

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับวิชาชีพพยาบาล Health Literacy and Nursing Professionals

วรรณศิริ นิลเนตร * วาสนา เรืองจุติโพธิ์พาน *

Wansiri Nilnate * Wassana Rungchutiphopan *

Received : 15 NOV 2019 / Revised : 10 DEC 2019 / Accepted : 20 DEC 2019

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของบุคคลทุกช่วงวัย ทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ และเป็นทักษะที่มีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพ ส่วนวิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพที่ทำงานด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการสอน การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ซึ่งใกล้ชิดกับประชาชนทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเจ็บป่วย อีกทั้งขอบเขตการทำงานของพยาบาลยังครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้พยาบาลปฏิบัติงานในสถานบริการทั้งระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ จึงถือว่าพยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญของทีมสุขภาพ ที่สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนได้

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ การประเมินองค์ประกอบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แนวทางการพัฒนาและบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ เมื่อบุคคลได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้เจ็บป่วยและเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง พยาบาลสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการได้โดยการปฏิบัติบทบาทของผู้ประเมิน ผู้สื่อสารด้านสุขภาพ ผู้พัฒนาสื่อทางสุขภาพ ผู้สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้กระตุ้น และผู้วิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ วิชาชีพพยาบาล/ พฤติกรรมสุขภาพ

* อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

* Instructor at Boromrajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan





Abstract

Health literacy is an important factor on health status through life span both normal and abnormal states also affects on health behavior and health outcomes. It is an essential skill to achieve good health. The health literate individual can use skills needed to find, understand, evaluate, communicate and use health information. Nursing professionals work closely with both healthy people and patients by focusing on teaching, providing information, counseling and solving health problems. The scope of work covers individuals, families and communities. In addition, they work in all primary, secondary and tertiary health care centers. Therefore, nurses are important staff members of the health care team that can develop people's health literacy.

This article aims to present the emphasis of health literacy, assessment, components and factors related to health literacy, guidelines for developing of health literacy and roles of nursing professionals on client's health literacy enhancement. The more health literacy clients get, the better self-care behavior they gain. Therefore, they are healthier and pay less health care cost. Nurses can develop client's health literacy by using the roles of assessor, health communicator, health media developer, creator of supportive environment for health literacy, encourager and researcher on health literacy issues.

Keyword : Health literacy / Nursing professionals / Health behavior

บทนำ

ตลอดช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มักได้ยินคำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)” กันมากขึ้น ทั้งวงการการศึกษา และวงการสาธารณสุข นอกจากนี้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) กระทรวงสาธารณสุขใช้แนวคิดเรื่องการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นมาตรการและแนวทางในการพัฒนายุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก เพื่อก้าวเข้าสู่โมเดลประเทศไทย 4.0 ที่กำหนดวิสัยทัศน์ให้คนไทยมีสุขภาพดี สร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน และกำหนดเป้าประสงค์ให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเอง ครอบครัวยุติ และชุมชนด้านสุขภาพได้ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษาในปี ค.ศ.1974 (Mancuso, 2009) ต่อมามีการกำหนดนิยามขึ้นอย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้คำนิยามโดยองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.1998 (World Health Organization, 1998)

ในแวดวงวิชาการของไทย มีการใช้คำเรียก Health literacy หลายคำ ได้แก่ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งขึ้นอยู่กับการใช้คำนิยาม การตีความ และกำหนดขอบเขตพื้นฐานของประสบการณ์และการปฏิบัติงานในแต่ละสาขาวิชาชีพ ในบทความนี้ผู้เขียนเลือกใช้คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในปัจจุบัน

การประกอบวิชาชีพการพยาบาล ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมุ่งเน้นการสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การดูแลสุขภาพของโรคและการฟื้นฟูสภาพ (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์, 2540) ดังนั้นวิชาชีพพยาบาลจึงมีบทบาทโดยตรงกับการพัฒนาให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ

ความหมายและความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกให้นิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นครั้งแรก (World Health Organization, 1998) และถูกแปลโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขว่า “คือ ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น” (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)





กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กล่าวถึง **ความรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง ชีตความสามารถทางปัญญา (การคิด พิจารณา ไตร่ตรอง เลือกด้วยตนเอง) และสังคม ในระดับปัจเจกชนที่รอบรู้แตกฉานด้านสุขภาพ จนสามารถถ่วงถ่วง ประเมินและเลือกรับ นำไปสู่การตัดสินใจด้วยความเฉียบคมที่จะเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตัวเอง (วชิระ เพ็งจันทร์, 2560)

แนวความคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ มีความชัดเจนมากขึ้น เมื่อมีการจำแนกระดับของความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งแต่ละระดับส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยจำแนกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) หมายถึง ทักษะการฟัง พูด อ่าน และเขียน ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นต่อการสร้างความเข้าใจและการใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อให้สามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม การอ่านฉลากยา การทำความเข้าใจต่อการให้ข้อมูลของบุคลากรทีมสุขภาพ ทั้งข้อความเขียนและวาจา การปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เช่น วิธีรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

2) ระดับสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive health literacy) หมายถึง ความสามารถในการเลือกใช้ แยกแยะ และ ประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนการถ่ายทอดความรู้ทางสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ ให้ผู้อื่นเข้าใจ

3) ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) หมายถึง ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ เปรียบเทียบ ประเมิน และการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพและจัดการสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของตนเองและผู้อื่นซึ่งจะส่งผลไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน(Nutbeam, 2008)

นอกจากนี้ **ดอน นัทปิม** ศาสตราจารย์ด้านสาธารณสุข มหาวิทยาลัยซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย เสนอว่าการวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพ จะประสบความสำเร็จได้ถ้ามีการออกแบบเนื้อหาและบริบทที่เหมาะสม มีความจำเพาะตามบริบทของช่วงอายุและครอบคลุมตามองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ Functional, Interactive และ Critical health literacy.

นักวิชาการด้านคลินิก และด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีมุมมองเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน 2 มุมมอง ดังนี้

1) ความรู้ด้านสุขภาพ คือ ปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) ที่จะต้องแก้ไข เพื่อให้กระบวนการรักษาหรือบริการทางการแพทย์ได้ผลดี ทำให้บุคคลและบุคลากรสาธารณสุขมองเห็นจุดอ่อนหรือสิ่งที่ต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง โดยเฉพาะในกระบวนการสื่อสารและสร้างความตระหนักร่วมกันว่า หากไม่ค้นหาและแก้ไขปรับปรุงปัจจัยเหล่านี้แล้ว การคาดหวังผลให้เกิดสุขภาพที่ดี ย่อมเป็นไปได้ยาก

2) **ความรู้ด้านสุขภาพ** คือ สินทรัพย์ (Asset) ที่บุคคลมีอยู่ หรือถูกพัฒนาขึ้นจากกระบวนการทางสุขภาพและการสื่อสาร ส่งผลให้เกิดพลังอำนาจ (Empowerment) ขึ้นภายในตัวบุคคลและมีกระบวนการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องต่างๆ ที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ (Nutbeam, 2008; ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558)

ความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของบุคคล ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่ดี ทำให้ไม่เข้าใจกระบวนการเกิดโรค ไม่สามารถจดจำหรือเข้าใจคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น มีความเชื่อทางสุขภาพที่ขัดต่อการดูแลรักษา (Agency for Healthcare Research and Quality, 2007) ส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด มักมีปัญหาในการใช้ยา ไม่สามารถอ่านทำความเข้าใจข้อมูลบนฉลากยา มีทักษะการตัดสินใจและทักษะการจัดการตนเองไม่ดี มีอัตราการเกิดโรคเรื้อรัง อัตราการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (Brach, et al., 2012)

หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพ กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (World Health Organization, 2009) ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงาน ส่งเสริมสุขภาพและไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างสมบูรณ์

การประเมินระดับของความรู้ด้านสุขภาพ

การประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้พยาบาลหรือบุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพได้ถูกต้องและแม่นยำ ตลอดจนนำข้อมูลดังกล่าวไปพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเพื่อจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีการศึกษาและพัฒนาไว้ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือประเมินระดับบุคคล และส่วนที่ 2 เครื่องมือประเมินระดับสังคม (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) ดังนี้

1. เครื่องมือประเมินระดับบุคคล

- **แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM)** ใช้ประเมินการอ่านคำศัพท์หรือคำที่ใช้ในทางการแพทย์ที่คาดว่าผู้ป่วยควรจดจำได้ ซึ่งสามารถจำแนกผู้ป่วยที่มีระดับการอ่านที่จำกัด เพื่อให้คำแนะนำและเลือกใช้สื่อให้เหมาะสม แบบประเมินประกอบด้วยคำศัพท์ทางการแพทย์จำนวน 125 คำ ให้ผู้ป่วยอ่านออกเสียงคำทั้งหมดทีละคำ ใช้เวลาทดสอบ 3-5 นาที เกณฑ์การแบ่งกลุ่มแบ่งตามความสามารถในการอ่าน และหรือกลุ่มอายุ (Davis, et al., 1991)





1.2 แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มวัยผู้ใหญ่แบบสั้น (Shortened version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: S-REALM) มีการใช้จำนวนคำลดลง เหลือเพียง 66 คำ ใช้เวลาทดสอบ 1-2 นาที สามารถจำแนกระดับออกเป็น การอ่านออกเขียนได้ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับเหมาะสม (Davis, et al., 1993)

1.3 แบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Medical Achievement Reading Test: MART) แบบทดสอบนี้มีลักษณะคล้ายคลึงกับ REALM ใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ จำนวน 42 คำ เวลาทดสอบประมาณ 3-5 นาที แบบทดสอบนี้ให้ความสำคัญกับสาเหตุที่ผู้ป่วยแต่ละคนไม่สามารถอ่านข้อมูลได้ เช่น คำศัพท์แพทย์ที่ควรรู้ ข้อความในใบสั่งยา แผ่นพับแนะนำการปฏิบัติตัว เป็นต้น ซึ่งสาเหตุมักจะเป็นตัวอักษรที่มีขนาดเล็ก พิมพ์บนกระดาษที่มันวาวทำให้อ่านได้ยาก หมึกพิมพ์เลอะหรือจางได้ง่าย เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องคาดเดาข้อความหรือคำที่ไม่ชัดเจน (Hanson-Divers, 1997)

1.4 แบบคัดกรองผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (The Newest Vital Sign: NVS) เป็นแบบคัดกรองที่ใช้เวลาน้อยและมีความแม่นยำ โดยให้แปลความหมายฉลากโภชนาการ และบอกการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภค เวลาทดสอบประมาณ 2-3 นาที จำแนกระดับออกเป็น ระดับที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ระดับที่จำกัด และระดับที่เพียงพอ (Weiss, et al., 2005)

1.5 แบบทดสอบความเข้าใจข้อมูลและการนับจำนวนระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA) แบบทดสอบแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การทดสอบการอ่านจากสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น สิทธิของผู้ป่วย หน้าที่รับผิดชอบ และ 2) การทดสอบด้านตัวเลข เช่น รายละเอียดฉลากยา ระดับน้ำตาล เป็นต้น รวมเวลาทดสอบประมาณ 22 นาที จำแนกระดับออกเป็น ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับเหมาะสม (Baker, et al., 1999)

1.6 แบบทดสอบความเข้าใจข้อมูลและการนับจำนวนระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (The Shorten Test of Functional Health Literacy in Adult: S-TOFHLA) แบบทดสอบนี้ใช้ในการประเมินด้านการอ่านและสร้างความเข้าใจเท่านั้น เพื่อลดเวลาให้สั้นลง ใช้เวลาประมาณ 7 นาที จำแนกระดับออกเป็น ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับเหมาะสม (Baker, et al., 1999)

2. เครื่องมือประเมินระดับสังคม

2.1 เครื่องมือประเมินระดับชาติเรื่องความรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ของประเทศสหรัฐอเมริกา (National Assessment of Adult Literacy: NAAL) ใช้ประเมินความสามารถในการเข้าใจสิ่งที่แสดงเป็นลายลักษณ์อักษร และข้อมูลซึ่งพบได้ทั่วไปในกิจกรรมประจำวัน 3 ลักษณะ คือ ข้อความ เอกสาร และจำนวนตัวเลข ครอบคลุม 6 บริบท ได้แก่ การทำงาน สุขภาพและความปลอดภัย ชุมชนและความเป็นพลเมือง บ้านและครอบครัว การบริโภคสินค้า และการใช้เวลาว่างและนันทนาการ กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ ผู้พักอาศัยในครัวเรือน ที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนร้อยละ

99 และผู้ถูกกักกัน ที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนร้อยละ 1 ใช้วิธีสูมตัวอย่างแบบ 4 ขั้นตอน เครื่องมือประเมินได้แก่ แบบสัมภาษณ์ บันทึกข้อมูลลงในเครื่องคอมพิวเตอร์เคลื่อนที่ (laptop computers) คำถามมีจำนวน 152 ข้อ ใช้เวลา 60 นาที จำแนกระดับออกเป็น ชั้นต่ำกว่าพื้นฐาน ชั้นพื้นฐาน ชั้นกลางและชั้นสูง (U.S. Health People 2010, 2000)

2.2 เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศยุโรป (The European Health Literacy Survey: HLS-EU) ใช้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศยุโรป 8 ประเทศ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ แบบประเมิน HLS-EU-Q 47 จำแนกเป็น 3 มิติ คือ ด้านการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมจำนวน 47 ข้อ ใช้เวลา 10 นาที จำแนกระดับออกเป็น ระดับไม่เพียงพอ มีปัญหา พอเพียง และดีเยี่ยม (Sorensen, et al., 2012; Pelikan, et al., 2014)

2.3 เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศอาเซียน ใช้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศอาเซียน 8 ประเทศ ได้แก่ อินโดนีเซีย คาซัคสถาน ลาว มาเลเซีย เมียนมาร์ ปากีสถาน ไต้หวัน และเวียดนาม โดยใช้องค์ประกอบในการประเมินและเครื่องมือ HLS-EU-Q 47 ของกลุ่มประเทศยุโรป โดยนำมาแปลด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ เนื้อหามีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขของแต่ละประเทศ เพื่อให้มีความสอดคล้องเชิงวัฒนธรรม ทำการทดสอบการอ่านและความเข้าใจโดยนักวิจัยในแต่ละประเทศ แปลเป็น 7 ภาษา ได้แก่ อินโดนีเซีย คาซัค รัสเซีย มาเลเซีย เมียนมาร์ แมนดาริน และเวียดนาม แบบประเมินจำนวน 47 ข้อ ใช้เวลา 10 นาที จำแนกระดับออกเป็น ระดับไม่เพียงพอ มีปัญหา พอเพียง และดีเยี่ยม (Duong, et al., 2017)

สำหรับเครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพที่ใช้ในประเทศไทย พัฒนาโดยใช้แนวคิดของ **ดอน นัทบิม** เป็นแบบประเมินที่มุ่งจำแนกระดับและประเมินองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพที่มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พัฒนาโดย กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ และภาคสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นแบบประเมินประชาชนไทย ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป ตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา เป็นต้นจำนวน 30 ข้อ จำแนกระดับออกเป็น ระดับดีมาก ดี และพอใช้ (กองสุศึกษา, 2561)

จากการศึกษาวิจัยที่พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 51 ฉบับ (Haun, et al., 2014) พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในปัจจุบัน มีจุดเด่นและจุดอ่อนที่แตกต่างกัน และเครื่องมือดังกล่าวยังมีข้อจำกัดมากมาย ได้แก่ 1) เครื่องมือส่วนใหญ่เป็นการกำหนดขึ้นเฉพาะบริบทที่ศึกษา และประเมินความสามารถพื้นฐาน (Task-based literacy) เฉพาะในบางด้าน เช่น การอ่าน และการจำคำศัพท์ ขาดการพัฒนาเพื่อประเมินทักษะ (Skill-based literacy) ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร



ทักษะทางสังคมในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นและสามารถพัฒนาได้ 2) มุ่งเน้นการวัดในระดับ Functional มากเกินไป ขาดการพัฒนาเพื่อให้ครอบคลุมระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพในส่วน ของ Interactive และ Critical health literacy 3) ประเด็นการประเมินยังจำกัดในกลุ่มปัญหาโรค เบาหวาน หอบหืด เอชไอวี ไม่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น กลุ่มโรคเรื้อรัง ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558)

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้จำแนกองค์ประกอบ ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น 6 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของ ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2008) ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเลือก แหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา การค้นหาข้อมูลที่ถูกต้อง ตลอดจน ความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้ เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูล ที่น่าเชื่อถือ 2) ความรู้ ความเข้าใจ หมายถึง การมีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ ความสามารถในการอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ ในการที่จะนำไปปฏิบัติ ตลอดจนการมีความสามารถในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา หรือแนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพ ได้อย่างมีเหตุผล 3) ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลสุขภาพ และสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีพูด อ่าน เขียน ให้บุคคลอื่นเข้าใจ รวมทั้งสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลสุขภาพ 4) ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการกำหนด ทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี รวมทั้งการใช้เหตุผล หรือ วิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/วิธีการปฏิบัติ อีกทั้งยังหมายถึงความสามารถในการ แสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงข้อมูลหักล้างความเข้าใจผิดได้อย่าง เหมาะสม 5) ทักษะการจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผน การปฏิบัติ ตลอดจนปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ รวมถึงมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการ ปฏิบัติ ตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง 6) การรู้เท่าทันสื่อ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบ ความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอและเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อ หลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น ตลอดจนสามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะ แนวทางให้กับชุมชนและสังคม (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และณฤมณ ตรีเพชรศรีอุไร, 2554)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น ต้องเข้าใจถึงปัจจัยหรือตัวกำหนดที่อาจส่ง ผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพราะเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจะกำหนดรูปแบบหรือกลยุทธ์ในการ พัฒนา (Sorensen, et al., 2012) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ

1. ปัจจัยระดับบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาปัจจัยระดับบุคคลที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1.1) ความรู้ ได้แก่ ความรู้ทั่วไป เช่น การอ่านตัวเลข ความสามารถในการวิเคราะห์ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ความรู้ด้านอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์ คอมพิวเตอร์ วัฒนธรรม เป็นต้น 1.2) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การศึกษา เพศ อายุ อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษา(Manganello, 2008) 1.3) ความเชื่อและทัศนคติ 1.4) พฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพ 1.5) ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล (Nilnate, Hengpraprom, & Hanvoravongchai, 2016) ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน ความสามารถในการพูด ทักษะในการต่อรอง ทักษะในการจัดการตนเอง ความสามารถในการประเมินสื่อทางสุขภาพ ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ 1.6) รูปแบบการใช้ชีวิต 1.7) การจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วย 1.8) ระดับความเครียด 1.9) ภาวะสุขภาพ 1.10) คุณภาพชีวิต (สิรินันท์ ชูเชิด, นภาพร วาณิชกุล, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, และชัยวุฒิ ยศดารสุโรดม, 2559) 1.11) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Nutbeam, 2000) 1.12) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ ความร่วมมือในการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง (แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรรา ประเสริฐศรี, 2558)

2. ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ 2.1) ทักษะส่วนบุคคล ประกอบด้วยทักษะทางปัญญา ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ ทักษะการสื่อสารและทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะทางสังคมและทักษะการพิทักษ์สิทธิของตนเอง 2.2) สิ่งแวดล้อม 2.3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Mancuso, 2008)

3. ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ 3.1) การจัดระเบียบชุมชน 3.2) ความเท่าเทียมทางสังคมสุขภาพ และโครงสร้างทางการเมือง 3.3) การพัฒนาความรู้ องค์กร และนโยบาย 3.4) การเข้าถึงและการใช้บริการทางสุขภาพ 3.5) การมีส่วนร่วม 3.6) มาตรการทางสังคมเพื่อสุขภาพ 3.7) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Manganello, 2008)

นอกจากนี้ ความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อบุคคลในการทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ ดังนั้นการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันจึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษามากขึ้น ซึ่งข้อมูลทางด้านสุขภาพมักเป็นข้อมูลที่มีความซับซ้อน และอาจยากต่อการทำความเข้าใจ เช่น การอธิบายเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา ขั้นตอนในการรักษา การบริหารยาที่มีผลข้างเคียงสูง การเซ็นใบยินยอมก่อนผ่าตัด หนังสือแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยังอาจเกิดการสื่อสารที่ผิดพลาดระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้เสมอ (อภิญา อินทรรัตน์, 2557)





แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมายสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ สามารถจำแนกเป็นกลุ่มได้ดังนี้ 1) **กลุ่มที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (illiteracy populations)** ได้แก่ ผู้ที่อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ พูดไม่ได้ มีปัญหาการได้ยิน/การใช้สายตา คนพิการ เด็กเล็ก คนชรา ผู้ที่มีปัญหาการใช้ภาษาหลักเช่น คนอพยพย้ายถิ่น คนต่างชาติ เป็นต้น 2) **กลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ (low-literacy populations)** ได้แก่ ผู้ที่ขาดความตระหนัก ขาดความเอาใจใส่ ละเลยเรื่องสุขภาพของตนเอง เช่น ไม่มาตามนัด หลงลืมง่าย คนที่ไม่ชอบถาม ขี้อาย พูดเสียงเบา เล่าลำดับความไม่ถูก เป็นต้น 3) **กลุ่มประชาชนทั่วไป (general populations)** เป็นบุคคลทุกกลุ่มวัยที่สามารถสร้างโอกาสในการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง แต่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เครียด เมาแล้วขับซิ่ง กินอาหารตามใจปาก ไม่ใช้อย่างอนามัย ทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ป้องกันได้ 4) **กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ (health provider groups)** กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพมีความสำคัญยิ่งในระบบสุขภาพ เนื่องจากอยู่ในบทบาทที่บุคคลทั่วไปคาดหวังให้เป็นที่พึ่งพิงด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย และมีส่วนสำคัญในปฏิบัติการต่างๆ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ บุคคลกลุ่มนี้ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ครูอนามัยโรงเรียน ครูสุศึกษา รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขด้านต่างๆ หากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ ขาดความตระหนักในการสื่อสารกับผู้มารับบริการหรือกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง ก็ย่อมเกิดผลกระทบโดยตรงกับประสิทธิผลของการให้บริการ เช่น พูดน้อย พูดเสียงเบา หรือดงเกินจนเหมือนตะคอก ใช้ศัพท์วิชาการบ่อย หรือ ใช้สื่อไม่เหมาะสม เป็นต้น (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และณณมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554)

แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ในปัจจุบัน มีประเด็นสำคัญ ดังนี้

- 1) การสร้างระบบที่ช่วยเพิ่มอัตราการอ่านหนังสือของประชาชน เช่น การทำให้หนังสือคุณภาพดี ในราคาที่ประชาชนทุกระดับสามารถหาซื้อได้ การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ที่สร้างโอกาสให้ประชาชนใช้เป็นช่องทางและแหล่งฝึกฝนการอ่านและการเรียนรู้สำหรับตนเอง ครอบครัวและชุมชน
- 2) การสร้างองค์ความรู้และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โลกทุกวันนี้มีข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจำนวนมากในทุกหนทุกแห่ง โดยเฉพาะในโลกสังคมออนไลน์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดให้มีแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น โดยทำให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้อง มีความทันสมัยได้ง่ายและสะดวก
- 3) พัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และบริการด้านสุขภาพ โดยการสร้างความร่วมมือแบบภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันและโรงพยาบาล เอกชน สื่อมวลชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคประชาชน เพื่อการเฝ้าระวังตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ไม่ถูกต้อง และเป็นภัยกับประชาชน

4) การออกแบบและตรวจสอบคุณภาพสื่อ สื่อในการดำเนินงานด้านสุขภาพ มีทั้งสื่อ บุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือมัลติมีเดีย และสื่อสาธารณะ การออกแบบสื่อเพื่อผลิตและเผยแพร่ควรใช้หลักการออกแบบที่เหมาะสมกับคุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมายเช่น ขนาดตัวอักษร สี การเว้นพื้นที่ว่าง การใช้แผนภาพหรือภาพถ่าย ใช้ข้อความสั้น ภาษาที่เข้าใจง่าย ให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ระบุชื่อหน่วยงานและขอบเขตพื้นที่เผยแพร่ให้ชัดเจน เป็นต้น

5) เพิ่มการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดพลัง การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นวิถีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชนในการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลและปฏิบัติตามอย่างถูกต้อง รวมทั้งการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

6) การพัฒนาระบบ หน่วยงาน/องค์กร และชุมชน สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ โดยจัดให้มีศูนย์การเรียนรู้สุขภาพ ป้ายแนะนำตามจุดต่างๆ ป้ายบอกทางที่เป็นสากลในพื้นที่ที่มีคนหลายภาษาหรือหลากหลายวัฒนธรรม รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้ดูผ่อนคลาย การจัดให้เจ้าหน้าที่มีชุดเครื่องแบบหรือแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรของหน่วยบริการนี้

7) การใช้กลวิธีสุขศึกษา เป็นการจัดโอกาสในการสร้างการเรียนรู้เพื่อเพิ่มความสามารถของบุคคลและกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ อาทิ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ครูสุขศึกษา ครูอนามัยโรงเรียน ฯลฯ ด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การพูดให้เข้าใจ การสื่อสารสองทาง หลีกเลี่ยงคำศัพท์เฉพาะ เป็นต้น (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561)

บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กำหนดบทบาทหน้าที่ด้านการบริการของพยาบาลวิชาชีพไว้ดังนี้ 1) การสอน การสาธิต การให้ความรู้และคำแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชน ผู้ใช้บริการ ชุมชน เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา พันฟูสภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ 2) ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในทีมการพยาบาล 3) มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือการสอน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 4) ให้ความร่วมมือหรือมีส่วนร่วมในการทำวิจัยทางการพยาบาล และนำผลการวิจัยไปใช้ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน (กองการพยาบาล, 2561)

เมื่อพิจารณาบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพดังกล่าว กับแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพ สรุปได้ว่า พยาบาลสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนหรือผู้รับบริการได้โดยการปฏิบัติบทบาท ดังนี้





1. บทบาทผู้ประเมิน (assessor) การเลือกใช้เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ ให้ยึดหลักดังต่อไปนี้ 1.1) เครื่องมือประเมินควรกระชับ ใช้เวลาในการประเมินน้อย 1.2) เครื่องมือประเมินควรเหมาะสมกับบริบทที่ต้องการประเมิน ซึ่งในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ มีข้อควรระวังที่พยาบาลต้องคำนึงถึง ได้แก่ 1) การประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่สูงกว่าความเป็นจริง (Dickens, Lambert, Cromwell, & Piano, 2013) ทำให้การวางแผนเพื่อเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการ 2) การประเมินความเข้าใจของผู้รับบริการ กรณีผู้รับบริการไม่มีคำถาม หรือแสดงท่าทีตอบรับว่าเข้าใจ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะส่งผลต่อการเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสม (Parnell, 2015) 3) การให้ความสำคัญกับบุคคลที่พบน้อย ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ รายได้ต่ำ ผู้ป่วยที่ขาดนัด ผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง ผู้ป่วยอาการหนัก ผู้รับบริการที่ยากจน ชนกลุ่มน้อยในสังคมและผู้รับบริการที่ย้ายถิ่น เพื่อการคัดกรองที่ถูกต้องและทันทั่วถึง 4) การใช้ท่าทีที่เป็นกันเอง สุภาพ อ่อนโยนและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับการประเมิน เนื่องจากข้อมูลผลการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องความรู้สึกของผู้รับการประเมิน ซึ่งจะทำให้เกิดความอับอายและเป็นตราลงบนตัวผู้รับการประเมินได้

2. บทบาทผู้สื่อสารด้านสุขภาพ (health communicator) ในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพให้ปฏิบัติดังต่อไปนี้ 1) การสื่อสารทางวาจา ใช้คำพูดง่ายๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน หลีกเลี่ยงศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ หากจำเป็นต้องใช้ อธิบายให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน พูดอย่างชัดเจน ใช้จังหวะความเร็วปานกลาง จำกัดจำนวนข้อมูลในแต่ละครั้งของการสนทนาแค่ 2-3 ประเด็นที่สำคัญ และเน้นข้อมูลที่จำเป็น ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ รวมทั้งมีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้รับบริการโดยใช้เทคนิคการสอนกลับ (Teach-back) โดยให้ผู้รับบริการอธิบายสิ่งที่ได้รับคำแนะนำด้วยคำพูดของผู้รับบริการ โดยใช้คำถามปลายเปิด เช่น “กรุณาอธิบายว่าคุณเข้าใจในเรื่องนี้อย่างไร” การทำให้ดู (show me) โดยให้ผู้รับบริการสาธิตย้อนกลับขั้นตอนการปฏิบัติทางสุขภาพที่พยาบาลทำให้อู ซึ่งจะใช้เมื่อผู้รับบริการต้องกลับไปปฏิบัติ เช่น การสาธิตการทำแผล และเทคนิคการถาม-บอก-ถาม (ask-tell-ask) เป็นการตรวจสอบความเข้าใจของผู้รับบริการโดยใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดซ้ำ เช่น “คุณบอกได้ไหมว่า หมอนัดให้มาพบอีกครั้งเมื่อไร” ถ้าพบว่าผู้รับบริการไม่เข้าใจ ต้องอธิบายซ้ำทันที (Jager & Wynia, 2012) 2) การสื่อสารด้วยการเขียน โดยใช้ประโยคสั้นๆ และเขียนด้วยรูปประโยคอย่างง่าย หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์เฉพาะ (jargons) แบ่งข้อมูลออกเป็นส่วนๆ และกำหนดหัวเรื่องให้ชัดเจน เสนอเนื้อหาตามลำดับโดยใช้ตัวเลขหรือเครื่องหมายต่างๆ วางหน้าข้อความเพื่อให้เห็นชัดเจนขึ้น ชัดเจนหรือวงกลมข้อความที่สำคัญ และในแบบฟอร์มควรใช้แบบตรวจสอบรายการ (check boxes) มากกว่าที่จะให้ผู้รับบริการเขียนรายละเอียดหรือคำตอบ มีตัวเลือก “ไม่ทราบ” และใช้ตัวหนาสำหรับข้อความสำคัญ 3) การใช้สื่อช่วยสอน โดยการใช้รูปภาพ โมเดล วิดีทัศน์ การ์ตูน สื่อ

สิ่งพิมพ์ต่างๆ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ไม่ใช่สื่อสิ่งพิมพ์แทนการให้คำแนะนำโดยบุคคล แต่ควรใช้ข้อมูลจากสื่อช่วยสอนเพื่อเป็นสื่อในการอธิบายด้วยวาจา ทบทวน และเน้นประเด็นสำคัญ 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจและการจัดการตนเองของผู้รับบริการ โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ยกตัวอย่างเรื่องของคำถาม ให้ใช้คำถามปลายเปิด “คุณมีคำถามหรือข้อสงสัยอะไรบ้าง” มากกว่าจะถามผู้รับบริการว่า “คุณมีคำถามหรือไม่” พยาบาลให้ผู้รับบริการทบทวนการรับรู้และการปฏิบัติตัว โดยใช้เทคนิค “Ask me 3” ได้แก่ 1. ปัญหาสุขภาพของฉันทคืออะไร 2. ฉันต้องทำอะไรบ้าง และ 3. สิ่งที่ต้องทำนั้นสำคัญอย่างไร นอกจากนั้นพยาบาลประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้รับบริการโดยใช้เทคนิค “Brown bag” การทวนซ้ำวิธีใช้ยา “คุณบอกได้ไหมว่า จะรับประทานยานี้อย่างไร” และการให้ผู้รับบริการนำยาที่เหลือมาด้วย เมื่อมาพบแพทย์ตามนัด (Hersh, Salzman, & Synderman, 2015; อภิญา อินทรรัตน์, 2557; วัชรพร เชยสุวรรณ, 2560)

3. บทบาทผู้พัฒนาสื่อทางสุขภาพ (health media developer) พยาบาลสามารถพัฒนาสื่อทางสุขภาพได้ 2 ส่วน ดังนี้ 1) **ด้านเนื้อหา** ซึ่งเน้นความถูกต้อง สั้น กระชับ หลีกเลียงศัพท์ทางการแพทย์และศัพท์วิชาการ หากจำเป็นต้องใช้ต้องอธิบายอย่างละเอียด ใช้คำและประโยคที่ง่ายและใช้พูดในชีวิตประจำวัน เขียนโดยใช้ภาษาพูด คำและประโยคที่ใช้ควรเป็นระดับที่นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 สามารถเข้าใจได้ เนื้อหาที่อยู่ในสื่อทางสุขภาพประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของสื่อ ประโยชน์ของผู้รับบริการ พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการให้เกิด วิธีปฏิบัติที่ได้ผลและสามารถบรรลุพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ และเรียงเนื้อหาอย่างเป็นขั้นตอน (Parnell, 2015; Johnson, 2015; Cornett, 2009) 2) **ด้านรูปแบบ** การใช้รูปภาพและภาพประกอบแทนคำอธิบาย สามารถทำให้ผู้รับบริการเข้าใจข้อมูลสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 27 เมื่อเปรียบเทียบกับสื่อทางสุขภาพที่ไม่มีรูปภาพและภาพประกอบ การมีพื้นที่ว่างร้อยละ 50 ในสื่อสิ่งพิมพ์แต่ละหน้า ตัวอักษรที่ใช้มีทั้งตัวพิมพ์ใหญ่และเล็ก จะช่วยให้ผู้รับบริการอ่านข้อความได้ง่ายขึ้น (Brotherstone, Miles, Robb, Atkin, & Wardle, 2006; Parnell, 2015)

4. บทบาทผู้สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (creator of supportive environment for health literacy) พยาบาลสามารถสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การจัดทำบอร์ดให้ข้อมูลทางสุขภาพที่ดูผ่อนคลาย โดยการใช้รูปแบบ สัญลักษณ์ที่เป็นมิตร การจัดทำป้ายแนะนำ บอกทางที่เป็นสากล ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย มีแผนที่ระบุตำแหน่งของผู้รับบริการ การจัดให้มีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น เป็นต้น (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558)

5. บทบาทผู้กระตุ้น (encourager) พยาบาลสามารถมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ทีมสุขภาพตระหนักและให้ความสนใจ ในการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้รับบริการ โดยการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ ความรู้ด้านสุขภาพของตนเอง พัฒนาทักษะการสื่อสารทางสุขภาพ



จัดทำแนวทางในการให้ข้อมูลกับผู้รับบริการที่ชัดเจน ซึ่งสามารถทำได้โดยการทำสนทนากลุ่มกับผู้ที่เกี่ยวข้อง จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นต้น (อภิญา อินทรรัตน์, 2557)

6. บทบาทผู้วิจัย (researcher) พยาบาลสามารถทำวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ โดยเน้นการวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ในส่วนของระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์ญาณ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบาง เช่น หญิงตั้งครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ ตลอดจนผู้ป่วยโรคต่างๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (จินดา เตชะวิจิตรจารุ, 2561)

สรุป

ความรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ด้วยการพัฒนาศักยภาพของบุคคล อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในบุคคลทุกช่วงวัย และทุกสถานะสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพ จะมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งยังจะช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชน และสังคม

ผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาล เป็นผู้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับประชาชนหรือผู้รับบริการ โดยมุ่งเน้นการสอน การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย แก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย บรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรคและการฟื้นฟูสภาพ นอกจากนั้นพยาบาลยังอยู่ในบทบาทที่บุคคลทั่วไปคาดหวังให้เป็นทั้งพี่ทั้งพี่ด้านสุขภาพ พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนและผู้รับบริการเพื่อให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง พยาบาลสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการได้โดยการปฏิบัติบทบาทของผู้ประเมิน ผู้สื่อสารด้านสุขภาพ ผู้พัฒนาสื่อทางสุขภาพ ผู้สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ผู้กระตุ้น และผู้วิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ



บรรณานุกรม

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สือตะวัน.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ**. (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). **การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 9(2), 1-8.**
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีไธโร. (2554). **ความฉลาดทางสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: นิวธรรมดาการพิมพ์.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12** กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- ซินดา เตชะวิจิตรจารุ. (2561). **ความรอบรู้ทางสุขภาพ: ฤกษ์แจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(ฉบับพิเศษ), 1-11.**
- พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่2) พ.ศ.2540. (2540). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 114, ตอนที่ 75ก (ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2540).
- วชิระ เพ็งจันทร์. (2560). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในเอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย วันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2560**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- วัชรพร เขยสุวรรณ. (2560). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยนาวิ, 44(3), 183-197.**
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัทดีไซร์จำกัด.
- สิรินันท์ ชูเชิด, นภาพร วาณิชกุล, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, และชัยวุฒิ ยศดาสุโรดม. (2559). **ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานทางสุขภาพ ความรุนแรงของโรค ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 34(1), 94-106.**
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี. (2558). **ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(3), 43-54.**





วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2562)

- อภิญา อินทร์รัตน์. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 15(3), 174-178.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2007). **CAHPS health literacy item set**. Retrieved April 30, 2019, from https://www.cahps.ahrq.gov/content/products/HL/PROD_HL_Intro.asp
- Baker, D.W., et al. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient Education and Counseling**, 38(1), 33-42.
- Berkman, N.D., Davis, T.C., & McCormack, L. (2010). Health literacy : what is it? **Journal of Health Communication**, 15(Suppl2), 9-19.
- Brach, C., et al. (2012). **Ten Attributes of health literate health care organizations**. Retrieved April 29, 2019, from https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf
- Brotherstone, H., Miles, A., Robb, K., Atkin, W., & Wardle, J. (2006). The impact of illustration on public understanding of the aim of cancer screening. **Patient Education Counselling**, 63(3), 484-494.
- Cornett, S. (2009). Assessing and addressing health literacy. **The Online Journal of Issues in Nursing**, 14(3), 1-13.
- Davis, T.C., et al. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. **Family Medicine**, 23(6), 433-5.
- Davis, T.C., et al. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. **Family Medicine**, 25, 391-395.
- Duong, T.V., et al. (2017). Measuring health literacy in Asia: validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. **Journal of Epidemiology**, 27, 80-86.
- Dickens, C., Lambert, B.L., Cromwell, T., & Piano, M.R. (2013). Nurse overestimation of patients' health literacy. **Journal of Health Communication**, 18, 62-69.
- Hanson-Divers, E.C. (1997). Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: a preliminary study. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, 8(1), 56-69.
- Haun, J., et al. (2014). Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. **Journal of Health Communication**, 19(Suppl2), 302-33.

- Hersh, L., Salzman, B., & Synderman, D. (2015). Health literacy in primary care practice. **American Family Physician**, 92(2), 118-24.
- Jager, A., & Wynia, M. (2012). Who gets a teach-back? Patient-reported incidence of experiencing a teach-back. **Journal of Health Communication: International Perspective**, 17(Suppl3), 294-302.
- Johnson, A. (2015). Health literacy: how nurses can make a difference. **Australian Journal of Advanced Nursing**, 33(2), 21-7.
- Mancuso, J.M. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. **Nursing & Health Sciences**, 10(3), 248-55.
- Mancuso, J.M. (2009). Assessment and measurement of health literacy : An integrative review of the literature. **Nursing & Health Sciences**, 11(1), 77-89.
- Manganello, J.A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future reserch. **Health Education Research**, 23(5), 840-7.
- Nilnate, W., Hengpraprom, S., & Hanvoravongchai, P. (2016). Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. **Journal of Health Research**, 30(5), 315-21.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. **Social Science & Medicine**, 67(12), 2072-8.
- Parnell, T.A. (2015). **Health literacy in nursing**. New York: Springer Publishing Company.
- Pelikan, J.M., Rothlin, F., & Ganahl, K. (2014). **Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study**. Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research Vienna Austria.
- Reynolds, J.S., et al. (2012). The validation of a food label literacy questionnaire for elementary school children. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, 44(3), 262-6.
- Sorensen, K., et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, 12(80), 1-13.



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2562)

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). **Health People 2010: understanding and improving health**. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Weiss, B.D., et al. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. **Annually Family Medical**, 3(6), 514-522.

World Health Organization. (1998). **Health Promotion Glossary**. Geneva: WHO publication.

World Health Organization. (2009). **Health literacy and health promotion, definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region. 7th Global conference on health promotion promoting health and development**. Nairobi, Kenya.

