

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

วินัย ไตรนาทวัลย์¹ ณัฐพันธ์ เพียรธัญญกรรม¹ ภราดร ยิ่งยวด¹

พนิดา ชัยวัง² รกัทกร เพชรสุข³ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก⁴

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

²คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

³คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

⁴สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

Received: February 27, 2020

Revised: June 30, 2020

Accepted: July 15, 2020

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและต้นทุนการจัดบริการด้านสุขภาพได้ บทความนี้ นำเสนอความหมาย องค์ประกอบ และระดับความรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ และ กลยุทธ์ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ การพัฒนาข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การพัฒนาข้อมูลที่ใช้งานง่าย เช่น การใช้ข้อความเท่าที่จำเป็น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เน้นการปฏิบัติ และการพูดที่ชัดเจนและการฟังอย่างตั้งใจ 2) การพัฒนาการใช้บริการด้าน สุขภาพ ได้แก่ การพัฒนาการใช้แบบฟอร์มและคำแนะนำด้านสุขภาพ การพัฒนาการเข้าถึงด้านสภาพแวดล้อม ทางกายภาพ และการสร้างโปรแกรมนำทางผู้ป่วย และ 3) การสร้างความรู้เพื่อพัฒนากระบวนการตัดสินใจด้าน สุขภาพ ได้แก่ การพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม การอำนวยความสะดวกในการตัดสินใจ ด้านสุขภาพ และการร่วมมือกับสถาบันการศึกษาเพื่อปรับปรุงหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ บทความนี้นำไป สู่การทำความเข้าใจกลยุทธ์ และการระบุแนวทางการปฏิบัติเพื่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนา ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ การให้บริการสุขภาพ การพัฒนา

ผู้สนับสนุนประสานงาน:

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก

สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

1873 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

อีเมล: pramot_computer@hotmail.com

Improving health literacy among elderly

Winai Trainattawan¹ Natthapan Phianthanyakam¹ Paradorn Yingyoud¹

Panida Chaiwang² Raphatphorn Petchsuk³ Pramote Thangkratok⁴

¹Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi

²Faculty of Nursing, Chiangrai College

³Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science

⁴Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

Abstract

Low health literacy among elderly has been linked to poor health behaviours and poor health outcomes, which can adversely affect the quality and cost of health care services. This article presents the definition, components, and level of health literacy, health literacy among elderly, and strategies to improve health literacy among elderly, as follows: 1) Improve the usability of health information, including improve the information appropriate for elderly, **improve** the information easy to use, limit the number of messages, use plain language, focus on action, and speaking clearly and listening carefully 2) Improve the usability of health services, including improve the usability of health forms and instructions, improve the accessibility of the physical environment, and establish a patient navigator program, and 3) Build knowledge to improve health decision making, including improve access to accurate and appropriate health information, facilitate healthy decision-making, and partner with educators to improve health curricula. This article contributes to understanding the strategies and identifying action guidelines for improving health literacy, improve health outcomes, and well-being of elderly.

Keywords: health literacy, elderly, health services, improve

Corresponding Author:

Pramote Thangkratok

Community Health Nursing Branch, School of Nursing,
Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing
1873 Rama 4 Road, Pathumwan, Bangkok 10330 Thailand.
E-mail: pramot_computer@hotmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์ และการสาธารณสุขทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว โดยเฉพาะสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ที่เป็นผลมาจากอัตราการตายของประชากรที่ลดลง อายุคาดเฉลี่ยของประชากรที่ยืนยาวขึ้น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและการเสื่อมสภาพตามธรรมชาติของประชากรผู้สูงอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเสื่อมของอวัยวะและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญอย่างมากในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการใช้บริการฉุกเฉิน และมีอัตราการตายที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่มากเพียงพอ จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดอัตราการป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี² ดังนั้น การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการให้เกิดรูปธรรมชัดเจนโดยเร็ว บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความหมายองค์ประกอบ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ และกลยุทธ์ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ

2) การพัฒนาการใช้บริการด้านสุขภาพ และ 3) การสร้างความรู้เพื่อพัฒนากระบวนการตัดสินใจด้านสุขภาพ ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความนี้จะนำไปสู่การสร้าง ความเข้าใจกลยุทธ์ให้กับผู้อ่านและมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถนำไปปฏิบัติจนเกิดผลในการพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับผู้สูงอายุได้ต่อไป

ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Definition of health literacy)

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก³ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล และในระดับประชากร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคล ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง⁴ เป็นสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต⁵ รวมถึงเป็นทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ และสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ⁶ สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ข้อมูล และสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม พัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Level of health literacy)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถจำแนกได้เป็น 3 ระดับ⁵ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Communicative health literacy) และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ดังภาพที่ 1 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) หมายถึง ทักษะพื้นฐานด้านการอ่าน อาทิ การอ่านคำแนะนำบนฉลากยา การอ่านเอกสารชี้แจงรายละเอียดและการลงนาม แสดงความยินยอมก่อนทำการหัตถการ การอ่านข้อมูลคำแนะนำการดูแลสุขภาพ รวมถึงทักษะพื้นฐานด้านการเขียน อาทิ การกรอกเอกสารข้อมูลด้านสุขภาพ รวมทั้งความเข้าใจต่อข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับการสื่อสารด้วยวาจาหรือข้อความเขียนจากบุคลากรด้านสุขภาพ อาทิ คำแนะนำการรับประทานยา คำแนะนำการรับประทานอาหาร คำแนะนำการออกกำลังกาย กำหนดการนัดหมายเพื่อติดตามการรักษา เป็นต้น

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative health literacy) หมายถึง ทักษะพื้นฐานร่วมกับการมีทักษะทางปัญญา (Cognitive skill) และทักษะทางสังคม (Social skill) เพื่อใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ รวมถึงการวิเคราะห์ประเมินความน่าเชื่อถือ ความเหมาะสม และสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนินชีวิต

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) หมายถึง ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่สูงขึ้น สามารถวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และนำมาประยุกต์ใช้ในการควบคุมและบริหารจัดการสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้

สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถจำแนกได้เป็น 3 ระดับ หากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้าน

สุขภาพในระดับต่ำจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี แต่ในทางกลับกัน หากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกัน

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Components of health literacy)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถจำแนกได้เป็น 6 องค์ประกอบ⁵ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ทักษะทางปัญญา (Cognitive skill) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) 5) การจัดการตนเอง (Self-management) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) โดยในแต่ละองค์ประกอบสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) หมายถึง การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัย สามารถเลือกแหล่งและข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือสำหรับการนำมาใช้เพื่อการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และสามารถใช้อุปกรณ์ที่หลากหลาย อาทิ สื่อสังคมออนไลน์ คอมพิวเตอร์ หواتفมือถือ เป็นต้น เพื่อให้สามารถเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

2) ทักษะทางปัญญา (Cognitive skill) หมายถึง ความรู้ ความจำ และความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี สามารถอธิบายเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้อย่างถูกต้อง สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบ และใช้เหตุผลในการเลือกวิธีการปฏิบัติตัวที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้

3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง การพูด การอ่าน และการเขียน เพื่อสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ สามารถสื่อสารหรือ

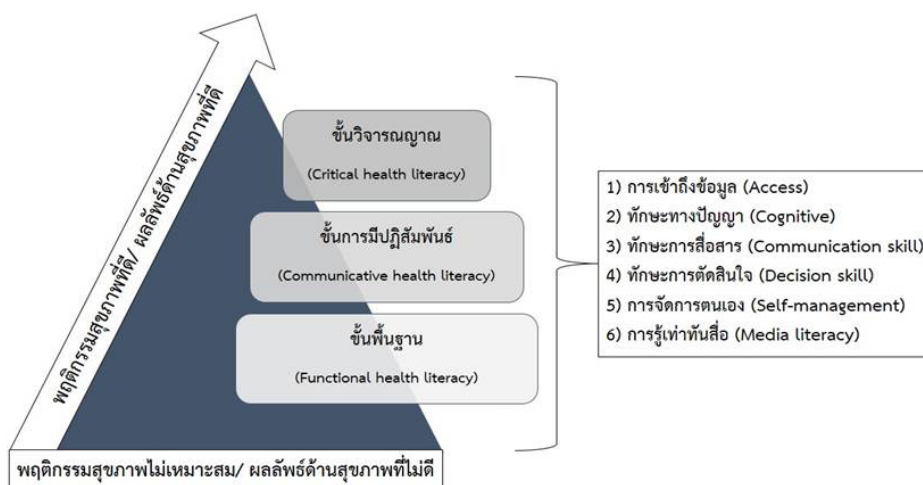
ส่งต่อข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้บุคคลอื่นเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี สามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง การกำหนดทางเลือก การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง และการเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี สามารถวิเคราะห์และใช้เหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือก การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง และการเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี สามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น สามารถแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

5) การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง การกำหนดเป้าหมายและการวางแผนในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี สามารถทำตามแผนที่กำหนดไว้ และมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีอย่างสม่ำเสมอ

6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) หมายถึง การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ สามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบการรับสื่อหรือการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมถึงการประเมินเนื้อหาและข้อความของสื่อเพื่อเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงและพัฒนาสื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนหรือสังคม

จะเห็นได้ว่า องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพมีความครอบคลุมเนื้อหาสาระสำคัญในการปรับปรุงและพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมด้านสุขภาพ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ⁵

ความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ (Health literacy among elderly)

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่เกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70

จะมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป อาทิ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

จำนวนมาก บางครั้งอาจจะได้ข้อมูลที่เป็นคำศัพท์ที่เข้าใจยาก และข้อมูลมีแหล่งที่มาหลากหลาย ทำให้ผู้สูงอายุจะต้องตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลและพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อดูแลสุขภาพอันจะนำไปสู่การปรับพฤติกรรมของตนเองให้มีความเหมาะสม ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (non-literacy populations) และเป็นกลุ่มวัยที่พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมากกว่ากลุ่มวัยอื่น โดยพบว่า ถ้าประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ก็จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพโดยรวม และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น

เครื่องมือในการวัดและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันพบว่า มีการใช้อย่างหลากหลายทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขาดความครอบคลุมขั้นการมีปฏิสัมพันธ์

และขั้นวิจารณ์ญาณ⁷ แบบวัดที่สามารถประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ ได้รับการพัฒนาครั้งแรกโดย Ishikawa, Takeuchi, & Yano (2008)⁸ เรียกว่า The Functional Communicative Critical Health Literacy (FCCHL) Scale แบบวัดเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึงไม่เคย จนถึง 4 หมายถึงบ่อยครั้ง จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย ขั้นพื้นฐาน (จำนวน 5 ข้อ) ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (จำนวน 5 ข้อ) และขั้นวิจารณ์ญาณ (จำนวน 4 ข้อ) มีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha ในแต่ละด้านเท่ากับ 0.84, 0.77, และ 0.65 ตามลำดับ ปัจจุบันแบบวัดดังกล่าวถูกนำไปแปลและได้รับทดสอบความตรงของเครื่องมือในหลายภาษา อาทิ ภาษาญี่ปุ่น⁹ ภาษาดัตช์^{10,11} ภาษาเปอร์เซีย¹² ภาษาเยอรมัน¹³ ผู้เขียนขอเสนอข้อคำถามของแบบวัดดังกล่าว โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อคำถามของแบบวัด ระดับ และองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁸

1. เมื่อท่านอ่านคำแนะนำจากแผ่นพับหรือบนสลากยาจากโรงพยาบาลหรือร้านขายยา ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับข้อความต่อไปนี้ (ระดับพื้นฐาน Functional health literacy)	องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
1. ท่านพบข้อความที่ท่านอ่านไม่ออก 2. ตัวอักษรเล็กเกินไปสำหรับท่าน (แม้ว่าท่านจะสวมแว่นตาแล้วก็ตาม) 3. เนื้อหานั้นยากเกินไปสำหรับท่าน 4. ท่านใช้เวลาในการอ่านและทำความเข้าใจ 5. ท่านต้องการใครสักคนที่จะช่วยท่านอ่าน	ทักษะการสื่อสาร ทักษะการสื่อสาร ทักษะทางปัญญา ทักษะทางปัญญา ทักษะการสื่อสาร
2. หากท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคและมีข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาเพียงเล็กน้อย ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับข้อความต่อไปนี้ (ระดับปฏิสัมพันธ์ Communicative health literacy)	องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
6. ท่านค้นหาและรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ 7. ท่านสามารถเลือกใช้ข้อมูลที่ท่านต้องการได้ 8. ท่านเข้าใจข้อมูลที่ท่านได้รับ 9. ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านกับแพทย์ ครอบครัว หรือเพื่อน 10. ท่านนำข้อมูลที่ได้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันของท่าน	การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการตัดสินใจ ทักษะทางปัญญา ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

3. หากท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษา ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับข้อความต่อไปนี้ (ระดับวิจารณ์ญาณ Critical health literacy)	องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
11. ท่านพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้รับเหมาะสมหรือใช้ประโยชน์กับท่านได้	การจัดการตนเอง
12. ท่านพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือ	การรู้เท่าทันสื่อ
13. ท่านตรวจสอบว่าข้อมูลนั้นมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ	การรู้เท่าทันสื่อ
14. ท่านตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองจากข้อมูลที่รวบรวมได้	ทักษะการตัดสินใจ

จะเห็นได้ว่า แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพดังกล่าว มีความครอบคลุมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ รวมไปถึงองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะทางปัญญา การเข้าถึงข้อมูล การจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบความเที่ยงและความตรงของแบบวัดดังกล่าวเพื่อนำไปใช้ในการประเมินระดับความรอบรู้ของผู้สูงอายุในประเทศไทยต่อไป

กลยุทธ์ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Strategies to improve health literacy among elderly)

ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อาทิ การใช้ยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและต้นทุนการจัดบริการด้านสุขภาพได้ ดังนั้น การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องเน้นการให้ข้อมูลสำคัญที่เหมาะสม เข้าใจง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง กรมบริการมนุษย์และสุขภาพของสหรัฐอเมริกา (U.S. Department of Health and Human Services)¹⁴ นำเสนอกลยุทธ์ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย 1) การพัฒนาการใช้ข้อมูล

ด้านสุขภาพ (Improve the usability of health information) 2) การพัฒนาการใช้บริการด้านสุขภาพ (Improve the usability of health services) 3) การสร้างความรู้เพื่อพัฒนากระบวนการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Build knowledge to improve health decision making) และ 4) การสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพในองค์กร (Advocate for health literacy in organization) ผู้เขียนคัดเลือกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การพัฒนาการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Improve the usability of health information) 2) การพัฒนาการใช้บริการด้านสุขภาพ (Improve the usability of health services) 3) การสร้างความรู้เพื่อพัฒนากระบวนการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Build knowledge to improve health decision making) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การพัฒนาการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Improve the usability of health information)

แนวทางปฏิบัติที่ดีในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ จะช่วยพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทักษะพื้นฐานให้สามารถปฏิบัติตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ อาทิ มีความเข้าใจเกี่ยวกับหัตถการที่จะทำและสามารถลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความเต็มใจ การอ่านข้อมูลบนฉลากยาอย่างเข้าใจและสามารถเข้าใจได้อย่างถูกต้อง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเฉพาะโรคและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้

ที่พบว่า ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี เนื่องจากภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุน ส่งเสริม เผยแพร่ความรู้ ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม¹⁵ โดยกลยุทธ์ในการพัฒนาการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญ ดังนี้

1.1 การพัฒนาข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (Improve the information appropriate for elderly) ข้อมูลที่เหมาะสมเป็นหัวใจสำคัญของการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ที่จะต้องพัฒนาให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างหลากหลาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1.1 การระบุกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ (Identify the intended users of the health information and services) การระบุกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการข้อมูลและบริการด้านสุขภาพโดยพิจารณาจาก 1) ข้อมูลประชากร (Demographics) เช่น ระดับการศึกษา ระดับการเรียนรู้ การจดจำ ปัญหาด้านการสื่อสาร (ปัญหาด้านสายตา การได้ยิน การพูด) 2) พฤติกรรมด้านสุขภาพ (Behavior) เช่น การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ขาดความตระหนัก การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ 3) วัฒนธรรม (culture) เช่น ความเชื่อในท้องถิ่น การรักษาด้วยน้ำมนต์หรือหมอผี การใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร และ 4) ทศนคติ (Attitude) เช่น ค่านิยมการสูบบุหรี่ ดังนั้น การที่จะสื่อสารเนื้อหาข้อมูลหรือข้อความด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม ภาษา และทักษะการรู้หนังสือ รวมถึงบริบททางเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการ และประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังต้องพิจารณาถึงความสามารถในการสื่อสารด้วย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความผิดปกติด้านการสื่อสาร เช่น สายตาสั้นหรือยาว การได้ยินไม่ชัดเจน ผู้สูงอายุเหล่านี้จะต้องใช้กลยุทธ์

การสื่อสารที่ปรับให้เหมาะสมกับความต้องการและความสามารถในการสื่อสารให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

1.1.2 การประเมินความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมายก่อน ระหว่าง และหลังการแนะนำข้อมูลและบริการ (Evaluate users' understanding before, during, and after the introduction of information and services) ผู้ให้บริการจะต้องออกแบบวิธีการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ โดยการกำหนดขอบเขตข้อมูลที่กลุ่มเป้าหมายจำเป็นต้องรู้ และกำหนดวิธีการที่จะใช้ในการสื่อสารข้อมูล รวมถึงการประเมินผลลัพธ์หลังการนำเสนอเนื้อหาและวิธีการสื่อสารไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายพร้อมนำข้อบกพร่องมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา

1.1.3 การยอมรับความแตกต่างทางวัฒนธรรมและการแสดงการเคารพ (Acknowledge cultural differences and practice respect) การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยทางวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ภาษา สัญชาติ ศาสนา อายุ เพศ รสนิยมทางเพศ ระดับรายได้และอาชีพ ทศนคติ และค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ได้แก่ การยอมรับในบทบาทของเพศชายและเพศหญิง การยอมรับและการใช้ยาแผนโบราณกับยาแผนตะวันตก การรับประทานอาหารที่ชอบและอาหารที่ห้ามรับประทาน มารยาทของการแต่งตัว รวมถึงการแสดงการเคารพต่อผู้สูงอายุ โดยการสื่อสารที่แสดงออกทั้งทางวาจา และการแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น การทักทายที่เป็นมิตร การแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง การสัมผัส การใช้สายตาในการสื่อสาร เช่น การยิ้ม การไหว้ การกล่าวสวัสดี เพื่อให้ผู้สูงอายุกู้ถึงการบริการที่ใส่ใจและสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดี¹⁶ ผู้ให้บริการต้องตรวจสอบให้แน่ใจว่าการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพต้องสอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

1.2 การพัฒนาข้อมูลที่ใช้งานง่าย (Improve the information easy to use)

1.2.1 การใช้ข้อความเท่าที่จำเป็น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และเน้นการปฏิบัติ (Limit the number of messages, use plain language, and focus on action)^{17,18} การใช้ตัวอักษรหรือข้อความจะขึ้นอยู่กับความต้องการข้อมูลของผู้สูงอายุ โดยแนวปฏิบัติการให้คำแนะนำจะต้องระบุพฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้สูงอายุปฏิบัติให้ชัดเจน มุ่งเน้นที่พฤติกรรมมากกว่าหลักการทางวิชาการหรือหลักการทางการแพทย์ รวมถึงการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย (Plain language) หมายถึง การใช้ภาษาที่สามารถสื่อสารข้อมูลหรือข้อความที่จำเป็นเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจ (Motivated) และให้ความร่วมมือ (Cooperative) โดยผู้รับบริการเกิดความเข้าใจตั้งแต่การอ่านครั้งแรกและข้อมูลที่เข้าใจมีความสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ให้บริการต้องการให้เข้าใจ¹⁹ หลีกเลี่ยงประโยคที่ยาวจนเกินไป หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์หรือศัพท์ทางเทคนิค อธิบายหรือยกตัวอย่างการปฏิบัติในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุให้เห็นภาพที่ชัดเจน

1.2.2 การให้คำแนะนำเพิ่มเติมด้วยรูปภาพ (Supplement instructions with pictures)¹⁷ รูปแบบการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน การใช้ภาพวาดสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์หรือข้อมูลทางเทคนิคที่ซับซ้อนหรือเป็นนามธรรม ยกตัวอย่างเช่น การอธิบายส่วนประกอบหรืออวัยวะภายในของร่างกายรวมถึงอวัยวะภายนอกของร่างกาย กลไกการเกิดโรค เป็นต้น

1.2.3 การสื่อสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรต้องอ่านง่าย (Make written communication look easy to read)^{17,18} การใช้ข้อความหรือตัวอักษรสำหรับสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุควรคำนึงถึงปัญหาด้านการมองเห็นเป็นสำคัญ ควรใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ มีการเว้นช่องว่างระหว่างบรรทัด

เพื่อให้อ่านง่าย สบายตา มีการใช้สัญลักษณ์หรือการเน้นข้อความสำหรับเนื้อหาที่มีความสำคัญ

1.2.4 พัฒนาการใช้ข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต (Improve the usability of information on the Internet)²⁰ การศึกษาก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่าประชาชนจำนวนมากกว่าร้อยละ 60 ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพจากเว็บไซต์ได้และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่มีทักษะในการใช้งานเครื่องมือดิจิทัล ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถแสวงหาข้อมูลที่ต้องการหรือได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง เช่น ความเชื่อที่ผิด ข่าวปลอม โฆษณาชวนเชื่อ เป็นต้น ดังนั้น การพัฒนาการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพบนระบบออนไลน์ที่มีเนื้อหาถูกต้อง น่าเชื่อถือ และมีการออกแบบให้เหมาะสมสำหรับการใช้งานของผู้สูงอายุ เช่น ตัวอักษรขนาดใหญ่ พื้นที่สีขาว และกราฟิกที่เรียบง่าย รวมถึงการนำสื่อดิจิทัลหรือสื่อสังคมออนไลน์มาใช้ในการสร้างสื่อแนะนำข้อมูลด้านสุขภาพ²¹ อาทิ การใช้วิดีโอภาพ การใช้เสียงด้วยภาษาท้องถิ่น อินโฟกราฟิก รวมทั้งการใช้ระบบการสนทนาตอบโต้ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะทำให้เนื้อหาของข้อมูลน่าสนใจมากยิ่งขึ้น

1.3 การพูดที่ชัดเจนและการฟังอย่างตั้งใจ (Speaking clearly and listening carefully)

1.3.1 การใช้คำถามปลายเปิด (Ask open-ended questions)¹⁷ การใช้คำถามปลายเปิดสามารถใช้ในการประเมินความต้องการและประเมินผลการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสะท้อนประเด็นสงสัย ความคิด และความรู้สึกเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพที่เหมาะสม

1.3.2 การตรวจสอบความเข้าใจ (Check for understanding)²² วิธีการสอนย้อนกลับ (Teach-back)¹⁷ เป็นเทคนิคที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพสามารถใช้เพื่อปรับปรุงและพัฒนาการสื่อสาร

ระหว่างกัน ผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจะถูก
ร้องขอให้อธิบายข้อมูลที่ได้รับด้วยคำพูดของตนเอง
เพื่อตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจ
และสามารถจดจำได้ หากผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลด้าน
สุขภาพเข้าใจไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ผู้ให้บริการ
จะทำซ้ำขั้นตอนนั้นจนกว่าผู้สูงอายุจะสามารถเข้าใจ
และจดจำข้อมูลที่เป็นได้

1.3.3 มีส่วนร่วมในการฝึกอบรม
พัฒนาสมรรถนะทางภาษาและสมรรถนะทาง
วัฒนธรรม (Participate in plain language and
cultural competency training) สนับสนุนให้
สมาชิกในองค์กรเข้ารับการฝึกอบรมในหัวข้อ ดังนี้
การตรวจสอบความเข้าใจของผู้รับบริการ (Check
for understanding) การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย (Plain
language) การใช้ภาพในการสื่อสาร (Supplement
with pictures) การสื่อสารข้อมูลที่เน้นไปที่พฤติกรรม
(Focus on behavior) เป็นต้น

2. การพัฒนาการใช้บริการด้านสุขภาพ (Improve the usability of health services)

การใช้บริการด้านสุขภาพและสาธารณสุข
ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจคำศัพท์ทาง
การแพทย์ที่จำเป็น กระบวนการในการเข้ารับบริการ
ข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญ รวมถึงการทำความเข้าใจ
สิทธิ ผลประโยชน์ การช่วยเหลือสาธารณะ รวมทั้ง
รายละเอียดการกรอกเอกสาร แบบฟอร์ม ข้อมูลการ
นัดหมาย การติดตามการรักษา และการสืบค้นบริการ
สุขภาพที่ต้องการ กลยุทธ์ในการพัฒนาการใช้บริการ
ด้านสุขภาพที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) พัฒนาการใช้
แบบฟอร์มและคำแนะนำด้านสุขภาพ (Improve
the usability of health forms and instructions) 2) พัฒนา
การเข้าถึงด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ
(Improve the accessibility of the physical
environment) และ 3) การสร้างโปรแกรมนำทาง
ผู้ป่วย (Establish a patient navigator program)
โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 พัฒนาการใช้แบบฟอร์มและ
คำแนะนำด้านสุขภาพ (Improve the usability of
health forms and instructions)²³ ในปัจจุบัน
การเข้ารับบริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องใช้แบบฟอร์ม
จำนวนมาก อาทิ แบบฟอร์มประวัติการรักษาพยาบาล
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบบฟอร์มแสดงความ
ยินยอม สิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วย คำแนะนำ
ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คำแนะนำ
ในการดูแลตนเองที่บ้าน เป็นต้น เอกสารและแบบฟอร์ม
สำหรับกรอกข้อมูล โดยเฉพาะแบบฟอร์มแสดงความ
ยินยอมหรือเอกสารทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิ
ผู้ป่วย มักจะมีข้อความจำนวนมากและเนื้อหาจะเป็น
ข้อกำหนดทางกฎหมายที่ยากต่อการทำความเข้าใจ
ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องแปลงแบบฟอร์มเหล่านี้
ให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย โดยผู้ให้บริการด้านสุขภาพ
ควรร้องขอให้ผู้รับบริการบอกเล่าข้อมูลที่ได้รับการ
บอกกล่าวในระหว่างกระบวนการยินยอมเพื่อตรวจสอบ
ความเข้าใจ²⁴ โดยมีแนวทางการพัฒนาแบบฟอร์ม
และคำแนะนำด้านสุขภาพ อาทิ การแก้ไขแบบฟอร์ม
ให้มีความชัดเจน เรียบง่าย และทำความเข้าใจได้ง่าย
การทดลองใช้แบบฟอร์มกับผู้รับบริการและปรับปรุง
แก้ไขตามความต้องการ การใช้รูปแบบภาษาที่เข้าใจง่าย
และหลากหลายภาษา การให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับ
สิทธิของผู้รับบริการ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อให้
ความช่วยเหลือในการกรอกแบบฟอร์ม เป็นต้น

2.2 พัฒนาการเข้าถึงด้านสภาพแวดล้อม
ทางกายภาพ (Improve the accessibility of the
physical environment)²³ สภาพแวดล้อมทาง
กายภาพในสถานบริการด้านสุขภาพจะมีเครื่องหมาย
และป้ายประกาศจำนวนมาก อาทิ แผนที่หรือเส้นทาง
ตารางเวลา และป้ายคำแนะนำติดประกาศเพื่อช่วยให้
ผู้รับบริการค้นหาการให้บริการและข้อมูลข่าวสาร
ซึ่งส่วนใหญ่จะมีข้อความและสัญลักษณ์ที่ไม่คุ้นเคย
ทำให้ผู้รับบริการสับสนและเป็นภาระมากขึ้นสำหรับ
เจ้าหน้าที่ได้ โดยมีแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงด้าน
สภาพแวดล้อมทางกายภาพ อาทิ การใช้สัญลักษณ์ที่

เป็นสากลและติดป้ายประกาศที่เห็นได้ชัดเจน การจัดขั้นตอนการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จในที่เดียว เป็นต้น

2.3 การสร้างโปรแกรมนำทางผู้ป่วย (Establish a patient navigator program) การสร้างโปรแกรมนำทางผู้ป่วย หมายถึง การพัฒนาผู้ให้บริการเพื่อทำหน้าที่ในการช่วยผู้รับบริการเพื่อให้เข้าถึงบริการและข้อมูลด้านสุขภาพที่เหมาะสม ทำหน้าที่ประสานงานการดูแลสุขภาพสำหรับผู้รับบริการสามารถช่วยผู้รับบริการประเมินทางเลือกในการรักษาพยาบาล รวมถึงการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

3. การสร้างความรู้เพื่อพัฒนาระบบการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Build knowledge to improve health decision making) ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำอาจจะทำให้ขาดความรู้หรือมีความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเกิดโรค หากผู้สูงอายุปราศจากความรู้รอบรู้เหล่านี้อาจทำให้มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่ดี เช่น ขาดการควบคุมอาหารที่ก่อให้เกิดโรค ขาดการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำอาจไม่รู้ว่าควรจะดูแลสุขภาพเมื่อใดหรืออย่างไร อีกทั้งในปัจจุบันข้อมูลด้านสุขภาพและวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงและดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ความรู้เกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพบางอย่างอาจจะล้าสมัยหรือไม่สมบูรณ์เมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น การสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายวางแผนหรือตัดสินใจเลือกแผนการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม¹⁶ กลยุทธ์ในการสร้างความรู้เพื่อพัฒนาระบบการตัดสินใจด้านสุขภาพที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม 2) การอำนวยความสะดวกในการตัดสินใจด้านสุขภาพ และ 3) การร่วมมือกับสถาบันการศึกษาเพื่อปรับปรุงหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยกลยุทธ์ในการพัฒนาการใช้บริการด้านสุขภาพที่สำคัญมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม (Improve access to accurate and appropriate health information)

3.1.1 สร้างกลไกในการสนับสนุนการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย (Plain language) ในบุคลากรด้านสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรด้านสุขภาพและสาธารณสุขสามารถพัฒนาสื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย (Plain language) ที่ประกอบด้วยความถูกต้องตามหลักการทางวิทยาศาสตร์และมีความเหมาะสมทางวัฒนธรรมเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม

3.1.2 การทำงานร่วมกับสื่อสารมวลชน (Work with the media) การทำงานร่วมกับสื่อสารมวลชนเพื่อปรับปรุงความรู้เรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเพิ่มการรับรู้ของสื่อสารมวลชนเกี่ยวกับปัญหาความรู้เรื่องสุขภาพ การทำให้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ง่ายต่อการเข้าใจของประชาชน การตรวจสอบการนำเสนอข่าวข้อมูลด้านสุขภาพด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมสำหรับผู้ชมทั่วไป

3.1.3 การพัฒนาวิธีการใหม่สำหรับการเผยแพร่ข้อมูล (Develop new methods for information dissemination) ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีการสืบค้นบนอินเทอร์เน็ตแสดงให้เห็นถึงความสนใจของสาธารณชนในการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพที่นอกเหนือจากแผ่นพับของโรงพยาบาล อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล เช่น โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ เป็นวิธีการใหม่ในการส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพให้กับผู้รับบริการ ดังนั้น ผู้ให้บริการต้องพิจารณาวิธีการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุ รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้รับบริการเข้าถึงข้อมูล สารสนเทศ และเนื้อหาดิจิทัลด้านสุขภาพ²¹

3.2 การอำนวยความสะดวกในการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Facilitate healthy decision-making) ผลการวิจัยก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่า การที่บุคคลมีข้อมูลจำนวนมากอาจไม่ใช่ปัจจัยสนับสนุนในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและบ่อยครั้งอาจส่งผลเสียได้²⁵ การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งของการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ถูกต้อง การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของบุคคลหรือความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนเองในการทำงานให้สำเร็จเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจ²⁶ การเพิ่มขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตนเองอาจทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะใช้ข้อมูลด้านสุขภาพมาใช้ในการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรม รวมถึงการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-management support)²⁷ โดยมีการวางแผนการดำเนินการ การกำหนดเป้าหมาย การแก้ไขปัญหา และการติดตามผล ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการกำหนดเป้าหมายร่วมกับทีมผู้ให้บริการ อันจะเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

3.3 การร่วมมือกับสถาบันการศึกษาเพื่อปรับปรุงหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Partner with educators to improve health curricula)

3.3.1 การร่วมพัฒนาบทเรียนที่มีเนื้อหาด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ใหญ่ (Co-develop adult basic education lessons on health content) การพัฒนาบทเรียนที่มีเนื้อหาด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รวมถึงประชาชนที่ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ บุคลากรด้านสุขภาพสามารถทำงานร่วมกับสถาบันการศึกษาเพื่อระบุทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ทฤษฎีทางการศึกษาระบุว่า บุคคลมีความต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของพวกเขา ดังนั้น การพัฒนาบทเรียนที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับ

สุขภาพมีแนวโน้มที่จะดึงดูดผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่ให้มาศึกษาได้มากขึ้น²⁸ บุคลากรด้านสุขภาพสามารถร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการพัฒนาบทเรียนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ข้อมูลบนฉลากยา แบบฟอร์มยินยอม รูปแบบประวัติสุขภาพ และเนื้อหาด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

สรุปผล

ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี รวมถึงอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและต้นทุนการจัดบริการด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ควรมีนโยบายในการกำหนดให้สถานบริการและบุคลากรด้านสุขภาพมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และทันสมัย มีทักษะทางปัญญาในการพิจารณาเนื้อหาที่ได้รับและรู้เท่าทันสื่อ มีทักษะในการติดต่อสื่อสาร ทักษะในการตัดสินใจด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถจัดการด้านสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยบุคลากรด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญในการพัฒนาเนื้อหาด้านสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การใช้ข้อความเท่าที่จำเป็น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เน้นการฝึกปฏิบัติ ใช้การพูดที่ชัดเจน รวมไปถึงการพัฒนาการใช้แบบฟอร์มและคำแนะนำด้านสุขภาพ การพัฒนาการเข้าถึงด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ การสร้างโปรแกรมนำทางผู้ป่วย และการสร้างความรู้เพื่อพัฒนากระบวนการตัดสินใจด้านสุขภาพได้แก่ การพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม การอำนวยความสะดวกในการตัดสินใจด้านสุขภาพ และการร่วมมือกับสถาบันการศึกษาเพื่อปรับปรุงหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ กลยุทธ์เหล่านี้จะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับผู้สูงอายุได้มากยิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Thangkratok P. The role of the nurse in the chronic disease management. *Songkla J Nurs* 2017;37:154-9.
2. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, et al. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med* 2008;66:1809-16.
3. World Health Organization Regional Office for Europe. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. p.3.
4. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15:259-67.
5. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008;67: 2072-8.
6. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health* 2009;54:303-5.
7. Kaeodumkoeng K, Thummakul D. Health literacy promoting in aging population. *J Health Sci Res* 2015;9:1-8.
8. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care* 2008;31:874-9.
9. Suka M, Odajima T, Kasai M, et al. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environ Health Prev Med* 2013;18:407-15.
10. van der Vaart R, Drossaert CHC, Taal E, et al. Validation of the Dutch functional, communicative and critical health literacy scales. *Patient Educ and Couns* 2012;89:82-8.
11. Fransen MP, Van Schaik TM, Twickler TB, et al. Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *J Health Commun* 2011;16(sup3):134-49.
12. Reisi M, Mostafavi F, Javadzede H, et al. The functional, communicative, and critical health literacy (FCCHL) scales: cross-cultural adaptation and the psychometric properties of the Iranian version. *Iran Red Crescent Med J* 2017;19:e29700.
13. Dwinger S, Kriston L, Härter M, et al. Translation and validation of a multidimensional instrument to assess health literacy. *Health Expect* 2015;18:2776-86.
14. U.S. Department of Health and Human Services. Quick guide to health literacy. Rockville, MD: Office of Disease Prevention and Health Promotion; 2015, p.12-27.
15. Thangkratok P, Chaokak S, Mongkoldee P, et al. Salty eating behavior of aging in Bang-Plad District, Bangkok. *KKU J for Public Health Res* 2016;9:71-8.
16. Thangkratok P, Poohomjarean H, Rinsathorn S. Effects of AIDET communication program on satisfaction among patients and families in cardiac care unit, Bangkok Heart Hospital. *Songkla Med J* 2017;35:335-42.

17. Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching patients with low literacy skills. 2nd ed. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott Co; 1996.
18. Mazur B. Revisiting plain language. *Technical Commun* 2000;47:205-11.
19. Cutts M. Unspeakable acts revisited. *Infor Design J* 1998;9:39-43.
20. Baur Ce. Using the internet to move beyond the brochure and improve health literacy. In: Joanne G. Schwartzberg, Jonathan B. VanGeest, Claire C. Wang, editors. *Understanding Health Literacy*. 1st ed. Chicago: American Medical Association; 2005:141-54.
21. Thangkratok P, Cheevakasemsook A, Angsuchoti S. Digital competency of Thai professional nurses. *J Nurs Sci Health* 2019;42:1-12.
22. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med* 2003;163:83-90.
23. Rudd RE, Renzulli D, Pereira A, et al. Literacy demands in health care settings: the patient perspective. In: Joanne G. Schwartzberg, Jonathan B. VanGeest, Claire C. Wang, editors. *Understanding Health Literacy*. 1st ed. Chicago: American Medical Association; 2005. p69-84.
24. Helen W. Wu, Robyn Y. Nishimi, Christine M. Page-Lopez, Kenneth W. Kizer, editors. *Improving patient safety through informed consent for patients with limited health literacy*. Washington, DC: National Quality Forum; 2005.
25. California Health Care Foundation. *Consumers in health care: the burden of choice*. 2005.
26. U.S. Department of Health and Human Services. *Making health communication programs work*. Washington, DC: National Cancer Institute; 2002, p. 248.
27. Langputeh A, Suden F, Thangkratok P. Effects of a self-management program for patients with chronic obstructive pulmonary disease in medicine ward, Khuandon Hospital, Satun Province. *Srinagarind Med J* 2018;33:346-50.
28. U.S. Department of Health and Human Services. *Communicating health: priorities and strategies for progress*. Washington, DC: National Cancer Institute; 2003. p.51-2.