

ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงในตำแหน่งที่คัดเลือกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๑.ชื่อผลงานเรื่อง พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

๒.ระยะเวลาที่ดำเนินการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๓.สรุปเค้าโครงเรื่อง

๓.๑ หลักการและเหตุผล

๓.๑.๑ ที่มาความสำคัญของปัญหา

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ได้กำหนดไว้ในมาตรา ๕๕ ว่ารัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและส่งเสริม สนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งการเข้าถึงและ เข้าใจความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จากสถานการณ์สุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ของประเทศไทย อันเนื่องมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรืออัตราการเกิดลดน้อยลง และภาวะการณ การตายลดลง คนไทยมีอายุเฉลี่ยยืนยาวมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำ ให้รูปแบบของโรค เปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังมีปัญหาสุขภาพจากอุบัติเหตุ อุบัติภัย และภัยสุขภาพ รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา พบว่า แนวโน้ม การเกิดโรคไม่ติดต่อของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคไตวาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้านสุขภาพ ๑ จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย พบว่า ความรอบรู้ ด้านสุขภาพในภาพรวม โดยส่วนใหญ่ร้อยละ ๕๙.๔ ของประชาชนทั้งหมดมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก ซึ่งได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุขบุหรี และสุรา (๓๐.๒๕) วารสารแพทยนาวิ Royal Thai Navy Medical Journal ๑๘๖ Volume ๔๔ No.๓ September-December ๒๐๑๗ และข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความชุกของการสุขบุหรี เป็นประจำ ร้อยละ ๑๖.๐ สัดส่วนของประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมี ร้อยละ ๑๙.๒ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีมากในผู้สูงอายุ ร้อยละ ๓๑.๓ พฤติกรรมการกินพบว่า ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๗๖ กินอาหารครบ ๓ มื้อต่อวัน กินผักผลไม้ปริมาณเพียงพอต่อวัน ตามข้อเสนอแนะ มีเพียงร้อยละ ๒๕.๙ และกินยาแก้ปวดทุกวัน ร้อยละ ๒.๔๑๐ ๕. ทักษะในการอ่านออกเขียนได้เป็นส่วนหนึ่งของความรู้ด้านสุขภาพ แต่ผลการสำรวจ การอ่านหนังสือ สื่อสังคมออนไลน์ EMS/E-mail ในกลุ่มประชากรคนไทยอายุ ๖ ปีขึ้นไป ของสำนักงาน สถิติแห่งชาติ ซึ่งสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่า คนไทยอ่านหนังสือเฉลี่ย ๖๖ นาทีต่อวัน ลดลงทุกกลุ่มวัย เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ช่วงวัยที่มีการอ่านมากที่สุดเริ่มจากวัยเด็ก (ร้อยละ ๙๐.๗) เยาวชน (ร้อยละ ๘๙.๖) วัยทำงาน (ร้อยละ ๗๙.๑) และวัยสูงอายุ (ร้อยละ ๕๒.๘) อัตราการอ่านลดลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่มีการอ่าน ซึ่งสะท้อนว่าปัญหาการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ อาจจรรุนแรงขึ้น เมื่อประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์จากการเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาดังกล่าว

จึงจำเป็นต้องส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับบุคคล ด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อ เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ลดต่ำลง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้น ระยะเวลา ในการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง และความถี่ในการใช้บริการสุขภาพลดลง หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสถานะโดยรวมกล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพิ่มสูงขึ้น

แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อาศัยหลักในการดูแลในบริการปฐมภูมิและงานสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยมิติ การเข้าถึงบริการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแลแบบองค์รวม การประสานการดูแล การเสริมพลังชุมชน ส่วนปัญหาที่ยังคงมีอยู่ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การให้ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ถูกต้องชัดเจน ยังไม่ทั่วถึงและทันเวลา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารที่มี เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ จากปัญหาดังกล่าวหากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถดูแลตนเองได้ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขที่ยั่งยืน ไม่ต้องเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ

๓.๑.๒ สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ การศึกษาในต่างประเทศ ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศแคนาดา ได้ทำการสำรวจในประชาชนอายุ ๑๖ ปีขึ้นไป จำนวน ๒๓๐๐๐ คน พบว่า ร้อยละ ๕๕ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าในระดับที่เพียงพอหรือต่ำกว่าระดับ ๓ จาก ๕ ระดับ และในจำนวนนี้ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า ๖๕ ปี ถึงร้อยละ ๘๘ และขาดความรู้ในด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยความรู้เรื่องโรคและการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ จากหน่วยบริการสุขภาพและยังพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพต่ำด้วย (Rootman&Gordon-El-Bihbety,๒๐๐๘) การศึกษาผู้สูงอายุของประเทศอิหร่าน พบว่ามีความรอบรู้ ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ ๗๙.๖ (Javadzade, Sharirad, Radjati, Mostafavi, Reisi & Hasanzade, ๒๐๑๒) การศึกษาของ Chen et al. (๒๐๑๓) ศึกษาผลของความฉลาดทางสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรคของผู้สูงอายุได้หวั่น โดยสร้างแบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพผ่านการให้ความรู้และการใช้กระบวนการคิด ส่วนการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคใช้แบบจำลอง SEM (structure equation modeling) ผลการศึกษาพบว่าแบบจำลอง SME เข้ากันได้ดี ซึ่งบ่งชี้ว่าการสร้างแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพมีความเหมาะสม ระดับความฉลาดทางสุขภาพแสดงให้เห็นผลทางบวกปานกลางต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และผลทางบวกเล็กน้อยต่อการใช้ประโยชน์ด้านป้องกันโรค ความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรค

สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย

ในอดีตที่ผ่านมางานเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยนั้นได้รับการดำเนินการส่วนใหญ่ผ่านทางภาคส่วนวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในขณะที่มีกรมวิชาการ เช่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสนใจอยู่บ้าง แต่ยังไม่เคยมีการกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ และไม่เคยเชื่อมโยงหรือบูรณาการกับงานส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ในระบบบริการสุขภาพ /บริการสาธารณสุขอย่างจริงจัง แต่หลังจากพ.ศ. ๒๕๕๙ ความรู้ด้านสุขภาพได้รับการหยิบยกมาใช้มากขึ้นในเวทีนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ และได้รับการเรียกร้องให้หน่วยงานระดับชาติเข้ามาขับเคลื่อนงานด้านนี้โดยบูรณาการกับภารกิจหลักของแต่ละหน่วยงานอย่างจริงจัง จึงได้เริ่มเห็นความก้าวหน้ามากขึ้น โดยสามารถสรุปได้ดังนี้ ๑. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงผลกระทบของปัญหาด้านความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพ และต่อระบบสุขภาพของประเทศ ทั้งนี้หากประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลสำหรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ไม่ดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้ ไม่ไปตรวจร่างกาย รวมถึงไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างการรักษาพยาบาล ขาดความสามารถในการวิเคราะห์ผลดีผลเสีย ประสบความยากลำบากในการตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ และขาดทักษะในการเลือกรับสื่อ รวมถึงการประเมินความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากสื่อต่างๆ ในสังคม ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของประชาชน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นเป็นเงาตามตัว ตลอดจนภาระที่เพิ่มขึ้นต่อหน่วยบริการสุขภาพ ดังนั้นการทำให้แผน ๒๐ ปีของกระทรวงสาธารณสุขจึงมุ่งที่จะขับเคลื่อนเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ โดยบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่จะเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนชาวไทย เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดอัตราการเกิดโรค ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น โดยกำหนดคุณลักษณะของคนไทยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าควรประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยจะสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและสมรรถนะในการดูแลสุขภาพ โดยประกอบด้วย ๔ มาตรการคือ ๑) สร้างกระแสและ เตือนภัยข้อมูลข่าวสารเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ๒) สร้างโอกาสการเรียนรู้ทั้งในและนอกระบบการศึกษา ๓) เสริมศักยภาพประชาชนชาวไทยให้รู้เท่าทันสื่อ และ ๔) พัฒนากลไกความร่วมมือของภาคี เครือข่ายทั้งในและนอกประเทศ และจะดำเนินการพัฒนาระบบกลไกการบริหารจัดการเสริมสร้างความรอบรู้ ๔ ด้านสุขภาพ โดยประกอบด้วย ๓ มาตรการคือ ๑) สร้าง National Information and Management Center ๕ ๒) พัฒนาแผนบูรณาการระดับประเทศเพื่อการขับเคลื่อน กำกับ ติดตาม ขยายผล และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และ ๓) พัฒนากลไกความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกประเทศ นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดแผนพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อยกระดับ Health Literacy สู่อุค ๔.๐ โดยประกอบด้วยความร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับภาคีต่างๆ

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ กองสุศึกษา ได้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ใน ประชากร ๒ กลุ่มวัยคือ ๑) กลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ ๗-๑๔ ปี) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ๒,๕๐๐ คน จากโรงเรียนสุบัญญัติ ในตำบลจัดการ สุขภาพและ ๒) กลุ่มวัยทำงาน (อายุ ๑๕-๕๙ ปี) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐.๒ ส. จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ๒,๕๐๐ คน จากหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ในตำบลจัดการสุขภาพ เป้าหมาย ปี ๒๕๕๘ ครอบคลุม ๑๒ เขตสุขภาพ เขตละ ๒ จังหวัด จังหวัดละ ๔ โรงเรียน/ ๔ หมู่บ้าน ผลการ ประเมิน พบว่า กลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ ๗-๑๔ ปี)ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ (ร้อยละ ๕๙.๙๔) และ ระดับดีมาก (ร้อยละ ๓๖.๙๗) มีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ ๓.๐๙) ส่วนพฤติกรรม สุขภาพตามสุข บัญญัติแห่งชาติพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมาก (ร้อยละ ๔๕.๐๘) รองลงมา คือระดับพอใช้ (ร้อยละ ๓๖.๗๒) มีเพียงส่วนน้อยที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดี (ร้อยละ ๑๘.๒๐) สำหรับ กลุ่มวัยทำงาน ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้(ร้อยละ ๔๗.๑) รองลงมา ระดับไม่ดี (ร้อยละ ๓๙.๗) สำหรับระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ใน ระดับไม่ดี(ร้อยละ ๔๗.๙) รองลงมา ระดับพอใช้ (ร้อยละ ๒๗.๕) ส่วนระดับดีมาก น้อยที่สุด (ร้อยละ ๒๔.๖) ซึ่ง จากผลประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่มีความ รอบรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และนำไปสู่ การมีสุขภาวะต่อไป ซึ่งหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อ สภาวะสุขภาพในภาพรวม

๓.๑.๓ แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ว่าเป็นทักษะใน การคิดและทักษะเชิงสังคมที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถเชิงปัจเจกต่อการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล ในวิธีการเพื่อทำให้มีสุขภาพดี โดยความหมายนี้ได้ สะท้อนว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ระดับความรู้ทักษะ และความมั่นใจส่วนบุคคลที่จะปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดี จึงอาจกล่าวได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัย หลักเพื่อการพัฒนา สุขภาพที่กำหนด อยู่ในกรอบนโยบายสุขภาพของประเทศ และเป็นทั้งเป้าหมายและ วิธีการ ที่มุ่งสู่ ปีค.ศ. ๒๐๒๐ กลยุทธ์การดำเนินการต้องสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการ และ มอบอำนาจการตัดสินใจ ทั้งในระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชน องค์กรต่างๆ และบุคลากรที่ เกี่ยวข้องกับ สุขภาพต้องปรับวิธีการทำงาน โดยเป็นผู้นำเพื่อกระตุ้น ส่งเสริม ให้เกิดกระบวนการที่ เกิดขึ้นทั้งระบบ เกิดการ ทำงานร่วมกันเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตั้งแต่ระดับปัจเจกสู่ ระดับชุมชน และสร้างบริบท สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสนับสนุนสุขภาพและสุขภาวะ

แนวคิดของ Nutbeam ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่ กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ ดีรวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติ และ แรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง และจำแนกลักษณะ health literacy ไว้ ๓ ระดับ

ระดับที่ ๑ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic Functional health literacy) ได้แก่ทักษะ ด้านการอ่านและเขียนในชีวิตประจำวัน เช่นการอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ รวมทั้งปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ

ระดับที่ ๒ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative or Interactive) ได้แก่ทักษะพื้นฐานและการมีพหุทธิปัญญา รวมทั้งทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับที่ ๓ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ และควบคุมการจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้

ในประเทศไทย องค์กรต่าง ๆ กล่าวถึงคำนิยามของ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ดังนี้ คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ให้ ความหมาย “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) หมายถึง กระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและ ใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่สุขภาพะ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้คำจำกัดความว่า ความสามารถในการ ค้นหาเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพ กรมอนามัย ให้นิยามว่า “การเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูล ความรู้และการจัดบริการ สุขภาพ สามารถตัดสินใจ เลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพและใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้และ (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์,๒๕๖๑) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ระดับของบุคคล ประชาชน ที่ได้รับหรือ เข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร สุขภาพ และ สามารถ เข้าใจข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพอม และ บริการสุขภาพที่จำเป็นเพื่อนำไปไปสู่ การวิเคราะห์ และ ตัดสินใจ ด้านสุขภาพที่เหมาะสม

แนวคิดกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข โดยนายแพทย์วิระ เพ็งจันทร์ (๒๕๖๐) "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความรอบรู้ และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคล ในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม" ซึ่งได้กำหนดกรอบแนวคิดการสร้างความสำเร็จความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลเพื่อเป็นการเรียนรู้ตามรูปแบบ V Shape Model ๖ ด้าน คือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อมากกว่าการสอนให้รู้ เป็นการสอนให้รู้ คิดเป็น ทำเป็น และบอกต่อได้ ที่เข้าถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ



การพัฒนาความรอบรู้ของประชาชน กรมอนามัยได้กำหนดกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย

ส่วนน้อยที่รายงานว่าตัวเองยังเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพเพียงระดับกลาง (กล่าวคือเมื่อได้รับข้อมูลด้านสุขภาพแล้วมีบางครั้งที่เข้าใจแต่บางครั้งก็ไม่เข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ) จากผลการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในตำบลเมืองศรีไครมีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับที่สูง แต่ยังมีบางประเด็นที่ผู้สูงอายุยังขาดทักษะความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพที่จะจัดการประเด็นสุขภาพดังกล่าวเช่นเรื่องอาหารการกินการออกกำลังกายการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์

การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, ๒๕๕๗) กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดราชบุรี เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส และแบบสัมภาษณ์การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่อาศัย เพศ ช่วงอายุ อาชีพ ระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนสถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เห็นได้โดยง่ายก่อนเป็นอันดับแรกคือ การออกกำลังกายและบริโภคอาหาร ส่วนในเรื่องของการจัดการกับอารมณ์ และพฤติกรรม ๒ ส เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มองว่าเรื่องยุ่งยากและแก้ไขได้ยากที่จะจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้คือศึกษาเฉพาะในจังหวัดราชบุรี แห่งเดียว ทำให้เกิดข้อจำกัดในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น

การศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป (วิมล โรมาและสายชล คล้อยเอี่ยม, ๒๕๖๑) ระดับความรู้ด้านสุขภาพและความสามารถของบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพมากกว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่นๆ อาทิการศึกษาและรายได้ การศึกษาวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพ ใช้แบบสำรวจความรู้ที่พัฒนาขึ้น พื้นที่กลุ่มตัวอย่าง ๖ จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นครสวรรค์ นครราชสีมา กรุงเทพฯ ชลบุรี และนครศรีธรรมราช จังหวัดละ ๑๒๐ คน แบ่งเป็นเขตเมือง ๖๐ คน และนอกเมือง ๖๐ คน ผลการศึกษาพบว่า ๑) จำนวนผู้เข้าร่วมศึกษา ๗๒๒ คน เพศหญิง ร้อยละ ๖๕.๕ เป็นกลุ่มอายุ ๔๖ ปีขึ้นไปร้อยละ ๔๕.๘ มากกว่าครึ่งสมรส ร้อยละ ๕๓.๓ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ ๘๘.๖ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๓๘.๖ ๒) สภาวะสุขภาพ ไม่เคยตรวจสุขภาพ ร้อยละ ๒๒.๗ ตรวจแต่ไม่พบโรค ร้อยละ ๓๗.๑ ตรวจพบโรคเรื้อรัง ๔๐.๒ โรคเรื้อรังที่พบมากไปน้อย คือ ความดันเลือดสูง ไขมันเลือดผิดปกติ เบาหวาน และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ ร้อยละ ๗๒.๒ ทุกจังหวัดมีระดับการเข้าถึงน้อยกว่าความเข้าใจ การซักถามและการตัดสินใจ โดยจังหวัดที่มีระดับการเข้าถึงและอื่นๆ มากคือ นครศรีธรรมราช ส่วนที่น้อยคือ เชียงใหม่และนครสวรรค์ เมื่อพิจารณาในเมืองและนอกเมืองแต่ละจังหวัดพบว่า ทุกจังหวัดคนในเมืองเข้าถึงและเข้าใจได้มากกว่านอกเมือง ยกเว้นเชียงใหม่และชลบุรี ๓) ร้อยละ ๘๗.๘ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประเด็นสื่อสารหลักมากกว่าร้อยละ ๕๐ ของจำนวนข้อความทั้งหมด ๖๖ ข้อความ คนที่ตรวจร่างกายแต่ไม่พบโรค และไม่เคยตรวจมีระดับความรู้สุขภาพ (การเข้าถึง เข้าใจ ซักถามและตัดสินใจ) มากกว่าคนที่ป่วยโรคเรื้อรังและโรคที่เป็นในอันดับต้น คือ โรคความดันโลหิตสูง ๔) คนที่ตรวจร่างกายแต่ไม่พบโรคและไม่เคยตรวจมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ (การเข้าถึง เข้าใจ ซักถามและ

ตัดสินใจ) มากกว่าคนเป็นโรคเรื้อรังและโรคที่เป็นในอันดับต้น คือ โรคความดันโลหิตสูง ส่วนไขมันและเบาหวานรองลงมา

๓.๑.๔ กรอบแนวทางการดำเนินงาน

นโยบาย มาตรการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๑ นโยบายในระดับสากล องค์การอนามัยโลกระบุไว้ว่า “การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมี Health Literacy ถือเป็น การสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการดำรงรักษาสุขภาพตนเอง อย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยน ข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนด เป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหา ระดับโลก”

๒ นโยบาย ในระดับประเทศ และกรอบแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง แผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข ได้มีการกำหนดเรื่องการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพไว้อย่างชัดเจน และได้มีการ กำหนดเป้าหมายระยะ ๕ ปีประกอบด้วย (๑) ประชาชนไทยทุกคนมีทักษะในการเข้าถึงและประมวลข้อมูล สุขภาพ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (๒) สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ สังคมที่ประชาชนทุกคนเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ และประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจดูแล สุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม (๓) ประเทศไทยมีระบบสาธารณสุข การศึกษา สวัสดิการ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลและบริการต่าง ๆ ใน สังคม เพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยดำเนินงานภายใต้ แผนงาน/ โครงการ คือ การพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพ การพัฒนาระบบการสาธารณสุข ระบบการศึกษา ระบบ วัฒนธรรมและความเชื่อ การศึกษาวิจัยเชิง ประเมินผล การพัฒนากำลังคนด้านการส่งเสริมความรู้ด้าน สุขภาพ และการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีตัวชี้วัด ดังนี้ คือ (๑) ประชาชนได้รับ ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง และเป็นปัจจุบันมากขึ้น (๒) ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น (๓) ประชาชน ทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น (๔) ประชาชนมีอัตราการเจ็บป่วยลดลง (๕) ประเทศไทยมี ค่าใช้จ่ายสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลลดลง

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้ระบุสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ Health Literacy ไว้ใน ๔ หมวด ประกอบด้วย หมวด ๔.๒ การสร้างเสริมสุขภาพ ภาพพึงประสงค์ที่ ที่ระบุ ว่าส่งเสริมให้ทุกคนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม หมวด ๔.๖ การ ค้ำคูณคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ในหลักการสำคัญข้อที่ ๑ ที่กล่าวถึงสิทธิในการได้รับและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ ถูกต้อง อย่างเพียงพอและทันสถานการณ์ รวมถึงหลักการสำคัญข้อที่ ๒ ที่ระบุถึงระบบคุ้มครอง

ผู้บริโภคต้องเป็นไปเพื่อการปกป้องและคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานใน ๔ เรื่อง คือ การสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมศักยภาพของผู้บริโภค การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงและ ครบถ้วนเพื่อการตัดสินใจได้อย่างรู้เท่าทัน การจัดให้มีกลไกเฝ้าระวังติดตามและตรวจสอบสินค้า และการ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้บริโภคอย่างจริงจัง และในหลักการสำคัญข้อที่ ๓ ได้กล่าวถึง Health Literacy หรือ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ไว้ว่า ผู้บริโภคต้องมีความเข้มแข็ง ตระหนัก รู้เท่าทัน สามารถพิทักษ์สิทธิของ ตนเอง หมวด ๔.๗ การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ และหมวด ๔.๘ การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสาร

ด้านสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทย เพื่อลดการพึ่งพิงบริการไว้ โดยกรมอนามัยได้รับมอบหมายจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก และได้มีการจัดตั้ง “สำนักงานโครงการขับเคลื่อน กรมอนามัย ๔.๐ เพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.)” ขึ้นเพื่อรองรับการดำเนินงานนโยบายในเรื่อง Health Literacy

เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ องค์กรและนักวิชาการทั้งในและนอกประเทศได้พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้าน สุขภาพที่แตกต่างกัน สรุปได้ดังนี้ วิธีการวัดความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (ความสามารถในการอ่าน ออก เขียน ได้ คำนวณข้อมูลสุขภาพได้) เน้นระดับบุคคล เช่น แนวคิดของ USA -- HARVARD, UNC วัด ความสามารถ หรือ ศักยภาพในการอ่าน การทำความเข้าใจ และ ทักษะ Recognition แบบ สํารวจที่ใช้ในการวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) The Wide Range of Achievement Test Revised (WRAT) ใช้วัด Functional Health literacy Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) Newest Vital Sign แบบ สํารวจในการคัดกรองหรือจำแนกผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ Questions to Identify Patients with Inadequate Health Literacy พัฒนาโดย Chew, Katharine Bradley and Edward Boyko Family Medicine, ๒๐๐๔ (Brief) และแบบคัดกรอง ผู้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้หรือมีความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง พัฒนาโดยชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นิละไพจิตร (๒๕๕๘) วิธีการวัดความรู้ด้านสุขภาพระดับสังคม หรือ เป็นพหุระดับของความรู้ ด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น ตามแนวคิดของ EU – HLS-EU นักวิชาการกลุ่มยุโรปเชื่อว่าการรอบรู้ ด้านสุขภาพกับความรู้ แรงจูงใจ และศักยภาพของคนมีส่วนช่วยให้บุคคลเข้าถึง ทำความเข้าใจ คิด และประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน ส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วยข้อคำถาม ๔๗ ข้อ และแจกแจงเป็นระดับ ง่ายมาก ง่าย ยาก และยากมาก ตาม แนวคิดของออสเตรเลียและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งวัดใน ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรค เรื้อรัง และคนพิการ โดยองค์กรอนามัยโลกได้แปลแบบสำรวจที่พัฒนาขึ้นโดย สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุขร่วมกันมหาวิทยาลัย Deakin ประเทศออสเตรเลียเป็นภาษาอังกฤษและแนะนำ ให้ ประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน และได้เปลี่ยนชื่อเป็น The Information and Support for Health Actions Questionnaire (ISHA-Q) The eHealth Literacy Scale (eHEALS) : พัฒนาโดย Cameron Norman และ คณะ(๒๐๐๖), แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๕ ของคนไทย ที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปพัฒนาโดยกองสุศึกษาและอังคินันท์ อินทรกำแหง , แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพใน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง พัฒนาโดย กองสุศึกษาและ ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ ฯลฯ เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพที่มีการพัฒนาขึ้นมีคุณสมบัติ สามารถจำแนก ได้ ดังนี้ กรอบแนวคิดในการวัดความรู้ด้านสุขภาพที่สำคัญ ๑. การวัดแบบเน้นผลลัพธ์ ๑.๑ ผลลัพธ์ระดับ บุคคล ในสถานบริการสาธารณสุข โรงเรียน ๑.๒ ผลลัพธ์ระดับสังคมหรือประชากร ๒. การวัดองค์ประกอบ หรือ ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ๒.๑ Functional health literacy ๒.๒ Communicative health literacy ๒.๓ Critical health literacy ๓. การวัดตามกรอบแนวคิดในการพัฒนา ความรู้ด้านสุขภาพ ๓.๑ ตามแนวคิดความสามารถในการอ่านออก เขียนได้ หรือ ๓.๒ ตามแนวคิด พหุปัจจัยในการเกิดความรู้ด้านสุขภาพ หรือ ๓.๓ ตามกรอบแนวคิด การรักษาและบริการสุขภาพ หรือ การส่งเสริม สุขภาพและป้องกัน

โรค กล่าวโดยสรุป เครื่องมือวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง ในต่างประเทศมีเครื่องมือวัดความรู้ด้าน สุขภาพเพื่อเทียบเคียงสถานการณ์ภายในประเทศและกับต่างประเทศ มีเครื่องมือวัดความรู้ ด้านสุขภาพตามประเภทความรู้ด้านสุขภาพที่สนใจศึกษา และมีเครื่องมือวัดความรู้ด้าน สุขภาพตามประเด็นและกลุ่มประชากร ในประเทศไทยมีเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพ ตามประเด็น ๓ อ.๒ ส. และกลุ่มประชากรที่มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ ประเทศไทยยังไม่มีเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพระดับชาติที่สามารถเทียบเคียงผลในระดับเขต สุขภาพและประเทศเพื่อใช้กำกับ ติดตาม และประเมินผลกิจกรรม โครงการ และนโยบายที่

ปัจจัยความสำเร็จของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy

การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพตาม มติสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) เน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และมีสุขภาพะสมบูรณ์ทุกมิติ ผ่านการจัดการให้สถานบริการสุขภาพ สถาบันการศึกษา ทุกระดับ สถานที่ทำงานและโรงงานต่างๆเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization) และพัฒนาชุมชน/ ท้องถิ่นเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communities) ข้อเสนอองค์การอนามัยโลก “การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการดำรงรักษา สุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการและสามารถคาดการณ์ ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาคุกคามระดับโลก

๓.๒ บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ

๓.๒.๑ บทวิเคราะห์

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมให้คนไทยอายุยืนยาวพร้อมสุขภาพยอดเยี่ยม ต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง (Self-Management) และอยู่ในสังคมรอบรู้ (Literate Society) ทั่วประเทศไทย ๔.๐ ตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนทีเน้นด้าน ๑) พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ๒) การยกระดับการศึกษาและการเรียนรู้ให้มีคุณภาพเท่าเทียมและทั่วถึง ๓) ปลุกฝังระเบียบวินัย คุณธรรม จริยธรรม ค่านิยมที่พึงประสงค์ ๔) การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดี (๕) การสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย ซึ่งเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๒ ทีเน้นด้านการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ตามเป้าหมาย Thailand ๔.๐ ทีต้องการพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ ๒๑ โดยมุ่งเน้นให้คนไทยมีความรู้ ทักษะ ความสามารถสูง มีจิตสาธารณะรับผิดชอบต่อสังคมและเป็นคนไทยที่เป็น Digital Thai การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นวาระแห่งชาติ โดยกำหนดให้มีการพัฒนาความรู้ ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี อยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพจะมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งยังจะช่วยแนะนำสิ่งทีถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่จำ เป็นจะต้องพัฒนาอยู่ตลอดเวลา เพราะ สภาวะโรคภัยไข้เจ็บมีการเปลี่ยนแปลงไปกับกาลสมัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จึงเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ทีก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลทีจะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารทีมี เพื่อ

ส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ ซึ่งจากการทบทวนสามารถสรุปกลยุทธ์เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ระดับความรู้ด้านสุขภาพและความสามารถของบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ มากกว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่นๆ อาทิ การศึกษาและรายได้ บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการใช้อินเทอร์เน็ตและการเข้ารับบริการสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดต่ำลง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้น ระยะเวลา ในการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง และ ความถี่ในการใช้บริการสุขภาพลดลง หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสถานะโดยรวมกล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นความรู้สุขภาพ (Health Literacy) เป็นหัวใจสำคัญของงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค การผลักดันให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถดูแลตนเองได้ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขที่ยั่งยืน

๓.๒.๒ แนวความคิด

ประเทศไทยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ย ๘๕ ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ๗๕ ปี การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิตในช่วงวัยผู้สูงอายุ โดยยึดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕- ๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒ วิสัยทัศน์ “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม” เป้าหมาย ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง ดำรงชีวิตประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ๓ เป้าหมาย (๓S) ซึ่งประกอบด้วย ๑. Social Participation (ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม) ๒. Social Security (ส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัย) ๓. Strong Health (ส่งเสริม สุขภาพให้แข็งแรง) การดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ ๖ ที่ผ่านมามุ่งเน้นทั้งทางด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์การขับเคลื่อนการดำเนินงานในภาพเขตสุขภาพที่ ๖ มีการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ที่ดีและมีการดำเนินงานผ่านค่าเป้าหมายของเขตฯ แต่ในกลุ่ม Active aging ยังมีการดำเนินการน้อย และยังไม่มียุทธศาสตร์การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และการวัดผลลัพธ์ความรู้ทางด้านสุขภาพที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามถ้ามีการวัดหรือสร้างรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในรายละเอียด ดังนี้ ๑.ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ สถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา ๒. วางแผนและสร้างแนวทางการพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ๓.การปฏิบัติตามรูปแบบ ๔.ประเมินความสำเร็จ และนอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งด้านความรู้ ทักษะการดำเนินงาน การเพิ่มผลผลิต จนให้เกิดความรู้ทางด้านสุขภาพ และผลักดันให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อยืดระยะเวลาการเจ็บป่วย และผู้สูงสามารถดูแลตนเองได้ต่อไป

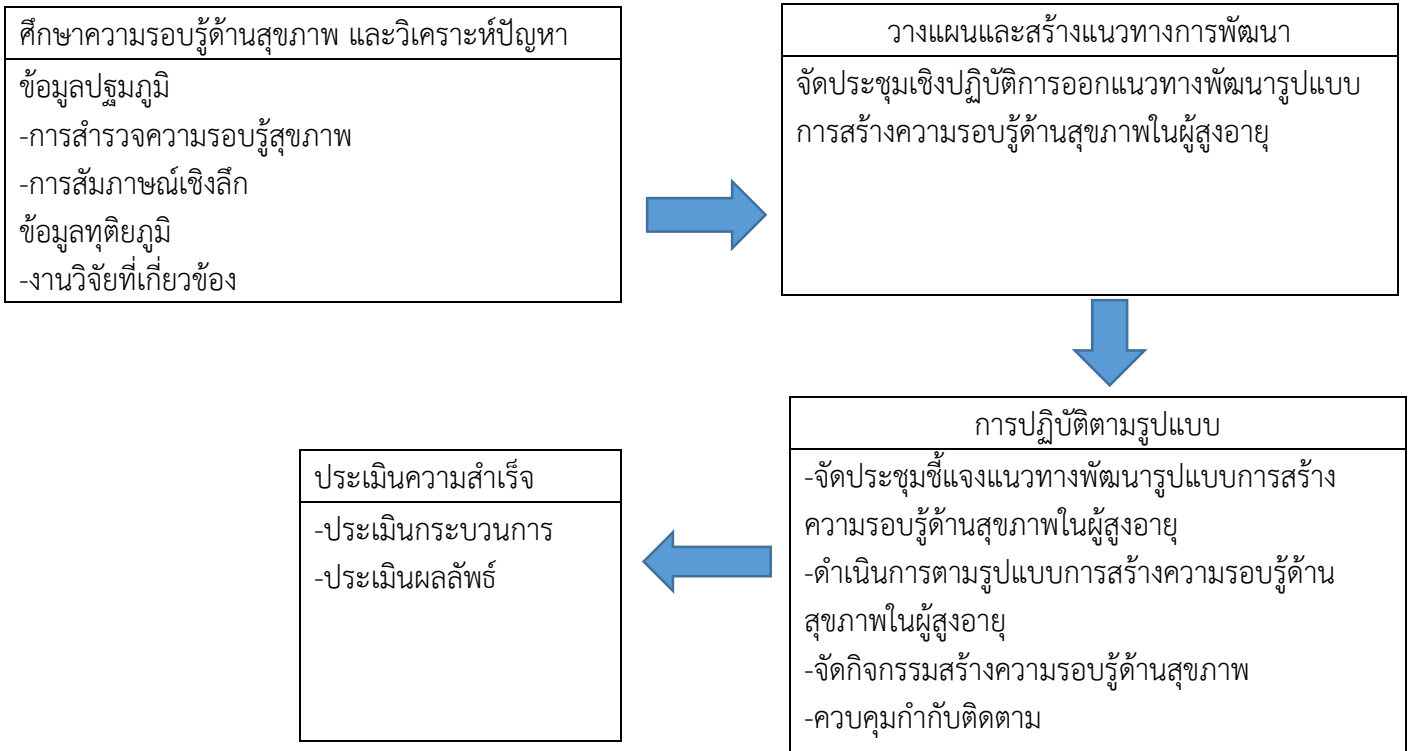
๓.๒.๓ ข้อเสนอ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Operational Research)

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิด



นิยามศัพท์ (ที่จะใช้ในการวิจัยนี้ ซึ่งได้การสังเคราะห์จากทบทวนวรรณกรรมข้างต้น)

๑. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มติดสังคม ในเขตสุขภาพที่ ๖
๒. รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองที่สร้างขึ้นมาเป็นต้นแบบเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ
๓. ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งทักษะการสื่อสาร เพื่อสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อการมีสุขภาพที่ดี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑. ประชากรเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มติดสังคมในเขตสุขภาพที่ ๖ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยตามเกณฑ์ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย ๓ กลุ่ม ได้แก่

๑. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป เพื่อให้เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุเขตสุขภาพ ที่ ๖ ใช้สูตร Krejcie & Morgan ดังนี้

$$n = \frac{x^2 Np(1 - p)}{e^2(N - 1) + x^2p(1 - p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๗๗ ตัวอย่าง

n๑= เก็บข้อมูลสำรองป้องกันความผิดพลาด จำนวน ๔๒๐ ตัวอย่าง

โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling) มีจังหวัดเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง อำเภอเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง และตำบล เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม

๒. กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) จากภาคีเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ ๖ ได้แก่ ประธานชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สภาสาขาผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคม และเจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

๓. กลุ่มตัวอย่างชั้นนำรูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไปดำเนินการในชุมชน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยสุ่มเลือกทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๘ จังหวัด สุ่มเลือกอำเภอโดยจังหวัดละ ๑ อำเภอ และสุ่มเลือกตำบลโดยอำเภอละ ๑ ตำบล รวมทั้งสิ้น ๘ ตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

๑. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ ๖ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านทักษะด้านการตัดสินใจ ด้านทักษะด้านการจัดการตนเอง ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

๒. แบบบันทึกกิจกรรมแนวทางพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

๓. แบบสัมภาษณ์ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้สำหรับสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

ที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ในประเด็นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อเรื่องสุขภาพและความคิดเห็นต่อโครงการ

การตรวจสอบเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ (validity) และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานวิจัย

ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย

ระยะที่ ๑ การเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย โดยรายละเอียด ดังนี้

๑. ศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยสำรวจความรู้ ๑) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค ๒) ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ๓) ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ๔) ด้านทักษะด้านการตัดสินใจ ๕) ด้านทักษะด้านการจัดการตนเอง ๖) ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐาน จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. สัมภาษณ์เชิงลึก ในประเด็นพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อเรื่องสุขภาพ

๓. ประชุมเชิงปฏิบัติการออกแนวทางพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

ระยะที่ ๒ การดำเนินการวิจัยปฏิบัติการในพื้นที่ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดย

การประชุมอบรมชี้แจงการดำเนินการตามรูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

ดำเนินการตามรูปแบบ ติดตามควบคุมกำกับการดำเนินการ โดยรายละเอียด ดังนี้

๑. ประชุมอบรมชี้แจงการดำเนินการตามรูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ
๒. ดำเนินการตามรูปแบบโดยชุมชนมีส่วนร่วม และติดตามเป็นระยะ
๓. ประเมินผลการดำเนินงานการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

ระยะที่ ๓ รายงานผลการดำเนินงานการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุและพื้นที่ทราบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

๑. ชี้แจงให้ผู้ยินยอมตนทราบถึงวิธีการประโยชน์และสิ่งนี้อาจเกิดขึ้นขณะทำวิจัย
๒. ต้องได้รับคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย
๓. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์บอกเลิกการเข้าร่วมวิจัย

๓.๓ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพและทักษะการปฏิบัติตัว ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
๒. ภาควิชาหรือข่ายมีการดำเนินงานเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

๓.๔ ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ได้รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ ๖

(ลงชื่อ)

(นางทิพย์วรรณ จุมแพง)

ผู้เสนอผลงาน

วันที่ / /