

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง* ดวงเนตร ธรรมกุล**

บทคัดย่อ

แนวโน้มของสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ในประเทศไทยจะเกิดขึ้นภายในปี พ.ศ. 2564 ผู้สูงอายุจะกลายเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ที่สุดในสังคม ซึ่งส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเสียหายทางปัญญาอันสืบเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย โดยเฉพาะประสาทสัมผัสต่างๆ ผู้สูงอายุไม่เพียงต้องมีการตัดสินใจและจัดการเรื่องภาวะโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเท่านั้น แต่มีการพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์มากขึ้น และมีข้อจำกัดในการฟังและอ่านคำแนะนำ ข้อมูลสุขภาพ หรือใบสั่งยาของแพทย์ ซึ่งมีความจำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ประกอบด้วย ทักษะทางการรับรู้ และทักษะทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง

การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุที่ผ่านมา มุ่งเน้นความสามารถพื้นฐานมากเกินไป ให้ความสำคัญในการพัฒนาทักษะค่อนข้างน้อย และการพัฒนาวิธีการวัดและการประเมินไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร ทักษะที่แตกต่างของนักวิชาการในการพัฒนาระดับ Health literacy ได้ช่วยสร้างประเด็นในการพัฒนา ปรับปรุง และเตรียมการด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูลข่าวสารในระบบบริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล รวมทั้งการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: สังคมผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การวัดและการประเมิน

* อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: kmkaeo@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

Health literacy promoting in aging population

Kwanmuang Kaeodumkoeng* Doungnetre Thummakul**

Abstract

The inclination toward becoming an aged society in Thailand will occur by 2021. The elderly will be the largest proportion of the population. Most of them will have chronic diseases and will also be prone to risks associated with mental deterioration due to their body's regression in function, particularly the sensory nervous system. The elderly not only require continued management concerning chronic diseases, but they also depending on medical services and need for medical prescriptions, which have to be read to them. Elderly will have difficulty hearing or reading recommendations and health information. Therefore, they will require skills such as perception and social skills in order to access, understand and use information in different ways to promote and maintain their own health.

Previous Health literacy promotion in the elderly was overly focused on basic ability with minimal importance given to skill development. Furthermore, methods of measurement and evaluation are not as advanced as they should be. Hence, the varied concepts of academics regarding Health literacy improvement have aided in creating topics for improvement, revisions and preparation of communication and information provision in the public health system and nursing treatment as well as promoting Health literacy in a systematic matter, especially in the elderly.

Keywords: aging society, health literacy, measurement and evaluation

* Instructor of Faculty of Public Health, Mahidol University, E-mail: kmkaeo@gmail.com

** Senior Professional Level Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi

บริบทสังคมผู้สูงอายุ

แนวโน้มของสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ หรือ Aged society ซึ่งหมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกันในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป ขณะนี้ทั่วโลกกำลังเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โลกจะมีผู้สูงอายุ 25 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 13.1 ของประชากร ภายในปี พ.ศ. 2563 และประเทศที่มีผู้สูงอายุมากคือ ประเทศญี่ปุ่นและประเทศจีน (20.7 ล้านคน) รองลงมาคือ ประเทศฝรั่งเศส (15.5 ล้านคน)¹ สำหรับการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2557² พบว่ามีผู้สูงอายุประมาณ 10 ล้านคนหรือร้อยละ 14.9 โดยจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ภายในปี พ.ศ. 2564³ ภายหลังจากที่ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ หรือ Aging society (ซึ่งหมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10) มาแล้วนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 โดยมีผู้สูงอายุรวมร้อยละ 10.72 นับเป็นประเทศที่สองในกลุ่มอาเซียนที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รองจากประเทศแรกคือ สิงคโปร์ (พ.ศ. 2540)

การดำเนินชีวิตในแต่ละช่วงวัยก่อให้เกิดการเรียนรู้ สร้างสมประสบการณ์และทักษะทำให้การตัดสินใจของบุคคลเป็นไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เส้นทางที่ก้าวไปจะมีทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างไร ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และทักษะที่ได้สั่งสมมา เมื่อมีอายุเพิ่มพูนคนเราเริ่มจะเรียนรู้มากขึ้น และสามารถทำสิ่งต่างๆ ด้วยตัวเองได้ การพึ่งพาตนเองได้นั้นถือเป็นเป้าหมายสำคัญและมีความจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต แต่ประชากรผู้สูงอายุในช่วงบั้นปลายของชีวิตอาจจะต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้นไปกว่ารุ่นก่อนในอดีต

ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยด้านสุขภาพทางกาย ยิ่งหากมีการดูแลรักษาไม่ถูกต้อง ก็ยิ่งทำให้เกิดโรคเรื้อรังที่บั่นทอนสุขภาพพลานามัย และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ สภาพปัญหาทางกายของกลุ่มผู้สูงอายุมีมากมายหลายด้าน ประกอบด้วย การมีโรคประจำตัวต่างๆ หรือการเจ็บป่วยที่เป็นลักษณะจำเพาะ (อาทิ การได้ยิน หลงลืม การทรงตัว อุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้ม กลั้นอุจจาระไม่ได้) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552⁴ พบว่าโรคทางกายของผู้สูงอายุที่พบมาก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เส้นเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์อัมพาต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งอวัยวะต่างๆ และโรคไตวายเรื้อรัง

การขาดโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการสังคมและกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งถูกทอดทิ้งต้องอยู่ตามลำพังหรือขาดโอกาสเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือกันเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของตนเอง ทำให้สมรรถนะลดลงเรื่อยๆ จนกลายเป็นบุคคลที่สูญเสียความสามารถและทักษะความเชี่ยวชาญที่เคยมีไปอย่างรวดเร็ว

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม ทำให้จิตใจของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย โดยมักจะยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง เรียนรู้อะไรต่างๆ ได้ยาก เพราะไม่มั่นใจตนเอง ส่วนใหญ่จะโกรธง่าย เหวง และรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองไม่สำคัญกับตนเองเหมือนที่เคย ทำให้มีอาการมึนงง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจและหงุดหงิดง่าย⁵

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือหรือมีภาวะพึ่งพิงคนรุ่นถัดไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความคาดหวังในการพึ่งพาบุคคลในครอบครัวเริ่มมีความจำกัดยิ่งขึ้น เมื่อพบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 8.7 ต้องอยู่คนเดียว ตามลำพัง ไม่มีลูกหลานหรือญาติใกล้ชิด² ขณะที่กลุ่มคนรุ่นถัดไปคือกลุ่มประชากรวัยแรงงานและวัยเด็ก ซึ่งจะต้องแบกรับภาระในการอยู่ร่วมกันในสังคม รวมทั้งดูแลบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุ ประชากรวัยแรงงานหรือผู้ที่อยู่ในช่วงวัยทำงานนี้จะมีสัดส่วนต่อผู้สูงอายุลดลง คือจากสัดส่วนวัยแรงงาน 6 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน จะลดลงเป็น 3 ต่อ 1 ในปี พ.ศ. 2563 และจะลดลงเหลือ 2 ต่อ 1 ภายในปี พ.ศ. 2583¹

ผู้สูงอายุจะกลายเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ที่สุดในสังคม ซึ่งส่วนใหญ่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์ และจำเป็นต้องอ่านใบสั่งยาของแพทย์ มีข้อจำกัดในการฟังและอ่านคำแนะนำหรือข้อมูลสุขภาพ ผู้สูงอายุไม่เพียงต้องมีการตัดสินใจและจัดการเรื่องภาวะโรคที่มีความซับซ้อนเท่านั้น แต่จะต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญาอันสืบเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย โดยเฉพาะประสาทสัมผัสต่างๆ⁶

การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก³ ได้เผยแพร่แนวทางการพัฒนา “เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ” หรือ “Age-friendly city” ประกอบด้วย การจัดบ้านพักอาศัย (Housing) การเข้าสังคม (Social participation) การให้ความเคารพ (Respect and social inclusion) การรับใช้สังคมและการทำงาน (Civic participation and employment) การสื่อสารและการให้ข้อมูลข่าวสาร (Communication and information) การสนับสนุนจากชุมชนและบริการสุขภาพ (Community support and health services) พื้นที่สาธารณะและการออกแบบอาคาร (Outdoor spaces and buildings) และการคมนาคม (Transportation) โดยผู้สูงอายุได้รับการจำแนกเป็น 3 กลุ่มตามช่วงวัยคือ (1) ผู้สูงอายุ (Elderly) อายุระหว่าง 60-74 ปี (2) คนชรา (Old) อายุระหว่าง 75-90 ปี และ (3) คนชรามาก (Very old) อายุ 90 ปีขึ้นไป สำหรับสังคมไทยนักวิชาการใช้เกณฑ์ความสามารถของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี (2) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (3) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อันเนื่องจากการมีปัญหาสุขภาพหรือมีความพิการ²

ปัจจุบันการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุอาศัยหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่างๆ และหน่วยงานท้องถิ่น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริม พัฒนาศักยภาพ และคุ้มครองคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้กำหนดมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ 6 ด้าน⁷ เพื่อใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตและวัดผลการดำเนินการสงเคราะห์ด้านผู้สูงอายุขั้นพื้นฐานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ประกอบด้วย (1) มาตรฐานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล (2) มาตรฐานด้านรายได้ (3) มาตรฐานด้านที่พักอาศัย (4) มาตรฐานด้านนันทนาการ (5) มาตรฐานด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง (6) มาตรฐานด้านการสร้างบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

แนวทางดังกล่าวจะมีส่วนสำคัญในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านการจัดการจากภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะต้องมีการเตรียมการและดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ก่อนที่สภาพสังคมผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นจริง ผู้สูงอายุจำเป็นจะต้องได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมจากผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง และมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของการพัฒนาตามแนวทางที่ถือได้ว่าเป็นข้อห่วงใยสำคัญที่กำหนดขึ้น ดังนั้น ความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงควรมีความหมายว่า “ระดับการอยู่ดีกินดี มีสุขภาพและสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคม รวมทั้งระบบบริการที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ” อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในสังคมไทยมีจำนวนมากที่มีการศึกษาน้อย อาศัยอยู่ตามลำพังหรืออยู่บ้านเลี้ยงหลาน และตกเป็นเป้าหมายของธุรกิจประเภทผลิตภัณฑ์อาหารเสริมบำรุงรักษาสุขภาพที่โฆษณาผ่านสื่อช่องทางต่างๆ หรือระบบขายตรงถึงบ้าน ขณะที่หน่วยงานด้านสุขภาพยังมีข้อจำกัดในการคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างเต็มที่ จึงพบข่าวการร้องเรียนของผู้สูงอายุที่หลงเชื่อโฆษณาเกินความเป็นจริงอยู่เป็นระยะ

ดังนั้น สิ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงขึ้นอยู่กับความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่กระทบต่อการดูแลและใช้ชีวิตหลายด้าน อาทิ ราคาสินค้าที่มีขนาดเล็กและอ่านไม่เข้าใจ การรับฟังคำแนะนำทางการแพทย์ การโฆษณาผ่านสื่อช่องทางต่างๆ ป้าย สัญลักษณ์ หรือคำประกาศของบริการสาธารณะ รวมทั้งทัศนคติของกลุ่มวัยต่างๆ ต่อผู้สูงอายุ

ช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แนวคิดการพัฒนา Health literacy ที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลกได้มีส่วนสำคัญในการขยายแนวคิดและแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเสริมสร้างความรู้และสมรรถนะของบุคคล อันจะช่วยให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย รวมทั้งผู้สูงอายุสามารถดำรงสุขภาพไว้ได้อย่างต่อเนื่อง และปรับความเป็นอยู่ได้อย่างสมดุลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

คำว่า Health literacy หมายถึง ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้ และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น⁸

นิยามดังกล่าวเป็นผลของพัฒนาการนับตั้งแต่แนวคิดนี้ปรากฏครั้งแรกในการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา เมื่อปี ค.ศ. 1974⁹ ต่อมาการกำหนดนิยามมีขึ้นอย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้คำนิยามโดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 1998 (พ.ศ. 2541)

การประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่อง Health literacy ในประเทศไทย พบว่าการใช้คำเรียก Health literacy ในวงวิชาการของไทยมีหลายคำ ได้แก่ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรู้เท่าทัน เป็นต้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นเพราะการเลือกใช้คำนิยาม การตีความ และกำหนดขอบเขตบนฐานของประสบการณ์และการปฏิบัติงานในแต่ละสาขาวิชาชีพ ในบทความนี้ ผู้เขียนเลือกใช้คำว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในปัจจุบัน

แนวความคิดเรื่อง Health literacy มีความชัดเจนมากขึ้นเมื่อมีการจำแนกระดับของ Health literacy เป็น 3 ระดับ¹⁰⁻¹¹ คือ (1) ระดับพื้นฐาน หรือ Functional Health literacy ได้แก่ ทักษะการฟัง พูด อ่าน และเขียน ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นต่อการสร้างความเข้าใจและการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้ทักษะพื้นฐานเหล่านี้ในการอ่านฉลากยา (Medical label) อ่านใบยินยอม (Consent form) วิธีรับประทานยา กำหนดนัดหมาย เป็นต้น (2) ระดับการปฏิสัมพันธ์ หรือ Interactive Health literacy ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร การเลือกใช้ข้อมูล การจำแนกแยกแยะข้อมูลข่าวสาร การใช้ข้อมูลข่าวสารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น และ (3) ระดับวิจารณ์ญาณ หรือ Critical Health literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สามารถใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ จัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันของตนเองได้ และมีส่วนร่วมผลักดันสังคมและการเมืองเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี

ต่อมามีแนวคิดในการเพิ่มระดับในชั้น media literacy¹² หรือการรู้เท่าทันสื่อ โดยให้ความหมายว่า คือ สภาวะที่เกิดจากความสามารถของบุคคลในการวิเคราะห์ความหมายของเนื้อความ ประเมินคุณค่า และเจตนาที่สื่อนำเสนอผ่านเทคนิควิธีการต่างๆ¹³ ทำให้ต้องเน้นการพัฒนาและสร้างการเรียนรู้สื่อต่างๆ โดยเฉพาะสื่อสาธารณะที่มีอิทธิพลสูงมากต่อการดำเนินชีวิตของคนทุกชนชั้น การจำแนกระดับความสามารถด้านนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ¹³ การรู้เท่าทันข้อมูลข่าวสาร (Information literacy) และการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy)¹⁴ นับเป็นการขยายแนวคิดให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้นในแง่ของการสร้างตัวชี้วัด และกำหนดวิธีการประเมินเพื่อให้สะท้อนถึงระดับของการพัฒนาใน

ด้านการรู้เท่าทันสื่อ อันจะนำไปสู่การคิดหาวิธีการเพิ่มพูนความสามารถด้านนี้ให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ

งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้น ปัญหาในการฟังและอ่าน ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับและใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้มีการปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม^{6,8} กล่าวได้ว่าระดับความสามารถในการอ่าน การรับรู้ทางสายตา การได้ยินเสียง การประมวลผล การทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพที่ลดลงส่งผลทำให้ Health literacy อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่จะขาดการดูแลสุขภาพและมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี¹⁴⁻¹⁵

ความแตกต่างของระดับ Health literacy นั้นมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes)¹⁶ ได้แก่ สถานะสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาล พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ (อาทิ การสูบบุหรี่ การใช้ยาเสพติด การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์) ซึ่งมีสาเหตุจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันหรือดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้และการเลือกบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้อง¹⁷

ผู้สูงอายุอยู่ในสถานะกลุ่มเสี่ยงที่อาจยอมรับหรือหลงเชื่อบุคคลที่ไว้วางใจหรือแหล่งข้อมูลที่ใกล้ชิดได้ง่าย ทำให้ขาดความสามารถในการกลั่นกรองอันนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาด หากประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งในเวลาไม่นานนี้จะกลายเป็นคนกลุ่มใหญ่ขึ้น มีระดับ Health literacy ต่ำลงในเวลาอันรวดเร็วย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในภาพรวมเพิ่มสูงขึ้น การพึ่งพาบริการทางการแพทย์มากขึ้น จะทำให้โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพรับภาระหนักในงานรักษาพยาบาล และอาจเกิดข้อจำกัดในการให้ความเท่าเทียมเพื่อเข้าถึงบริการขึ้นได้ ดังนั้น การให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริม Health literacy จึงหมายถึงการส่งเสริมให้ประชากรผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้นั่นเอง

แนวคิดและแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

บทความวิจัยที่ตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2542-2552 พบว่าการศึกษเกี่ยวกับ Health literacy ในประเด็นเรื่องการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาล (Health care) มากที่สุด รองลงมา คือ ด้านคลินิก (Clinical) ด้านการป้องกัน (Prevention) และด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) โดยศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (Adult) ผู้สูงอายุ (Elderly) เด็ก (Child/ children) และวัยรุ่น (Adolescent) ตามลำดับ¹⁸

การพัฒนา Health literacy มีปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงคือ¹² ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษา ความสามารถในการ

การเข้าถึง ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสามารถในการใช้สื่อ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน และปัจจัยเชิงโครงสร้างในสังคม ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ สื่อสาธารณะ

พัฒนาการของแนวคิดเรื่อง Health literacy ถึงปัจจุบันพบว่า มีประเด็นที่ถูกนำมาวิเคราะห์และตั้งเป็นข้อสังเกตไว้มากมาย งานวิจัยที่เกิดขึ้นในหน่วยงานและสถาบันการศึกษาต่างๆ พบว่ามีการพัฒนาไปสู่วิธีการวัดและประเมินค่อนข้างน้อย และมีความจำกัดเฉพาะบางส่วนของคำนิยามยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะในส่วนที่เป็นทักษะส่วนบุคคล (Individual skills) และทักษะทางสังคม (Social skills) ประเด็นที่กล่าวถึงเหล่านั้นได้ชี้ให้เห็นทิศทางและพัฒนาการอันจะเป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพการเรียนรู้เพื่อสุขภาพในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1. การนำคำนิยาม Health literacy มาประยุกต์ใช้

ช่วงแห่งพัฒนาการที่ผ่านมา หน่วยงาน คณาจารย์และนักวิชาการได้กำหนดนิยามของคำว่า Health literacy ไว้ในขอบเขตที่ต่างกันไป มิใช่เป็นคำนิยามเดียวกัน นิยามที่มีการนำไปใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่

(1) ระดับความสามารถของบุคคลที่จะทำได้มา เข้าถึง และเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสม

มีรายงานวิจัยจำนวนมากที่ใช้คำนิยามนี้เพื่อกำหนดขอบเขตของ Health literacy ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ⁹ ได้แก่ เยาวชน ผู้ป่วยในโรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป ซึ่ง Institute of Medicine (IOM) ของสหรัฐอเมริกาได้จำแนก Health literacy เป็น 4 องค์ประกอบคือ ทักษะการพูดและการฟัง (Speaking and listening skills) ทักษะการเขียนและการอ่าน (Writing and reading skills) ความรอบรู้และเข้าใจวัฒนธรรม (Cultural and conceptual knowledge) และความสามารถในการคำนวณ (Numeracy)

จากคำนิยามนี้ Nutbeam¹⁰ ศาสตราจารย์ด้านสาธารณสุข มหาวิทยาลัยซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย แสดงทัศนะว่า ฐานของการออกแบบกระบวนการพัฒนา คือ ความรู้ ดังนั้น จึงต้องเน้นที่ความเฉพาะเจาะจงในบริบทที่ดำเนินการ และเน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์ร่วม จึงจะสามารถเพิ่มระดับ Health literacy ได้

ขณะที่ Baker¹⁹ ได้ตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการนำคำนิยามของ IOM มาใช้ ซึ่งระบุไว้ว่า คือ ความสามารถของบุคคล แต่พัฒนาการด้านการวัดนั้นกระทำเฉพาะเรื่องความสามารถในการอ่านและการรู้คำศัพท์เท่านั้น จะถือว่ามีความเหมาะสมแล้วหรือไม่ เพราะหากระดับ Health literacy ขึ้นอยู่กับความสามารถในการสื่อสารระหว่างบุคคล ระบบบริการสุขภาพ และผู้คนในสังคมด้วยแล้ว การวัด Health literacy เพียงในระดับบุคคล อาจจะไม่เพียงพอ งานวิจัยที่ผ่านมา ก็มักจะวัดความรู้ (Knowledge) ในสัดส่วนที่มากเกินไป ซึ่งประเด็นนี้

พบว่าปัจจุบันมีงานวิจัยที่พัฒนาเครื่องมือวัดครอบคลุมไปถึงส่วนยังขาดหรือประเมินถึงจุดนี้้น้อยมาก

(2) ทักษะต่าง ๆ ทาง การรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ¹⁵

คำนิยาม Health literacy ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดนี้ Nutbeam^{8,10} มองว่าค่อนข้างจะชัดเจนถึงการให้ความหมายที่ครอบคลุมถึงการสร้างเสริมความรู้ให้ถึงระดับที่เพียงพอต่อการใช้ โดยเน้นทักษะส่วนบุคคลและความมั่นใจที่จะกระทำเพื่อทำให้สุขภาพของตนเองและชุมชนได้รับการพัฒนาสู่ระดับที่ดีขึ้น ด้วยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและเงื่อนไขของการใช้ชีวิต

สอดคล้องกับแนวความคิดก่อนหน้านี้ที่กล่าวไว้ว่า Health literacy มีความหมายมากกว่าความสามารถในการอ่านแผ่นพับ และการไปตามนัดหมายของแพทย์เท่านั้น แต่จะต้องสร้างเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ถูกต้อง และมีความสามารถในการที่จะใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อทำให้เกิดผลดีกับตนเอง²⁰

การพัฒนา Health literacy ให้กับบุคคล จึงมิใช่เพียงการมุ่งเน้นเฉพาะที่ความสามารถพื้นฐานในการสร้างเสริมการเรียนรู้ อาทิ การอ่าน การเขียน ฯลฯ ซึ่งเป็นเพียงส่วนของ Health literacy ในระดับพื้นฐาน (Functional Health literacy) แต่จะต้องมุ่งที่ “ทักษะ” ซึ่งจะทำให้ประชาชนสามารถควบคุมพฤติกรรมให้ถูกต้องได้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงซึ่งมักจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมอยู่เสมอ

แนวคิดนี้ Nutbeam¹⁰ เชื่อว่าจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) รวมทั้งการพัฒนาทักษะในระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health literacy) และวิจารณ์ญาณ (Critical Health literacy) ซึ่งมีความสำคัญต่อการกำหนดขอบเขตของเนื้อหาความรู้ในกระบวนการศึกษาและการสื่อสาร อันเป็นกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ สร้างความเข้าใจ และทำให้เกิดการปฏิบัติจริง ต้องมิใช่แค่สร้างการเปลี่ยนแปลงในการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพระดับบุคคลเท่านั้น แต่จะต้องมุ่งสร้างความตระหนักถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพในระดับสังคม และพัฒนาเพื่อเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านั้นด้วย ทั้งนี้ การจัดทำเนื้อหาจะต้องครอบคลุมและเจาะจงมากพอเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถนำไปปฏิบัติและจัดการตนเองได้ และพัฒนาทักษะให้ถึงระดับที่จะสร้างความมั่นใจในการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ และแสวงหาความรู้จากบุคลากรด้านสุขภาพหรือผู้ให้บริการทางการแพทย์ รวมทั้งการสื่อสารเจรจากับหน่วยบริการ เพื่อให้ได้รับข้อมูลแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลสุขภาพ

แนวคิดนี้สอดคล้องกับ Imel¹⁰ ที่เชื่อว่าการกำหนดกลวิธีทางศึกษาและการสื่อสารของบุคลากรสาธารณสุข ควรจะต้องมุ่งเน้นในเรื่องการสร้างเสริมประสบการณ์ และจูงใจให้เกิดการปฏิสัมพันธ์มากยิ่งขึ้นระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ นอกจากนี้ ควร

สร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์เชิงเหตุและผลต่อการเผชิญปัญหาของกลุ่มผู้รับบริการที่มีสภาพปัญหาอย่างเดียวกันให้มากยิ่งขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุจำเป็นจะต้องอาศัยการทบทวนและการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way communication) อยู่เป็นระยะ เพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถจดจำ มีทักษะในการอ่านข้อมูลทางการแพทย์และซักถามให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน สามารถขอคำแนะนำเพิ่มเติมตามสภาพปัญหาเพื่อนำข้อมูลมาใช้ปฏิบัติตัวให้เหมาะสม

2. การพัฒนาเครื่องมือวัด Health literacy

การกำหนดนิยามความหมายของ Health literacy ที่ให้ขอบเขตไว้ในงานวิจัยที่แตกต่างกัน ทำให้การพัฒนาเครื่องมือวัดเกิดขึ้นจากผลของคำนิยามดังกล่าว และมีเพียงบางส่วนที่ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ ด้วยการกำหนดขอบเขตเฉพาะสำหรับงานวิจัยและการปฏิบัติงานในแต่ละสาขาวิชาชีพ และพัฒนาขึ้นใช้ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการปรับปรุงให้เหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ

สำหรับเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นแล้วบางส่วนมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการคัดกรอง (Screening tests) เช่น แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (Rapid Estimate of Adults Literacy: REALM) แบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Medical Achievement Reading Test: MART) เป็นต้น แต่ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือวัดความรู้ความเข้าใจ (Comprehensive assessments) เช่น แบบทดสอบความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (Test of Functional Health literacy in Adult: TOFHLA) แบบประเมินการอ่านฉลากโภชนาการ (Food Label Literacy for Applied Nutrition Knowledge Questionnaire: FLANK) เป็นต้น ทั้งนี้เครื่องมือการประเมินระดับชาติเรื่องความรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL) พัฒนาโดย National Assessment of Adult Literacy (NAAL) นับว่าเป็นเครื่องมือที่มีความครอบคลุมในการวัดค่อนข้างมาก เช่นเดียวกับ US Health Activity Literacy Scale (HALS)²¹

การศึกษางานวิจัยที่พัฒนาเครื่องมือวัด Health literacy จำนวน 51 ฉบับ²² พบว่าเครื่องมือวัด Health literacy ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน มีจุดเด่นและจุดอ่อนที่แตกต่างกัน และเครื่องมือดังกล่าวยังมีข้อจำกัดมากมาย ได้แก่

(1) มีเครื่องมือวัด Health literacy พัฒนาขึ้นเป็นจำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการกำหนดขึ้นเฉพาะบริบทที่ศึกษา และประเมินความสามารถพื้นฐาน (Task-based literacy) เฉพาะในบางด้าน เช่น การอ่าน และการจำคำศัพท์ ขาดการพัฒนาเพื่อประเมินทักษะ (Skill-based literacy) ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะทางสังคมในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นและสามารถพัฒนาขึ้นได้ในกลุ่มผู้สูงวัย

(2) มุ่งเน้นการวัดในระดับ Functional Health literacy มากเกินไป ขาดพัฒนาการเพื่อให้ครอบคลุมระดับของ Health literacy ในส่วนของ Interactive Health literacy และ Critical Health literacy ซึ่งความสามารถส่วนแรกนี้นับได้ว่าเป็นข้อจำกัดพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุโดยทั่วไป และยากที่จะสร้างกระบวนการพัฒนา ภายหลังจากการวัดและประเมินคัดกรองแล้ว แตกต่างจากความสามารถที่สองและสามที่สามารถสร้างกระบวนการพัฒนาขึ้นได้

(3) ประเด็นการประเมินยังจำกัดในกลุ่มปัญหาโรคเบาหวาน หอบหืด เอชไอวี ไม่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่สำคัญของผู้สูงอายุ อาทิ กลุ่มโรคเรื้อรัง ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีลักษณะพิเศษ เช่น ตาฝ้าฟาง หูตึง พิการ เป็นต้น

3. ทิศทางการมอง Health literacy

ทิศทางที่แตกต่างกันในการมอง Health literacy มาจากการทำงานที่แตกต่างกันของนักวิชาการด้านคลินิก กับด้านการส่งเสริมสุขภาพ มุมมองที่แตกต่างกัน มี 2 มุมมอง ดังนี้

(1) มองว่า Health literacy คือ ปัจจัยเสี่ยง (Risk factor)

งานด้านคลินิกมักจะศึกษาความเชื่อมโยงของสภาวะสุขภาพกับระดับ Health literacy และวิเคราะห์ว่าปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องเชิงสาเหตุที่ผ่านมาจะพบว่าผู้ที่มี Health literacy ต่ำ มักจะมีระดับเศรษฐกิจฐานต่ำด้วย ดังนั้น Health literacy จึงถูกมองว่าเป็นเสมือนปัจจัยเสี่ยง (Risk)¹⁰ ที่จะต้องแก้ไข เพื่อให้กระบวนการรักษาหรือบริการทางการแพทย์ได้ผลดีตามแผนการรักษา ตามทิศทางนี้ Health literacy คือ ปัจจัยตัวกลาง (Mediating factor) ที่ส่งผลต่อมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง หรือนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดี¹⁹

มุมมองว่า Health literacy คือ ปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) ทำให้บุคคลและบุคลากรสาธารณสุขมองเห็นจุดอ่อนหรือสิ่งที่จะต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุงโดยเฉพาะในกระบวนการสื่อสาร และสร้างความตระหนักร่วมกันว่า หากไม่ค้นหาและแก้ไขปรับปรุงปัจจัยเหล่านี้แล้ว การคาดหวังผลให้เกิดสุขภาพดีก็ย่อมเป็นไปได้ยาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่นับว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเพราะมีข้อจำกัดในด้านกายภาพค่อนข้างมาก

(2) มองว่า Health literacy คือ สินทรัพย์ (Asset)

งานด้านการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ เป็นที่รับรู้ว่าการขาดของงานศึกษาและการสื่อสารที่มีการออกแบบกิจกรรมอย่างหลากหลายทั้งในระดับปัจเจกบุคคล สังคม และการปรับปรุงสภาพแวดล้อม ส่งผลทำให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะของบุคคล ดังนั้น Health literacy จึงเป็นความสามารถของบุคคลที่ถูกเพิ่มพูนมาโดยลำดับตลอดทุกช่วงวัย เมื่อถึงวัยสูงอายุก็ถือได้ว่าบุคคลดังกล่าวมีสินทรัพย์หรือทุนทางปัญญา และความสามารถในด้านต่างๆ ตามประสบการณ์ที่ได้รับการฝึกฝนมา กระทั่งมีศักยภาพสูงในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี

Health literacy จึงเป็นเสมือนสินทรัพย์ (Asset)¹⁰ ที่

บุคคลมีอยู่ หรือถูกพัฒนาขึ้นมาจากกระบวนการทางสุขศึกษาและการสื่อสาร ส่งผลทำให้เกิดพลังอำนาจ (Empowerment) ขึ้นภายในตัวบุคคลและมีกระบวนการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องต่างๆ อันส่งผลดีต่อสุขภาพ แนวทางในการพัฒนา Health literacy จึงควรมุ่งให้ความสำคัญต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ตามช่วงวัย ภายใต้อิทธิพลเฉพาะของความรู้สุขภาพที่จำเป็น เพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องตามสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน แม้จะอยู่ในวัยสูงอายุก็ตาม

มุมมองว่า Health literacy คือ สินทรัพย์ (Asset) จะทำให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้ถึงคุณค่าของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ และใช้ให้เกิดคุณค่ากับตนเอง บุคคลใกล้ชิด และคนในสังคม รวมทั้งจะต้องรักษาไว้อย่างดีเพื่อเป็นต้นทุนในการใช้ชีวิตในช่วงต่อไป

บทสรุปและแนวทางการพัฒนา

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในประเทศไทย กลุ่มผู้สูงอายุจะมีขนาดใหญ่ขึ้นและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับกลุ่มวัยต่างๆ ในสังคมด้วยสมรรถนะที่ลดลงจะทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงในภาพรวมสูงขึ้น และจะเกิดผลกระทบเชิงลบ หากขาดการเตรียมการวางแผนเพื่อจัดการสภาพแวดล้อมและระบบบริการสาธารณสุขสิ่งที่มีความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุประการหนึ่งก็คือ การเสริมสร้าง Health literacy ซึ่งมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. การพัฒนาและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้สุขภาพที่จำเป็น

ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพที่เผยแพร่สู่สาธารณะจะต้องมีความถูกต้อง ทันสมัย น่าเชื่อถือ เข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว โดยเฉพาะข้อมูลความรู้ตามกระแสข่าวที่ประชาชนกำลังให้ความสนใจ เพื่อป้องกันการเข้าใจผิดหรือหลงเชื่อ มีช่องทางการเผยแพร่ที่หลากหลายทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และสื่อสารมวลชนหน่วยงานที่มีหน้าที่จัดทำและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจึงควรคำนึงถึงกลุ่มผู้สูงอายุ มีการออกแบบที่เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย เช่น คำนึงถึงขนาดตัวอักษรและสีที่เหมาะสม การเว้นพื้นที่ว่าง การใช้ข้อความสั้น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ใช้แผนภาพหรือภาพถ่ายประกอบในการสื่อความรู้ เป็นต้น

2. พัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้และบริการด้านสุขภาพ

มีการสร้างความร่วมมือแบบภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันและโรงพยาบาลเอกชน สื่อมวลชน และภาคประชาชน เพื่อการเฝ้าระวัง ตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ไม่ถูกต้องและเป็นภัยกับประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีการชี้แจงและให้ความรู้ที่ถูกต้องกับสาธารณสุขอย่างทันท่วงที เพื่อระงับยับยั้งสิ่งที่ไม่ถูกต้องเสียตั้งแต่ต้น รวมทั้งมีการพัฒนาระบบแจ้งเตือนสถานการณ์และแหล่งที่มาของข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

ขาดเหตุผล และไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งจำเป็นต้องใช้กฎหมายที่มีอยู่แล้วมาใช้บังคับและจัดทำกฎหมายใหม่ในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม

3. สร้างจิตสำนึกและคุณธรรม ในการผลิต และเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และบริการด้านสุขภาพ

ผู้ผลิตและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้สุขภาพและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ บุคลากรเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมจิตสำนึกและคุณธรรมในการผลิตและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และบริการด้านสุขภาพ ดังนั้น จึงต้องมีการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ผลิตและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้สุขภาพ และผู้ให้บริการด้านสุขภาพใช้ความระมัดระวังและรักษามาตรฐานคุณภาพของข้อมูลที่ต้อง ทันทสมัยและเชื่อถือได้ รวมทั้งมีการประเมินและวิเคราะห์ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพว่ามีความเหมาะสมกับผู้ต้องการใช้หรือไม่ และมีจำนวนมาก-น้อย เพียงใด

4. สร้างการรู้เท่าทันสื่อให้กับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของกลยุทธ์การโฆษณาชวนเชื่อของธุรกิจสินค้าต่างๆ อยู่เสมอ และมีแนวโน้มจะถูกชักจูงได้ง่าย ดังนั้น การคุ้มครองประชากรผู้สูงอายุให้สามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง จึงจะต้องมีกิจกรรมพัฒนาศักยภาพให้ผู้สูงอายุได้รู้วิธีการตรวจสอบเนื้อหาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ที่ไม่ถูกต้อง มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งข่าว ผู้ให้ข่าว ผู้ผลิตข่าวสาร ผู้จ้างผลิต ประชากรผู้สูงอายุส่วนหนึ่งอาจเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในด้านศักยภาพการเรียนรู้ เช่น อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ ประสิทธิภาพในการได้ยินและการใช้สายตาต่ำกว่าปกติ หลงลืมง่าย เป็นต้น หรือมีลักษณะที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ เช่น ไม่ชอบซักถาม ไม่ค่อยช่างสังเกต สรุประเบิดไม่ได้หรือเล่าลำดับความไม่ถูก เป็นต้น คนกลุ่มนี้ยังจะต้องได้รับการเอาใจใส่ดูแลมากขึ้นเป็นพิเศษ

5. ระบบบริการที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้ง ครูสุขศึกษาและครูอนามัยโรงเรียน คือส่วนสำคัญของระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน ซึ่งมีการทำงานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ หากบุคคลเหล่านี้ขาดการเอาใจใส่ในการสื่อสารกับผู้รับบริการหรือกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องด้วย ก็ย่อมเกิดผลกระทบโดยตรงกับประสิทธิผลของการให้บริการ

บุคลากรสาธารณสุขในระบบสุขภาพทุกวันนี้มีเวลาน้อยมากในการสื่อสารกับผู้มารับบริการทำให้เกิดช่องว่างระหว่างแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ กับคนไข้หรือผู้ป่วยและญาติ หรือระหว่างบุคลากรด้วยกันเอง อันเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการให้บริการ ส่งผลต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพของงาน เช่น ผู้ป่วยกลับบ้านแล้วปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเพราะฟังคำแนะนำไม่รู้เรื่อง อ่านฉลากยาไม่เข้าใจ เป็นต้น

การปรับปรุงทักษะการสื่อสารของกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพสามารถกระทำได้ด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การพัฒนาการสื่อสารสองทาง การพูดให้ชัดเจน หลีกเลี่ยงคำศัพท์เฉพาะ (Jargons) รวมทั้งมีการ

ทบทวนความรู้ (Teach-back) ด้วยเทคนิคต่างๆ อาทิ “Ask Me 3”²³ และการสร้างบรรยากาศที่ผู้รับบริการรู้สึกเป็นมิตรกล้าที่จะซักถาม (Shame-free)²⁴⁻²⁵ นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพก็จำเป็นว่าเป็นสิ่งจำเป็น เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้ดูผ่อนคลายโดยการเลือกใช้สีและการจัดวางสิ่งของที่ไม่มีบรรยากาศของความน่ากลัว การมีป้ายแนะนำตามจุดต่างๆ ป้ายบอกทางที่เป็นสากลในพื้นที่ที่มีคนหลายภาษาหรือหลากหลายวัฒนธรรม การจัดให้มีแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ และจัดให้เจ้าหน้าที่มีการแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สังเกตได้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรของหน่วยบริการ เป็นต้น

6. การศึกษาวิจัยควรมุ่งพัฒนาเครื่องมือการวัดที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาผู้สูงอายุตามช่วงวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไป

การสร้างวิสัยทัศน์ในการวัดและประเมินระดับ Health literacy ของบุคคลยังต้องทำอย่างต่อเนื่อง และมีความจำเป็นต้องมองอย่างเป็นองค์รวม เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนจะเกิดขึ้นจนถึงระดับที่ประชาชนดูแลตนเองได้นั้น เกิดขึ้นทั้งจากความสามารถของปัจเจกบุคคล กลุ่ม และหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ที่จะพัฒนากระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพให้มีคุณภาพ และสร้างระบบมาตรฐานในการควบคุมคุณภาพของบริการต่างๆ ที่ต้องรับผิดชอบต้องงานสร้างเสริม Health literacy ดังนั้น จึงควรมีแผนงานวิจัยระดับชาติ และการศึกษาวิจัยในอนาคตควรมุ่งพัฒนาเครื่องมือการวัดด้านทักษะ (Skill-based literacy) ในส่วนของ Interactive Health literacy และ Critical Health literacy ตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไป สามารถจำแนกกลุ่มผู้ที่มี Health literacy ระดับต่ำและระดับสูง เพื่อให้การออกแบบกระบวนการดำเนินการมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

การสร้างเสริม Health literacy เป็นวิธีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชนในการตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ ดังนั้น หากประชากรกลุ่มผู้สูงอายุสามารถแสวงหาและเพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้อง และนำความรู้นั้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่มสามารถด้านทานหรือจัดการควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าต่างๆ อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ ผู้สูงอายุก็จะมีภูมิด้านทานด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นมาจากความรอบรู้ในการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง และพึงพาระบบบริการสุขภาพน้อยลง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global age-friendly cities: A guide. Concepts and examples in the eastern Mediterranean region. Individual empowerment conference working document. 7th Global conference on health promotion promoting health and development. 2007;74.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2557.
3. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. นนทบุรี: บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด; 2556.
4. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2552.
5. Teng PR, Yeh CJ, Lee MC, Lin HS, Lai TJ. Change in depressive status and mortality in elderly persons: Results of a national longitudinal study. Arch Gerontol Geriatr. 2013;56:244-9.
6. Sudore LR, Harris BT, Rosano C, Ayonayon NH. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. JAGS Journal compilation. J Am Geriatr Soc. 2006;54(5):770-6.
7. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. มาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2558]; เข้าถึงได้จาก: http://www.dla.go.th/work/e_book/eb1/stan16/16.html.
8. Nutbeam D. Defining and measuring Health literacy: what can we learn from literacy studies? Int. J. Public Health. 2009;54:303-5.
9. Mancuso JM. Assessment and measurement of Health literacy: An integrative review of the literature. Nurs Health Sci. 2009;11:77-89.
10. Nutbeam D. The evolving concept of Health literacy. Soc Sci Med. 2008;67:2072-8.
11. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. Health Promot. Int. 2000;15:8.
12. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Educ Res. 2008;23:5.
13. UNESCO. Media and Information Literacy. Policy and Strategy Guidelines; 2013.
14. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: What is it?, J Health Commun. 2010;15:9-19.
15. Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. J Clin Nurs. 2009;18:2337-43.
16. Parker RM. The Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. Health Promot. Int. 2000;15:277-91.
17. De Walt D, Berkman N, Sheridan S, Lohr K, Pignone M. Literacy and health outcomes. J Gen Intern Med. 2004;19:1228-39.
18. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. การสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่อง ความแตกฉานด้านสุขภาพ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2553;23:46-55.
19. Baker DW. The meaning and measure of Health literacy. J Gen Intern Med. 2006;21(8):878-83.
20. U.S. department of health and human services. National action plan to improve Health literacy. Office of disease prevention and health promotion. 2010;18-21.
21. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: What is it?. J Health Commun. 2010;15:9-19.
22. Haun J, Valerio M, Mc Cormack L, Sorensen K, Paasche-Orlow MK. Health literacy measurement: An inventory and descriptive summary of 51 instruments. J Health Commun. 2014;19:302-33.
23. Bryan C. Provider and policy response to reverse the consequences of low Health literacy. Department of health management and informatics, University of Missouri-Columbia; 2007.
24. Rudd ER. The evolving concept of Health literacy: New direction for Health literacy studies. Journal of Communication in Healthcare. 2015;8:7-9.
25. Rudd ER. Need action in Health literacy. J Health Psychol. 2013;8:1004-10.

