

ความรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี

Health Literacy: A key Indicator towards Good Health Behavior and Health Outcomes

ชินตา เตชะวิจิตรจารุ*

Chinta Tachavijitjaru*

มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม, ประเทศไทย 73000

Christian University of Thailand, Nakornpathom, Thailand 73000

บทคัดย่อ

ความรู้ทางสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญของประชาชนทุกช่วงวัยทั้งในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ หากประชาชนได้รับการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้เจ็บป่วยและเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องให้ความสนใจ โดยการประเมินความรู้ทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ พัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ อีกทั้งกระตุ้นให้ทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ทางสุขภาพ ตลอดจนสร้างสรรคงานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ด้านความรู้ทางสุขภาพ

คำสำคัญ : ความรู้ทางสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผลลัพธ์ทางสุขภาพ

Abstract

Health literacy which plays important role on health status through life span both normal and abnormal states also affects on health behavior and health outcomes. The more health literacy clients get, the better self-care behavior they gain. Therefore, they are healthier and pay less health care cost. Consequently, nurse must pay attention on client's health literacy enhancement by assessing clients' health literacy, developing clients' communicative skill, creating supportive environment to develop health literacy, activating health team to be aware of health literacy importance and being active researcher on health literacy issues.

Keywords: Health literacy, Health behavior, Health outcomes

บทนำ

ปัจจุบันการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เนื่องจากความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี ภาวะเครียดจากสภาพทางเศรษฐกิจและวิถีชีวิต ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากขึ้น จากการสำรวจพบว่าประชาชนไทยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารหวาน ไขมันสูงเพิ่มมากขึ้น โดยในระยะ 28 ปีที่ผ่านมา คนไทยบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้น 3 เท่า จาก พ.ศ.2526 ซึ่งมีปริมาณ 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี เป็น 36.6 กิโลกรัม/คน/ปี¹ อีกทั้งยังพบว่าใน พ.ศ.2551 ร้อยละ 96.2 ของประชาชนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป บริโภคอาหารทอดโดยส่วนใหญ่บริโภค 5 วันต่อสัปดาห์ รองลงมาคือการบริโภคอาหารที่ปรุงด้วยกะทิเฉลี่ย 3 วันต่อสัปดาห์ ด้านการออกกำลังกายพบว่า ประชาชนไทยออกกำลังกายอย่างเพียงพอมีจำนวนน้อย คิดเป็นร้อยละ 29.7 และ 26.1 ใน พ.ศ. 2550 และ 2554 ตามลำดับ ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าในปี พ.ศ. 2554 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 31.5 สูบบุหรี่ร้อยละ 18.41 ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable diseases) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการศึกษาศถานการณ์สุขภาพของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ.2551-2556 พบว่า แนวโน้มของประชาชนไทยที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นและพบในกลุ่มคนที่อายุน้อยลง เห็นได้จากระหว่าง พ.ศ.2551-2555 อัตราป่วยด้วยโรคที่สำคัญ 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคเบาหวาน โดยในปี พ.ศ.2555 เป็น 1,245.56, 955.07 และ 868.30 ต่อประชากร 100,000 คน¹ ตามลำดับ ซึ่งการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพตลอดจนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น จำเป็นต้องเลือกใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้อง แม่นยำ และทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง แต่การที่สังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมการสื่อสารที่ไร้พรมแดน ทำให้ประชาชนมีรูปแบบการติดต่อสื่อสารด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ในเครือข่ายสังคมที่ใกล้ชิดและสังคมโลกภายในเวลาอันรวดเร็ว สามารถเป็นทั้งผู้รับและผู้ส่งสารได้ด้วยตนเอง จึงทำให้ประชาชนไทยมีโอกาสรับข้อมูลสุขภาพที่หลากหลายผ่านช่องทางการสื่อสารหลายรูปแบบ เช่น ไลน์ (Line) เฟซบุ๊ก (Facebook) บางครั้งข้อมูลสุขภาพดังกล่าวก็มีความขัดแย้งกันในตัวเองและไม่ถูกต้อง การที่ประชาชนอยู่ท่ามกลางข้อมูลสุขภาพจำนวนมากทั้งในทางบวกและทางลบ

สามารถก่อให้เกิดความสับสนและข่าวลือด้านสุขภาพ อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เสี่ยงต่อการทำลายสุขภาพได้ ดังนั้น การพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งหมายถึง ระดับความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนประเมินและเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ครอบครัวและชุมชน เพื่อการส่งเสริมการรักษา และคุ้มครองภาวะสุขภาพในบริบทต่างๆ ตลอดช่วงวัยที่แตกต่างกันในชีวิตได้ จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำจะมีความลำบากในการทำ ความเข้าใจ จดจำข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ^{2, 3} ทำให้มีทางเลือกทางสุขภาพที่จำกัด ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ เกิดโรคได้ง่าย ไม่สามารถจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง จนทำให้ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสูงขึ้น ด้วยเหตุนี้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) จึงมีเป้าประสงค์ในการเพิ่มระดับความรู้ทางสุขภาพของประชาชนไทย ชุมชน ท้องถิ่นตลอดจนภาคีเครือข่าย⁴ เพื่อเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชนด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ทางด้านสุขภาพ อันจะส่งผลให้ประชาชนไทยเกิดการพัฒนามาเป็นพลเมืองไทย 4.0 ซึ่งมีความคิดอย่างมีวิจารณญาณด้านสุขภาพในการเลือกรับ ปรับใช้ ตัดสินใจได้ด้วยตนเองทางด้านสุขภาพ เกิดการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงรุก และการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยไปสู่ระบบการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ซึ่งจะก่อให้เกิดการพัฒนาประเทศแบบมั่นคงและยั่งยืนสืบไป

ความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy)

นักวิชาการของประเทศไทยได้บัญญัติศัพท์เรียก Health literacy ไว้หลายคำ เช่น ความฉลาดทางสุขภาพ ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรอบรู้เท่าทันด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดคำเรียกเฉพาะของ Health literacy ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก ได้นิยามความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งแปลโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ความว่า “ทักษะต่างๆ ทาง การรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น”⁵

ดอน นัทปัม ให้นิยามคำนี้ในปีต่างๆ ไว้ว่า (1) “ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมถึงการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจ เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง” (ค.ศ.2000) (2) “สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต” (ค.ศ.2008) และ (3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ⁶ (ค.ศ.2009)

สำหรับประเทศไทย กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข นิยามว่า “ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพที่ได้ รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมถึงชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพ⁷

จึงสรุปได้ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ระดับความสามารถและทักษะของบุคคลในการรับรู้ เข้าใจ คิดวิเคราะห์และเลือกรับ ปรับใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนและจัดการตนเองด้านสุขภาพ อันส่งผลไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและการธำรงภาวะสุขภาพที่ดี และเผยแพร่แนวปฏิบัตินั้นไปสู่สังคม

สำหรับสถานการณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนไทยประจำปี พ.ศ. 2557 ในกลุ่มเยาวชนอายุ 7-18 ปี ซึ่งยังศึกษาอยู่ในสถานศึกษา ตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติพบว่าเยาวชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 86.48 ส่วนเยาวชนที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพดีมากมีเพียงร้อยละ 5.25 เท่านั้น ในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป การประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 59.4 รองลงมาคือ ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 39.0 และระดับดีมากเพียงร้อยละ 1.61 ดังนั้น

จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนไทยให้อยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากเป็นระดับที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องยั่งยืน การมีความชัดเจนในองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ช่วยพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพได้

นักวิชาการด้านความรอบรู้ทางสุขภาพหลายท่าน ได้กำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพไว้แตกต่างกัน สำหรับประเทศไทย กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้จำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น 6 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของ ดอน นัทปัม⁷ ดังต่อไปนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา การค้นหาข้อมูลที่ต้องการ ตลอดจนความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง และได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

2. ความรู้ ความเข้าใจ หมายถึงการมีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ ความสามารถในการอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ ในการที่จะนำไปปฏิบัติตลอดจนการมีความสามารถในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพ ได้อย่างมีเหตุผล

3. ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลสุขภาพ และสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจรวมทั้งสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลสุขภาพ

4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผน การปฏิบัติตลอดจนปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้รวมถึงมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการ ปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอและเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นตลอดจนสามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง หมายถึง

ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีรวมทั้งการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/วิธีการปฏิบัติอีกทั้งยังหมายถึงความสามารถในการแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลหักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

ความรู้ทางสุขภาพมีหลายระดับ แต่ละระดับส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต่างกัน ซึ่งสามารถจำแนกออกได้เป็น 4 ระดับ^{7,8} ดังนี้

ระดับ 1 ระดับพื้นฐาน (Basic/Functional Health Literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะขั้นต้นในการทำความเข้าใจกับข้อมูลสุขภาพที่ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยการฟัง พูด อ่าน เขียน เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent Form) การทำความเข้าใจต่อการให้ข้อมูลของบุคลากรทีมสุขภาพ ทั้งข้อความเขียนและวาจา การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เป็นต้น

ระดับ 2 ระดับการมีปฏิสัมพันธ์/สื่อสาร (Communicative/Interactive health literacy) ได้แก่ ความสามารถในการนำความรู้และข้อมูลข่าวสาร ทักษะในการสื่อสารและสังคม เพื่อประยุกต์ใช้ร่วมกันในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดความรู้ทางสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ให้ผู้อื่นเข้าใจ

ระดับ 3 ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) เป็นความสามารถในการคิดและวิเคราะห์อย่างมีสติของบุคคล ในการเลือกใช้อุปกรณ์สุขภาพเพื่อปรับใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลสุขภาพและจัดการสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ตลอดจนการผนวกความรู้ทางสุขภาพในระดับนี้เข้าเป็นส่วนร่วมของสังคม ในการผลักดันเพื่อปรับโครงสร้างในชุมชนให้มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน ซึ่งจะส่งผลไปสู่ภาวะสุขภาพดีทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เช่น การเลือกรูปแบบการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ซึ่งเหมาะสมกับวิถีชีวิตและบริบทของตนเอง การคิดค้นวิธีการออกกำลังกายแบบใหม่เฉพาะท้องถิ่น โดยการประยุกต์ศิลปะ วัฒนธรรมและประเพณีท้องถิ่น รวมทั้งเผยแพร่ในชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการออกกำลังกาย

ระดับ 4 การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการพิจารณา ประเมิน วิเคราะห์และให้คุณค่าเนื้อความและเจตนาที่สื่อนำเสนอข้อมูลสุขภาพ ผ่านเทคโนโลยีและวิธีการต่างๆ แบ่งเป็น 2 ชนิด

คือ การรู้เท่าทันข้อมูลข่าวสาร (Information literacy) ซึ่งหมายความว่า ความสามารถของบุคคลในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ข้อเท็จจริง ความรู้และเหตุการณ์ต่างๆ ที่ได้รับรวบรวมและเลือกสรรไว้ ผ่านช่องทางการสื่อสารของเทคโนโลยีสารสนเทศ และการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าใจ ประเมินและวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของสื่อประเภทต่างๆ รวมถึงข้อมูลที่สื่อนำเสนอ ตลอดจนรู้ถึงความเสี่ยง ลึก หนา บาง อันเป็นจุดมุ่งหมายที่สื่อซ่อนเร้นอยู่⁹

ถึงแม้ว่าความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) จะเป็นความสามารถและทักษะส่วนบุคคล แต่ปัจจัยต่างๆ ก็มีผลต่อความรู้ทางสุขภาพด้วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ 1.1) ความรู้ ได้แก่ ความรู้ทั่วไป เช่น การอ่านตัวเลข ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ความรู้ด้านอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์ คอมพิวเตอร์ วัฒนธรรม เป็นต้น 1.2) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพการสมรส ศาสนา อาชีพ¹⁰ เชื้อชาติ รายได้ วัฒนธรรม และปัจจัยทางกายภาพ 1.3) ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล (Individual's skills & ability) ได้แก่ ทักษะในการต่อรอง (Negotiating skills) ทักษะในการจัดการตนเอง (Self management skills) ทักษะในการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น (Communicative and interactive skills) ทักษะทางปัญญา (Cognitive skills) ทักษะทางสังคม (Social skills) ทักษะการพิทักษ์สิทธิตนเอง (Self-advocacy skills) ด้านความสามารถส่วนบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการประเมินสื่อสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การสืบค้นข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์สถานการณ์ การใช้ความรู้ความเข้าใจ 1.4) ความเชื่อและทัศนคติ (Beliefs and attitude) 1.5) พฤติกรรม (Behavior) ประกอบด้วย พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health risk behavior) เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) ประกอบด้วย การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ ความร่วมมือในการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง 1.6) ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ รูปแบบการใช้ชีวิต (Life style) การจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วย (Management of health & illness) ระดับความเครียด (Stress level) สถานะทางสุขภาพ (Health

status) คุณภาพชีวิต (Quality of life) และการปรับปรุง
ผลลัพธ์ โอกาสทางเลือกทางสุขภาพ (Improved health
outcomes, health choices and opportunities) 2) ปัจจัย
ภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ 2.1) สิ่งแวดล้อม (Environment)
ได้แก่ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อนเช่นแรงสนับสนุน
จากครอบครัว สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัย สภาพแวดล้อม
ในการทำงาน 2.2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ
(Patient provider interaction) 2.3) ปัจจัยทางสังคม (Social
determinants) ได้แก่ การจัดระเบียบชุมชน (Community
organizing) ซึ่งได้แก่ 2.3.1) การวางแผน การกำหนดเป้าหมาย
และการจัดลำดับความสำคัญ 2.3.2) ความเท่าเทียมกัน
ทางสังคม สุขภาพและการเมือง (Social health & political
equity) 2.3.3) การกระทำทางสังคมเพื่อการมีส่วนร่วม
ในประชาธิปไตยทางสุขภาพ (Social action for health
democratic participation) เช่น การทำประชาพิจารณ์
โครงการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ การมีส่วนร่วมของภาค
ประชาชนเพื่อร่วมร่างธรรมนูญสุขภาพ 2.3.4) การพัฒนา
ประกอบด้วย การพัฒนาความรู้ (Developed knowledge)
การพัฒนาชุมชนเพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้
(Community development) การพัฒนาศักยภาพ
(Capacity development) โดยการจัดโปรแกรมการให้
สุศึกษาและการอบรม การพัฒนาองค์กร (Organization
development) เพื่อให้ที่อยู่อาศัยและสถานที่ทำงานมีสิ่ง
แวดล้อมที่ดีขึ้น การพัฒนานโยบาย (Policy development)
เพื่อให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายและนโยบาย 2.3.5) การเข้าถึง
ข้อมูลสุขภาพ การรักษา การดูแลสุขภาพและใช้บริการสุขภาพ
(Access health information, health care & treatments)
2.3.6) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานของ
สังคมและการปฏิบัติ (Participation in changing social
norms and practices) 2.3.7) การปรับปรุงผลลัพธ์ โอกาส
ทางเลือกของสุขภาพ (Improved health outcomes, health
choices & opportunities) 2.3.8) ความทุ่มเทในการดำเนินการ
ทางสังคมเพื่อสุขภาพ (Engagement in social action for
health) และ 2.3.9) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Health care cost)

การประเมินระดับความรู้ทางสุขภาพเป็นสิ่ง
สำคัญ เพื่อให้บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถจำแนก
ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพได้ถูกต้องและแม่นยำ ตลอดจนนำ
ข้อมูลดังกล่าวไปพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้รับ

การประเมินได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน
เพื่อจำแนกระดับความรู้ทางสุขภาพแบ่งได้เป็น 2 ประเภท
ดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินความสามารถในการอ่าน เขียน
ความเข้าใจด้านตัวเลข เป็นการประเมินความรู้ทางสุขภาพ
แบบเน้นผลลัพธ์ระดับบุคคล มุ่งวัดทักษะด้านการอ่าน เขียน
และตัวเลข รวมถึงทักษะด้านความจำ เช่น แบบประเมินการ
อ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (Rapid
Estimate of Adults Literacy: REALM) พัฒนาขึ้นโดย เดวิส
และคณะ ออกแบบมาเพื่อใช้วินิจฉัยผู้ป่วยที่มีระดับความรู้
ด้านสุขภาพต่ำ มุ่งวัดทักษะด้านการอ่าน และทักษะอื่นที่จำเป็น
เช่นความรู้ทางวัฒนธรรม และการคิด การฟัง การคิดคำนวณ
การพูด การเขียนและการอ่าน, แบบทดสอบการอ่านศัพท์
ทางการแพทย์ (Medical Achievement Reading Test:
MART) พัฒนาโดย ฮานสัน-โดเรเวอร์ ประเมินการอ่านศัพท์
หรือคำทางการแพทย์ แบบวัดนี้ให้ความสำคัญกับสาเหตุของ
การที่ไม่สามารถอ่านได้ เช่น คำที่ใช้ทางการแพทย์ คำที่ผู้ป่วย
เห็นในใบสั่งยา ใบนัด/แผ่นพับ

2. แบบประเมินระดับและองค์ประกอบความรู้
ทางสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ ดอน นัทบีม มุ่งจำแนก
ความรู้ทางสุขภาพ และประเมินองค์ประกอบความรู้
ทางสุขภาพที่มี 6 องค์ประกอบตามแนวคิดของดอน นัทบีม
เช่น แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.
พัฒนาโดยกองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง
สาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์และภาค
สุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นแบบประเมิน
ประชาชนไทยตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป ตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่
เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่
และการดื่มสุรา เป็นต้น

ปัจจุบันแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ ได้รับ
การพัฒนาให้เป็นแบบประเมินที่เน้นการวัดระดับสังคมหรือ
การเป็นพหุระดับของความรู้ทางสุขภาพ เช่น Self report
questionnaire : Measuring functional communicative
and critical health literacy among diabetic patients
โดย Ishikawa แบบวัดความรู้ทางสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรค
เบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยกองสุศึกษา กระทรวง
สาธารณสุข

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอันส่งผลไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ¹¹ บุคคลที่มีความรู้ทางสุขภาพต่ำจะมีผลต่อองค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพทุกองค์ประกอบ และมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีความรู้ทางสุขภาพสูง¹² เนื่องจากขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จากงานวิจัยพบว่า บุคคลที่มีความรู้ทางสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็ง¹³ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในกลุ่มเยาวชนที่พบว่าในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นโรคอ้วน ความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน ด้านทักษะการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่วนด้านทักษะการจัดการตนเองและด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย¹⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าในมลรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ความรู้ทางสุขภาพของเด็กวัย 6-19 ปี มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการรับประทานอาหาร¹⁵ และในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 16-18 ปี ในประเทศไต้หวัน ผลการวิจัยพบว่าวัยรุ่นที่มีความรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำ มีการรับรู้ว่ามีสุขภาพดีและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมต่ำกว่าวัยรุ่นที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพปกติ¹⁵ อีกทั้งผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า เด็กโรคหอบหืดที่มีผู้ปกครองที่มีความรู้ทางสุขภาพต่ำ จะมีการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 1.4 เท่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กสูงขึ้น 4.6 เท่า และจำนวนวันที่เด็กขาดเรียนเพิ่มขึ้น 2.8 เท่าและผู้ปกครองที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดในระดับต่ำกว่าจะทำให้เด็กมีอาการของโรคหอบหืดและความรุนแรงของโรคสูงกว่าและต้องใช้ยาเพื่อรักษาอาการของโรคสูงกว่า¹⁵ และยังตรงกับผลการวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มประชากรไทยอายุ 15-60 ปี ด้านความรู้ทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ^{16, 17} ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ทางด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีภาวะสุขภาพจิตและการทำหน้าที่ของร่างกายพื้นฐาน ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มี

ความรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีแนวโน้มที่จะรายงานความยากลำบากในการใช้เครื่องมือต่างๆ ในชีวิตประจำวันตลอดจนข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ เพราะภาวะสุขภาพที่ไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอจึงสามารถสรุปได้ว่า ความรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกายและจิตที่ไม่ดี¹⁸ ในกลุ่มประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความรู้ทางสุขภาพมีผลทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพคือการควบคุมโรค^{19, 20} แม้แต่ในบุคลากรด้านสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งถือว่าเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับประชาชน และเป็นหัวใจสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนยังพบผลการศึกษาที่สอดคล้องกันที่แสดงให้เห็นว่า ความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของ อสม.²¹

ดังนั้น จึงสามารถสรุปได้ว่าความรู้ทางสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชากรทุกช่วงวัย ทั้งในภาวะสุขภาพที่ปกติและผิดปกติ ด้วยเหตุนี้ความรู้ทางสุขภาพจึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองตลอดจนผลลัพธ์ทางสุขภาพ บุคคลที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพที่สูงกว่าย่อมมีการดูแลตนเองที่ดีกว่าซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยตลอดจนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพน้อยกว่า บุคคลที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพที่ต่ำกว่า

บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ

พยาบาลเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานด้านสุขภาพใกล้ชิดกับประชาชนทั้งในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติ อีกทั้งขอบเขตการทำงานของพยาบาลยังครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ตั้งแต่สถานบริการในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ พยาบาลจึงเป็นหนึ่งในบุคลากรสำคัญของทีมสุขภาพ ที่สามารถพัฒนาความรู้ทางสุขภาพให้แก่ประชาชนได้ดังต่อไปนี้

1. ผู้ประเมิน (Assessor) พยาบาลควรเลือกใช้เครื่องมือประเมินความรู้ทางสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ โดยยึดหลักดังต่อไปนี้คือ 1) เครื่องมือในการประเมิน

ควรกระชับ กระทัดรัดและใช้เวลาในการประเมินน้อย เช่น The Newest Vital Sign (NVS) ซึ่งใช้เวลา 3-5 นาทีในการประเมิน 2) เครื่องมือประเมินควรเหมาะสมกับบริบทที่ต้องการประเมิน บริบทที่พยาบาลควรคำนึงถึงได้แก่ 2.1) ผู้รับการประเมิน พยาบาลควรเลือกเครื่องมือประเมินที่ไม่กระทบความรู้สึกและไม่ทำให้ผู้รับการประเมินรู้สึกแปลกแยก²² เช่น ไม่ควรใช้เครื่องมือประเมินที่ใช้การเขียนเป็นหลัก ประเมินผู้ที่มีความบกพร่องในการอ่านหนังสือ (dyslexia) 2.2) สถานบริการสุขภาพ เครื่องมือประเมินชนิดต่างๆเหมาะสมกับระดับสถานบริการสุขภาพที่แตกต่างกันเช่น NVS เหมาะสมที่จะใช้ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ²³ แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (S-REALM) เหมาะสมที่จะใช้ในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิขึ้นไป²⁴ ในการประเมินความรู้ทางสุขภาพ มีข้อควรระวังที่พยาบาลต้องคำนึงถึงมีดังต่อไปนี้ 1) พยาบาลมักประเมินระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้รับบริการสูงกว่าความเป็นจริง²⁵ ทำให้การวางแผนเพื่อเพิ่มระดับความรู้ทางสุขภาพไม่เหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการ 2) ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ การประเมินความเข้าใจข้อมูลสุขภาพภายหลังการให้ความรู้ ซึ่งพยาบาลมักคิดว่าผู้รับบริการเข้าใจดีเมื่อไม่มีคำถามหรือแสดงท่าที่ตอบรับว่าเข้าใจ และมักคิดว่าบุคคลที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพต่ำ มักพบในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำไม่สามารถอ่านออกเขียนได้เท่านั้น ซึ่งจะส่งผลต่อการเลือกใช้เครื่องมือประเมินที่เหมาะสม²⁶ 3) พยาบาลควรมีความไวต่อสิ่งที่เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความรู้ทางสุขภาพต่ำ ได้แก่ บุคคลที่พูดน้อย ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ รายได้ต่ำ ผู้ป่วยที่ขาดนัด ผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง ผู้ป่วยอาการหนัก ผู้รับบริการที่ยากจน ชนกลุ่มน้อยในสังคมและผู้รับบริการที่ย้ายถิ่น เพื่อจะได้คัดกรองผู้รับบริการได้ถูกต้องและทันทั่วถึง 4) พยาบาลควรใช้ท่าทีที่เป็นกันเอง สุภาพ อ่อนโยนและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับการประเมิน เนื่องจากข้อมูลผลการประเมินระดับความรู้ทางสุขภาพเป็นข้อมูลที่ไวต่อความรู้สึกของผู้รับการประเมิน ซึ่งจะทำให้เกิดความอับอายและเป็นการประทุษร้ายลงบนตัวผู้รับการประเมินได้

2. ผู้สื่อสารด้านสุขภาพ (Health communicator) ในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ พยาบาลควรปฏิบัติดังต่อไปนี้^{25,27,28}

1) ใช้คำพูดง่ายๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน (Living room language) 2) ให้ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นและตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ 3) หลีกเลี่ยงศัพท์เฉพาะทางการแพทย์

และการพยาบาล ศัพท์วิชาการที่ยากต่อความเข้าใจ หากจำเป็นต้องใช้ ต้องอธิบายอย่างละเอียดและชัดเจน 4) ข้อมูลที่ใช้สื่อสารควรเน้นข้อมูลที่เป็นการปฏิบัติ มิไม่เกิน 3 ประเด็นสำคัญเท่านั้น 5) เมื่อต้องการสื่อสารเกี่ยวกับจำนวนหรือตัวเลข ให้ใช้รูปภาพ สัญลักษณ์และตารางแทนแผนภูมิวงหรือแผนภูมิแท่ง 6) กำหนดหัวข้อชัดเจน แบ่งข้อมูลในการสื่อสารออกเป็นข้อสั้นๆ และเรียงลำดับเนื้อหาอย่างต่อเนื่องเป็นลำดับขั้น เพื่อให้เข้าถึง 7) ใช้ประโยคสั้นๆ ไม่เกิน 15 คำและใช้คำที่น้อยกว่า 3 พยางค์ในการสื่อสาร 8) ใช้การเปรียบเทียบยกตัวอย่างซึ่งเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของผู้รับบริการ 9) จังหวะการพูดควรช้าและชัด ระดับเสียงต้องดังพอสมควร มีการเน้นเสียงหนักเบา สูง ต่ำ ให้เหมาะสมกับข้อมูลสำคัญที่ต้องการสื่อสาร 10) ในการสื่อสารเรื่องความเสี่ยงหรือประโยชน์ด้านสุขภาพ เน้นจุดสำคัญอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ 11) ใช้คำอธิบายประกอบสื่อการสอนประเภทวิดีโอ คลิปวิดีโอ 12) ให้ข้อมูลด้านสุขภาพบ่อยๆ และต่อเนื่อง 13) การสื่อสารควรเป็นการสื่อสารสองทาง คือ เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการถามโดยใช้เทคนิค “Ask me 3” คือการกระตุ้นให้ผู้รับบริการถาม 3 ข้อ ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพของฉันทืออะไร 2) ฉันท้องทำอะไรบ้าง 3) ทำไมฉันท้องต้องทำอะไรต่างๆ เหล่านั้น มันสำคัญอย่างไร²⁹ ในการสื่อสารทางสุขภาพที่ได้นั้น พยาบาลคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ วัฒนธรรม รวมถึงภาษาของผู้รับบริการ และควรสร้างบรรยากาศการสื่อสารที่เป็นมิตร²⁶ (Shame free environment) ได้แก่ การแสดงท่าทีที่เป็นมิตร เอาใจใส่ดูแลและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ การแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์และบทบาท การนั่งขณะกำลังสื่อสารกับผู้รับบริการ สื่อสารในบรรยากาศที่สงบเป็นส่วนตัว สบายและมองหน้าผู้รับบริการในจังหวะที่เหมาะสม สอบถามหัวข้อที่ต้องการสื่อสารตลอดจนข้อควรปฏิบัติตามหลักศาสนาและวัฒนธรรม การช่วยเหลือผู้รับบริการในการกรอกแบบฟอร์มต่างๆ ของสถานบริการสุขภาพ ภายหลังการสื่อสาร พยาบาลควรประเมินประสิทธิภาพของการสื่อสาร ด้วยท่าทีที่อ่อนโยน และเป็นมิตร โดยการใช้เทคนิคการสอนกลับ (Teach back) การทำให้ดู (Show me) และเทคนิคการถาม-บอก-ถาม (Ask-tell-ask) ซึ่งเป็นเทคนิคที่ใช้ได้ผลดีมาก^{27,29,30} เทคนิคการสอนกลับ (Teach back) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้รับบริการพูดทบทวนข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับด้วยคำพูดของตนเอง จนกระทั่งพยาบาลแน่ใจว่าผู้รับบริการเข้าใจดี³¹ ซึ่งจะใช้เมื่อพยาบาลให้ข้อมูลสุขภาพสั้นๆ ส่วนเทคนิคการ

ทำให้ดู (Show me) นั้นเป็นการให้ผู้รับบริการสาธิตย้อนกลับ ขั้นตอนการปฏิบัติทางสุขภาพที่พยาบาลทำให้ดู ซึ่งจะใช้เมื่อผู้รับบริการต้องกลับไปปฏิบัติ เช่นการสาธิตการทำแผล สำหรับเทคนิคการถาม-บอก-ถาม (Ask-tell-ask) นั้นคล้ายกับเทคนิคการสอนกลับ (Teach back) โดยการให้พยาบาลสอบถามผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เขากำลังเผชิญอยู่ จากนั้นพยาบาลอธิบายให้ผู้รับบริการฟังด้วยคำพูดง่ายๆ และสอบถามความเข้าใจของผู้รับบริการเพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความถูกต้อง พยาบาลควรใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดซ้ำเช่น “คุณบอกได้ไหมว่า หมอนัดให้มาพบอีกครั้งเมื่อไหร่” ถ้าพบว่าผู้รับบริการไม่เข้าใจ ต้องอธิบายซ้ำทันที³¹

3. ผู้พัฒนาสื่อทางสุขภาพ (Health media developer) พยาบาลควรพัฒนาสื่อทางสุขภาพ 2 ส่วน ได้แก่ เนื้อหาและรูปแบบ²⁶ ด้านเนื้อหา เน้นความถูกต้อง สั้น กระชับ หลีกเลี่ยงศัพท์ทางการแพทย์และศัพท์วิชาการ หากจำเป็นต้องใช้ต้องอธิบายอย่างละเอียด ควรใช้คำและประโยคที่ง่ายและใช้พูดในชีวิตประจำวัน²⁶ คำและประโยคที่ใช้ควรเป็นระดับที่นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 สามารถเข้าใจได้³² เขียนโดยใช้ภาษาพูด²⁶ เนื้อหาที่อยู่ในสื่อทางสุขภาพควรประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของสื่อ ประโยชน์ของผู้รับบริการ พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการให้เกิด วิธีปฏิบัติที่ได้ผลและสามารถบรรลุพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ²² และเรียงเนื้อหาอย่างเป็นขั้นตอน²⁶ สำหรับรูปแบบ สิ่งที่ควรพัฒนาได้แก่ การใช้รูปภาพและภาพประกอบแทนคำอธิบาย ซึ่งสามารถทำให้ผู้รับบริการเข้าใจข้อมูลสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 27 เมื่อเปรียบเทียบกับสื่อทางสุขภาพที่ไม่มีรูปภาพและภาพประกอบ³³ มีพื้นที่ว่างร้อยละ 50²⁶ ในสื่อสิ่งพิมพ์ แต่ละหน้า เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการอ่านข้อความได้ง่ายขึ้น สื่อสิ่งพิมพ์ควรใช้ตัวอักษรแบบโรมัน(Roman) เช่น ไทม์โรมัน (Time New Roman) เซนจูรี (Century) แต่สำหรับสื่อออนไลน์ ควรใช้ตัวอักษรแบบกอธิค (Gothic) เช่น เอเรียล (Arial) เวอร์ดานา (Verdana)²⁶ ขนาดตัวอักษรที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการทั่วไปคือขนาด 12²⁶ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีปัญหาด้านสายตาควรใช้ขนาด 14-16²⁶ ตัวอักษรที่ใช้ควรมีทั้งตัวพิมพ์ใหญ่และเล็ก กระดาษที่ใช้ไม่ควรเป็นกระดาษมัน เมื่อจบประโยคไม่ควรใช้เครื่องหมายทวิภาค (Colon) ก่อนใช้รายการสัญลักษณ์แสดงหัวข้อย่อย (Bullets and lists) เพื่อเน้นสิ่งที่สำคัญ²⁶ เช่น การเตรียมฉีดยาอินซูลิน :

1. ล้างมือ

2. หยิบขวดยาอินซูลิน

4. ผู้สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ (Creator of supportive Environment for Health literacy) ได้แก่ การจัดทำผนังหรือบอร์ดให้ข้อมูลทางสุขภาพที่ดูผ่อนคลาย โดยการใช้สี รูปแบบ สัญลักษณ์ที่เป็นมิตร ปราศจากความน่ากลัว³⁴ การจัดทำป้ายแนะนำบอกทางที่เป็นสากล ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย การมีแผนที่ที่ระบุตำแหน่งของผู้รับบริการ การจัดให้มีเจ้าหน้าที่ที่คอยช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นหรือลดอุปสรรค เช่น เจ้าหน้าที่ที่ช่วยด้านการนัดหมาย ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล ด้านการใช้จ่าย เป็นต้น การสร้างแหล่งเรียนรู้ทางสุขภาพโดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่แผนกที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่สอนด้านการจัดอาหารให้ผู้ป่วยเบาหวานโดยการลงมือปฏิบัติ เป็นต้น

5. ผู้กระตุ้น (Encourager) พยาบาลควรมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ทีมสุขภาพตระหนักและให้ความสนใจ ในการเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับผู้รับบริการ โดยการปรับปรุงความรู้ความเข้าใจ ความรอบรู้ทางสุขภาพของตนเอง พัฒนาทักษะการสื่อสารทางสุขภาพ จัดทำแนวทางในการให้ข้อมูลกับผู้รับบริการที่ชัดเจน ซึ่งสามารถทำได้โดยการทำสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักศึกษา การกำหนดเป็นประเด็นในการประชุม การจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ

6. ผู้วิจัย (Researcher) พยาบาลควรทำงานวิจัยด้านความรู้ทางสุขภาพเพื่อสร้างองค์ความรู้ โดยเน้นการวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ในส่วนของระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง เช่น หญิงตั้งครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ ตลอดจนผู้ป่วยโรคต่างๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศเช่น ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อความรู้ทางสุขภาพ โดยเริ่มต้นจากการตั้งคำถามว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการคืออะไร การที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการดังกล่าวจะต้องมีความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องใด และกลุ่มใดที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำในเรื่องนั้น

สรุป

ความรู้ทางสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพให้ถึงระดับวิจารณ์ญาณในกลุ่มประชากรทุกช่วงอายุ และทุกสถานะสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ประชาชนมีสติ สามารถประเมิน เลือกใช้ ข้อมูลทางสุขภาพ และจัดการตนเองทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง ตลอดจนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ดูแลสุขภาพของประชาชนในทุกบริบท จึงควรปฏิบัติบทบาทในการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของผู้รับบริการโดยการประเมินระดับความรู้ทางสุขภาพอย่างถูกต้อง เลือกใช้เครื่องมือประเมินอย่างเหมาะสม ตลอดจนพัฒนาทักษะการสื่อสารทางสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการพัฒนาสื่อทางสุขภาพอย่างสร้างสรรค์และง่ายต่อความเข้าใจของผู้รับบริการ ยิ่งไปกว่านั้นพยาบาลควรมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อความรู้ทางสุขภาพ กระตุ้นให้ทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ทางสุขภาพว่าเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ และวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้เรื่องความรู้ทางสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้รับบริการ

การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นข้อปฏิบัติสำหรับพยาบาล ในการปฏิบัติบทบาทเพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพให้กับผู้รับบริการทุกช่วงวัยทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเปราะบาง
2. เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพและสื่อทางสุขภาพ
3. เป็นแนวทางเบื้องต้นสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพที่สนใจด้านความรู้ทางสุขภาพ
4. กระตุ้นให้บุคลากรทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้รับบริการ

References

1. The Parliament Committee to drive the Reformation of Thailand on Public Health and Environmental Dimension. The reformation of Health Literacy and Health Communication. Bangkok: The Office of the 3rd Commission of the Secretariat of the Representatives House; 2016.13/22/National Reformation Council of Thailand. (in Thai).
2. McCarthy D, Waite K, Curtis L, Engel K, Baker D, Wolf D. What did the Doctor Say? Health Literacy and Recall of Medical Instructions. Medicare. 2012; 50(4): 277-82.
3. Jordan J, Burchbinder R, Osborne R. Conceptualising health literacy from the patient perspective. Patient and Education Counseling. 2010; 79(1): 36-42.
4. Steering Committee of Making the 12th National Health Development Plan. Draft of the 12th National Development Plan. Bangkok: Ministry of Public Health; 2017. (in Thai).
5. Kaewdumkeiang K, Theepeerajai N. Health Literacy. Bangkok: New Thammada Printing House; 2011. (in Thai).
6. Ministry of Public Health, Department of Health Service Support, Division of Health Education. Health Literacy Evaluation and Promotion. Bangkok: Printery of Division of Health Education; 2015. (in Thai).
7. Nutbeam D. The evolving concept of Health Literacy. Social Science & Medicine. 2008; 67: 2072-2078.
8. Manganello JA. Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Oxford Journals. 2008; 23(5): 840-847.
9. Biggins O. Media and Information Literacy. Suthiparithat Journal. 2011;26(80):147-61. (in Thai).

10. Taechavijitjaru C. Factor related to Village Health Volunteer's Health Literacy in Mueang Nakornpathom District Nakornpathom Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19(Spec).
11. Rootman I. Health Literacy and Health Promotion [Internet]. Ontario: Ontario Health Promotion E-Bulletin; 2002
12. U.S. Department of Education. National Assessment of Adult Literacy (NAAL) Status Among Older Adult. *Jama Internal Medicine*. 2003; 165(17): 1946-1952; doi:10.1001/archin.
13. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *ARCH INTERN MED*. 2007; 167(114):1503-9.
14. Tipwong A, Numpol J. The Association between Health Literacy related to obesity and health behavior : Eating and Exercise in over nutritional children. *Journal of Public Health Nursing*. 2014; 28(2): 1-11. (in Thai).
15. Theepeerajurai N, Keitchum D. The Research Report of Devision of Health Literacy tool for grade 9 obesity students 2008. 1st ed. [Bangkok]: Samjareonpanich (Bangkok) Limited.; 2008. (in Thai).
16. Oin A. Health Literacy and Health Behavior of the residents 15 years and older of Nayong District Trang Province. *The Journal of Administration Development*. 2016; 9(1): 113-132. (in Thai).
17. Darun P, et al. The Factors affecting on Health Literacy and health behavior outcomes of the working population. *The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakorn Ratchasima Journal*. 2016; 2(1): 14-24. (in Thai).
18. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health Literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*. 2005; 165: 1946-1952.
19. Lakeiw A, Chaleekrea T. Health Literacy and Factor related to medication among patients with hypertension Ban Piang Luang Subdistrict health promoting hospital. Abstract *Journal of Science and Technology on the 6th Conference and Presentation of national and international researches*. 2015: 635-649. (in Thai).
20. Osborn CY, Bains SS, Egede LE. Health literacy, diabetes self-care, and glycemic control in adults with type 2 diabetes. 2010; 12(11): 913-9; Doi: 10.1089/ dia. 2010.0058. Pub Med PMID: 20879964; Pub Med Central PMCID: 3000637.
21. Jantharinthakorn A. Relationship between Health Literacy and Dengue Haemorrhagic Fever Prevention and Control Behavior of Public Health Volunteer in Suanluang Subdistrict Municipality, Krathum Baen District, Samut Sakhon Province [master's thesis]. [Bangkok]: Kasetsart University; 2014. (in Thai).
22. Cornett S. Assessing and Addressing Health Literacy. *OJIN*. 2009 Sep 3; 14(3): 1-13.
23. Rowlands G. Health Literacy and public health: A framework for developing skills and Empowering citizens. *Perspectives in Public Health*. 2014; 132(2): 23-4. Doi: 10.1177/ 1757913911430916.
24. Ridden G. Ambulatory Registered Nurse Perspectives on Health Literacy Roles and Patient Communication [dissertation]. Washington: Walden University; 2017.

25. Dicken C, Lambert B, Cromwell T, Piano M. Nurse Overestimation of Patients' Health Literacy. *Journal of Health Communication*. 2013; 18(1): 62-9.
26. Parnell TA. *Health Literacy in Nursing*. New York: Springer Publishing Company; 2015.
27. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health Literacy Interventions and outcomes: An updated systematic review no.11-E006.. Agency for Healthcare Research and Quality. 2011.
28. Sheridan S, Halpern D, Viera A, Berkman N, Donahue K, Crotty K. Intervention For Individuals with Low Health Literacy: A Systematic review. *Journal of Health Communication*. 2011; 16: 30-54.
29. Indhraratna A. Health Literacy of Health Professionals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15(3): 174-178. (in Thai).
30. Dinh TTH, Clark R, Bonner A, Hines S. The Effectiveness of health education using teach-back method on adherence and self-management in chronic disease: a systematic reveiw protocol. 2013;11(10): 30-41; Doi: 10.11124/jbisrir-2013-900.
31. Jager A, Wynia M. Who Gets a Teach-back? Patient-Reported Incidence of Experiencing a Teach-back. *Journal of Health Communication: International Perspective*. 2012; 17 Supple3: 294-302.
32. Johnson A. Health Literacy: how nurses can make a difference. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2015; 33(2): 21-7.
33. Brotherstone H, Miles A, Robb K, Atkin W, Wardle J. The impact of illustration on public understanding of the aim of cancer screening. *Patient Education Counselling*. 2006; 63(3): 484-494.
34. Kwaeodumkoeng K, Thummakul D. Health Literacy promoting in aging population. *Journal of Health Science Research*. 2015; 9(2): 1-8. (in Thai).