อนาคตภาพ: แนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

อารยา เชียงของ*
ชนิภา ยอยืนยง**
อรุณี เฮงยศมาก***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุปสรรคของการเกิดความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และศึกษาอนาคตภาพของแนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับสภาพสังคมและความคาดหวังของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดำเนินการวิจัยอนาคตด้วยเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบชาติพันธุ์วรรณา เริ่มจากการค้นหาอุปสรรคของการใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลตนเองจากกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระดับความรอบรู้สุขภาพต่ำประเมินจาก แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และกลุ่มผู้ให้บริการทางสุขภาพที่ให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังอย่างน้อย 10 ปี ทั้งหมด 28 คน เมื่อได้ข้อมูลจากการค้นหาอุปสรรคจึงนำมาใช้เป็นประเด็นในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 20 คน เพื่อดำเนินการวิจัยด้วยการทำ EDFR รอบที่ 1 -3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติพื้นฐานได้แก่ ค่ามัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ผลการวิจัยพบว่า อุปสรรคการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพมี 4 ประการ คือ 1) ความรู้ทางสุขภาพ 2) สมรรถนะในการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพ และการประยุกใช้ข้อมูลทางสุขภาพ 3) การเจรจาต่อรองเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง 4) ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรัง ส่วนแนวทางการให้บริการสุขภาพที่สามารถยกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด 4 ด้าน คือ 1) การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางสุขภาพเพื่อวิถีชีวิตที่ควบคุมโรคเรื้อรัง 2) การสนับสนุนการเข้าถึงและการเพิ่มช่องทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ 3) การพัฒนากำลังคนทางสุขภาพ 4) การบูรณาการระบบสาธารณสุขและการศึกษา 5) พัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสุขภาพ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ทางสุขภาพ, การให้บริการสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
Corresponding Author; e-mail: arunee@nmu.ac.th

The Scenario of Health Service Guidelines for Develop Health Literacy of Patients with Chronic Diseases.

Araya Chiangkhong*
Chanipa Yoryuenyong**
Arunee Hengyotmark***

Abstract

The objective of this research was to study the barriers to develop health literacy among patients with chronic diseases and the scenario of health service guidelines of promoting health literacy for the patients with chronic diseases. These were suitable with social conditions and their expectations. The research implementation applied the future research by using the methodology of Ethnographic Delphi Future Research that started to search for the barriers from the patients with chronic diseases, who had a low score of health literacy, assessed by health intelligence measurement for patients with diabetes mellitus and hypertension. A group of health care providers, who had worked in the chronic disease clinics at least for 10 years. The total participants were 28 people. Data from the barriers finding were applied as the main topic for interviewing among 20 experts by using the EDFR at the first to third rounds.

The analysis of qualitative data was used the content analysis, while the quantitative data was analyzed by using the basic statistics including median, percentage, and interquartile range.

The research results were found that the barriers to develop health literacy included 4 domains:1) health knowledge; 2) competency of searching and using health information; 3) negotiation to enhancing self – care; and 4) ability of self-management for controlling and preventing chronic diseases. The guidelines of health care services can improve the health literacy of patients with chronic diseases for all of four areas: 1) changing health culture to healthy lifestyle for controlling chronic disease; 2) supporting accessibility and 3) expanding distribution channels of health information exchange;4) integrating public health system and education; and 5) developing the guidelines of communication between recipients and healthcare providers.

Keywords: Health literacy, Health service, chronic disease patients

* Assistant Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University
** Lecturer, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University
*** Assistant Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University
Corresponding Author; e-mail: arunee@nmu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยถึงร้อยละ75ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุของการตายก่อนวัยอันควร คือโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้องรัง จากข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิต ของสำนักบริหารทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ที่ได้รับการให้สาเหตุการเสียชีวิตตามมาตรฐานทางการแพทย์แล้วระหว่าง พ.ศ.2555 ถึง พ.ศ.2558 พบว่า อัตราตายในช่วงอายุ30 - 69 ปี ของทั้ง 4 โรคมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น โดยโรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มมากที่สุด จาก 33.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือโรค หัวใจขาดเลือด จาก 22.4 ต่อ แสนประชากร เป็น 27.8 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน จาก 13.2 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 17.8 ต่อแสน ประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังจาก 3.8 ต่อแสนประชากร เป็น 4.5 ต่อแสนประชากร[1]

การรักษาหรือป้องกันโรคเรื้อรังคือการที่ประชาชนเลือกวิถีชีวิตสุขภาพ ที่สนับสนุนการควบคุมสุขภาพใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยความรุนแรงของโรคเรื้อรังขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาล การดูแลสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการจัดการ ความเครียดดังนั้นการนำวิธีการป้องกันโรคมาปฏิบัติอย่างถูกต้องเป็นสิ่งที่ประชาขนต้องมีความเข้าใจ และต้องอาศัยข้อมูลด้านสุขภาพคือพฤติกรรมสำคัญในการดูแลตนเอง ทั้งนี้ผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำ มักใช้บริการสุขภาพเพื่อการรักษามากกว่าการป้องกันโรค โดยอัตราการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรอบรู้สุขภาพระดับต่ำ ซึ่งนำไปสู่ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่สูงขึ้น [2,3,4] ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง จากเหตุผลดังกล่าวการสนับสนุนให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่สนับสนุนให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น จะส่งผลให้เกิดประสิทธิผลในการป้องกันโรค รวมถึงการวิถีชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ[5]

องค์การอนามัยโลกกล่าวถึงทักษะส่วนบุคคลที่มีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยกล่าวถึงทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่นำมาใช้ขับเคลื่อนให้บุคคลมีความสามารถในการใช้ข้อมูล หรือนำความรู้มาใช้ในการดูแลสุขภาพเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง จึงเป็นเสมือนเกราะป้องกันผลกระทบจากสังคมแห่งการสื่อสารไร้พรมแดน[6] การพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยการสร้างเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งตรงกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการสามารถรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการชี้นำระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของ

ตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น รวมไปถึงการกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง[7]

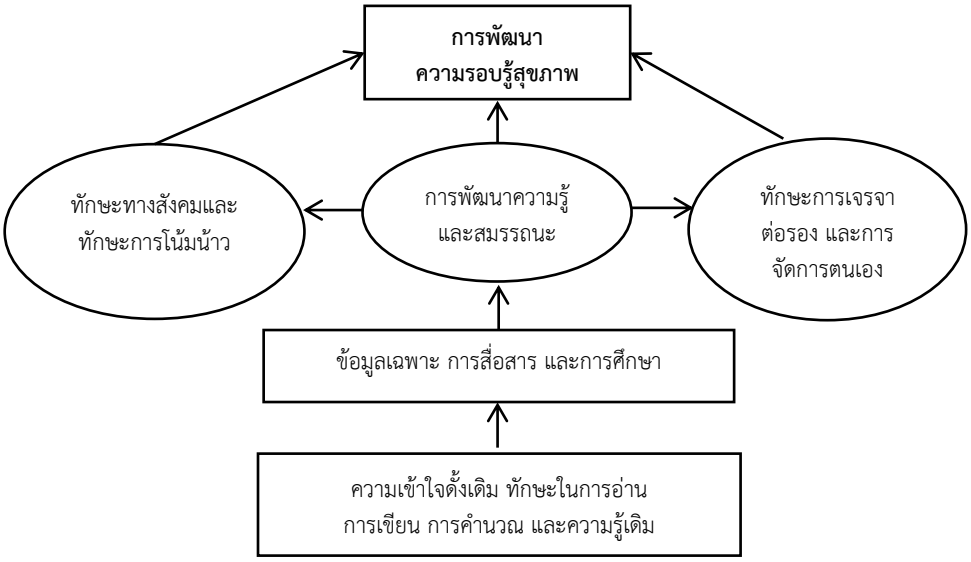
จากเหตุผลข้างต้นสรุปได้ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน มีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางสังคม/สิ่งแวดล้อม องค์ประกอบของบุคคล[8] ทั้งนี้การให้บริการสุขภาพก็เป็นองค์ประกอบทางสังคม/สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวทางการให้บริการสุขภาพที่สนับสนุนให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ทางสุขภาพในอนาคตที่มีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายอุปสรรคของการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาอนาคตภาพของรูปแบบการให้บริการสุขภาพเพื่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยอนาคต(Future Research) ด้วยเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบชาติพันธุ์วรรณา ด้วยเทคนิคเดลฟาย (EDFR : Ethnographic Delphi Future Research)[9] ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรอบรู้สุขภาพเป็นสินทรัพย์[10] (Health literacy as asset) ของนัทบีมเพื่ออธิบายถึงปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กำหนดประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยแต่ละระยะการดำเนินการวิจัย การกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 เพื่อการศึกษาอุปสรรคของการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 28 คน ประกอบไปด้วย

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ให้บริการทางสุขภาพ โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีประวัติการควบคุมโรคเรื้องรังไม่ได้ จำนวน 25 คน มีคุณสมบัติคือเป็นผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) > 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) > 90 มม.ปรอท จากการวัดอย่างน้อย 3 ครั้ง ของการมารับบริการเพื่อติดตามผลการรักษาของศูนย์บริการสุขภาพ หรือเป็นผู้ที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) สูงกว่า 6.5 mg% เป็นผู้ที่ประเมินระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้วยแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าอยู่ในระดับต่ำ (<75% ในทุกด้าน)[11]

-ผู้ให้ข้อมูลรอง ผู้ให้บริการสุขภาพโดยพยาบาลประจำคลินิคโรคเรื้อรังที่ทำงานอย่างน้อย 10 ปี จำนวน 3 ท่าน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการศึกษารูปแบบกิจกรรมที่เป็นแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการแสดงความคิดเห็นความเป็นไปได้ของแนวโน้ม ได้ผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการเลือกตัวอย่าง ด้วยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญจำนวนทั้งหมด 20 ท่าน โดยใช้แนวทางของ Macmillan [12] ที่กำหนดผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป ทำให้อัตราลดลงของคลาดเคลื่อนมีน้อยมาก (Error) และจะเริ่มคงที่คือ 0.02 ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ 20 ซึ่งเป็นจำนวนที่เหมาะสม ทั้งมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ คือ กลุ่มผู้บริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาลในตำแหน่งบริหารที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 5 ท่าน กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มงานการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 10 ปีขึ้นไป จำนวน 7 ท่าน แพทย์กลุ่มงานเวชศาสตร์หรือเวชศาตรครอบครัว จำนวน 3 ท่าน เภสัชกร จำนวน 2 ท่าน กลุ่มนักวิชาการ ได้แก่ด้านพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน ด้านระบาดวิทยาเชิงวัฒนธรรม 1 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาอุปสรรคของการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ และเพื่อศึกษารูปแบบกิจกรรมที่เป็นแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โครงสร้างคำถามสร้างมาจากแนวคิด ความรอบรู้ทางสุขภาพคือสินทรัพย์[9] ที่อธิบายถึงมิติหลักที่สนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ปัจจัยกำหนดทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (social and environmental determinants) รวมไปถึงปัจจัยส่วนบุคคล (personal determinants) ทำการตรวจสอบ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 ท่าน ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน และด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 ท่าน ทั้งนี้ก่อนนำไปใช้จริง นำแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกไปทดลองสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยมีการปรับปรุง และพัฒนาแบบสัมภาษณ์ระหว่างการนำไปใช้

2. แบบสอบถามความเป็นไปได้ต่อแนวทางในการพัฒนา ได้มาจากการนำเนื้อหาที่สังเคราะห์จากการสร้างกรอบแนวคิด และการทำ EDFR รอบที่ 1 มาสร้างเป็นแบบสอบถาม มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง แนวโน้มที่เกิดขึ้นหรือเป็นจริงน้อยที่สุดจนถึง 5 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่เกิดขึ้นหรือเป็นจริงมากที่สุดทั้งนี้แบบสอบถามความคิดเห็นนี้ ใช้รวบรวมข้อมูลในการทำ EDFR รอบที่ 2 และ 3

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตเพื่อรวบรวมความคิดเห็นที่สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับของรูปแบบการให้บริการสุขภาพ เพื่อยกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจข้อมูลเบื้องต้นเพื่อสร้างกรอบแนวคิด โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มที่1 ทำการสัมภาษณ์ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์แบบเปิดและไม่ชี้นำ เมื่อทำการวิเคราะห์เนื้อหาแล้ว จึงสรุปประเด็นอุปสรรคผู้วิจัยทำการสรุป และนำข้อมูลมาสร้างเป็นประเด็นในการทำ EDFR รอบที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนากรอบแนวคิด โดยการทำ DEDFRรอบที่ 1 ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 และเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นประเด็นสำคัญในการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2

ขั้นตอนที่ 3 ร่างแบบสอบถามความคิดเห็น โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อสร้างเครื่องมือสำหรับทำEDFRรอบที่2 และ 3 โดยเครื่องมือเป็นแบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยสร้างเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ

ขั้นตอนที่ 4 การทำ EDFRรอบที่ 2 และ 3 เป็นการประเมินความเป็นไปได้ ของแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดย EDFRรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาคำตอบของตนเองอีกครั้งเพื่อยืนยันความคิดเห็นเดิมหรือปรับเปลี่ยนความคิดเห็นให้สอดคล้องกับผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ และ EDFR รอบที่ 3 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อเสนอแนะที่ได้จากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในแบบสอบถามจากการทำ EDFR รอบที่ 2

ขั้นตอนที่ 5 เขียนภาพอนาคต (แนวโน้ม) คือการนำผลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ผลตามเกณฑ์ที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเพื่อสร้างกรอบแนวคิดในขั้นตอนที่ 1 ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อการศึกษาอุปสรรคของการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการทำ เดฟายรอบที่ 1 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กระบวนการการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการตีความข้อมูลแบบอุปนัย (Analytical induction) [13]

3. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในการทำEDFR รอบที่ 2 และ 3 เพื่อศึกษาถึงความเป็นไปได้ของแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์ ค่ามัธยฐาน (Median) เปอร์เซ็นต์ (Percentage) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ในทุกข้อคำถาม โดยการสรุปความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญคัดเลือกรายการอนาคตภาพของแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามเกณฑ์ค่ามัธยฐานที่มีค่าอยู่ในระดับมากขึ้นไปคือ 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 โดยถือว่ารายการอนาคตภาพนั้นผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่ามีความเป็นไปได้ในอนาคต และหากผู้เชี่ยวชาญเลือกรายการร้อยละ 85 ขึ้นไป ถือว่ารายการอนาคตภาพนั้นมีแนวโน้มที่พึงประสงค์ [14]

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิจัยรวมทั้งเครื่องมือและร่างรูปแบบการวิจัยเพื่อรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ KFN-IRB 2017-06 เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2561 โดยผู้วิจัยทำการนัดหมายวันเวลาและทำการสัมภาษณ์ตามที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสะดวก

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การสร้างกรอบแนวคิด 2) อนาคตภาพแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 การสร้างกรอบแนวคิด

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มที่ 1 จำนวน 28 คน ได้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคของการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งพบว่าอุปสรรคการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพประกอบไปด้วย 4 ประการ ได้แก่ 1) ความรู้ทางสุขภาพ 2) สมรรถนะในการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพและการประยุกใช้ข้อมูลทางสุขภาพ 3) การเจรจาต่อรองเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และ 4) ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรัง ทั้งนี้รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อุปสรรคต่อการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ

Themes	Sub themes	Categories	ตัวอย่าง Quotation
ความรู้ทางสุขภาพ	ความรู้จากผู้ให้บริการทางสุขภาพ	-ผู้ให้ข้อมูลสุขภาพขาดความรู้เฉพาะในเรื่อง -ให้ความรู้โดยเน้นข้อมูลทั่วไปมากกว่าข้อมูลเฉพาะ -เน้นการสอนสุขศึกษาบรรยาย มากกว่าการสอนแบบฝึกทักษะ	*“ส่วนมากก็บอกแค่งดหวาน ระวังเรื่องไต เรื่องอาหารการกิน บางทีเหมือนเป็นมานานก็รู้ๆว่าอะไรกินได้ไม่ได้ แต่ก็ไม่รู้ว่าที่เข้าใจมันถูกมั้ย คุณพยาบาล ก็น่าจะแนะนำจนชินๆ ไม่ได้แนะนำเฉพาะว่าที่ป้าทำป้ากิน มันถูกอย่างไร” P1* *“หมอ พยาบาล เขายุ่ง ไม่ยิ้มก็ไม่กล้าถามเรื่องอะไร กลังเขาจะว่าเอา” P4* *“ทุกครั้งก็จะแนะนำแบบเดิม ฟังบ้าง ไม่ฟังบ้าง เอาตรง ๆ มันฟังซ้ำ ๆ ก็เบื่อ” P 7* *“ส่วนมากเขาก็จะแนะนำ ช่วง รอหมอ ช่วงรับยา เขาจะพูด แนะนำแบบสอน ไปเรื่อย ๆ เขาจะแนะนำแบบเป็นขั้นตอน” P18*
	การสื่อสารของผู้ให้บริการสุขภาพ	-ผู้ให้ข้อมูลสุขภาพขาดทักษะการสื่อสารสุขภาพที่เน้นการสร้างกระบวนการคิดวิเคราะห์ ให้แก่ผู้ป่วย -รูปแบบการให้ข้อมูลสุขภาพของผู้ให้บริการสุขภาพขาดความน่าสนใจ -บุคลิกภาพของผู้ให้ข้อมูลสุขภาพไม่เป็นมิตร ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กล้าซักถามหรือสื่อสารเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง	
สมรรถนะในการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพ และการประยุกใช้ข้อมูลทางสุขภาพ	การวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลสุขภาพ	-เชื่อโฆษณาที่มีลักษณะการจูงใจ มากกว่าข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลภาครัฐ หรือข้อมูลจากผู้ให้บริการสุขภาพโดยตรง -เชื่อคำบอกกล่าวจากบุคคลที่อ้างว่าเคยปฏิบัติแล้วได้ผลโดยขาดการวิเคราะห์และกลั่นกรอง	*“บางทีมันก็งง กับการดูแลตัวเอง ก็ทำตามพวกคนไข้ด้วยกัน มันก็ทำง่ายๆ ผลออกมา บางทีก็แย่ บางทีก็ดี มันขึ้นอยู่กับดวง” P5* *“ภาวะแทรกซ้อนที่เจอเยอะ จะเป็นพวกไปกินอาหารเสริม แล้วเกิดปัญหา เช่นไตวาย น้ำตาลสูง เพราะกินอาหารเสริม ไม่กินยา พอถามคนไข้ ก็จะได้ข้อมูลว่าดูโฆษณาอ้างว่ากินแล้วสุขภาพดี” HA1* *“ไม่มีการเป็นหูเป็นตา พวกอวดอ้าง ขายของ ไม่มีใครแจ้ง อาจเพราะไม่รู้แจ้งทางไหน” HA2* *“พวกโฆษณาเกินจริง ลงโทษไม่แรง แต่จริงแล้วผลกระทบน่ากลัวมาก” HA3*
	การควบคุมสื่อโฆษณา	- บทลงโทษที่ไม่รุนแรง เมื่อเทียบกับผลประโยชน์ที่ได้รับจากการโฆษณาเกินจริง -ขาดความร่วมมือจากชุมชน ในการเฝ้าระวังการโฆษณาเกินจริง -ขาดช่องทางในการสื่อสาร และรายงานผู้กระทำผิดจากการ โฆษณาเกินจริง	
การเจรจาต่อรองเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง	การไม่รักษาสิทธิของตนเอง	-ความเกรงใจ ทำให้ไม่กล้ารักษาสิทธิของตน	*“ไม่กล้าทั้งจะพูด จะถาม เกรงใจหมอ ตัวเองก็ไม่รู้จะถามอะไร ไม่ค่อยมีความรู้อะไรเลย ” P16* *“หมอคนไข้เยอะ ไม่อยากกวน มันจะเสียเวลาหมอเขา”P23* *“คนไข้ไม่ยอมถาม เหมือนไม่มั่นใจ ต้องพยายามยิ้ม แล้วก็ถามก่อนว่าสงสัยอะไรมั้ยคะ” HP1*
	ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง	- เชื่อว่าผู้ให้บริการทางสุขภาพเป็นผู้กำหนดแผนการดูแลสุขภาพ - เชื่อในโชคชะตามากกว่าความสามารถตนเอง	*“เป็นคนไข้ ก็ทำแบบที่หมอเขาสั่งละ เดี๋ยวเขาก็จัดการดูแลให้เอง” P19* *“จริงๆแล้ว ถ้าคนไข้มั่นใจแล้วถามออกมา ไม่เชื่อหมอพยาบาลมากเกินจะทำให้ เรา รู้ข้อจำกัด หรือจุดที่ทำให้เขาคุมน้ำตาลความดันไม่ได้สะที” HP3*
ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรัง	ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง	-พึ่งพิงผู้ให้บริการทางสุขภาพ และการรักษาจากแพทย์ -ให้ความสำคัญกับการหาเลี้ยงตนเอง และครอบครัวมากกว่าการดูแลสุขภาพ -อิทธิพลของครอบครัวที่ขาดการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ	*“พอเทศกาลที มีงานที ก็ลืมตัว ความดันก็ขึ้น คุมยาก” P8* *“หมอเขาดูรีบๆ ไม่กล้าถามมาก เวลาตรวจ มันใช้เวลาสั้นๆ” P12* *“พออยากรู้อะไร เราหาข้อมูลเองไม่ค่อยได้ จะถามอะไร ก็ต้องไปหาที่ศูนย์ ที่โรงพยาบาล” P14*

Themes	Sub themes	Categories	ตัวอย่าง Quotation
	การปฏิบัติตามอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมโดยขาดการวิเคราะห์ไตร่ตรอง	-การมีวิถีชีวิตที่ขาดความเคร่งครัดกับเรื่องของสุขภาพ -การยอมรับกับโชคชะตามากกว่าการต่อสู้เพื่อรักษาสุขภาพของตนเอง -ขาดความมั่นใจ เนื่องจากขาดข้อมูลในการสื่อสาร	*"มันแก่แล้ว โรคก็อยู่กับตัวป้ามานานแล้ว โรคมันก็ขึ้นลง แบบนี้เป็นปกติ ไม่อย่าพยายาม มันโหยมันไม่อยากขยับตัว ไม่ได้ทำแบบที่หมอเขาบอกเท่าไรหรอก" P21* *" หมอสั่งอะไรก็ต้องทำ..... ถ้าทำไม่ได้ ไม่กล้าบอกหมอเขาหรอก เกรงใจ" P21* *" หมอเขาจบมาสูง เขาบอกอะไร มันเป็นเรื่องจริงทั้งนั้นละ" P 24* *" ไม่รู้จะถามเรื่องอะไร ไม่ค่อยมีความรู้เลย " P25* *"พี่ว่า เพราะเรื่องเวลาเป็นสำคัญเลย พอมันรีบเราก็พูดกันสั้นๆ เร่งๆ ไม่มีใครจะมีอารมณ์มาโต้ตอบกัน ได้แค่พยักหน้า แบบเหมือนเข้าใจ" HP 2*
	การเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ตอบสนองความต้องการข้อมูลที่สะดวกและรวดเร็ว	-การให้บริการสุขภาพที่มีข้อจำกัดด้านเวลา -ขาดความสะดวกสบายในการสื่อสารกับผู้ให้บริการสุขภาพ	

P หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง; HP หมายถึง ผู้ให้บริการทางสุขภาพ

ส่วนที่ 2 อนาคตภาพแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

หลังจากได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงดำเนินการ EDFR รอบที่ 1 โดยดำเนินการสัมภาษณ์มีผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 20 ท่าน มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนารอบรู้ทางสุขภาพตามอุปสรรคที่ค้นพบด้วยบริบทการให้บริการสุขภาพ ได้แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพทั้งหมด 4 ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยมีรายละเอียดดังนี้

รูปแบบที่ 1 การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางสุขภาพเพื่อวิถีชีวิตที่ควบคุมโรคเรื้อรัง ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าแนวโน้มของแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีโอกาสเป็นไปได้ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน และเป็นแนวโน้มที่พึงประสงค์ ได้แก่ ประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิของผู้ป่วย สิทธิในการรับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ สวัสดิการการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รณรงค์เพื่อต่อต้านการโฆษณาชวนเชื่อ และการนำเสนอข้อมูลลวง รณรงค์ต่อต้านการแชร์ข้อมูลสุขภาพโดยขาดการไตร่ตรอง การสนับสนุนโครงการพัฒนาศักยภาพเยาวชนรุ่นใหม่ที่ใส่ใจสุขภาพ

รูปแบบที่ 2 การสนับสนุนการเข้าถึงและการเพิ่มช่องทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าแนวโน้มของแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีโอกาสเป็นไปได้ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน และเป็นแนวโน้มที่พึงประสงค์ ได้แก่ การเพิ่มแหล่งข้อมูลเพื่อให้ประชาชนมีช่องทางที่หลากหลาย และเชื่อถือได้ ในการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพ และการพัฒนานวัตกรรมการสื่อสาร เพื่อเพิ่มแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เช่น สื่อสุขภาพ Mobile Application

รูปแบบที่ 3 การพัฒนากำลังคนทางสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าแนวโน้มของแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ที่มีโอกาสเป็นไปได้ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน และเป็นแนวโน้มที่พึงประสงค์ ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณในการผลิต

กำลังคนด้านสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรัง การสนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรที่มีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันโรค เช่นหลักสูตรนักโภชนาการชุมชน การสนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่กำลังคนด้านสุขภาพที่ทำงานในชุมชน และ พัฒนาทักษะการสื่อสารสุขภาพแก่กำลังคนด้านสุขภาพเพื่อให้มีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ แก่ประชาชน

รูปแบบที่ 4 การพัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าแนวโน้มของแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีโอกาสเป็นไปได้ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน และเป็นแนวโน้มที่พึงประสงค์ ได้แก่ การพัฒนาเทคโนโลยีในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน สำหรับทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อวิเคราะห์และประเมินข้อมูลรายบุคคล และ ติดตามภาวะสุขภาพ

รูปแบบที่ 5 การบูรณาการระบบบริการสุขภาพและการศึกษาผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าแนวโน้มของแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ที่มีโอกาสเป็นไปได้ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน และเป็นแนวโน้มที่พึงประสงค์ ได้แก่ การพัฒนาหลักสูตรการอบรมระยะสั้น เรื่องการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังแก่คุณครู การสร้างเครือข่ายสุขภาพโดยการสร้างความร่วมมือระหว่างบุคคลกรทางสุขภาพ และระบบการศึกษา โดยการพัฒนาทักษะทางสุขภาพแก่เยาวชนในการดูแลสุขภาพ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางสุขภาพในสถานศึกษา โดยมีบุคลากรทางสุขภาพมาร่วมให้ความรู้และตอบข้อซักถาม การสนับสนุนจัดการเรียนการสอนเชิงรุกเพื่อพัฒนาทักษะทางการสื่อสารและทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ตาราง 2 ความเห็นต่อแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

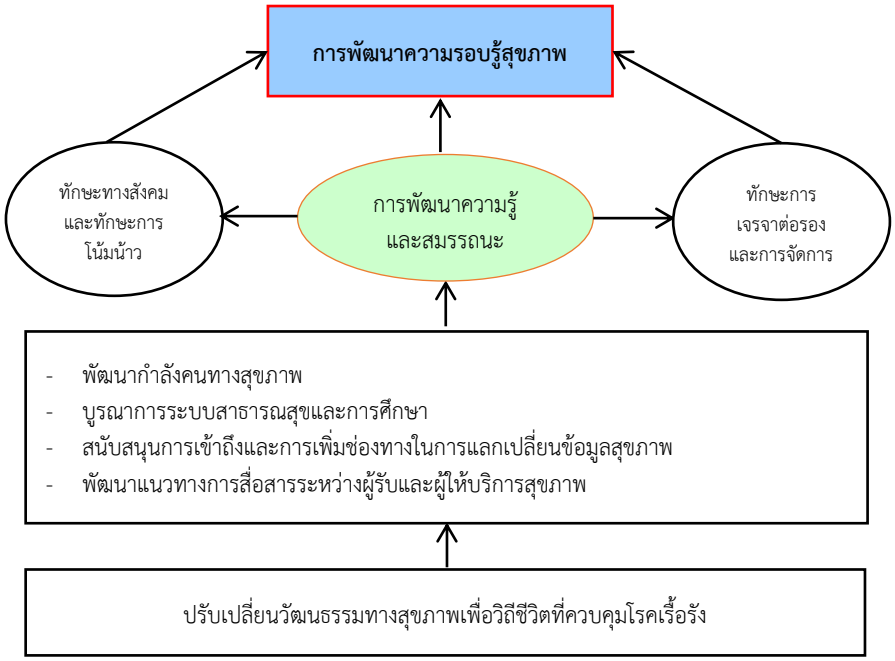
	ภาพอนาคต		Median	Q3-Q1 ≤1.5	โอกาสเป็นไปได้	อนาคตภาพ	ความสอดคล้องของความเห็น	สรุปแนวทาง
	A*	B*						
รูปแบบที่ 1 การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางสุขภาพเพื่อวิถีชีวิตที่ควบคุมโรคเรื้อรัง								
1.1 ประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิของผู้ป่วย สิทธิในการรับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพสวัสดิการการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	95	5	4	1	มาก	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
1.2 รณรงค์ต่อต้านการโฆษณาชวนเชื่อ และการนำเสนอข้อมูลลวง	100	0	5	1	มาก	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
1.3 รณรงค์ต่อต้านการแชร์ข้อมูลสุขภาพโดยขาดการไตร่ตรอง	100	0	5	0	มาก	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
1.4 รณรงค์เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการรายงานผู้กระทำผิดเกี่ยวกับเผยแพร่ข้อมูลลวง	100	0	3	0	ปานกลาง	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
1.5 รณรงค์สุขภาพให้ประชาชนพึ่งพาตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าการพึ่งพายารักษาโรค	100	0	3	1.75	ปานกลาง	พึงประสงค์	ไม่สอดคล้อง	✓
1.6 การสนับสนุนโครงการพัฒนาศักยภาพเยาวชนรุ่นใหม่ที่ใส่ใจสุขภาพ	92	8	5	1	มาก	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
1.7 พัฒนาหลักสูตรผู้นำสุขภาพ โดยบรรจุในหลักสูตรระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา	85	15	3	1.75	ปานกลาง	พึงประสงค์	ไม่สอดคล้อง	✓
รูปแบบที่ 2 การสนับสนุนการเข้าถึงและการเพิ่มช่องทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ								

2.1 การเพิ่มแหล่งข้อมูลเพื่อให้ประชาชนมีช่องทางที่หลากหลาย และเชื่อถือได้ในการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพ	95	5	5	0	มาก	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
2.2 การพัฒนานวัตกรรมการสื่อสาร เพื่อเพิ่มแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เช่น สื่อสุขภาพ Mobile Application	95	5	5	1.75	มาก	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
2.3 สนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐ หรือองค์การอิสระมีการบริการทางสังคมในการพัฒนาทักษะการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง	65	35	2.5	3.5	ปานกลาง	ไม่พึงประสงค์	ไม่สอดคล้อง	X
รูปแบบที่ 3 การพัฒนากำลังคนทางสุขภาพ								
3.1สนับสนุนงบประมาณในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรัง	90	10	4	1	มาก	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
3.2 การสนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรที่มีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันโรค เช่นหลักสูตรนักโภชนาการชุมชน	90	10	5	1	มาก	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
3.3 การสนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่กำลังคนด้านสุขภาพที่ทำงานในชุมชน	90	10	4	1	มาก	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
3.4 พัฒนาทักษะการสื่อสารสุขภาพแก่กำลังคนด้านสุขภาพเพื่อให้มีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ แก่ประชาชน	100	0	3.5	1	มาก	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
3.5 ส่งเสริมให้มีกำลังคนเพียงพอในการให้บริการสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการควบคุมโรคเรื้อรังในชุมชน	100	0	2.5	3	ปานกลาง	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
3.6 ส่งเสริมระบบบริการสุขภาพที่ลดความซับซ้อนและเข้าถึงได้ง่าย	85	10	3	1.75	ปานกลาง	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
รูปแบบที่ 4 การพัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสุขภาพ								
4.1 สร้างเจตคติแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพในการสร้างวัฒนธรรมเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในการตัดสินใจสุขภาพของตนเอง	85	15	3	0	ปานกลาง	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
4.2 การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อช่วยในการส่งต่อข้อมูลสุขภาพที่รวดเร็ว แม่นยำ ระหว่าง ผู้ให้บริการสุขภาพหลักและทีมเยี่ยมบ้าน	100	0	3	0.75	ปานกลาง	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
4.3 การพัฒนาเทคโนโลยีในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน สำหรับทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อวิเคราะห์และประเมินข้อมูลรายบุคคล ติดตามภาวะสุขภาพ	100	0	5	2	มาก	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
แนวทางที่ 5 การบูรณาการระบบสาธารณสุขและการศึกษา								
5.1 การสนับสนุนให้มีนโยบายโรงเรียนรอบรู้สุขภาพในสถานศึกษาทุกระดับ	85	15	3	1	ปานกลาง	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
5.2 การพัฒนาหลักสูตรการอบรมระยะสั้นเรื่องการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังแก่คุณครู	95	5	4	1	มาก	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
5.3 สร้างเครือข่ายสุขภาพโดยการสร้างความร่วมมือระหว่างบุคคลกรทางสุขภาพ และระบบการศึกษา โดยการพัฒนาทักษะทางสุขภาพแก่เยาวชนในการดูแลสุขภาพ	95	5	4	2	มาก	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
5.4 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางสุขภาพ ในสถานศึกษา โดยมีบุคลากรทางสุขภาพมาร่วมให้ความรู้และตอบข้อซักถาม	90	10	5	2	มาก	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
5.5 การสนับสนุนจัดการเรียนการสอนเชิงรุกเพื่อพัฒนาทักษะทางการสื่อสาร และทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	95	5	5	1	มาก	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓
5.6 การสนับสนุนการจัดการศึกษาทางสุขภาพในหลักสูตรนอกโรงเรียน	80	25	3.5	3.5	มาก	ไม่พึงประสงค์	ไม่สอดคล้อง	X
5.7 การนำเนื้อหาทางสุขภาพเข้าสู่สาระการเรียนรู้	85	15	2	1.75	น้อย	พึงประสงค์	สอดคล้อง	✓

A = พึงประสงค์ B = ไม่พึงประสงค์

อภิปราย

โมเดลของนัทบีมที่กล่าวถึงความรอบรู้สุขภาพในฐานะที่เป็นสินทรัพย์ (Health literacy as asset) [10] แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับเป้าหมายของการเสริมสร้างพลังผ่านการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณญาณ ทั้งนี้นัทบีมให้ความหมายของความรอบรู้สุขภาพว่าเป็นทักษะส่วนบุคคล ทักษะการรู้คิด และทักษะทางสังคมที่กำหนดความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและคงรักษาให้เกิดสุขภาพที่ดี [15] ความรอบรู้สุขภาพเป็นสินทรัพย์ จะมีผลลัพธ์ที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดการเสริมสร้างพลังในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ซึ่งแนวคิดนี้เริ่มต้นจากการที่บุคคลมีความสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนนำไปสู่การใช้ทักษะการรู้คิดมากขึ้นในการเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ และสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ และข่าวสารใหม่ๆ เพื่อนำข้อมูลสุขภาพเหล่านั้นไปประยุกต์ใช้เพื่อควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ โมเดลนี้กล่าวว่าการที่บุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นสินทรัพย์ เกิดจากการที่บุคคลมีความรู้ดั้งเดิมที่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเอง มีทักษะด้านการอ่านและการเขียนได้ ความเชื่อ และประสบการณ์ส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อันส่งผลไปสู่การพัฒนาความรู้และความสามารถของบุคคล รวมทั้งทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความรอบรู้สุขภาพ ทั้งนี้บุคคลที่มีการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพจะส่งผลให้เกิดทักษะและความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนการกระทำด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ อันส่งผลให้บุคคลมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น มีการเลือกและโอกาสที่จะมีสุขภาพที่ดี โดยนำเสนอเส้นทางของความสัมพันธ์ของการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพ จากโมดลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพที่สามารถยกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันประกอบไปด้วย 5 แนวทาง ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางสุขภาพเพื่อวิถีชีวิตที่ควบคุมโรคเรื้อรัง 2) การสนับสนุนการเข้าถึงและการเพิ่มช่องทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ 3) การพัฒนากำลังคนทางสุขภาพ 3) การบูรณาการระบบสาธารณสุขและการศึกษา 4) พัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสุขภาพ 5) การบูรณาการระบบสาธารณสุขและการศึกษา ดังแสดงในภาพ 2



ภาพที่ 2 อนาคตภาพแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แนวทางในการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางสุขภาพเพื่อวิถีชีวิตที่ควบคุมโรคเรื้อรังนั้นนั้นมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อ และประสบการณ์ส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรอบรู้ กล่าวคือ การที่บุคคลถูกปลูกฝังในครอบครัวที่รักสุขภาพ คนเหล่านั้นก็จะใส่ใจต่อสุขภาพ ขวนขวายในการหาความรู้เพื่อนำมาดูแลสุขภาพตนเอง[16] หรือบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็จะทำให้บุคคลเหล่านั้น มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือควบคุมโรคเรื้อรัง[17] นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนวัฒนาธรรมบางอย่างที่มาพร้อมกับการสื่อสารที่รวดเร็ว คือการรับข้อมูล การเชื่อข้อมูลที่ไม่ผ่านการคิดวิเคราะห์ ดังนั้นการรณรงค์ให้ประชาชนปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต หรือวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการแชร์ข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์ที่รวดเร็วไม่ผ่านการตรึกตรองย่อมเป็นวัฒนธรรมหรือวิถีชีวิตที่เป็นดาบสองคมต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพของประชาชน[16, 17]

การสนับสนุนการเข้าถึงและการเพิ่มช่องทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ เป็นการพัฒนาในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญของความรอบรู้ทางสุขภาพ กล่าวคือ การที่บุคคลสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพได้ด้วยตนเอง จะทำให้เกิดการสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง[8] นอกจากนี้การที่สร้างระบบให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลที่มีคุณภาพ ก็เป็นอีกประการหนึ่งที่สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพได้ง่ายขึ้น

การพัฒนากำลังคนทางสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพหมายถึง ผู้ให้บริการสุขภาพที่ให้บริการในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งรวมไปถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและ ผู้ป่วย เป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นนอกจากกำลังคนจะมีสมรรถนในการให้การดูแลผู้ป่วยตามพื้นฐานวิชาชีพของตน การพัฒนาผู้ให้บริการสุขภาพมีความรู้เฉพาะในเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญต่อการดูแลป่วยโรคเรื้อรังเช่นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมโรคเรื้อรัง ก็มีความสำคัญต่อการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพของผู้รับบริการเช่นกัน กล่าวคือ หากสื่อสาร

แนะนำการดูแลสุขภาพที่ไม่มีความเฉพาะต่อปัญหารายบุคคล หรือเป็นข้อมูลที่ไม่เน้นการนำไปปฏิบัติได้จริง ก็จะทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ได้จริง [16,18]

การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ เช่นแพทย์ กับผู้ป่วย เป็นข้อจำกัดที่มีความเกี่ยวพันกับความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจของแพทย์ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งอำนาจมาจากการที่ประชาชนมีความศรัทธาต่อความรู้ของแพทย์และประสิทธิภาพในการรักษา ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์แบบพ่อปกครองลูก แพทย์เป็นผู้ที่มีอานาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาแต่เพียงฝ่ายเดียว ผู้ป่วยมีหน้าที่เพียงทำตามที่แพทย์สั่งเท่านั้น[19] ดังนั้นการพัฒนาการสื่อสารที่เป็นรูปแบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพอาจเป็นการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่จะสนับสนุนให้ประชาชนเกิดทักษะด้านการสื่อสารสุขภาพในการสื่อสารกับผู้ให้บริการสุขภาพ และยังสนับสนุนให้ประชาชนเกิดทักษะการรู้คิด เหตุผลดังกล่าวสอดคล้องกับปัญหาเรื่องการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในการศึกษาของอารยา และคณะที่พบว่า การสื่อสารที่เป็นกันเองและไม่เร่งรีบทำให้กล้าพูดกล้าถาม รวมไปถึงการสื่อสารที่มีนัยยะด้านความสัมพันธ์แบบลำดับชั้นระหว่าง แพทย์และผู้ป่วยส่งผลต่อรูปแบบการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูล[17]

พัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการสุขภาพ การสร้างเจตคติให้ผู้รับบริการให้ความสำคัญต่อการร่วมตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนเกิดทักษะในการเจรจาต่อรองต่อการเลือกแนวทางเพื่อการดูแลสุขภาพของตน ทั้งยังสนับสนุนให้ประชาชนเกิดแรงจูงใจในการกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพของตน และสามารถตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง[8] นอกจากนี้รูปแบบการสื่อสารเดิมที่มีข้อจำกัดทั้งในเรื่องการเข้าถึงบริการที่ต้องใช้เวลานาน และต้องเดินทางมาที่สถานบริการสุขภาพ ทำให้การสื่อสารสุขภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการมีข้อจำกัด การพัฒนาให้มีแนวทางที่ตอบสนองความต้องการ และเกิดความรวดเร็วในการนำข้อมูลที่สื่อสารมาให้ในการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองของประชาชน จะช่วยสนับสนุนให้บประชน เข่าถึงข้อมูล และได้ข้อมูลที่เป็นข้อสงสัยนำมาประยุกต์ในการแก้ปัญหาสุขภาพของตน

การบูรณาการระบบสาธารณสุขและการศึกษาระบบการศึกษาเป็นรากฐานสำคัญต่อการทำให้บุคคลเกิดความรู้ ในศาสตร์ต่างๆ ซึ่งรวมถึงความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ การใช้ระบบการศึกษาเป็นฐานในการปลูกฝังความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ เช่นการดูแลสุขอนามัย ก็จะสนับสนุนต่อวิถีชีวิตในการดูแลสุขภาพของเยาวชน ทั้งนี้ ทักษะของความรอบรู้ได้แก่ทักษะการสื่อสาร และทักษะการรู้คิดความพัฒนาให้ประชาชนตั้งแต่เป็นเยาวชน การสร้างให้เกิดทักษะการรู้คิดอาจเกิดจากการปรับเปลี่ยนการจัดการเรียนการสอน จากเดิมเป็นการสอนที่กระตุ้นให้เกิดทศวรรษที่ 21 ก็จะทำให้ประชาชน เกิดความคิดเชิงวิเคราะห์ อันจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ประเมิน[8] ข้อมูลสุขภาพก่อนนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และการวิจัยในอนาคต

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้เสนอเป็นภาพอนาคตของแนวทางการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อให้ประชาชนพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ให้มีระดับสูงขึ้น การนำผลการวิจัยไปใช้

อาจนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายของระบบสาธรณสุขในอนาคต โดยจำเป็นต้องมีการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ผลกระทบในด้านต่างๆทั้งในแง่เศรฐกิจและสังคมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

References

1. Division of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Number of patients, Morbidity rate and mortality rate between 2016 and 2019; 2020. [Cited 2020 September 8]. Available from: http://thaincd.com/2016/mission3
2. American Diabetes Association. 5. Prevention or Delay of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. Diabetes Care. 2018 Jan;41(Suppl1):S51–4.
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. *JAMA.* 2003; 289(19): 2560–2571. doi:10.1001/jama.289.19.2560
4. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. Am J Med. 2005;118:371-377. doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.07.002
5. Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. Lancet. 2016;4**:**e895–96.
6. World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development; 2009 October 26-30; Nairobi: Kenya, 2009.
7. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. PMID: 25009856.
8. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(80):1-13.
9. Chumpol Poolpatarachewin. Ethnographic Delphi future research, Journal of Research Methodology. Journal of Research Methodology. 1986;1(2),24-33
10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008 Dec;67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050. Epub 2008 Oct 25. PMID: 18952344.

11. Tanasugarn C, Neelapaichit N. The Development Instrument of Health Literacy for patients with diabetes mellitus and hypertension. Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai).
12. Macmillan, T. T. The Delphi Technique. Paper Presented at the annual meeting of the California Junior Colleges Associations Committee on Research and Development, Monterey, California; 1971.
13. Chanvanit S. Qualitative Data Analysis. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2010. (in thai)
14. Poolpatarachewi*n* C. Ethnographic Delphi SCENARIOS Research. Journal of education studies. 2003; 32(1), 1-19.
15. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21th century. Health Promotion International, Printed in Great Britain. 2000;15(8).
16. Lhaosupab N, Prueksaanantakal N, Yaprom C, Chiangkhong A. Health literacy for Preventing Chronic Diseases among Adults in Bangkok: A Case Study of Conditions for Promoting Health Literacy. 2021; 27(1):
17. Chiangkhong A, Duangchan P, Intarakamhang U. Health Literacy in Diabetic Adult: Experience of Diabetic Patient and Perspective on Health Literacy. Kuakarun Journal of Nursing. 2017; 24 (2): 162-178
18. SONART B. and Chantaranamchoo N. A Health Literacy Guideline For Health Promotion Behaviors Among Adult Worker Populations in Bangkok and Metropolitan Region. [Master of Education]. Nakhonpathom: Silpakorn University: 2019. (in Thai)
19. Sriprasert D. Medical Dominance and the Doctor-Patient Relationship**.** Thammasat Journal. 2018; 37(1):78-95 DOI: 10.14456/tujournal.2018.5