

อนาคตภาพ: แนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

อารยา เขียงของ*

ชนิภา ยอเย็นง**

อรุณี เสงยศมา***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุปสรรคของการเกิดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และศึกษาอนาคตภาพของแนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับสภาพสังคมและความคาดหวังของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดำเนินการวิจัยโดยใช้การวิจัยอนาคตแบบชาติพันธุ์วรรณาด้วยเทคนิคเดลฟาย (Ethnographic Delphi Futures Research: EDFR) เริ่มจากการค้นหาอุปสรรคของการใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลตนเองจากกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ โดยประเมินจากแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากผู้ป่วย 25 คน และกลุ่มผู้ให้บริการทางสุขภาพที่ให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังอย่างน้อย 10 ปีจำนวน 3 คน เมื่อได้ข้อมูลจากการค้นหาอุปสรรคจึงนำมาใช้เป็นประเด็นในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 20 คน เพื่อดำเนินการวิจัย EDFR รอบที่ 1-3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ผลการวิจัยพบว่า อุปสรรคการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมี 4 ประการ คือ 1) ความรู้ทางสุขภาพ 2) สมรรถนะในการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพและการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ 3) การเจรจาต่อรองเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และ 4) ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรัง ส่วนแนวทางการให้บริการสุขภาพที่สามารถยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบ่งเป็น 5 แนวทาง คือ 1) การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางสุขภาพเพื่อวิถีชีวิตที่ควบคุมโรคเรื้อรัง 2) การสนับสนุนการเข้าถึงและการเพิ่มช่องทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ 3) การพัฒนากำลังคนทางสุขภาพ 4) การบูรณาการระบบสาธารณสุขและการศึกษา และ 5) พัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสุขภาพ

งานวิจัยนี้เสนอแนะให้ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและวางแผนในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อการดูแลตนเอง เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: อนาคตภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การให้บริการสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Corresponding author; E-mail: arunee@nmu.ac.th

Received: March 2, 2021 / Revised: June 28, 2021 / Accepted: November 10, 2021

The scenarios of health service approaches for improving health literacy in patients with chronic diseases

Araya Chiangkhong*

Chanipa Yoryuenyong**

Arunee Hengyotmark***

Abstract

The objectives of this research were to study the barriers to develop health literacy in patients with chronic diseases, and to propose the scenarios of health service approaches for improving health literacy that were suitable for their social conditions and expectations. The research implementation applied the future research by using the methodology of Ethnographic Delphi Future Research (EDFR). This research started from identifying barriers to utilize health information by gathering data from patients with chronic diseases who had low scores of health literacy. A health intelligence measurement for patients with diabetes mellitus and hypertension were accessed from 25 patients including three healthcare providers working in the chronic disease clinics at least 10 years. Data from the barriers findings were applied as the main topic for interviewing 20 experts using the EDFR techniques at the first to third rounds. The qualitative data were analyzed using content analysis, while the quantitative data were analyzed using descriptive statistics and interquartile range.

The results showed 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 future of health service approaches to improve the health literacy for patients with chronic diseases comprised 4 aspects: 1) changing health culture to healthy lifestyle for controlling chronic diseases; 2) supporting accessibility and expanding the distribution of channels for health information exchanges; 4) integrating public health system and education; and 5) developing the strategies of communication between healthcare recipients and providers.

This study suggested that health administrators should apply the evidence from this research to develop policy and implementation plan of health care services for chronic diseases patients in order to improve their health literacy appropriate for self-care and to delay complication from chronic diseases.

Keywords: scenarios, health literacy, healthcare service, patients with chronic diseases

*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

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของสาเหตุการตายทั้งหมด¹ โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึงร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด โดย 2 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึงเป็น 1.56 พันล้านคน ในปีพ.ศ. 2568 เช่นเดียวกับโรคเบาหวานที่องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจะมีความชุกเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคน ภายในปี พ.ศ.2583 หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง และเกิดแผลที่อวัยวะส่วนปลาย¹

โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง เป้าหมายการรักษาและป้องกันโรคจึงเป็นการเลือกวิถีชีวิตสุขภาพเพื่อควบคุมภาวะสุขภาพให้ใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด ความรุนแรงของโรคเรื้อรังขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ทั้งนี้ภาวะสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ มักใช้บริการสุขภาพเพื่อการรักษาโรคมากกว่าการป้องกันโรค โดยอัตราการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ปัญหาดังกล่าวนำไปสู่ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่สูงขึ้น^{2,3,4} ระบบบริการสุขภาพที่สนับสนุนให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงขึ้นไป จะส่งผลให้เกิด

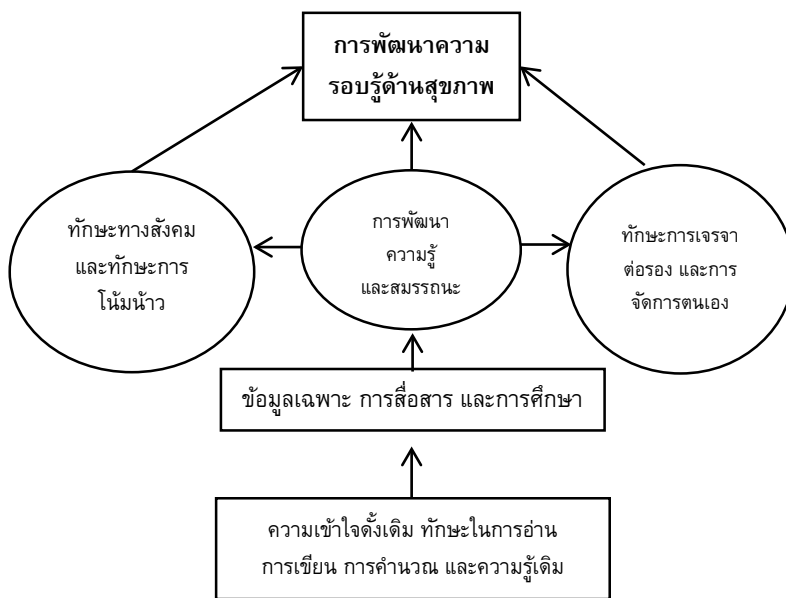
ประสิทธิผลในการป้องกันโรค รวมถึงการปรับวิถีชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หรือลดปัจจัยเสี่ยง โดยควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ⁵ การลดพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพด้วยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาพที่ดี⁶ กระบวนการดังกล่าวจึงเป็นเสมือนเครื่องมือป้องกันผลกระทบจากสังคมแห่งการสื่อสารไร้พรมแดน⁷ และเป็นการพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน โดยมีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น รวมไปถึงการกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง⁸ สรุปได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน มีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางสังคม สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบของบุคคล ซึ่งการให้บริการสุขภาพก็เป็นองค์ประกอบทางสังคม/สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเช่นกัน⁹

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น รูปแบบการให้บริการสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งรูปแบบการให้บริการสุขภาพควรจะขับเคลื่อน

ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวทางการให้บริการสุขภาพในอนาคตที่สนับสนุนให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง การศึกษานี้ใช้เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) ซึ่งเป็นเทคนิคที่สามารถนำข้อค้นพบไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดนโยบาย และการตัดสินใจหาวิธีการแก้ปัญหา โดยนำข้อเท็จจริงในอดีตและปัจจุบันมาแก้ปัญหาอนาคต¹⁰ ผลจากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญต่อผู้ให้บริการสุขภาพ หรือผู้เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางในกำหนดนโยบาย วางแผนงาน และการตัดสินใจเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพให้เหมาะสม และสอดคล้องกับความเป็นไปได้ภายใต้บริบทของ สังคมไทย เพื่อบรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

นัทบีม(Nutbeam) กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญาและสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม อันจะส่งเสริมและคงรักษาให้เกิดสุขภาพที่ดี⁶ แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับเป้าหมายของการเสริมสร้างพลังผ่านการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ เพื่อเป็นต้นทุนที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านการเสริมสร้างพลังในการตัดสินใจด้านสุขภาพต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสินทรัพย์⁹ (Health literacy as asset) ของนัทบีมเพื่ออธิบายถึงปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุปสรรคในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับร่างกรอบแนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาอนาคตภาพของรูปแบบการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยอนาคต (Future Research) ด้วยเทคนิคการวิจัยอนาคตแบบชาติพันธุ์วรรณาด้วยเทคนิคเดลฟาย (EDFR : Ethnographic Delphi Future Research)¹¹

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และการดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ เป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 สำหรับศึกษาอุปสรรคของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 28 คน ดังนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 25 คน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีประวัติการควบคุมโรคเรื้อรังไม่ได้ มีคุณสมบัติคือเป็นผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) > 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) > 90 มม.ปรอท จากการวัดอย่างน้อย 3 ครั้ง ของการมารับบริการเพื่อติดตามผลการรักษา ศูนย์บริการสุขภาพ หรือเป็นผู้ที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) สูงกว่า 6.5 mg% เป็นผู้ที่มีประเมิ

ระดับความรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบวัดความรู้ & แจ้ง แดก ฉาน ด้าน สุข ภาพ สำหรับ ผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับต่ำ (<75% ในทุกด้าน)¹² กลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง เป็นพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรังทำงานอย่างน้อย 10 ปี จำนวน 3 คน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2 สำหรับศึกษาแนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งหมด 20 คน โดยใช้แนวทางของแมกซ์มิลลัน (Macmillan)¹³ ที่กำหนดผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป ทำให้อัตราลดลงของความคลาดเคลื่อนมีน้อยมาก (Error) และจะเริ่มคงที่คือ 0.02 ดังนั้นผู้วิจัยกำหนดผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เหมาะสม ทั้งนี้มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญคือ กลุ่มผู้บริหาร เป็นผู้บริหารทางการแพทย์ ตำแหน่งบริหารกลุ่มงานการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 5 คน กลุ่มผู้ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มงานการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 10 ปีขึ้นไป จำนวน 7 คน กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์หรือเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 3 คน กลุ่มเภสัชกร จำนวน 2 คน กลุ่มนักวิชาการได้แก่ด้านพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 2 คน และด้านระบาดวิทยาเชิงวัฒนธรรม จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดความรู้แจ้งแฉกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง¹² เพื่อคัดกรองผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มที่ 1 โดยคัดกรองผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งต่ำ มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถในการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือและตัวเลข

2) ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูล
 3) ผลลัพธ์ที่ใช้ยืนยันการรู้แจ้งแตกฉาน โดยมี
 คะแนนจุดตัดที่เหมาะสม ที่ 75% ของคะแนนเต็ม
 มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 95.4 และ ค่า
 ความจำเพาะ (specificity) 20.3

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาอุปสรรคของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และเพื่อศึกษารูปแบบกิจกรรมที่เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โครงสร้างคำถามสร้างมาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพคือสินทรัพย์⁹ ที่อธิบายถึงมิติหลักที่สนับสนุนให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยกำหนดทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (social and environmental determinants) รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล (personal determinants) ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ด้วยดัชนีของความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1 คน ด้านความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 1 คน และด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 คน ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วจึงนำแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกทดลองสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ระหว่างการสัมภาษณ์มีการปรับปรุง และพัฒนาแบบสัมภาษณ์ระหว่างการนำไปใช้

3. แบบสอบถามความเป็นไปได้ต่อแนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้มาจากการนำเนื้อหาที่สังเคราะห์จากการสร้างกรอบแนวคิด และ

การทำ EDFR รอบที่ 1 มาสร้างเป็นแบบสอบถาม ซึ่งมี 5 ประเด็นได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางสุขภาพเพื่อวิถีชีวิตสำหรับการควบคุมโรคเรื้อรัง 2) การสนับสนุนการเข้าถึงและการเพิ่มช่องทางการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ 3) การพัฒนากำลังคนทางสุขภาพ 4) การพัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสุขภาพ และ 5) การบูรณาการระบบสาธารณสุขและการศึกษา เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่เกิดขึ้นหรือเป็นจริงน้อยที่สุดจนถึง 5 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่เกิดขึ้นหรือเป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยนำประเด็นในการสร้างภาพอนาคตให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน วิเคราะห์โครงสร้างตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความชัดเจนในการใช้ภาษาเพื่อสื่อความหมาย และความเหมาะสมในการเรียงข้อคำถาม จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุง ทั้งนี้แบบสอบถามความคิดเห็นนี้ใช้รวบรวมข้อมูลในการทำ EDFR รอบที่ 2 และ 3

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตเพื่อรวบรวมความคิดเห็นที่สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวโน้มแนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สรรวจข้อมูลเบื้องต้นเพื่อสร้างกรอบแนวคิด ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 ลงสนามวิจัยโดยการติดต่ออาสาสมัครสาธารณสุข ณ ศูนย์บริการสุขภาพในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อขอความร่วมมือในการแนะนำกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ มีผู้ป่วย

คุณสมบัติตามเกณฑ์ 250 คน จากนั้นคัดกรองผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง¹² พบผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจำนวน 62 คนหลังจากนั้นทำการติดต่อเพื่อขอสัมภาษณ์ พบกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่สะดวกและเต็มใจให้ข้อมูลจำนวน 25 คน สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง ซึ่งเป็นพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรังทำงานอย่างน้อย 10 ปี จำนวน 3 คน เนื่องจากผู้วิจัยเป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่และมีความคุ้นเคยกับพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรังจึงคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 3 คน ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยนัดหมายเวลาและสถานที่ ตามผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 45-60 นาที หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยทำการสรุปและนำข้อมูลมาสร้างเป็นประเด็นในการทำ EDFR รอบที่ 1 ในขั้นตอนนี้ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 6 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนากรอบแนวคิด โดยการทำ EDFR รอบที่ 1 ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนนี้เมื่อคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ และมีผู้ตอบรับเพื่อให้ข้อมูลจำนวน 20 คนแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง และเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม เนื่องจากไม่สามารถนัดหมายผู้เชี่ยวชาญได้พร้อมกัน ผู้วิจัยจึงจัดการสนทนากลุ่มทั้งหมด 4 รอบ ดำเนินการวิจัยขั้นตอนนี้โดยนำเสนอข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 และให้ผู้เชี่ยวชาญร่วมอภิปราย และ ในข้อเสนอแนะสำหรับแนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 3 ร่างแบบสอบถามความคิดเห็น จากข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่

2 สร้างเครื่องมือสำหรับทำ EDFR รอบที่ 2 และ 3 ซึ่งเครื่องมือเป็นแบบสอบถามความเป็นไปได้ แนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยสร้างเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ

ขั้นตอนที่ 4 การทำ EDFR รอบที่ 2 และ 3 เป็นการประเมินความเป็นไปได้ ของแนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้จากขั้นตอนที่ 3 เก็บข้อมูลเพื่อทำ EDFR รอบที่ 2 โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ไปยังผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้พิจารณาคำตอบของตนเองที่เสนอแนะในการสนทนากลุ่มอีกครั้งเพื่อยืนยันความคิดเห็นเดิมหรือปรับเปลี่ยนความคิดเห็นให้สอดคล้องกับผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ และ EDFR รอบที่ 3 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อเสนอแนะที่ได้จากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในแบบสอบถามจากการทำ EDFR รอบที่ 2 ในขั้นตอนนี้ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 11 เดือน

ขั้นตอนที่ 5 เขียนภาพอนาคต คือการนำผลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ผลตามเกณฑ์ที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิจัยรวมทั้งเครื่องมือและรูปแบบการวิจัย เพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราช เลขที่ KFN-IRB 2017-01 เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2561 โดยผู้วิจัยทำการนัดหมายวันเวลาและทำการสัมภาษณ์ตามที่ผู้ให้ข้อมูล

สำคัญสะดวก ข้อมูลที่นำเสนอไม่มีการระบุชื่อ-สกุลของผู้ให้ข้อมูลใดๆ ทั้งสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเพื่อสร้างกรอบแนวคิดในขั้นตอนที่ 1 ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อการศึกษาอุปสรรคของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการทำ Delphi รอบที่ 1 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์ข้อมูล โดยใช้กระบวนการการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการตีความข้อมูลแบบอุปนัย (Analytical induction)¹⁴

3. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในการทำ EDFR รอบที่ 2 และ 3 เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของแนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์ ค่ามัธยฐาน (Median) เปอร์เซ็นต์ (Percentage) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ในทุกข้อคำถาม หลังจากนั้นสรุปความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยคัดเลือกรายการอนาคตภาพของแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามเกณฑ์ค่ามัธยฐานที่มีค่าอยู่ในระดับมากขึ้นไปคือ 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 โดยถือว่ารายการอนาคตภาพนั้นผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่ามีความเป็นไปได้ในอนาคต และหากผู้เชี่ยวชาญเลือกรายการร้อยละ 85 ขึ้นไป ถือว่ารายการอนาคตภาพนั้นมีแนวโน้มที่พึงประสงค์¹⁵

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การสร้างกรอบแนวคิดจากอุปสรรคในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) อนาคตภาพแนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 การสร้างกรอบแนวคิดจากอุปสรรคในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก 25 คน ทุกคนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง มีอายุเฉลี่ย 45 ปี อายุต่ำสุด 41 ปี และสูงสุด 65 ปี มีระดับการศึกษาต่ำสุดคือ ประถมศึกษาตอนปลาย และระดับการศึกษาสูงสุดคือมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนผู้ให้ข้อมูลรองซึ่งเป็นพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรังทำงานอย่างน้อย 10 ปี จำนวน 3 คน มีอายุ 49-52 ปี ทำงานในคลินิกโรคเรื้อรังทำงานอย่างน้อย 11-13 ปี จากการสัมภาษณ์ได้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งพบว่าอุปสรรคการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วย 4 ประการ ได้แก่ 1) ความรู้ทางสุขภาพ 2) สมรรถนะในการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ 3) การเจรจาต่อรองเพื่อมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และ 4) ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรัง ทั้งนี้รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อุปสรรคต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Themes	Sub themes	Categories	ตัวอย่าง Quotation
ความรู้ทางสุขภาพ	ความรู้จากผู้ให้บริการทางสุขภาพ	-ผู้ให้ข้อมูลสุขภาพขาดความรู้เฉพาะ -ให้ความรู้โดยเน้นข้อมูลทั่วไปมากกว่าข้อมูลเฉพาะ -เน้นการสอนสุขศึกษาบรรยายมากกว่าการสอนแบบฝึกทักษะ -ผู้ให้ข้อมูลสุขภาพขาดทักษะการสื่อสารสุขภาพที่เน้นการสร้างกระบวนการคิดวิเคราะห์ ให้แก่ผู้ป่วย	“ส่วนมากก็บอกแค่งดหวาน ระวังเรื่องไต เรื่องอาหารการกิน บางทีเหมือนเป็นมานานก็รู้ว่าอะไรกินได้ไม่ได้ แต่ก็ไม่รู้ว่าจะเข้าใจมันถูกมั๊ย คุณพยาบาล ก็น่าจะแนะนำจนชินๆ ไม่ได้แนะนำเฉพาะว่าที่ป้าทำป้ากิน มันถูกอย่างไร” P1
	การสื่อสารของผู้ให้บริการสุขภาพ	-รูปแบบการให้ข้อมูลสุขภาพของ ผู้ให้บริการสุขภาพขาดความน่าสนใจ -บุคลิกภาพของผู้ให้ข้อมูลสุขภาพไม่เป็นมิตร ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กล้าซักถามหรือสื่อสารเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง	“หมอ พยาบาล เขายัง ไม่ยิ้มก็ไม่กล้าถามเรื่องอะไร กลัวเขาจะว่าเอา” P4 “ทุกครั้งก็จะแนะนำแบบเดิม ฟังบ้าง ไม่ฟังบ้าง เอาตรง ๆ มันฟังซ้ำ ๆ ก็เบื่อ” P7 “ส่วนมากเขาก็จะแนะนำ ช่วง รอหมอ ช่วงรียา เขาจะพูด แนะนำแบบสอนไปเรื่อย ๆ เขาจะแนะนำแบบเป็นขั้นตอน” P18
สมรรถนะในการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ	การวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลสุขภาพ	-เชื่อโฆษณาที่มีลักษณะการจูงใจมากกว่าข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลภาครัฐ หรือข้อมูลจากผู้ให้บริการสุขภาพโดยตรง -เชื่อคำบอกกล่าวจากบุคคลที่อ้างว่าเคยปฏิบัติแล้วได้ผลโดยขาดการวิเคราะห์และกลั่นกรอง	“บางที่มันกึ่ง กึ่งการดูแลตัวเอง ก็ทำตามพวกคนใช้ด้วยกัน มันก็ทำง่าย ๆ ผลออกมา บางทีก็แย บางทีก็ดี มันขึ้นอยู่กับดวง” P5 “ภาวะแทรกซ้อนที่เจอเยอะ จะเป็นพวกไปกินอาหารเสริม แล้วเกิดปัญหา เช่นไตวาย น้ำตาลสูง เพราะกินอาหารเสริม ไม่กินยา พอถามคนไข้ ก็จะได้ข้อมูลว่าดูโฆษณาอ้างว่ากินแล้วสุขภาพดี” HP1
	การควบคุมสื่อโฆษณา	- บทลงโทษที่ไม่รุนแรง เมื่อเทียบกับผลประโยชน์ที่ได้รับจากการโฆษณาเกินจริง -ขาดความร่วมมือจากชุมชน ในการเฝ้าระวังการโฆษณาเกินจริง -ขาดช่องทางในการสื่อสาร และรายงาน ผู้กระทำผิดจากการโฆษณาเกินจริง	“ไม่มีการเป็นหูเป็นตา พวกอวดอ้างขายของ ไม่มีใครแจ้ง อาจเพราะไม่รู้แจ้งทางไหน” HP2

Themes	Sub themes	Categories	ตัวอย่าง Quotation
			“พวกโฆษณาเกินจริง ลงโทษไม่แรง แต่จริงแล้ว ผลกระทบหนักกลัวมาก” HP3
การเจรจา ต่อรองเพื่อการ มีส่วนร่วมใน การดูแล สุขภาพตนเอง	การไม่รักษา สิทธิของ ตนเอง	-ความเกรงใจ ทำให้ไม่กล้ารักษา สิทธิของตน	“ไม่กล้าที่จะพูด จะถาม เกรงใจหมอ ตัวเองก็ไม่รู้จะถามอะไร ไม่ค่อยมีความ รู้อะไรเลย” P16 “หมอกคนไข้เยอะ ไม่อยากทวน มันจะ เสียเวลาหมอเขา” P23 “คนไข้ไม่ยอมถาม เหมือนไม่มั่นใจ ต้องพยายามยิ้ม แล้วก็ถามก่อนว่า สงสัยอะไรมั๊ยคะ” HP1
	ความเชื่อมั่น ในความ สามารถของ ตนเอง	- เชื่อว่าผู้ให้บริการทางสุขภาพ เป็นผู้กำหนดแผนการดูแล สุขภาพ - เชื่อในโชคชะตามากกว่า ความสามารถตนเอง	“เป็นคนไข้ ก็ทำแบบที่หมอเขาสั่งละ เดี๋ยวเขาก็จัดการดูแลให้เอง” P19 “จริง ๆ แล้ว ถ้าคนไข้มั่นใจแล้วถาม ออกมา ไม่เชื่อหมอพยายบาลมากเกินไป จะทำให้เรา รู้ข้อจำกัด หรือ จุดที่ทำให้ เขาคุ่มน้ำตาความดันไม่ได้” HP3
ความสามารถ ในการจัดการ ตนเองเพื่อ ควบคุมและ ป้องกันโรค เรื้อรัง	ความ รับผิดชอบต่อ สุขภาพตนเอง	- ฟังฟังผู้ให้บริการทางสุขภาพ และการรักษาจากแพทย์ - ให้ความสำคัญกับการหาเลี้ยง ตนเอง และครอบครัวมากกว่า การดูแลสุขภาพ - อิทธิพลของครอบครัวที่ขาดการ สนับสนุนในการดูแลสุขภาพ	“พอเทศกาลที่ มีงานที่ ก็ลืมตัว ความ ดันก็ขึ้น คุ่มยาก” P8 “หมอกเขาดูรีบ ๆ ไม่กล้าถามมาก เวลา ตรวจ มันใช้เวลาสั้น ๆ” P12 “พออยากรู้อะไร เราหาข้อมูลเองไม่ ค่อยได้ จะถามอะไร ก็ต้องไปหาที่ศูนย์ ที่โรงพยาบาล” P14
	การปฏิบัติตาม อิทธิพลของ สิ่งแวดล้อม โดยขาดการ วิเคราะห์ ไตร่ตรอง	- การมีวิถีชีวิตที่ขาด ความ เคร่งครัดกับเรื่องของสุขภาพ - การยอมรับกับโชคชะตามากกว่า การต่อสู้เพื่อรักษาสุขภาพของ ตนเอง - ขาดความมั่นใจ เนื่องจากขาด ข้อมูลในการสื่อสาร	“มันแก่แล้ว โรคก็อยู่กับตัวมานาน แล้ว โรคมันก็ขึ้นลง แบบนี้เป็นปกติ ไม่อย่าพยายาม มันโหย มันไม่อยาก ขยับตัว ไม่ได้ทำแบบที่หมอเขาบอก เท่าไรหรอก” P21

Themes	Sub themes	Categories	ตัวอย่าง Quotation
	การเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ตอบสนองความต้องการข้อมูลที่สะดวกและรวดเร็ว	-การให้บริการสุขภาพที่มีข้อจำกัดด้านเวลา -ขาดความสะดวกสบายในการสื่อสารกับผู้ให้บริการสุขภาพ	“ หอมสิ่งอะไรก็ต้องทำ..... ถ้าทำไม่ได้ไม่กล้าบอกหมอเขาหรอก เกรงใจ” P21 “ หมอเขาจบมาสูง เขาบอกอะไร มันเป็นเรื่องจริงทั้งนั้นละ” P 24 “ ไม่รู้จะถามเรื่องอะไร ไม่ค่อยมีความรู้เลย “ P25 “ พี่ว่า เพราะเรื่องเวลาเป็นสำคัญเลย พอมันรีบ เราก็พูดกันสั้นๆ เร่งๆ ไม่มีใครจะมีอารมณ์มาโต้ตอบกัน ได้แค่พยักหน้า แบบเหมือนเข้าใจ” HP 2

P (Patient) หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง; HP (Health care provider) หมายถึง ผู้ให้บริการทางสุขภาพ

ส่วนที่ 2 อนาคตภาพแนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลังจากได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงดำเนินการ EDFR รอบที่ 1 ได้แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งหมด 5 แนวทาง โดยผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน เกี่ยวกับแนวโน้มของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโอกาสเป็นไปได้ในอนาคต และเป็นแนวโน้มที่พึงประสงค์

แนวทางที่ 1 การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางสุขภาพเพื่อวิถีชีวิตสำหรับการควบคุมโรคเรื้อรัง ได้แก่ การประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิของผู้ป่วย สิทธิในการรับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ สวัสดิการการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การรณรงค์เพื่อต่อต้านการโฆษณาชวนเชื่อ และการเสนอข้อมูลวาง การรณรงค์ต่อต้านการแชร์ข้อมูล

สุขภาพโดยขาดการไตร่ตรอง การสนับสนุนโครงการพัฒนาศักยภาพเยาวชนรุ่นใหม่ที่ใส่ใจสุขภาพ

แนวทางที่ 2 การสนับสนุนการเข้าถึงและการเพิ่มช่องทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ การเพิ่มแหล่งข้อมูลเพื่อให้ประชาชนมีช่องทางที่หลากหลาย เชื่อถือได้ในการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพ และการพัฒนานวัตกรรมการสื่อสารเพื่อเพิ่มแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เช่น สื่อสุขภาพ Mobile Application

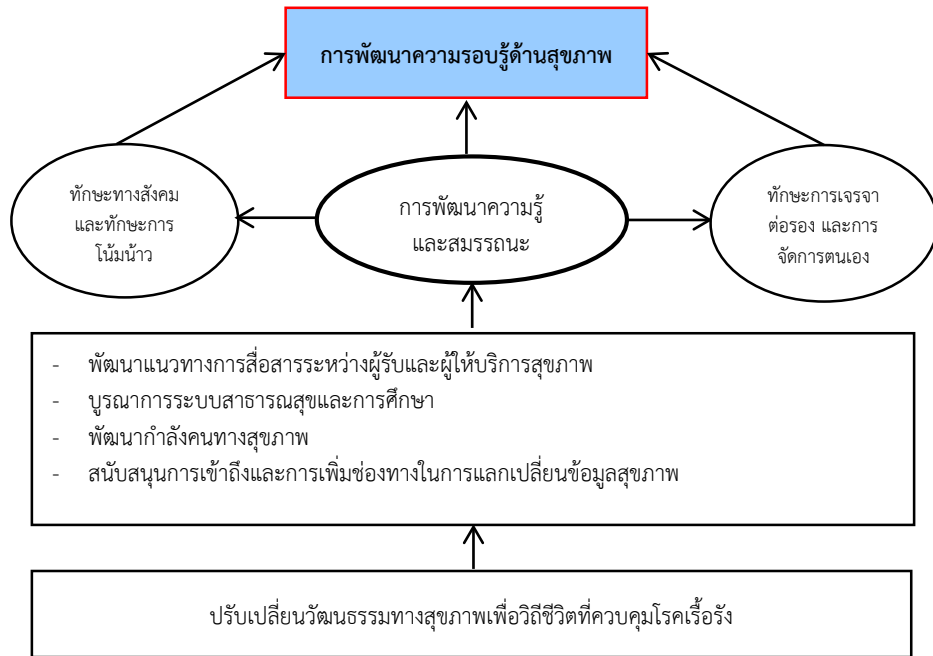
แนวทางที่ 3 การพัฒนากำลังคนทางสุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรัง การสนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรที่มีความเกี่ยวข้องกับ การควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรัง เช่น หลักสูตรนักโภชนาการชุมชน การสนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ให้แก่กำลังคนด้านสุขภาพที่ทำงานในชุมชน และพัฒนาทักษะการสื่อสารสุขภาพแก่กำลังคนด้านสุขภาพเพื่อให้มีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน

แนวทางที่ 4 การพัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การพัฒนาเทคโนโลยีในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านสำหรับทีมเยี่ยมบ้านเพื่อวิเคราะห์และประเมินข้อมูลรายบุคคล และ ติดตามภาวะสุขภาพ

แนวทางที่ 5 การบูรณาการระบบบริการสุขภาพและการศึกษา ได้แก่ การพัฒนาหลักสูตร

การอบรมระยะสั้น เรื่องการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังแก่คุณครู การสร้างเครือข่ายสุขภาพโดยการสร้างความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ และระบบการศึกษา โดยการพัฒนาทักษะทางสุขภาพแก่เยาวชนในการดูแลสุขภาพจิต เวทีที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางสุขภาพในสถานศึกษา โดยมีบุคลากรทางสุขภาพมาร่วมให้ความรู้และตอบข้อซักถาม การสนับสนุนจัดการเรียนการสอนเชิงรุกเพื่อพัฒนาทักษะทางการสื่อสารและทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ



ภาพที่ 2 อนาคตภาพแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

อภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะส่วนบุคคลที่กำหนดความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและคงรักษาให้เกิดสุขภาพที่ดี¹⁶ โดยโมเดลนี้อธิบายว่าการที่บุคคลมีความรอบรู้ด้าน

สุขภาพเป็นสินทรัพย์ เกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความรู้ดั้งเดิมที่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะด้านการอ่าน การเขียน ความเชื่อ และประสบการณ์ส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมไปถึงทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจัยดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนาความรู้และความ

สามารถของบุคคลทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ หากบุคคลความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะส่งผลให้เกิดทักษะในการปรับเปลี่ยนการกระทำด้านสุขภาพ อันส่งผลให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น มีการเลือกและโอกาสที่จะมีสุขภาพที่ดี¹⁷ แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่พบว่าแนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันประกอบไปด้วย 5 แนวทาง ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางสุขภาพเพื่อวิถีชีวิตสำหรับการควบคุมโรคเรื้อรัง 2) การสนับสนุนการเข้าถึงและการเพิ่มช่องทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ 3) การพัฒนากำลังคนทางสุขภาพ 4) พัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสุขภาพ และ 5) การบูรณาการระบบสาธารณสุขและการศึกษา ดังแสดงในภาพ 2

การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางสุขภาพเพื่อวิถีชีวิตสำหรับการควบคุมโรคเรื้อรัง การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อ และประสบการณ์ส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรอบรู้ กล่าวคือ การที่บุคคลถูกปลูกฝังในครอบครัวที่รักสุขภาพ บุคคลเหล่านั้นก็จะใส่ใจต่อสุขภาพ ขวนขวายหาความรู้เพื่อนำมาดูแลสุขภาพตนเอง¹⁷ หรือบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะทำให้บุคคลเหล่านั้นมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือควบคุมโรคเรื้อรัง¹⁸ นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมบางอย่างที่มาพร้อมกับการสื่อสารที่รวดเร็ว คือการรับข้อมูลโดยเชื่อข้อมูลที่ไม่วิเคราะห์ ดังนั้นการรณรงค์ให้ประชาชนปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต หรือวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับ

การแชร์ข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์ที่รวดเร็วไม่ผ่านการตรึงตรองย่อมเป็นวัฒนธรรมหรือวิถีชีวิตที่เป็นดาบสองคมต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพของประชาชน

การสนับสนุนการเข้าถึงและการเพิ่มช่องทางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ เป็นการพัฒนาด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ กล่าวคือ การที่บุคคลค้นหาข้อมูลสุขภาพได้ด้วยตนเอง จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง⁹ นอกจากนี้ระบบให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลที่มีคุณภาพ เป็นอีกประการหนึ่งที่สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพได้ง่าย และเป็นข้อมูลที่มีคุณภาพมากขึ้น แนวทางนี้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2569 ที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพให้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมสุขภาพในการบริหารจัดการและสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อเพิ่มโอกาสให้กับประชาชนในการได้รับบริการทางการแพทย์และสุขภาพที่ทันสมัยและเท่าเทียม และเพื่อการขับเคลื่อนสู่ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข (Health 4.0) ซึ่งการใช้ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth Strategy) มุ่งให้มีการเชื่อมโยงบริการทั้งระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุดและมีความพึงพอใจในบริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องการเชื่อมโยงบริการทั้งระบบสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (Digitally connected health care system of the future)¹⁹

การพัฒนากำลังคนทางสุขภาพ ครอบคลุมผู้ให้บริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่าการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยเป็นอุปสรรคที่สำคัญ

ต่อการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ดังนั้น นอกจากผู้ให้บริการสุขภาพจะมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยตามพื้นฐานวิชาชีพของตน การพัฒนาผู้ให้บริการสุขภาพให้มีความรู้เฉพาะในเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมโรคเรื้อรัง ก็มีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการเช่นกัน กล่าวคือ หากการสื่อสารแนะนำการดูแลสุขภาพที่ขาดความเฉพาะเจาะจงต่อปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย หรือการให้ข้อมูลที่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ได้^{18, 20}

พัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ เช่นการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อเรื่องอำนาจของแพทย์ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งอำนาจเกิดขึ้นจากการที่ประชาชนมีความศรัทธาต่อความรู้ของแพทย์ และประสิทธิภาพในการรักษา ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์แบบพ่อปกครองลูก แพทย์เป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการรักษา แต่เพียงฝ่ายเดียว ผู้ป่วยมีหน้าที่เพียงทำตามแพทย์สั่งเท่านั้น ซึ่งการสื่อสารที่เป็นกันเอง และไม่เร่งรีบทำให้ผู้ป่วยกล้าพูดกล้าถาม²⁰ สำหรับการให้บริการทางการแพทย์พบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบการเจ็บป่วยของตนเอง ไม่ทราบระยะเวลาของการรักษา²¹ การรับทราบข้อมูลที่ไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวล ไม่สามารถตัดสินใจและไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้²² การพัฒนาแนวทางการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการสุขภาพ ควรเน้นการสร้างเจตคติให้ผู้รับบริการให้ความสำคัญ

ต่อการร่วมตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ โดยส่งเสริมให้ประชาชนเกิดทักษะในการเจรจาต่อรองต่อการเลือกแนวทางเพื่อการดูแลสุขภาพของตน ทั้งยังสนับสนุนให้ประชาชนเกิดแรงจูงใจในการกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพของตน และสามารถตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง⁸ นอกจากนี้รูปแบบการสื่อสารเดิมที่มีข้อจำกัดทั้งในเรื่องการเข้าถึงบริการที่ต้องใช้เวลานาน ต้องเดินทางมาที่สถานบริการสุขภาพ ทำให้การสื่อสารสุขภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการมีข้อจำกัด การพัฒนาให้มีแนวทางที่ตอบสนองความต้องการ และเกิดความรวดเร็วในการนำข้อมูลที่สื่อสารมาให้ในการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองของประชาชน จะช่วยสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูล และได้ข้อมูลที่เป็นข้อสงสัยนำมาประยุกต์ในการแก้ปัญหาสุขภาพของตน

การบูรณาการระบบสาธารณสุขและการศึกษาระบบการศึกษา การศึกษาเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างความรู้ในศาสตร์ต่างๆ ซึ่งรวมถึงความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การปลูกฝังความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผ่านระบบการศึกษาจะสนับสนุนวิถีชีวิตในการดูแลสุขภาพของเยาวชน ทั้งนี้ ทักษะของความรู้ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการรู้จักคิด ควรพัฒนาตั้งแต่เป็นเยาวชน การสร้างทักษะการรู้จักคิด และทักษะการสื่อสารสามารถเกิดขึ้นได้จากการปรับเปลี่ยนการจัดการเรียนการสอนให้เกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ที่ช่วยชี้นำวิธีการสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่พัฒนาชีวิตของผู้เรียนให้มีคุณภาพ²³ การจัดการเรียนรู้นี้ดังกล่าวทำให้ประชาชน เกิดความคิดเชิงวิเคราะห์ อันจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์

ประเมินข้อมูลสุขภาพก่อนนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตน⁹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอภาพอนาคตของแนวทางการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้มีระดับสูงขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย และวางแผนในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อผู้ป่วยเรื้อรังพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อการดูแลตนเอง เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิเคราะห์ทางเลือกในการนำภาพอนาคตไปสู่การปฏิบัติที่ด้วยการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (Structural Equation Model) ควรนำวิธีการทางสถิติวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) หรือวิเคราะห์จัดกลุ่ม (Cluster Analysis) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับเทคนิคการวิเคราะห์เพื่อการจำแนกกลุ่ม (Discriminant Analysis) เพื่อให้ภาพอนาคตมีความเชื่อมั่นมากขึ้น และควรมีการวิเคราะห์ผลกระทบตามแนวทางบริการสุขภาพอนาคต ทั้งแง่เศรษฐกิจและสังคม

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราชินา

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(Suppl 1): S51-S54. doi: 10.2337/dc18-S005. PMID: 29222376.
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. National heart, lung, and blood institute joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure; National high blood pressure education program coordinating committee. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003 Jul 9;290(2):197. PMID: 12748199.
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. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International*, Printed in Great Britain. 2000;15(3):259–67.
7. 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 Oct 26-30; Nairobi: Kenya; 2009.
8. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors; Institute of Medicine (US), Committee on Health Literacy. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington: National Academies Press (US); 2004. PMID: 25009856.
 9. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67(12): 2072–8. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
 10. Wiratchai N. Advanced research methods and statistics. Bangkok: Chulalongkorn University; 1995. (in Thai).
 11. Poolpatarachewin C. Ethnographic Delphi future research. *Journal of Research Methodology.* 1986;1(2): 24-33. (in Thai).
 12. Tanasugarn C, Neelapaichit N. The development instrument of health literacy for patients with diabetes mellitus and hypertension. Nonthaburi: Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai).
 13. Macmillan TT. The Delphi technique. The annual meeting of the California Junior Colleges Associations Committee on Research and Development. Monterey, California; 1971.
 14. Chanvanit S. Qualitative data analysis. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2010. (in Thai).
 15. Poolpatarachewin C. Ethnographic Delphi Scenarios Research. *Journal of education studies.* 2003; 32(1):1-19. (in Thai)
 16. 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.
 17. Lhaosupab N, Prueksaantakal N, Yaprom C, Chiangkhong A. Health literacy for preventing chronic diseases among adults in Bangkok: a case study of conditions for promoting health literacy. *Ramathibodi Nursing Journal.* 2021; 27(1):122-35. (in Thai)
 18. 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):162-78. (in Thai)
 19. Sonart B, Chantaranamchoo N. A Health Literacy Guideline for Health Promotion Behaviors Among Adult Worker Populations in Bangkok and Metropolitan Region. [Master Thesis of Education]. Nakhonpathom: Silpakorn University; 2019. (in Thai)
 20. Sriprasert D. Medical Dominance and the Doctor-Patient Relationship. *Thammasat Journal.* 2018; 37(1):78-95. doi:10.14456/tujournal.2018.5 (in Thai)
 21. Bruinessen IR. Barriers and facilitators to effective communication experienced by patients with malignant lymphoma at all stages after diagnosis. *Psycho-Oncology.* 2013; 22: 2807-14.
 22. Waldrop AP, Meeker MA. Communication and advanced care planning in palliative and end-of-life care. *Nurs Outlook.* 2012; 60(6): 337-422
 23. Carneiro R, Draxler A. Education for the 21st century: lessons and challenges. *Eur. J. Educ.* 2008; 43(2) 149-60 doi:10.1111/j.1465-3435.2008.00348.x