข้างเคียงจากการได้รับยา การอ่านผลเลือด ของตนเอง การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกภาวะสุขภาพ เพื่อพัฒนาทักษะในการ เขียน และบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองในรูปแบบบันทึกทางสุขภาพ โดยมีการสอดแทรกเทคนิค สอนกลับ (Teach back) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน กิจกรรมที่ 2-4 ใช้เทคนิคการฝึกอบรม ด้วยการให้ศูนย์การเรียนรู้ (Learning Center) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเอง ตามวัตถุประสงค์ของ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult learning theory) ซึ่ง จัดการเรียนรู้โดยผู้วิจัยจัดเตรียมความรู้ไว้ให้กับผู้ป่วย และมีการส่งความรู้ผ่านวีดิทัศน์ให้ผู้ป่วย ศึกษาด้วยตนเอง ที่เป็นกระบวนการสอนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ โดยการให้ ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยส่งให้ กิจกรรมที่ 5 ใช้เทคนิคการฝึกอบรมด้วยการใช้ กรณีตัวอย่าง (Case) ซึ่งผู้วิจัยใช้เทคนิคนี้ในการประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยที่ใช้ สถานการณ์ที่สมมุติขึ้นจากความเป็นจริง โดยไม่ก่อให้เกิดสถานการณ์ขึ้นจริง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ (Sorensen et al., 2012) ในการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ของ Sorensen et al. (2012) มี องค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ คือ ความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 2) การทำความเข้าใจข้อมูลและ บริการ คือ ความสามารถที่จะเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ 3) การประเมินข้อมูล คือ ความสามารถในการอธิบายการตีความ การกลั่นกรอง และประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง และ 4) การประยุกต์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ คือ ความสามารถในการสื่อสารและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ ในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเอง (อังคินันท์ อินทระกำแหง, 2560) และพฤติกรรมดูแล ตนเองหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้จากการสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรม ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การรับประทานยา 3) การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย

4) การมาตรวจตามนัด 5) การเฝ้าระวังการติดเชื้อ และ 6) การผ่อนคลายความเครียด เป็นตัวแปรตาม

ทั้งนี้ สามารถสรุปเป็นภาพกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษา ได้ดังนี้



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ จะมีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการใช้ทักษะด้านปัญญาและสังคม ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลข่าวสาร บริการทางสุขภาพ ที่ได้รับจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลและจัดการตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล และการประยุกต์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้

1. การเข้าถึงข้อมูล หมายถึง ความสามารถที่จะแสวงหา ค้นหา เข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ รวมถึงเพิ่มพูนความรู้ที่ทันด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพ

2. การเข้าใจข้อมูล หมายถึง ความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ เข้าใจความหมายที่ถูกต้อง รวมถึงเข้าใจข้อมูลสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพ

3. การประเมินข้อมูล หมายถึง ความสามารถในการอธิบาย ตีความ การกลั่นกรอง และประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง รวมถึงตีความ และประเมินสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพ

4. การประยุกต์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจเลือกเชื่อ และกระทำการดูแลสุขภาพ บนสถานการณ์การเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพ สื่อสาร และการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเอง รวมถึงการตัดสินใจจากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพ

การวัดความรู้ด้านสุขภาพ วัดโดยใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามนิยามเชิงปฏิบัติการ และประยุกต์ใช้ข้อคำถามจากแบบวัด The HLS-EU-Q47 และแบบวัด The ABCDE-health literacy scale for Thais แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามปลายปิด มีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ในการวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ผู้ที่ตอบแบบสอบถามได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ตอบแบบสอบถามได้คะแนนต่ำกว่า

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติด้วยตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรง ทั้งร่างกาย จิตใจ และฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นการกระทำที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ประกอบด้วย องค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด การเฝ้าระวังการติดเชื้อ และการผ่อนคลายความเครียด

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง ความถี่ในการกระทำของผู้ป่วยในการเลือกรับประทานอาหารจำพวกผักใบเขียว น้ำมันตับปลา ผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง เป็นต้น ในปริมาณที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกันทุกวัน และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีโซเดียม น้ำตาล และไขมันสูง

2. พฤติกรรมการรับประทานยา หมายถึง ความถี่ในการกระทำของผู้ป่วยในการรับประทานยา Warfarin ได้อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา โดยรับประทานยาครบตาม

จำนวนที่ต้องรับประทานต่อวัน ถูกชนิด ถูกขนาด และถูกเวลา โดยไม่เกิดพฤติกรรมการลืมรับประทาน และยอมรับว่าการรับประทานเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน

3. พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย หมายถึง ความถี่ในการกระทำของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมทางกาย ทั้งด้านการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมีแบบแผน และสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันตามปกติได้ โดยมีรูปแบบการออกกำลังกายเป็นแบบแอโรบิค (Aerobic exercise) ระดับเบาถึงปานกลาง แคพพอเหนื่อย มีเหงื่อออกเล็กน้อย ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วย และการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Resistance exercise) ในลักษณะการทำงานทั่วไปในชีวิตประจำวัน เช่น เดินขึ้น-ลงบันได ยกของเบา ๆ กวาดบ้าน เป็นต้น ซึ่งออกกำลังกายอย่างน้อย 3 – 5 วันต่อสัปดาห์ และ 5 – 10 นาทีต่อวัน

4. พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยที่แสดงถึงความสม่ำเสมอในการมาพบแพทย์ตามการนัดหมายทุกครั้ง โดยมาพบแพทย์ตรงวัน ตรงเวลา หากมีธุระสำคัญมีการติดต่อเลื่อนนัดทุกครั้ง นำสมุดบันทึกภาวะสุขภาพติดตัวมาทุกครั้งที่มาพบแพทย์

5. พฤติกรรมการเฝ้าระวังการติดเชื้อ หมายถึง ความถี่ในการกระทำของผู้ป่วยในการสังเกตอาการตนเองที่ไม่พึงประสงค์จากการมีเลือดออกตามไรฟัน จ้ำเลือดตามตัว ปัสสาวะเป็นเลือด หรืออุจจาระมีสีดำ เป็นต้น รวมถึง การกระทำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ทำให้ไม่เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยการดูแลช่องปากและฟันเพื่อป้องกันการอักเสบ การดูแลตนเองไม่ปล่อยให้เป็นไข้เรื้อรังซึ่งอาจเป็นสาเหตุของเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ และการดูแลตนเองไม่ปล่อยให้แผลเรื้อรังที่ส่งผลทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย

6. พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด หมายถึง ความสามารถในการจัดการอารมณ์ตนเองเพื่อผ่อนคลาย ด้วยการพักผ่อนนอนหลับ 6-8 ชั่วโมง ในช่วงเวลากลางคืน สามารถทำกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียด และผ่อนคลายได้ เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ การทำงานอดิเรกที่ทำให้เพลิดเพลิน เป็นต้น

การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ วัดโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามนิยามเชิงปฏิบัติการ และปรับปรุงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจของ สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ และคณะ (2565) และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเปลี่ยนหัวใจ ของภาวิตา พัฒน์มณี (2562) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองประกอบด้วยคำถามปลายปิด มีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ บ่อยมาก บ่อย บางครั้ง น้อยครั้ง

แทบไม่เคย ผู้ที่ตอบแบบสอบถามได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ตอบแบบสอบถามได้คะแนนต่ำกว่า

โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ หมายถึง ชุดกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องต่อการปฏิบัติ การตรวจสอบข้อมูล การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพตนเอง ตลอดจนมีการแสดงถึงการกระทำในการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการเคลื่อนไหวและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการมาตรวจตามนัด ด้านการเฝ้าระวัง และด้านการพักผ่อน โดยมีการจัดชุดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งหมด 6 ชุดกิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการฝึกอบรมทั้งหมด 3 ครั้ง โดยกิจกรรมที่ 2,3,4 จัดขึ้นพร้อมกันรวมเป็น 1 ครั้ง รายละเอียดโปรแกรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความรู้ทางสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บรรยายเรื่องโรคลิ้นหัวใจจะจัดขึ้นในช่วง 1 วัน ก่อนที่ผู้ป่วยผ่าตัด โดยใช้เวลาบรรยายทั้งหมด 15 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในเรื่องการเข้าถึงข้อมูล

กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลและเลือกแหล่งบริการสุขภาพ เป็นกิจกรรมการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพผ่านคลิปมัลติมีเดียที่ผู้วิจัยส่งให้ผู้วิจัยศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ในวันที่ 1-2 หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน โดยคลิปมีความยาวทั้งหมด 8 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในเรื่องการเข้าถึงข้อมูล **กิจกรรมที่ 3** ฝึกทักษะการสื่อสารทางสุขภาพ เป็นกิจกรรมการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพผ่านคลิปมัลติมีเดียที่ผู้วิจัยส่งให้ผู้วิจัยศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ในวันที่ 1-2 หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน โดยคลิปมีความยาวทั้งหมด 8 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในเรื่องการประเมินข้อมูล และการประยุกต์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เป็นกิจกรรมการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพผ่านคลิปมัลติมีเดียที่ผู้วิจัยส่งให้ผู้วิจัยศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ในวันที่ 1-2 หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน โดยคลิปมีความยาวทั้งหมด 8 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในเรื่องการประเมินข้อมูล

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกิจกรรมในวันที่ 5-7 หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน จะมีการติดตามระหว่างการฝึกทักษะผ่านทางโทรศัพท์โดยสอบถามวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ

พฤติกรรม หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถตอบได้ ผู้วิจัยจะสอบถามเรื่องจากผู้ป่วยสงสัย และช่วยแนะนำวิธีที่ถูกต้อง ใช้เวลาในการติดต่อโดยประมาณ 15 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการตนเองและสภาพแวดล้อมในบ้าน เป็นกิจกรรมการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพในวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีการสอนในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รวมถึงการใช้งานสมุด การบันทึกข้อมูล พร้อมทั้งให้ท่านทดลองบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในเรื่องการประยุกต์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย แบบมีกลุ่มควบคุม ทดสอบก่อน และหลังการทดลอง (Pre-test – Post-test control group design) เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยมีการนำเสนอตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. การกำหนดประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
2. การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
5. การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การกำหนดประชากร และการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจ และเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดลิ้นหัวใจที่แผนกศัลยกรรมทรวงอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยในช่วงปี พ.ศ.2566-2567 รวม 266 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจ และเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดลิ้นหัวใจที่แผนกศัลยกรรมทรวงอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Simple random allocation) ด้วยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน ซึ่งได้จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power ที่กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 กำหนดอำนาจทดสอบ .95 และคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน (Limrernsakul et al., 2022) โดยมีค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 48.18(SD=5.64) ,41.10(SD=5.25) ตามลำดับ ค่า effect size เท่ากับ 1.34 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 16 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มละ 4 คน รวมเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คนโดยที่กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะดังนี้

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1.1 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจผิดปกติทุกชนิด ที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 18 – 70 ปี

1.2 ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติ และเข้าร่วมกิจกรรมที่ 1 ระหว่างที่พักรักษาตัว

1.3 ผู้ป่วยสามารถมาตรวจตามนัดหมายของแพทย์ในช่วง 2-4 สัปดาห์ได้

1.4 ไม่มีปัญหาในการได้ยิน การพูด การมองเห็น และเข้าใจภาษาไทยได้ดีอ่านออกเขียนได้

1.5 สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อการติดต่อเรียนรู้

1.6 ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

2.1 ระหว่างทำกิจกรรม ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ไม่สามารถร่วมกิจกรรมต่อไปได้

2.2 ผู้ป่วยไม่สบายใจ หรือไม่สะดวกในการร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง

2. การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ผู้ช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ แบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำหรือข้อความ (close-end question and open-end question)

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีการลำดับขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร ตำรา บทความ งานวิจัย และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้แบบวัดอยู่ในกรอบแนวคิดของ Sorensen et al.2012

2. ผู้วิจัยพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยลิ้นหัวใจขึ้นตามนิยามเชิงปฏิบัติการ และประยุกต์ใช้ข้อคำถามจากแบบวัด The HLS-EU-Q47 ของ (Sorensen et al., 2013) และแบบวัด The ABCDE-health literacy scale for Thais ของ (Intarakamhang & Kwanchuen, 2016) โดยแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยลิ้นหัวใจใช้มาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ประกอบด้วย 4

องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 1 จำนวน 8 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 จำนวน 8 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 จำนวน 8 ข้อ และองค์ประกอบที่ 4 จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 39 ข้อ

3. นำแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทพิจารณา และทำการปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

4. หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยลิ้นหัวใจที่ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัด และประเมินผลการศึกษา และด้านสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา ข้อคำถาม และภาษาที่ใช้พิจารณาข้อคำถามในแบบวัดที่สร้างขึ้น ว่าสามารถวัดได้ตรงตามนิยามปฏิบัติการของการศึกษาวิจัยครั้งนี้หรือไม่ มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index of Congruence) โดยเกณฑ์ประเมินจากข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ และข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ซึ่งจากการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่าตั้งแต่ 0.67-1 นำแบบวัดมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้ ซึ่งพบว่ามีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา จำนวน 24 ข้อ โดยองค์ประกอบที่ 1 มีจำนวน 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 มีจำนวน 7 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 มีจำนวน 5 ข้อ และองค์ประกอบที่ 4 มีจำนวน 6 ข้อ

5. นำแบบวัดที่ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง

6. นำแบบวัดที่ได้มาตรวจวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อ และความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) พบว่าแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยลิ้นหัวใจมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ที่ระดับ 0.73

แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยลิ้นหัวใจ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูล ข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 การทำความเข้าใจข้อมูล ข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 การประเมินข้อมูล ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ และองค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการจัดการตนเอง ข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ โดยการประมาณค่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง แปลว่าผู้ตอบแบบวัดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง แต่หาการประมาณค่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำแปลว่าผู้ตอบแบบวัดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ

ตาราง 3 เกณฑ์การประเมินผลแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ

สรุปคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพ (องค์ประกอบ 1-4) รวม 24 ข้อ คะแนนเต็มรวม 120 คะแนน

คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	แปลผล
น้อยกว่า 72 คะแนน	ต่ำ	เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง
72-95 คะแนน	ปานกลาง	เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง
ตั้งแต่ 96 คะแนนขึ้นไป	สูง	เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และยั่งยืน

ตาราง 4 ตัวอย่างข้อคำถามในแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และเลือกคำตอบโดยใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อ	หัวข้อเรื่อง	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การเข้าถึงข้อมูล และบริการ						
0	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรืออาการเจ็บป่วยของตัวเอง					
การทำความเข้าใจข้อมูล และบริการ						
0	ท่านสามารถเข้าใจได้ในสิ่งที่ระบุบนฉลากยา เช่น วิธีรับประทานอย่างไร เวลาที่รับประทานยา ประโยชน์ของยา					
การประเมินข้อมูล						
0	ท่านสามารถประเมินข้อดี ข้อเสียจากทางเลือกการรักษาที่แพทย์ได้แจ้งกับท่าน					

ข้อ	หัวข้อเรื่อง	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การประยุกต์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการจัดการตนเอง						
0	ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกรได้ทุกข้อปฏิบัติ					

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยมีลำดับขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร ตำรา บทความ งานวิจัย และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้ข้อคำถามอยู่ในกรอบแนวคิด ซึ่งผู้วิจัยได้องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจจากการสังเคราะห์งานวิจัย

2. ผู้วิจัยสร้างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจขึ้นตามนิยามเชิงปฏิบัติการ และประยุกต์ใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจของ (Tepsuriyanont et al., 2022) และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังเปลี่ยนหัวใจ ของ (ภาวิตา พัฒน์มณี et al., 2562) โดยประกอบด้วยข้อคำถาม 66 ข้อ ที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ บ่อยมาก บ่อย บางครั้ง น้อยครั้ง แทบไม่เคยเลย ในการวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่ 1 การรับประทานอาหาร องค์ประกอบที่ 2 การรับประทานยา องค์ประกอบที่ 3 การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย องค์ประกอบที่ 4 การมาตรวจตามนัด องค์ประกอบที่ 5 การเฝ้าระวังการติดเชื้อ และองค์ประกอบที่ 6 การผ่อนคลายความเครียด

3. นำแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทพิจารณา และทำการปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

4. หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัด และประเมินผลการศึกษา และด้านสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา ข้อคำถาม และภาษาที่ใช้พิจารณาข้อคำถามในแบบวัดที่สร้างขึ้น ว่าสามารถวัดได้ตรงตามนิยามปฏิบัติการของการศึกษาวิจัยครั้งนี้หรือไม่ มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index of Congruence) โดยเกณฑ์ประเมินจากข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ และข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า

0.50 ต้องปรับปรุง ซึ่งจากการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่าตั้งแต่ 0.33-1 นำแบบวัดมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้ ซึ่งพบว่ามีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา จำนวน 54 ข้อ โดยองค์ประกอบที่ 1 มีจำนวน 10 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 มีจำนวน 8 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 มีจำนวน 10 ข้อ องค์ประกอบที่ 4 มีจำนวน 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 5 มีจำนวน 11 ข้อ และองค์ประกอบที่ 6 มีจำนวน 9 ข้อ

5. นำแบบวัดที่ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง

6. นำแบบวัดที่ได้มาตรวจวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อ และความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) พบว่าแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ที่ระดับ 0.81

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 การรับประทานอาหาร ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 การรับประทานยา ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ องค์ประกอบที่ 4 การมาตรวจตามนัด ข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 5 การเฝ้าระวังการติดเชื้อ ข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ และองค์ประกอบที่ 6 การผ่อนคลายความเครียด ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ โดยการประมาณค่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง แปลว่าผู้ตอบแบบวัดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง แต่หาการประมาณค่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ แปลว่าผู้ตอบแบบวัดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ

ตาราง 5 เกณฑ์การประเมินผลแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

สรุปคะแนนรวมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (องค์ประกอบ 1-6) รวม 54 ข้อ คะแนนเต็มรวม 270 คะแนน

คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	แปลผล
น้อยกว่า 162 คะแนน	ต่ำ	เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับที่ไม่เหมาะสม ขาดความเข้าใจที่ถูกต้อง
162-215 คะแนน	ค่อนข้างต่ำ	เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับที่เหมาะสมในบางเรื่อง แต่ยังไม่ต่อเนื่อง
216-242 คะแนน	ค่อนข้างสูง	เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับที่

	สูง	เพียงพอ สม่่าเสมอ
ตั้งแต่ 243 คะแนน ขึ้นไป	สูง	เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับที่ เพียงพอ มีการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และยั่งยืน

ตาราง 6 ตัวอย่างข้อคำถามในแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และเลือกคำตอบโดยใส่
เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อ	หัวข้อเรื่อง	บ่อย มาก	บ่อย บางครั้ง	น้อย ครั้ง	แทบ ไม่เคย
ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร					
0	ท่านรับประทานอาหารจำพวกผักใบ เขียวในปริมาณที่ใกล้เคียงกันในแต่ละ มื้อ				
ด้านพฤติกรรมการรับประทานยา					
0	ท่านมักจะลืมรับประทานยาหรือ รับประทานยาไม่ตรงตามเวลา				
ด้านพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย					
0	ท่านออกกำลังกาย อาทิเช่น เดินใน แนวราบ เดินรอบบ้าน เดินในสวน เป็นต้น				
ด้านพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด					
0	ท่านจดจำวันนัดหมายพบแพทย์ได้				
ด้านพฤติกรรมการเฝ้าระวังการติดเชื้อ					
0	เมื่อท่านมีไข้สูงท่านเลือกกินยาลดไข้ มากกว่าการไปพบแพทย์				
ด้านพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด					
0	ท่านควบคุมตนเองไม่ให้โกรธง่าย				

ข้อ	หัวข้อเรื่อง	บ่อย มาก	บ่อย	บางครั้ง	น้อย ครั้ง	แทบ ไม่เคย
	หูดหงิง่าย วิตกกังวลและเครียด					
	บ่อย					

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ (Sorensen et al., 2012) ในการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ผ่าน Line application บนโทรศัพท์สมาร์ทโฟนเป็นรายบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคลิ้นหัวใจ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และ ฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะการจัดการตนเองและสภาพแวดล้อมในบ้าน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้คำปรึกษาผ่านทาง Line application โดยสื่อที่ใช้ในการให้ความรู้ประกอบด้วย

1. สื่อ Power point โดยผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องโรคลิ้นหัวใจ ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รวมทั้งคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับโรคลิ้นหัวใจ ยาที่ได้รับทั้งชนิด ขนาด ปริมาณ การออกฤทธิ์ ผลข้างเคียงจากการได้รับยา การอ่านผลเลือดของตนเอง

2. สมุดประจำตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยผู้วิจัย อธิบายการใช้งานสมุดการบันทึกข้อมูล พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยทดลองบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเอง

ระยะที่ 2 ระยะหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ผู้วิจัยฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยผ่านทางศูนย์การเรียนรู้ใน Line application ที่ผู้วิจัยส่งให้ผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ โดยระหว่างการฝึกทักษะ ผู้วิจัยมีการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยฝึกทักษะผ่านศูนย์การเรียนรู้ด้วยตัวเองเป็นระยะๆ และมีการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยระหว่างการฝึกทักษะจำนวน 1 ครั้ง เพื่อฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมผ่านทาง Line application หรือทางโทรศัพท์

1. คลิปวิดีโอมีเดียเดียว โดยผู้วิจัยจะส่งคลิปวิดีโอมีเดียเดียวให้ผู้ป่วยผ่านศูนย์การเรียนรู้ทาง Line application โดยเนื้อหาจะประกอบไปด้วยเนื้อหาที่ใช้ในการฝึกทักษะทั้งหมด 3 ทักษะ ได้แก่ ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูล และเลือกแหล่งบริการสุขภาพ, การสื่อสารทางสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ

2. แนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อการติดตาม และการฝึกทักษะ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้การสอบถาม เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน อาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อประเมินทักษะด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรม และให้แนวทางที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยอีกครั้ง

3. สมุดประจำตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกระหว่างการฝึกทักษะผ่านศูนย์การเรียนรู้ที่ผู้วิจัยส่งให้หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อตรวจสอบได้ว่า ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะอย่างครบถ้วนตามที่ผู้วิจัยส่งให้ผ่านศูนย์การเรียนรู้ใน Line application

ตาราง 7 สรุปโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

ชื่อ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ ทฤษฎี	เทคนิค	กิจกรรม	ประเมินผล
กิจกรรม สร้าง ความรู้ ทาง สุขภาพ (15 นาที)	1. เพื่อให้ ผู้ป่วยมีความ รอบรู้ด้าน สุขภาพ ด้าน การทำความ เข้าใจข้อมูล และบริการ	1. แนวคิด ความรอบ รู้ด้าน สุขภาพ 2. ทฤษฎี การเรียนรู้ ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory)	1. เทคนิค การ บรรยาย (Lecture) 2. เทคนิค การสอน กลับ (Teach back)	1. บรรยาย ประกอบสื่อการ สอน Power Point เรื่องโรคลิ้น หัวใจ ประกอบไป ด้วย ข้อมูล เกี่ยวกับโรค การ รักษา การปฏิบัติ ตัวหลังผ่าตัด รวมทั้งคำศัพท์ พื้นฐานเกี่ยวกับ โรคลิ้นหัวใจ ยาที่ ได้รับทั้งหมด	1. ผู้ป่วย เข้าใจข้อมูล เกี่ยวกับโรค ลิ้นหัวใจ ประเมินจาก การใช้ เทคนิคการ สอนกลับ (Teach back) โดย ให้ผู้ป่วย บอกข้อมูลที่ ได้เรียนรู้

ชื่อ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ ทฤษฎี	เทคนิค	กิจกรรม	ประเมินผล
				ขนาด ปริมาณ การออกฤทธิ์ ผลข้างเคียงจาก การได้รับยา การ อ่านผลเลือดของ ตนเอง	ด้วยภาษา ของตัวเอง
กิจกรรม ฝึกทักษะ การเข้าถึง ข้อมูล และเลือก แหล่ง บริการ สุขภาพ (คลิปวิดีโอ รวม 8 นาที)	1. เพื่อให้ ผู้ป่วยมีความ รอบรู้ด้าน สุขภาพ ด้าน การเข้าถึง ข้อมูล และ บริการ	1. แนวคิด ความรอบ รู้ด้าน สุขภาพ 2. ทฤษฎี การเรียนรู้ ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory)	1. เทคนิค การใช้ศูนย์ การเรียนรู้ (Learning Center)	1. ผู้วิจัยติดต่อ ผู้ป่วยผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน 2. ผู้วิจัยส่งวิดีโอ ทัศน์เกี่ยวกับการ เข้าถึงข้อมูล และ บริการ ให้ผู้ป่วย ผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน 3. ผู้ป่วยศึกษา เรียนรู้ด้วยตนเอง ผ่านศูนย์การเรียนรู้ ที่ผู้วิจัยจัดเตรียม ไว้ 4. ผู้วิจัยติดตาม กระตุ้นให้ผู้ป่วย ศึกษาเรียนรู้ด้วย ตนเอง	1. ผู้ป่วย เข้าใจ วิธีการ เข้าถึงข้อมูล และเลือก แหล่ง บริการ สุขภาพที่ เหมาะสม กับภาวะ สุขภาพ 2. แบบวัด ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ หลังเข้าร่วม กิจกรรม
กิจกรรม ฝึกทักษะ การสื่อสาร	1. เพื่อให้ ผู้ป่วยมีความ รอบรู้ด้าน	1. แนวคิด ความรอบ รู้ด้าน	1. เทคนิค การใช้ศูนย์ การเรียนรู้	1. ผู้วิจัยติดต่อ ผู้ป่วยผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน	1. ผู้ป่วย สามารถ สื่อสาร

ชื่อ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ ทฤษฎี	เทคนิค	กิจกรรม	ประเมินผล
ทาง สุขภาพ (คลิปวิดีโอ รวม 8 นาที)	สุขภาพ ด้าน การประเมิน ข้อมูล และการ จัดการ สภาพแวดล้อม	สุขภาพ 2. ทฤษฎี การเรียนรู้ ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory)	(Learning Center)	2. ผู้วิจัยส่งวิดีโอ ทัศน์เกี่ยวกับการ เข้าถึงข้อมูล และ บริการ ให้ผู้ป่วย ผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน 3. ผู้ป่วยศึกษา เรียนรู้ด้วยตนเอง ผ่านศูนย์การเรียนรู้ ที่ผู้วิจัยจัดเตรียม ไว้ 4. ผู้วิจัยติดตาม กระตุ้นให้ผู้ป่วย ศึกษาเรียนรู้ด้วย ตนเอง	ข้อมูลกับ บุคลากร ทางการ แพทย์ได้ อย่างมี คุณภาพ 2. แบบวัด ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ หลังเข้าร่วม กิจกรรม
กิจกรรม ฝึกทักษะ การรู้เท่า ทันสื่อ (คลิปวิดีโอ รวม 8 นาที)	1. เพื่อให้ ผู้ป่วยมีความ รอบรู้ด้าน สุขภาพ ด้าน การประเมิน ข้อมูล	1. แนวคิด ความรอบ รู้ด้าน สุขภาพ 2. ทฤษฎี การเรียนรู้ ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory)	1. เทคนิค การใช้ศูนย์ การเรียนรู้ (Learning Center)	1. ผู้วิจัยติดต่อ ผู้ป่วยผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน 2. ผู้วิจัยส่งวิดีโอ ทัศน์เกี่ยวกับการ เข้าถึงข้อมูล และ บริการ ให้ผู้ป่วย ผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน 3. ผู้ป่วยศึกษา เรียนรู้ด้วยตนเอง ผ่านศูนย์การเรียนรู้	1. ผู้ป่วย เลือกgrab ข่าวสารทาง สุขภาพผ่าน สื่อที่ เหมาะสม 2. แบบวัด ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ หลังเข้าร่วม กิจกรรม

ชื่อ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ ทฤษฎี	เทคนิค	กิจกรรม	ประเมินผล
				ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้	
				4. ผู้วิจัยติดตามกระตุ้นให้ผู้ป่วยศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง	
กิจกรรม ฝึกทักษะ การ ตัดสินใจ เลือก ปฏิบัติ พฤติกรรม (15 นาที)	1. เพื่อให้ ผู้ป่วยมี พฤติกรรม การดูแลตนเอง หลังผ่าตัด หัวใจที่ เหมาะสม	1. แนวคิด ความรอบ รู้ด้าน สุขภาพ	1. เทคนิค การใช้กรณี ตัวอย่าง (Case)	1. ผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน ผู้ป่วยโดยผู้วิจัย 2. ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ป่วยโดยผู้วิจัย สมมติเหตุการณ์ขึ้น (อ้างอิงจากสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ โดยที่อาจจะยังไม่เกิดขึ้นจริงกับตัวผู้ป่วย) เพื่อให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ว่า หากเกิดเหตุการณ์นั้นๆ ขึ้น ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมหรือไม่อย่างไร	1. ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติพฤติกรรม ได้ สอดคล้องกับ สถานการณ์ 2. ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแล ตนเองอย่าง ต่อเนื่องใน ระยะกลับ บ้าน 3. แบบวัด พฤติกรรม การดูแล สุขภาพ ตนเองหลัง เข้าร่วม กิจกรรม

ชื่อ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	แนวคิด/ ทฤษฎี	เทคนิค	กิจกรรม	ประเมินผล
				พฤติกรรมกร รับประทาน อาหาร การ รับประทานยา การมาตรวจตาม นัด การเฝ้าระวัง การติดเชื้อ และ การผ่อนคลาย ความเครียด	
กิจกรรม ฝึกทักษะ การจัดการ ตนเอง (30 นาที)	1. เพื่อให้ ผู้ป่วยมีความ รอบรู้ด้าน สุขภาพ ด้าน การนำข้อมูล ไปใช้ในการ จัดการตนเอง	1. แนวคิด ความรอบ รู้ด้าน สุขภาพ 2. ทฤษฎี การเรียนรู้ ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory)	1. เทคนิค การ บรรยาย (Lecture) 2. เทคนิค การสอน การสน กลับ (Teach back)	1. ฝึกทักษะการ บันทึกข้อมูล สุขภาพตนเองโดย เริ่มจากการบอก ความหมายของ ข้อมูลแต่ละตัว ทั้ง อุณหภูมิ ชีพ จร ความดันโลหิต ค่าผลเลือดที่ สำคัญ ลักษณะ แผลผ่าตัด ลักษณะอาการใน ปัจจุบัน และให้ ผู้ป่วยทดลอง บันทึกข้อมูลด้วย ตนเอง	1. ผู้ป่วย บันทึก ข้อมูล สุขภาพ ตนเองลงใน สมุดบันทึก สุขภาพได้ ถูกต้อง ครบถ้วน 2. แบบวัด ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ หลังเข้าร่วม กิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ

อาจารย์แพทย์ด้านศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก	1	ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลในสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์	1	ท่าน
อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือ	1	ท่าน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณา ตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะแล้ว นำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ของเครื่องมือทั้งหมด ดังนี้

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ CVI เท่ากับ 0.81
- แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง CVI เท่ากับ 0.9
- โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ CVI

เท่ากับ 1.0 ประกอบด้วย

1. คลิปวิดีโอมีเดีย เกี่ยวกับการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ในการฝึกทักษะด้วยตนเอง
2. แนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อการติดตามผู้ป่วยระหว่างการฝึกทักษะ และการประเมินทักษะผู้ป่วย
3. สื่อ Power point โดยผู้วิจัยใช้ประกอบการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องโรคลิ้นหัวใจ
4. สมุดประจำตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ใช้เพื่อการฝึกทักษะ และประเมินการเข้าฝึกทักษะด้วยตนเองของผู้ป่วย

เมื่อผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยวางแผนนำโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ได้รวมอยู่ในกลุ่มศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 ราย (เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย) โดยดำเนินการให้เสร็จสิ้นก่อนนำมาใช้เก็บข้อมูลจริง ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนแล้ว เพื่อทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และประเมินความเข้าใจของเนื้อหา ก่อนนำไปใช้ทดลองจริงกับกลุ่มตัวอย่าง (Gray, Grove, & Sutherland, 2017)

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 30 ราย (Polit & Beck, 2010) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) หาความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ยอมรับความเชื่อมั่นที่ .70 (Polit & Beck, 2010) เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริง

3. การนำเครื่องมือไปทดลองใช้

ภายหลังผ่านการพิจารณา ตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ มาพิจารณาปรับแก้ให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เนื้อหาเหมาะสม และนำไปทดลองใช้จริง ซึ่งทำภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม มีการดำเนินกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1 วันก่อนการผ่าตัด (วันที่ผู้ป่วย admit เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด)

1. ผู้วิจัยให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ก่อนผ่าตัด 1 วัน หรือวันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันแรก ที่หอผู้ป่วย ที่ท่านพักรักษาตัว ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 นาที

2. ผู้วิจัยให้ท่านตอบแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ ในวันที่ท่านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันแรก ที่หอผู้ป่วย ที่ท่านพักรักษาตัว ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 นาที

3. ผู้วิจัยให้ท่านตอบแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 54 ข้อ ในวันที่ท่านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันแรก ที่หอผู้ป่วย ที่ท่านพักรักษาตัว ใช้ระยะเวลาประมาณ 25 นาที

4. ผู้วิจัยให้ท่านเพิ่มผู้วิจัยเป็นเพื่อนในแอปพลิเคชันไลน์

5. ก่อนเข้ารับการผ่าตัด 1 วัน ท่านจะได้รับคำแนะนำในการเตรียมความพร้อมก่อน และหลังผ่าตัด จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ตามมาตรฐานวิชาชีพ

วันจำหน่ายจากโรงพยาบาล

วันที่จำหน่ายกลับบ้าน ท่านจะได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตามปกติ ตามมาตรฐานวิชาชีพ

อาทิตย์ที่ 2 หลังจำหน่ายกลับบ้าน (วันที่มาตรวจตามนัดหลังผ่าตัด) ขณะที่ท่านรอเรียกพบแพทย์

1. ให้ท่านตอบแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ ในวันที่ท่านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันแรก ที่หอผู้ป่วย ที่ท่านพักรักษาตัว ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 นาที
2. ให้ท่านตอบแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 54 ข้อ ในวันที่ท่านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันแรก ที่หอผู้ป่วย ที่ท่านพักรักษาตัว ใช้ระยะเวลาประมาณ 25 นาที
3. ผู้วิจัยจะสอบถามความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดลิ้นหัวใจ ผู้วิจัยจะส่งไฟล์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง ภายหลังการผ่าตัดลิ้นหัวใจ และคลิปวิดีโอการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพให้ท่านทางแอปพลิเคชันไลน์
4. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณท่าน ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และตอบแบบสอบถาม จากนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

กลุ่มทดลอง มีการดำเนินกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1 วันก่อนการผ่าตัด (วันที่ผู้ป่วย admit เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด)

1. ผู้วิจัยให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ก่อนผ่าตัด 1 วัน หรือวันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันแรก ที่หอผู้ป่วย ที่ท่านพักรักษาตัว ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 นาที
2. ผู้วิจัยให้ท่านตอบแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ ในวันที่ท่านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันแรก ที่หอผู้ป่วย ที่ท่านพักรักษาตัว ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 นาที

3. ผู้วิจัยให้ท่านตอบแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 54 ข้อ ในวันที่ท่านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันแรก ที่หอผู้ป่วย ที่ท่านพักรักษาตัว ใช้ระยะเวลาประมาณ 25 นาที

4. ผู้วิจัยให้ท่านเพิ่มผู้วิจัยเป็นเพื่อนในแอปพลิเคชันไลน์

5. ก่อนเข้ารับการผ่าตัด 1 วัน ท่านจะได้รับคำแนะนำในการเตรียมความพร้อมก่อน และผ่าตัด จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ตามมาตรฐานวิชาชีพ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคคลื่นหัวใจ และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดผ่านสื่อพาวเวอร์พอยท์ ซึ่งเป็นสื่อประกอบการสอน เป็นรายบุคคลจากผู้วิจัย ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

วันจำหน่ายจากโรงพยาบาล

วันที่จำหน่ายกลับบ้าน ท่านจะได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตามปกติ ตามมาตรฐานวิชาชีพ และท่านจะได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อดิจิทัล เป็นรายบุคคลจากผู้วิจัยอีกครั้งในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และ ฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะการจัดการตนเองและสภาพแวดล้อมในบ้าน ผ่านสื่อพาวเวอร์พอยท์ ซึ่งเป็นสื่อประกอบการสอน รวมถึงการใช้งานสมุด การบันทึกข้อมูล พร้อมทั้งให้ท่านทดลองบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

วันที่ 1-2 หลังจากที่ท่านกลับบ้าน

ท่านจะได้รับการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านคลิปวิดีโอมีเดีย ซึ่งเป็นสื่อประกอบการฝึกทักษะที่มีทั้งภาพ และเสียง แบ่งเป็นการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล และเลือกแหล่งบริการสุขภาพ, การสื่อสารทางสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อคลิปวิดีโอใช้เวลาโดยประมาณ 8 นาที โดยผู้วิจัยจะส่งวิดีโอมีเดียให้ท่านศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน ซึ่งท่านสามารถเปิดดูทบทวนย้อนหลังได้ผ่านโทรศัพท์สมาร์ตโฟนของท่าน

วันที่ 5-7 หลังจากที่ท่านกลับบ้าน

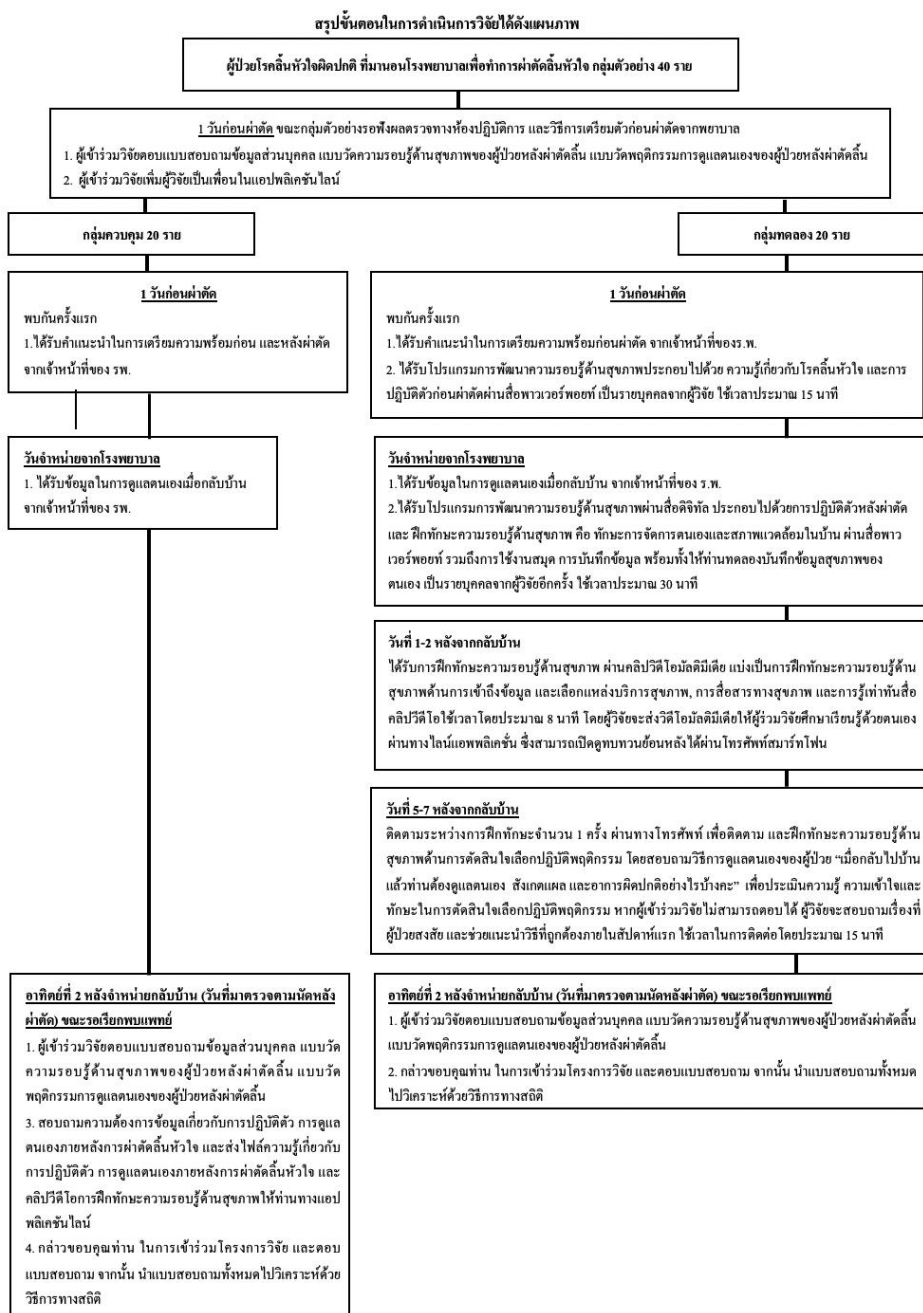
ผู้วิจัยติดตามระหว่างการฝึกทักษะจำนวน 1 ครั้ง ผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อติดตาม และฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรม โดยผู้วิจัยจะสอบถามวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วย “เมื่อกลับไปบ้านแล้วท่านต้องดูแลตนเอง สังเกตแผล และอาการ

ผิดปกติอย่างไรบ้างคะ” เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พฤติกรรม หากผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้ ผู้วิจัยจะสอบถามเรื่อง que ผู้ป่วยสงสัย และช่วยแนะนำวิธีที่ ถูกต้องภายในสัปดาห์แรก ใช้เวลาในการติดต่อโดยประมาณ 15 นาที

อาทิตย์ที่ 2 หลังจำหน่ายกลับบ้าน (วันที่มาตรวจตามนัดหลังผ่าตัด) ขณะที่ท่านรอเรียก พบแพทย์

1. ให้ท่านตอบแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ ในวันที่ท่านเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลวันแรก ที่หอผู้ป่วย ที่ท่านพักรักษาตัว ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 นาที
2. ให้ท่านตอบแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 54 ข้อ ในวันที่ ท่านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันแรก ที่หอผู้ป่วย ที่ท่านพักรักษาตัว ใช้ระยะเวลาประมาณ 25 นาที





ภาพประกอบ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process)

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ภายหลังจากที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแนะนำโครงการวิจัยให้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าร่วมโครงการวิจัย หากผู้ป่วยสนใจ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยขออนุญาตผู้ป่วยให้ผู้วิจัยเข้าพบ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติม
2. ผู้วิจัยเข้าพบกับผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ
3. อธิบายรายละเอียดการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปตามความสมัครใจ ทั้งเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถออกจากโครงการได้ตลอดเวลา การปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย หรือเสียผลประโยชน์ใดๆ ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยเคยได้รับทั้งสิ้น
4. เมื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical Consideration)

1. **หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person)** โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน เกี่ยวกับชื่อโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างรวมถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดี และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจอย่างอิสระในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการวิจัยหากต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถบอกเลิกได้ตลอดเวลา และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ มีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณะ และการรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น
2. **หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence)** การวิจัยครั้งนี้ คาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตนเองหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง นอกจากนี้ผลการศึกษาโดยรวมจะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อดิจิทัล มาใช้ในการให้ความรู้ และคำแนะนำ แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการ

ผ่าตัดลิ้นหัวใจ ระหว่างเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อไป หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ เช่น อาการใจสั่น หน้ามืด หรือรู้สึกหัวใจเต้นผิดปกติ ในขณะตอบคำถาม ทำแบบสอบถาม รับฟังข้อมูล หรือในขณะที่ได้รับการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะหยุดดำเนินการเก็บข้อมูลทันที และให้การช่วยเหลือตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย และช่วยประสานกับทีมพยาบาลและแพทย์ที่ดูแลรักษา เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

3. หลักความยุติธรรม (Justice) มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีอคติและเท่าเทียมกัน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกอย่างชัดเจน และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Simple random allocation) ด้วยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

5.1 สถิติสำหรับการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน และการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power
2. การวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Congruence: IOC) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์ปฏิบัติการ
3. การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นรายข้อ และความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (C-Coefficient) ของ (Cronbach) และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
4. วิเคราะห์หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยใช้สูตรคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง

5.2 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้ในการบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. สถิติ Independent samples *t*-test สำหรับสมมติฐานข้อที่ 1
3. สถิติ Mann-Whitney U Test สำหรับการตรวจสอบการจัดกระทำ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยก่อน และหลังได้รับโปรแกรม รวมถึงศึกษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับ และไม่ได้รับโปรแกรม โดยมีสมมติฐาน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และไม่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และไม่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้การทดสอบ Independent samples *t*-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ .05 ในการวิเคราะห์

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบการบิดงอ (Manipulation Check) โดยการตรวจสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และไม่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และไม่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้การทดสอบ Mann-Whitney U Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ .05 ในการวิเคราะห์

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผล

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{x}$ แทน ค่าเฉลี่ย

SD แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที

p แทน ค่าความน่าจะเป็น

* แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มทดลอง แทน ผู้ป่วยลิ้นหัวใจที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้าน
สุขภาพ

กลุ่มควบคุม แทน ผู้ป่วยลิ้นหัวใจที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้าน
สุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ (Percentage)
ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ดังตาราง
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ ที่ได้รับการผ่าตัดลิ้น
หัวใจ ที่แผนกศัลยกรรมทรวงอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 40 คน

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม		(n=40)
	(n=20)		(n=20)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							
ชาย	12	60.0	10	50.0	22	55.0	
หญิง	8	40.0	10	50.0	18	45.0	
อายุ (Mean ±SD)	(61.95	±18.02)	(68.85	±15.87)	(65.40	±17.13)	
สถานภาพสมรส							
โสด	2	10.0	2	10.0	4	10.0	
คู่	16	80.0	14	70.0	30	75.0	
หม้าย	2	10.0	4	20.0	6	15.0	
หย่า	0	0	0	0	0	0	
ระดับการศึกษา							
ไม่ได้เรียน	0	0	0	0	0	0	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	0	0	3	15.0	3	7.50	
ประถมศึกษา	4	20.0	3	15.0	3	7.50	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	1	5.0	4	20.0	8	20.0	
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	0	0	5	25.0	6	15.0	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม	(n=40)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	15	75.0	8	40.0	23	57.5
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	0	0	0	0
ผู้ดูแล						
บิดา	0	0	0	0	0	0
มารดา	1	5.0	1	5.0	2	5.0
สามี/ภรรยา	10	50.0	5	25.0	15	37.5
บุตร	10	50.0	14	70.0	24	60.0
ญาติ	1	5.0	1	5.0	2	5.0
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	20.0	9	5.0	13	32.5
เกษตรกรรม	0	0	0	0	0	0
ข้าราชการ	2	10.0	0	0	2	5.0
รัฐวิสาหกิจ	3	15.0	0	0	3	7.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	10.0	4	20.0	6	15.0
รับจ้างทั่วไป	0	0	1	5.0	1	2.5
ข้าราชการบำนาญ	7	35.0	6	30.0	13	32.5
นักเรียน	1	5.0	0	0	1	2.5
พนักงานเอกชน	1	5.0	0	0	1	2.5
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอเหลือเก็บ	13	65.0	12	60.0	25	62.5
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	7	35.0	8	40.0	15	37.5
ไม่เพียงพอมีหนี้สิน	0	0	0	0	0	0
โรคประจำตัว						
ไม่มี	1	5.0	2	10.0	3	7.5
มี	19	95.0	18	90.0	37	92.5
เบาหวาน	4	20.0	7	35.0	11	27.5
ความดันโลหิตสูง	15	75.0	17	85.0	32	80.0
ไขมันในเลือดสูง	4	20.0	7	35.0	11	27.5

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม	(n=40)
โรคหัวใจ	1	5.0	0	0	1	2.5

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน โดยสามารถจำแนกได้ดังนี้ กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน โดยสามารถจำแนกได้ดังนี้ กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน แบ่งเป็น ปัจจัยด้านเพศ เพศชาย จำนวน 12 คน (60%) เพศหญิง จำนวน 8 คน (40%) ปัจจัยด้านอายุ อายุเฉลี่ย 61.95 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สถานะสมรส (คู่) จำนวน 16 คน (80%) ปัจจัยด้านการศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 15 คน (75%) ปัจจัยด้านผู้ดูแลมีสามี/ภรรยา จำนวน 10 คน (50%) จำนวนเท่ากับบุตร จำนวน 10 คน (50%) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นข้าราชการบำนาญ จำนวน 7 คน (35%) และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บ จำนวน 13 คน (65%) สำหรับปัจจัยด้านโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 19 คน (95%) และโรคประจำตัวส่วนใหญ่คือ ความดันโลหิตสูง จำนวน 15 คน (75%)

ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน แบ่งเป็นปัจจัยด้านเพศ เพศชาย จำนวน 10 คน (50%) เพศหญิง จำนวน 10 คน (50%) ปัจจัยด้านอายุ อายุเฉลี่ย 68.85 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ สถานะสมรส (คู่) จำนวน 14 คน (70%) ปัจจัยด้านการศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 8 คน (40%) ปัจจัยด้านผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบุตร จำนวน 10 คน (50%) เป็นผู้ดูแล ปัจจัยด้านอาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 9 คน (45%) และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บ จำนวน 12 คน (60%) สำหรับปัจจัยด้านโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 18 คน (90%) และโรคประจำตัวส่วนใหญ่คือความดันโลหิตสูง จำนวน 17 คน (85%)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และไม่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เพื่อเป็นการทดสอบว่าโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และไม่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Independent samples *t*-test

ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายตัวแบบโค้งปกติ (Normal distribution) โดยใช้ Kolmogorov Smirnov Test (KS Test) พบว่าตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ค่าสถิติของทั้งสองกลุ่มมากกว่านัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($P>0.01$) แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติจึงใช้สถิติ Independent samples *t*-test ในการทดสอบ

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
ระยะก่อนการทดลอง				
1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	32.10	2.79	34.05	2.37
2. พฤติกรรมการรับประทานยา	28.15	2.39	26.85	1.57
3. พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย	32.25	2.22	33.10	2.20
4. พฤติกรรมการตรวจตามนัด	19.80	1.96	19.25	0.85
5. พฤติกรรมการเฝ้าระวังการติดเชื้อ	35.80	3.59	33.15	1.35
6. พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด	31.30	4.22	31.70	2.74
ระยะหลังการทดลอง				
1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	38.90	2.17	34.65	2.30
2. พฤติกรรมการรับประทานยา	36.85	2.78	27.00	1.56
3. พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย	37.00	2.51	33.75	2.22
4. พฤติกรรมการตรวจตามนัด	25.85	1.98	19.30	0.98
5. พฤติกรรมการเฝ้าระวังการติดเชื้อ	46.05	1.76	33.75	0.97
6. พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด	39.40	2.56	32.30	2.90

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้งก่อน และหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Independent sample *t*-test)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			t	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
ก่อนการทดลอง	178.10	7.05	ค่อนข้างสูง	179.40	14.45	ค่อนข้างสูง	.36	.720
หลังการทดลอง	180.75	7.59	ค่อนข้างสูง	224.05	9.09	สูง	16.36	<.001

จากตารางที่ 10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบการจัดกระทำ (Manipulation Check) โดยการตรวจสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และไม่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เพื่อเป็นการทดสอบว่าโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และไม่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Independent samples *t*-test

ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายตัวแบบโค้งปกติ (Normal distribution) โดยใช้ Kolmogorov Smirnov Test (KS Test) พบว่าตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าสถิติมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($P < 0.01$) แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ในการทดสอบ

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ
ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ความรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
ระยะก่อนการทดลอง				
1. การเข้าถึงข้อมูล	18.90	2.47	18.20	2.55
2. การทำความเข้าใจข้อมูล	22.15	2.74	21.35	1.93
3. การประเมินข้อมูล	15.55	2.01	14.15	1.73
4. การประยุกต์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้	20.10	1.97	19.70	1.38
ระยะหลังการทดลอง				
1. การเข้าถึงข้อมูล	25.50	1.96	18.95	1.76
2. การทำความเข้าใจข้อมูล	29.90	2.59	21.95	1.70
3. การประเมินข้อมูล	21.15	2.00	14.40	1.67
4. การประยุกต์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้	25.95	2.01	20.20	1.20

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้งก่อน และหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Mann-Whitney U Test)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			Z	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
ก่อนการทดลอง	73.40	6.66	ปานกลาง	76.70	8.81	ปานกลาง	-1.63	.883
หลังการทดลอง	75.50	5.53	ปานกลาง	102.50	7.89	สูง	-5.42	<.001

จากตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดลิ้นหัวใจที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย แบบมีกลุ่มควบคุม ทดสอบก่อน และหลังการทดลอง (Pre-test – Post-test control group design) โดยมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ผลการวิจัยในครั้งนี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ (Sorensen et al., 2012) ที่เน้นการเสริมสร้างความสามารถในการเข้าถึง ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ โดยพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนเองในมิติต่าง ๆ ทั้งในแง่ข้อมูลทางการแพทย์ และการปฏิบัติตน ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น โดยบทนี้เป็นการนำเสนอสรุปสาระสำคัญของวิธีการวิจัย ผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

สมมติฐานในการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับโปรแกรมพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพ จะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ไม่ได้รับโปรแกรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยมีกลุ่มศึกษา 2 กลุ่ม ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (Simple random allocation) โดยวิธีการสุ่มด้วยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน ซึ่งมีฉลากเลขคี่ และเลขคู่ อย่างละ 20 ใบ รวมเป็น 40 ใบ ตามหมายเลขที่สุ่มได้ กำหนดฉลากเลขคู่เป็นกลุ่มที่ 1 (กลุ่มที่ได้รับ

โปรแกรมฯ) จำนวน 20 คน และฉลากเลขคี่เป็นกลุ่มที่ 2 (กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ) จำนวน 20 คน โดยทำก่อนดำเนินการกิจกรรมตามแบบแผนการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ (Sorensen et al., 2012) กำหนดการเข้าร่วมโครงการจำนวน 5 ครั้ง และแบบวัด จำนวน 3 ตอน ได้แก่ แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ (วัดจาก 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล และการประยุกต์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการจัดการตนเอง) และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 1) สถิติพื้นฐานใช้ในการพรรณนาข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ ค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของกลุ่มตัวอย่าง 2) การวิเคราะห์สมมติฐาน โดยใช้ Independent sample *t*-test และ Mann-Whitney U Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน

จากการประมวลแนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ปรากฏในบทที่ 2 ทำให้สามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และสรุปผลตามสมมติฐาน ดังนี้

สรุปผลการทดลอง

ผลการวิจัยในครั้งนี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ (Sorensen et al., 2012) ที่เน้นการเสริมสร้างความสามารถในการเข้าถึง ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ โดยพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถอธิบายได้เมื่อบุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนเองในมิติต่างๆ ทั้งในแง่ข้อมูลทางการแพทย์ และการปฏิบัติตน ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดียิ่งขึ้น

สรุปผลการวิจัยสมมติฐาน

สมมติฐาน ระบุว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ จะมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ป่วยหลัง

ผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ การสรุปสมมติฐานในข้อนี้มาจากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านรวม พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($p < .05$) จึงสรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้สนับสนุนสมมติฐาน และภายหลังการทดลองผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ จะมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าคะแนนก่อนการทดลอง และสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ การสรุปสมมติฐานในข้อนี้มาจากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพด้านรวม พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($p < .05$) จึงสรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้สนับสนุนว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ มีการอภิปรายผล ดังนี้

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ที่มุ่งหมายเพื่อศึกษาความแตกต่างของความรู้ด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้ และไม่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ในระยะวัดหลังการทดลองทันที ซึ่งเป็นการทดสอบว่าโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ มีประสิทธิภาพทำให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจหรือไม่อย่างไร จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ (Sorensen et al., 2012) ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการดูแลสุขภาพตนเองในขอบเขตด้านสุขภาพทั้ง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล และการบริการทางการแพทย์ ความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง ความสามารถในการตีความข้อมูลทางการแพทย์ และความสามารถในการตัดสินใจเลือก เชื้อ เลือกใช้บริการ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย

จากผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ตนเองที่เพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอันเนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ กล่าวคือ มนุษย์ทุกคนมีความต้องการดูแลตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยจากโรค หรือสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต การดูแลตนเองจึงเป็นพฤติกรรมที่พัฒนาดังแต่วัยเด็ก และพัฒนาอย่างเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้เมื่อเกิดความเจ็บป่วย บุคลากรสุขภาพจึงมีบทบาทในการให้ส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้มากที่สุด และพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการดูแลตนเอง ซึ่งระบุว่า การมีแรงจูงใจ ความรู้ และทักษะจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องมีวินัยในเรื่องของการรับประทานยา การสังเกตอาการ และการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (Orem, 2001) ดังนั้น ผลของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้เกิดพฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพในขอบเขตด้านสุขภาพทั้ง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล และการบริการทางการแพทย์ ความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง ความสามารถในการตีความข้อมูลทางการแพทย์ และความสามารถในการตัดสินใจเลือกเชื่อ เลือกใช้บริการ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Sorensen, 2012) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาวินี ศรีสันต์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยผลการศึกษพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับต่ำ ($p < .01$) ซึ่งผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ซึ่งช่วยในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า วิธีการ และเทคนิคที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการจัดโปรแกรม เป็นวิธีการ และเทคนิคที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความรู้สู่การปฏิบัติตามความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรม สอดคล้องตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ในผู้ใหญ่โดยการใช้ศูนย์การเรียนรู้ โดยผู้สอนให้ผู้เรียนศึกษาเรียนรู้ด้วยตัวเองจากศูนย์การเรียนรู้ ที่ผู้สอนจัดเตรียมความรู้ และกิจกรรมไว้ ข้อดี คือ ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง เกิดความกระตือรือร้นในการเรียน สามารถกลับไปศึกษาซ้ำได้ตลอดเวลา โดยจุดมุ่งหมายของการจัดการเรียนรู้โดยศูนย์การเรียนรู้ คือ มุ่งให้ผู้เรียนศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (ทิสนา แหมมณี, 2550) ทั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง โดยที่ผู้สอนจะลดบทบาทการสอนลงแต่จะเป็นผู้เตรียมกิจกรรม หรือสื่อการสอนเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ (อาภรณ์ ใจเที่ยง, 2550) ทั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้

การจัดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกิจกรรม โดยมีการสอดแทรกการจัดการเรียนรู้แบบเปิดในชีวิตประจำวัน สำหรับใช้ในโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยใช้เทคนิคการฝึกอบรมด้วยการบรรยาย (Lecture) เพื่อให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องของโรคลิ้นหัวใจ โดยมีการสอดแทรกเทคนิคสอนกลับ (Teach back) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน และมีการส่งความรู้ผ่านวิดีโอทัศน์ให้ผู้ป่วยศึกษาด้วยตนเอง ที่เป็นกระบวนการสอนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ โดยการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านวิดีโอทัศน์ที่ผู้วิจัยส่งให้ รวมทั้งใช้เทคนิคการฝึกอบรมด้วยการใช้กรณีตัวอย่าง (Case) ซึ่งผู้วิจัยใช้เทคนิคนี้ในการประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยที่ใช้สถานการณ์ที่สมมุติขึ้นจากความเป็นจริง โดยไม่รอให้เกิดสถานการณ์ขึ้นจริง ทำให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ (Sorensen, 2012) ซึ่งมีหลักการหรือความเชื่อบนพื้นฐานว่า เป็นวิธีการเรียนรู้ที่สุดท้ายแล้วผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติได้จริง สามารถตระหนักเมื่อเจอปัญหาหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน และสามารถจัดการแก้ไขปัญหา และสถานการณ์ต่างๆ ได้นอกจากนี้การออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมโดยอ้างอิงสถานการณ์จริง ยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงผลลัพธ์ของการกระทำ และสร้างแนวทางในการป้องกันปัญหาเฉพาะตน ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ ดังนั้นจากการจัดสร้างโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในครั้งนี้เป็นกระบวนการสอนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ การใช้ศูนย์การเรียนรู้ (Learning Center) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเอง รวมทั้งการใช้กรณีตัวอย่าง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Nunthaitaweekul, 2024) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากการได้รับข้อมูล และมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะ ร่วมกับการติดตามผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์เป็นระยะ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Mahaviriyotal K (2021) พบว่าการให้ข้อมูล และการฝึกทักษะด้วยตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น เช่นเดียวกับ Reid KRY (2019) จากการศึกษาพบว่าการให้ความรู้ผ่านสื่อวิดีโอทัศน์ ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น

ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย จากการทดสอบสมมติฐานการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพใน

ระดับสูง ผู้ป่วยจะสามารถเข้าใจ และประเมินความเสี่ยงของตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ และนำไปสู่การตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ด้วยเหตุนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยจะสามารถเปลี่ยนจากความรู้บนพื้นฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติจริง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาวินี ศรีสันต์ และคณะ (2562) ที่พบว่าผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำหรือปานกลางมักมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม อันนำไปสู่การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suwida Limrernsakul (2022) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของ จันสุดา สืบพันธ์ (2563) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า ผลการศึกษานับสนุนผลของโปรแกรม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจมีความสามารถในการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจาก Younas & Quennell (2019) ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพควรถูกบูรณาการเข้ากับการดูแลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อผลักดันระบบการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ และพัฒนาการวิจัย

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเชิงรุก โดยการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย โดยใช้แบบวัดที่ครอบคลุมทั้งด้านการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล และการประยุกต์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย พร้อมสื่อการสอนประกอบการอธิบาย
2. การจัดโปรแกรมให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจสำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ ทั้งก่อนการจำหน่าย ในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาล โดยการให้คำแนะนำรายบุคคล เน้นที่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการ

ใช้สมุดบันทึกสุขภาพร่วมในการให้คำปรึกษา ส่วนในระยะหลังการจำหน่าย มีการติดตามทางไกลผ่านทาง Line application หรือโทรศัพท์ติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อทบทวนความเข้าใจ

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จึงควรมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

1. ส่งเสริมให้หน่วยคัดกรองตรวจของโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ นำโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ เข้าถึง และสามารถประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. บรรจุโปรแกรมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมของหน่วยคัดกรองตรวจที่มีการดูแลผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ
3. สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจมีการพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบสื่อดิจิทัลหรือแอปพลิเคชัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและรองรับการใช้งานในวงกว้าง
4. ส่งเสริมการจัดอบรมบุคลากรทางสุขภาพ ให้สามารถใช้โปรแกรมดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นแนวทางสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยพบว่าการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ บุคลากรทางสุขภาพจึงควรมีการส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน
2. ควรมีการศึกษาโดยติดตามผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในระยะยาว เพื่อความยั่งยืนของโปรแกรมที่ใช้ และพฤติกรรมที่ยั่งยืนของผู้ป่วย
3. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพในระยะเวลายาวอย่างน้อย 6 เดือน – 1 ปี ซึ่งจะช่วยให้เห็นผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน
4. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมให้ละเอียดมากขึ้น เช่น เพิ่มการสังเกตโดยตรง หรือการสัมภาษณ์เชิงลึกควบคู่กับแบบสอบถาม เพื่อเพิ่มความแม่นยำของข้อมูล

5. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยลิ้นหัวใจแบบบูรณาการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยมีการวิจัยแบบ action research เพื่อออกแบบแนวทางปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างพยาบาล เภสัชกร แพทย์ และนักโภชนาการ ในการให้คำแนะนำและติดตามหลังผ่าตัดอย่างเป็นระบบ

6. ศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของโปรแกรม โดยมีวิจัยด้าน Cost-effectiveness หรือ Cost-Benefit Analysis ของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเทียบกับต้นทุนการรักษาซ้ำ อันจะเป็นข้อมูลสนับสนุนการผลักดันสู่แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล



บรรณานุกรม

- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient education and counseling*, 38(1), 33-42.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. *Englewood Cliffs, NJ*, 1986(23-28), 2.
- Brunner, L. S. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (Vol. 1). Lippincott Williams & Wilkins.
- Chew, L. D., Bradley, K. A., & Boyko, E. J. (2004). Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med*, 36(8), 588-594.
- Chiangkhong, A., Intarakamhang, U., Duangchan, P., & Macaskill, A. (2019). Effectiveness of health literacy through transformative learning on glycemic control behavior in adult diabetes patients: a mixed methods approach. *The Journal of Behavioral Science*, 14(3), 49-61.
- Chin, J., Morrow, D. G., Stine-Morrow, E. A., Conner-Garcia, T., Graumlich, J. F., & Murray, M. D. (2011). The process-knowledge model of health literacy: evidence from a componential analysis of two commonly used measures. *Journal of health communication*, 16(sup3), 222-241.
- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*, 25(6), 391-395.
- de Meneses, L. S. T., Lima, F. E. T., de Oliveira, S. K. P., Oliveira, F. J. G., Vieira, M. d. C. M., Almeida, P. C., & da Silva, V. M. (2015). Self-care practice of patients with mechanical heart valve prosthesis accompanied in nursing consultation. *Health*, 7(10), 1387.
- Duong, T. V., Chang, P. W., Yang, S. H., Chen, M. C., Chao, W. T., Chen, T., Chiao, P., & Huang, H. L. (2017). A New Comprehensive Short-form Health Literacy Survey Tool for Patients in General. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*, 11(1), 30-35.

<https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.02.001>

- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC public health*, 12, 1-15.
- Fishman, J., & Aviram, G. (2002). Atrial thrombosis as a late complication of cardiac surgery computed tomography appearance. *Journal of cardiovascular surgery*, 43(5), 643.
- Hanson-Divers, E. C. (1997). Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: a preliminary study. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 8(1), 56-69.
- Intarakamhang, U., & Intarakamhang, P. (2017). Health literacy scale and causal model of childhood overweight. *Journal of research in health sciences*, 17(1), 368.
- Intarakamhang, U., & Khumthong, T. (2017). Measurement development of health literacy and unwanted pregnancy prevention behavior for Thai female adolescents. *J. Publ. Health Nurse*, 31(3), 19-38.
- Intarakamhang, U., & Kwanchuen, Y. (2016). The development and application of the ABCDE-health literacy scale for Thais. *Asian Biomed*, 10(6), 587-594.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes care*, 31(5), 874-879.
- Khodaminasab, A., Reisi, M., Vahedparast, H., Tahmasebi, R., & Javadzade, H. (2019). Utilizing a health-promotion model to predict self-care adherence in patients undergoing coronary angioplasty in Bushehr, Iran. *Patient preference and adherence*, 409-417.
- Knowles, M. S. (1980). The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy. *Cambridge Adult Education*.
- Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2005). Learning styles and learning spaces: Enhancing experiential learning in higher education. *Academy of management learning & education*, 4(2), 193-212.
- Lee, S. Y., Arozullah, A. M., & Cho, Y. I. (2004). Health literacy, social support, and health:

a research agenda. *Soc Sci Med*, 58(7), 1309-1321. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00329-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00329-0)

Limrermasakul, S., Saneha, C., Wattanakitkrileart, D., & Buranasupkajorn, P. (2022). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(1), 84-98.

Lin, S.-C., Chen, I.-J., Yu, W.-R., Lee, S.-Y. D., & Tsai, T.-I. (2019). Effect of a community-based participatory health literacy program on health behaviors and health empowerment among community-dwelling older adults: a quasi-experimental study. *Geriatric Nursing*, 40(5), 494-501.

Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Educ Res*, 23(5), 840-847. <https://doi.org/10.1093/her/cym069>

Nachai, L., Sriprasong, S., Seneha, C., & Chantadansuwan, T. (2022). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 37(03), 93-108.

Noblin, A. M., Wan, T. T., & Fottler, M. (2012). The impact of health literacy on a patient's decision to adopt a personal health record. *Perspectives in Health Information Management/AHIMA, American Health Information Management Association*, 9(Fall), 1e.

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of medical Internet research*, 8(4), e507.

Nunthaitaweekul, P. (2024). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 35(2), 47-61.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (1995). Nursing: Concepts of practice.

Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013).

- The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC public health*, 13, 1-17.
- Paasche-Orlow, M. K., Schillinger, D., Greene, S. M., & Wagner, E. H. (2006). How health care systems can begin to address the challenge of limited literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 884-887. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00544.x>
- Parker, R., & Ratzan, S. (2010). Health Literacy: A Second Decade of Distinction for Americans. *Journal of health communication*, 15 Suppl 2, 20-33. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). Health promotion in nursing practice.
- Pimta, W., Sirichok, J., Tuntiyasawasdikul, J., Tawinvong, R., & Prathanee, S. (2014). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในโรงพยาบาลศรีนครินทร์.
- Ratzan, S., & Parker, R. (2000). Health literacy. *National library of medicine current bibliographies in medicine*. Bethesda: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services.
- Remadi, J.-P., Bizouarn, P., Baron, O., Al Habash, O., Despins, P., Michaud, J.-L., & Duveau, D. (1998). Mitral valve replacement with the St. Jude Medical prosthesis: a 15-year follow-up. *The Annals of thoracic surgery*, 66(3), 762-767.
- Rootman, I., Frankish, J., Kwan, B., Zumbo, B., Kelly, K., & Begoray, D. (2006). The development and validation of measures of "health literacy" in different populations. *Vancouver/Victoria: University of British Columbia/University of Victoria*.
- Santiparp, P. (2020). ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงผ่านสื่อสังคมออนไลน์สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง/เบาหวาน. *วารสาร วิชาการ วิทยาลัย สัน ต พล*, 6(1), 9-18.
- Sarin, S., Moolsart, S., & Chailimpamontree, W. (2019). The effectiveness of a health literacy development program in patients with type 2 diabetes risking to chronic

- kidney disease. *Nurs J Pub Health*, 29, 86-101.
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., Leong-Grotz, K., Castro, C., & Bindman, A. B. (2003). Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of internal medicine*, 163(1), 83-90.
- Seedaket, S., Chotchai, T., Chutchaipolrut, A., Chotchai, N., & Padphai, I. (2022). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีภาวะ ไตเสื่อมเรื้อรัง ระดับ 3. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 32(1), 195-205.
- Sharif, I., & Blank, A. E. (2010). Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. *Patient education and counseling*, 79(1), 43-48.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & European, C. H. L. P. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 1-13.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 13, 1-10.
- Suebpan, J., Boonyamalik, P., & Kerdmongkol, P. (2021). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 109-124.
- Tepsuriyanont, S., Sayasathid, J., Tangpanyawong, C., Sudasut, T., Prasitpaphada, Y., & Konkam, K. (2022). ผล ของ โปรแกรม การ ดูแล ระยะ เปลี่ยน ผ่าน ต่อ ความ รู้ และ พฤติกรรม การ ดูแล ตนเอง ของ ผู้ป่วย หลัง ผ่าตัด หัวใจ. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 33(1), 167-182.
- Tritipsombut, J., Kaopimai, C., Sornchamnong, W., Thoengnong, W., Thuengthao, S., &

- Yoongklang, A. (2015). Health care behaviors of the elders using 11 basic elements for health. *Srinagarind Medical Journal*, 30(5), 482-490.
- Vassileva, C. M., Ghazanfari, N., Spertus, J., McNeely, C., Markwell, S., & Hazelrigg, S. (2014). Heart failure readmission after mitral valve repair and replacement: five-year follow-up in the Medicare population. *The Annals of thoracic surgery*, 98(5), 1544-1550.
- Visanuyothin, S., Chatanuluk, C., Saengsuwan, S., Rojanavarapong, A., & Pornchanya, P. (2015). Health literacy of village health volunteers in municipality, Nakhon Ratchasima, Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 13(1), 37-54.
- Von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*, 36(5), 860-877.
- Wang, C., Li, H., Li, L., Xu, D., Kane, R. L., & Meng, Q. (2013). Health literacy and ethnic disparities in health-related quality of life among rural women: results from a Chinese poor minority area. *Health and quality of life outcomes*, 11, 1-9.
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*, 3(6), 514-522. <https://doi.org/10.1370/afm.405>
- White, S. (2003). The 2003 national assessment of adult literacy (NAAL). *Center for Education Statistics (NCES), Institute of Education Sciences, US Department of Education, Tech. Rep. NCES 2003495rev.*
- Xayavong, O., & Saranrittichai, K. (2021). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากต่อการป้องกันโรคเหงือก อักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 แขวงคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. *Thai Dental Public Health Journal*, 26, 37-50.
- Yokokawa, H., Fukuda, H., Yuasa, M., Sanada, H., Hisaoka, T., & Naito, T. (2016). Association between health literacy and metabolic syndrome or healthy lifestyle characteristics among community-dwelling Japanese people. *Diabetology &*

metabolic syndrome, 8, 1-9.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รวมเทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยทำงาน

<https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads>

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, & เดช เกตุฉ่ำ. (2554). การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1)

กัญญา แซ่โก. (2552). ความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา มหาวิทยาลัยมหิดล].

กุลิสรา จิตธัญญาณิน. (2562). การจัดการเรียนรู้. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไกล่รุ่ง คำภิลานน, วิเชียร อารังโสติสกุล, & สายฝน วิบูลรังสรรค์. (2016). การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3.

Journal of Education and Innovation, 18(3), 250-264. https://so06.tci-thaijo.org/index.php/edujournal_nu/article/view/66619

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, & ดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 9.

จรุง วรบุตร. (2007). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคนอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี มหาวิทยาลัย ศิลปากร].

จารุวรรณ กองแก้ว. (2551). ประสิทธิภาพโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยที่มารับการเจาะขึ้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล].

จิรารัตน์ สิงทองทัศน์, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, & พัดชา หิรัญวัฒนกุล. (2022). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตับอักเสบเรื้อรัง อัมพาตในตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสาร วิชาการ สาธารณสุข ชุมชน, 8(03), 131-131.

ชูศักดิ์ คุปตานนท์, ชัยรัช รักราชการ, ดำริ เศรษฐจินดา, สุเทพ ทักษิณาเจนกิจ, พงษ์เดช สารสาร, จุฬารัตน์ วัฒนพัฒน์, นุจรี ประทีปวงนิช, & สุทธิดา สักทอง. (2009). การศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกคุณภาพ ชีวิตและต้นทุน-ประสิทธิผลของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในโครงการบริหาร จัดการโรคสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ.

จิตติยา แก้วสมบุญ. (2551). โปรแกรมจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม มหาวิทยาลัยมหิดล].

- ทิตินา แหมมณี. (2550). ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญวรัศม์ ภูงษ์ชัย, ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง, & กาญจนา สุขบัว. (2022). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ตำบลนาฝายอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. วารสาร มจร อุบล บริหารคดี, 7(2), 1669-1676.
- ธาริณี กาญจนวัลย์, ทิวัตต์ มณีโชติ, & จรรยา เสี่ยงเสนาะ. (2551). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นางลักษณ์ แก้วทอง, ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช, & ชวีญเมือง แก้วดำเกิง. (2557). ความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว HEALTH LITERACY OF GROUP AT RISK OF HYPERTENSION AT BAN NONGHOI SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL, SA KAEO PROVINCE. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล (วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ), 30(1), 45-56.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/29276>
- นางลักษณ์ ทับประทุม. (2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองโสน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี มหาวิทยาลัยเกริก].
- นวรรตน์ สุทธิพิงศ์. (2551). ผลของการพัฒนาความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก มหาลัยมหิดล].
- นิติกุล บุญแก้ว. (2015). ความสัมพันธ์ระหว่างความตึงเครียดทางอารมณ์ ความแตกต่างด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2, Relationships between Emotional Distress, Health Literacy, and Glycemic Control Behaviors of the Elderly with Type 2 Diabetes. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 24(3), 119-134. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/30376>
- เบญจมาศ นาควิจิต. (2551). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร *srinakharinwirot university*].

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (Ed.). (2556). รายงานการศึกษาล้วนบุคคล ความฉลาดทางสุขภาพและ
สถานการณ์เนื้องานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่
ประชาคมอาเซียน. <https://image.mfa.go.th/mfa/0/yZ0EO327fd/nbt/nbt5/IS/IS5073.pdf>.

เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, เพ็ญนภา เพ็ชรเล็ก, สร้อย สุวรรณพลสังข์, & อรอนงค์ ชูหอยทอง. (2021). ผล
ของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการเลือกซื้อ อาหารของเด็ก
นักเรียนประถมศึกษาตอน ปลายจังหวัดตรัง. วารสาร สุขภาพ และ การ ศึกษา พยาบาล,
27(2), 185-200.

ประยงค์ หัตถพรหม. (2556). พฤติกรรมการดูแลตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่สวน
สุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม].

พงศธร ศิลาเงิน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน
จังหวัดพะเยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].

พรสวรรค์ ทรัพย์เย็น. (2022). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพเสริม สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3 อ. 2 ส. ในผู้ ป่วยโรคเอดส์ที่คลินิกโรคไตด้าน ไวรัส เอดส์
โรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และ คุณภาพชีวิต, 2(1), 1-12.

พิชามญช์ จันทุส, สุชาดา จิตระวีวงศ์, & ชิดชนก เชิงเชาว์. (2554). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ตนเองของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 5-6 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษายะลาเขต
1 วารสารคณะพลศึกษา, 1(1), 39-48.

เพ็ญแข สุธรรม. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคหัวใจแบบ
เปิดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2563). *Comprehensive
Review in Internal Medicine: โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ (Valvular Heart Disease)*
<https://www.fercitconference.com/ebook/eBook%20CU-MAR%202020.pdf>

ภาวิตา พัฒน์มณี, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, & กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์. (2562). พฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*,
30(1), 60-73.

ภาวินี ศรีสันต์, วณิดา หาจักร, ปิณฑิลา ราชภักดี, & วาสนา อุปสาร. (2562). Health Literacy and
Self-care Behavior among Post Valvular Heart Surgery Patients. *Journal of Nurses*

Association of Thailand Northern Office, 25(1), 1-13. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnorthnurse/article/view/211775>

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานมาตรฐานสถานะสุขภาพสาเหตุการปวยตาย. <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>

วรรณวิมล เมฆวิมล. (2015). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

วรวงศ์ ศศิษฐ์อรรถกร. (มปป). เอกสารคำสอนรายวิชา ศรศศ.๕๐๒ เรื่อง *Surgery of Acquired Heart Disease* <https://www.si.mahidol.ac.th/th/department/surgery/surgery%20new/CVT/file>

วริษา กันบัวลา, ณชนก เอียดสุข, & อารณย์ ดীনาน. (2021). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ. วารสาร คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพา, 29(3), 1-14.

วิลาวัลย์ รัตน. (2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ].

วิไลวรรณ เจริญผลดี, กนกพร แจ่มสมบุญ, บุปผาวัลย์ ศรีล้ำ, & นวรัตน์ สุทธิพงศ์. (2013). การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจสถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 19(1), 34-45. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/8489>

วุฒิพงศ์ ธนะขำ. (2021). ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากใน สามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม อำเภอ ท่าวังผา จังหวัดน่าน. วารสาร วิชาการสาธารณสุข ชุมชน, 7(01), 87-87.

ศิริสุข นาคะเสนีย์. (2018). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยรำไพพรรณี, 12(1), 39-48.

สมคิด อิศระวัฒน์. (2543). การสอนผู้ใหญ่. จรัญสนิทวงศ์การพิมพ์.

สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. (2566). สถิติผ่าตัดหัวใจในประเทศไทย. <https://www.thaists.or.th/download/>

สุกัญญา คณะวาปี, & เกศินี สราญฤทธิชัย. (2022). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้าน สุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ ป้องกันโรคอ้วน

ในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะ น้ำหนักเกิน. วารสาร วิชาการ สาธารณสุข ชุมชน, 8(03), 105-105.

สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2551). การรอบรู้สุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ:การวิเคราะห์แนวคิด. วารสาร
พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 31(2).

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2555). การวิจัยและประเมินผลการศึกษาผู้ใหญ่ = *Research and evaluation in
adult education*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เสริมพันธุ์ ศรีจันทร์. (2022). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในเขตเทศบาลเมือง
ฉะเชิงเทรา.

แสงเดือน กิ่งแก้ว, & นุสรา ประเสริฐศรี. (2016). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทาง สุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *Nursing Journal of The Ministry
of Public Health*, 25(3), 43-54.

อรทัย มานะธนะ. (2019). ผลการพัฒนาโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพเรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือด
สมองและการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและ
ญาติตำบลจักราช อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสาร ศูนย์ อนามัย ที่ 9: วารสาร
ส่งเสริม สุขภาพ และ อนามัย สิ่งแวดล้อม, 13(32), 206-221.

อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ตำราเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา
Health Literacy: Measurement and Development. [https://online.pubhtml5.com/twmt/
nuvy/#p=1](https://online.pubhtml5.com/twmt/nuvy/#p=1)

อาภรณ์ ใจเที่ยง. (2550). หลักการสอน. โอเดียนสโตร์.

อำนวย เนียมหมื่นไวย. (2018). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักจัดการสุขภาพ
ชุมชนอำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา. วารสาร วิจัย และ พัฒนา ด้าน สุขภาพ, 4(2),
78-92.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ทำงาน
1. อาจารย์ นายแพทย์เหมือนเทพ ไฉลมวิไลลักษณ์	อาจารย์แพทย์ ประจำหน่วยศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. พว.ณตยา โสนน้อย	พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ ว.8 และ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
3. อาจารย์ภิญโญ เจริญสุข	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

- แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

6. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม

ข้าราชการ

รัฐวิสาหกิจ

ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

รับจ้างทั่วไป

ข้าราชการบำนาญ

อื่นๆ ระบุ

7. ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว

เพียงพอเหลือเก็บ

เพียงพอไม่เหลือเก็บ

ไม่เพียงพอ มี

หนี้สิน

8. โรคประจำตัวอื่น

ไม่มี

มี

เบาหวาน

ความดันโลหิตสูง

ไขมันในเลือดสูง

อื่นๆ ระบุ



ข้อ	หัวข้อเรื่อง	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7	ท่านสามารถเข้าใจได้ในสิ่งที่ระบุบนฉลากยา เช่น วิธีรับประทานอย่างไร เวลาที่รับประทานยา ประโยชน์ของยา					
8	ท่านสามารถเข้าใจในสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์พูดกับคุณ					
9	ท่านสามารถเข้าใจว่าต้องปฏิบัติตัวเช่นไรในกรณีฉุกเฉิน					
10	ท่านสามารถเข้าใจคำเตือนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โทษของการสูบบุหรี่ โทษของการไม่ออกกำลังกาย					
11	ท่านสามารถเข้าใจเหตุผลที่ต้องรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์					
12	ท่านสามารถเข้าใจว่าทำไมต้องตรวจสุขภาพประจำปี					
13	ท่านสามารถเข้าใจข้อมูลจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับวิธีการที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น					
การประเมินข้อมูล						
14	ท่านสามารถประเมินข้อดี ข้อเสียจากทางเลือกการรักษาที่แพทย์ได้แจ้งกับท่าน					
15	ท่านสามารถประเมินได้ว่า ข้อมูลจากสื่อต่างๆ มีความน่าเชื่อถือหรือไม่					
16	ท่านสามารถประเมินได้ว่า การทำพฤติกรรมสุขภาพแบบใดเป็นสิ่งที่ดีหรือสิ่งไม่ดี					
17	ท่านสามารถประเมินได้ว่า ท่านควรไปตรวจสุขภาพเพิ่มเติมในเรื่องใด					

ข้อ	หัวข้อเรื่อง	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
18	ท่านสามารถประเมินได้ว่าควรอยู่ในสภาพแวดล้อมอย่างไรที่มีผลดีต่อสุขภาพ					
การประยุกต์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการจัดการตนเอง						
19	ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกรได้ทุกข้อปฏิบัติ					
20	ท่านสามารถใช้ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคุณ					
21	ท่านสามารถบอกกับคนใกล้ชิด/แจ้งบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่าน					
22	ท่านรับประทานยาตามฉลากยาอย่างเคร่งครัด					
23	เมื่อท่านได้ข้อมูลที่ต้องการจากสื่อที่เชื่อถือได้ ท่านสามารถเลือกวิธีการป้องกันโรคของตนเอง					
24	ท่านตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นหลังได้รับคำแนะนำจากแพทย์					

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเกี่ยวกับการกระทำหรือ

การปฏิบัติของท่านในพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีคำถามจำนวน 55 ข้อ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และเลือกคำตอบโดยใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ (โปรดตอบทุกข้อ)

ปฏิบัติบ่อยมาก	หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ทำประจำเสมอทุกครั้ง
ปฏิบัติบ่อย	หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ทำเกือบทุกครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ทำไม่บ่อย
ปฏิบัติน้อยครั้ง	หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ทำน้อยมาก
แทบไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ท่านไม่ได้ทำเลย หรือนานๆ

ครั้ง

ลำดับ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ	บ่อย มาก	บ่อย	บาง ครั้ง	น้อย ครั้ง	แทบ ไม่ เคย
ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร						
1	ท่านรับประทานอาหารจำพวกผักใบเขียวในปริมาณที่ใกล้เคียงกันในแต่ละมื้อ					
2	ท่านรับประทานอาหารจำพวกที่มีส่วนประกอบจากถั่วเหลือง เช่น นมถั่วเหลือง น้ำเต้าหู้ เป็นต้น ในปริมาณที่ใกล้เคียงกันในแต่ละมื้อ					
3	ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น รสเค็มจัด รสหวานจัด เป็นต้น					
4	ท่านเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือ เพิ่มลงในอาหารที่ปรุงเสร็จเรียบร้อยแล้ว					
5	ท่านรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ เป็นต้น					
6	ท่านเลือกประกอบอาหารด้วยวิธีการต้ม ตุ่น แทนการทอด					

ลำดับ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ	บ่อย มาก	บ่อย	บาง ครั้ง	น้อย ครั้ง	แทบ ไม่เคย
7	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร จำพวกของหมักดอง เช่น ปลาเค็ม เนื้อ เค็ม ปลาร้า ผักหรือผลไม้ดอง เป็นต้น					
8	ท่านรับประทานอาหารที่มีคลอ เรสเตอรอลสูง ของทอด เนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ไก่ทอด แกงกะทิ เครื่อง ในสัตว์ อาหารทะเล เป็นต้น					
9	ท่านรับประทานขนมหวาน เบเกอรี่ น้ำหวาน					
10	ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูป อาหาร กระป๋อง เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ปลา กระป๋อง เป็นต้น					
ด้านพฤติกรรมการรับประทานยา						
11	ท่านมักจะลืมรับประทานยาหรือ รับประทานยาไม่ตรงตามเวลา					
12	ท่านรับประทานยาตามขนาดและ ปริมาณที่แพทย์สั่ง					
13	ท่านรับประทานยาตรงเวลา					
14	ท่านอ่านฉลากยาก่อนรับประทาน					
15	เมื่อท่านมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตร ประจำวัน เช่น ต้องเดินทางไปต่าง ต่างจังหวัด ท่านลืมพกยาติดตัวไปด้วย					
16	ท่านเปลี่ยนปริมาณหรือขนาดยาตาม ความต้องการของตนเอง					
17	ท่านหยุดรับประทานยาด้วยตนเอง					
18	ท่านตรวจสอบจำนวนยาให้เพียงพอถึง					

ลำดับ	พฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ	บ่อย มาก	บ่อย	บาง ครั้ง	น้อย ครั้ง	แทบ ไม่ เคย
วัดน้ำตาลอยู่เสมอ						
ด้านพฤติกรรม การเคลื่อนไหวออกกำลัง						
19	ท่านเคลื่อนไหวร่างกายโดยไม่นั่งหรือนอนเป็นเวลานาน เช่น ทำงานบ้าน ลูกเดินเข้าห้องน้ำ เป็นต้น					
20	ท่านออกกำลังกาย อาทิเช่น เดินในแนวราบ เดินรอบบ้าน เดินในสวน เป็นต้น					
21	ท่านออกกำลังกายที่ด้วยการยกดัมเบลที่น้ำหนักน้อยกว่า 1 กิโลกรัม					
22	ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยหอบ					
23	ท่านออกกำลังกายด้วยการยกน้ำหนักมากกว่า 4 กิโลกรัม					
24	ท่านออกกำลังกายจนทำให้มีอาการมึนศีรษะ					
25	ท่านใช้เวลาออกกำลังกายในแต่ละครั้งมากกว่า 1 ชั่วโมง					
26	ท่านมักจะออกกำลังกายอย่างหนักเป็นเวลานาน					
27	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์					
28	ท่านหยุดออกกำลังกายทันที เมื่อมีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก มึนศีรษะ					
ด้านพฤติกรรม การมาตรวจตามนัด						
29	ท่านเดินทางมาพบแพทย์ตามวันและเวลาที่นัดหมาย					

ลำดับ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ	บ่อย มาก	บ่อย	บาง ครั้ง	น้อย ครั้ง	แทบ ไม่เคย
30	ท่านจดจำวันนัดหมายพบแพทย์ได้					
31	ท่านทบทวนสิ่งที่ต้องทำในวันนัดหมาย พบแพทย์ เช่น การเจาะเลือด การ เอกซเรย์ เป็นต้น					
32	เมื่อท่านติดธุระสำคัญ ท่านติดต่อ โรงพยาบาลเพื่อขอเลื่อนนัดหมายพบ แพทย์					
33	ท่านนำสมุดพกประจำตัวติดตัวมาด้วย ในวันที่ท่านมาพบแพทย์					
34	ท่านตรวจสอบใบนัดหมายพบแพทย์ ครั้งต่อไปก่อนเดินทางกลับ					
ด้านพฤติกรรมการเฝ้าระวังการติดเชื้อ						
35	เมื่อท่านมีไข้สูงท่านเลือกกินยาลดไข้ มากกว่าการไปพบแพทย์					
36	ท่านอาบน้ำ แปรงฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง					
37	ท่านหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่ส่งผล ต่อการอักเสบของช่องปากและฟัน					
38	ท่านรีบไปพบแพทย์ เมื่อท่านมีอาการ ปวดฟัน					
39	ท่านระมัดระวังไม่ให้เกิดแผลตาม ร่างกาย					
40	ท่านรีบไปพบแพทย์ เมื่อมีไข้สูง					
41	ท่านเพิกเฉย เมื่อพบว่าแผลของท่านเริ่ม บวม แดง ร้อน และมีสิ่งคัดหลั่งซึมออก จากแผล					

ลำดับ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ	บ่อย มาก	บ่อย	บาง ครั้ง	น้อย ครั้ง	แทบ ไม่ เคย
42	เมื่อท่านปวดฟัน ท่านเลือกรับประทาน ยาแก้ปวดมากกว่าการไปพบหมอฟัน					
43	เมื่อท่านมีแผลพุพองตามร่างกาย ท่าน มักใช้ยารักษาด้วยตนเอง					
44	ท่านไปทำแผลทันที เมื่อมีสิ่งคัดหลั่งซึม ออกมาจากแผล					
45	ท่านแจ้งให้แพทย์/พยาบาลทราบ เมื่อ แผลผ่าตัดของท่านบวม แดง ร้อน					
ด้านพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด						
46	ท่านควบคุมตนเองไม่ให้โกรธง่าย หงุดหงิดง่าย วิตกกังวลและเครียดบ่อย					
47	ท่านทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย ความเครียด เช่น ดูหนัง ฟังเพลง อ่าน หนังสือ พูดคุยกับบุคคลที่ท่าน ไว้วางใจ สวดมนต์ นั่งสมาธิ เป็นต้น					
48	ท่านสามารถหาทางออก เมื่อท่านมีเรื่อง ก่อกวนใจ					
49	ท่านมักจะแยกตัว ไม่อยากพบปะผู้คน					
50	ท่านนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือ กังวลใจ					
51	ท่านต้องงีบหลับในตอนกลางวัน					
52	ท่านรับประทานยานอนหลับ					
53	ท่านมักจะปวดหัวข้างเดียว					
54	ท่านออกไปท่องเที่ยวพักผ่อนกับ ครอบครัวเมื่อมีโอกาส					



MF-04-version-2.0
วันที่ 18 ต.ค. 61



หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-G- 170/2566E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาวเบญจพร แก้วขอนแก่น

สังกัด: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. โครงการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาพบทวน

1. แบบเสนอโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 22 พฤษภาคม 2566
2. โครงร่างการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 22 พฤษภาคม 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 22 พฤษภาคม 2566
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 22 พฤษภาคม 2566

(ลงชื่อ).....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หัตถแพทย์หญิงณัฏฐา เอี่ยมจิรกุล)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิงสุรพร ภักธสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E/G-170/2566
วันที่ให้การรับรอง : 22/05/2566



COA No. 1515/2024

IRB No. 0607/67

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University**

1873 Rama 4 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Full Board Approval**(COA No. 1515/2024)**

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : THE EFFECTS OF HEALTH-LITERACY DEVELOPMENT PROGRAM ON SELF-HEALTH CARE BEHAVIORS AMONG POST CARDIAC VALVE SURGERY PATIENTS

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Benjaporn Kaewkhonkaen

Affiliation of PI : Srinakharinwirot University

Review Method : Full board

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Research Proposal Version 4 Date 5/11/24
2. Protocol Synopsis Version 2 Date 5 November 2024
3. Information sheet for research participant Version 2 Date 5 November 2024
4. Informed consent for participating volunteers Version 2 Date 26/05/24
5. Questionnaire Version 3 Date 5/11/24

see back of this Certificate.



6. Media used in the program
7. Curriculum Vitae and GCP Training
 - Miss Benjaporn Kaewkhonkaen
 - Asst. Prof. Dr. Pitchada Prasittichok
 - Assoc. Prof. Dr. Ungsinun Intarakamhang

Signature

(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD)

Chairperson

The Institutional Review Board

Signature

(Assistant Professor Thananya Thongtan, PhD)

Member and Secretary

The Institutional Review Board

Date of Approval : November 21, 2024

Approval Expire Date : November 20, 2025

see back of this Certificate.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

เบญจพร แก้วขอนแก่น

