



เจาะลึก Health Literacy

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง¹

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญเพราะเหตุใด?

ช่วงทศวรรษที่ผ่านมา วงการด้านสุขภาพพูดถึงแนวคิดเรื่อง Health Literacy ว่าคืออะไร ทำไมแวดวงนักวิชาการทั่วโลกจึงกล่าวถึงกันนัก และเหตุใดองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) จึงได้ส่งสัญญาณเป็นระยะ ด้วยการเผยแพร่เอกสารทางวิชาการ กำหนดให้เป็นประเด็นสำคัญในการประชุมระดับนานาชาติ และส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ในมิติต่างๆ รวมทั้งกระตุ้นให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ

การให้ความสำคัญนี้เกิดขึ้นจากสภาพปัญหาที่พบกันได้โดยทั่วไป ทั้งในระบบบริการสุขภาพ (health care) การป้องกันโรค (disease prevention) และการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) โดยเฉพาะกระบวนการที่มีการกล่าวถึงมากที่สุดคือ “กระบวนการสุขศึกษา” อันเป็นที่มาของแนวคิดเรื่อง Health Literacy ซึ่งปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ. 1974¹ และมีการขยายองค์ความรู้นี้เพิ่มมากขึ้น เกิดคำนิยามที่ชัดเจน นำไปสู่การกำหนดองค์ประกอบที่เหมาะสมในแต่ละบริบทสังคมและกลุ่มเป้าหมาย กระทั่งมีการพัฒนาเครื่องมือวัดเพื่อให้ทราบระดับและใช้คัดกรองจำแนกกลุ่ม นำไปสู่การออกแบบแผนงาน/โครงการและกำหนดกลวิธีในการสร้างเสริมศักยภาพประชาชนแต่ละกลุ่มวัยให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ แม้ว่าจะมีบทความเขียนในทำนองว่าเป็นเหล้าใหม่ในขวดเก่า หรือ new wine in old bottles² แต่ก็แสดงให้เห็นว่าหลักการนั้นใช้ได้เพราะเป็นของดี แต่วิธีการจำเป็นจะต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับยุคสมัย

พฤติกรรมการเรียนรู้ของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปมาก อันเนื่องมาจากช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารทุกเรื่องนั้นง่าย สะดวก และรวดเร็ว เพียงแค่มีโทรศัพท์มือถือ สื่อออนไลน์ที่จัดตั้งขึ้นเป็นกลุ่มๆ ถูกทำให้เชื่อมโยงกัน ถักทอเป็นเครือข่ายที่มีขอบเขตกว้างใหญ่และลึกล้ำ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มธุรกิจ คนงาน แม่บ้าน และเด็กนักเรียน ก็สามารถติดต่อสื่อสารถึงกันได้

อีกภาพหนึ่งสะท้อนว่าคนไทยไม่ชอบอ่าน ผลการสำรวจการอ่าน (หนังสือ สื่อสังคมออนไลน์/EMS/E-mail) ในกลุ่มประชากรคนไทย อายุ 6 ปีขึ้นไปของสำนักงานสถิติแห่งชาติ³ ซึ่งสำรวจในปี พ.ศ. 2558 พบว่า คนไทยอ่านหนังสือเฉลี่ย 66 นาทีต่อวัน ลดลงทุกกลุ่มวัยเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2556 ช่วงวัยที่มีการอ่านมากที่สุดเริ่มจากวัยเด็ก (ร้อยละ 90.7) เยาวชน (ร้อยละ 89.6) วัยทำงาน (ร้อยละ 79.1)

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



และวัยสูงอายุ (ร้อยละ 52.8) อัตราการอ่านลดลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุเพียงครึ่งหนึ่งที่มีการอ่าน ซึ่งสะท้อนว่าปัญหาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพ อาจจะรุนแรงขึ้นเมื่อประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged society)⁴

พฤติกรรมของคนไทยที่น่าสนใจอีกประการก็คือ ชอบดู และชอบแชร์หรือส่งต่อในเรื่องที่ไม่ได้ตรวจสอบว่าเป็นความจริงและถูกต้องหรือไม่ ปัจจุบันผู้รับสารได้กลายมาเป็นผู้ผลิตสารเพื่อการส่งต่อมากขึ้น จึงกลายมาเป็นการสร้างเนื้อหาเองที่มีโอกาสเพี้ยนไปจากความจริงทางการแพทย์ ส่งผลทำให้สังคมข้อมูลข่าวสารทั้งระบบมีข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและเป็นอันตรายอยู่ทั่วไป ประชาชนผู้ค้นหาความจริงและความถูกต้องโดยเฉพาะในด้านสุขภาพจึงต้องพึ่งพาความสามารถของตนเองเป็นอย่างมาก

สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอันเป็นเหตุให้มีการพูดถึงแนวคิดเรื่อง Health Literacy สรุปพอสังเขปได้ ดังนี้คือ (1) **ปัญหาในระบบบริการสุขภาพ** มีตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยไม่กล้าถามหมอ อ่านเอกสารแนะนำการปฏิบัติตัวและอ่านฉลากยาไม่ได้ ที่พออ่านได้บ้างก็อ่านไม่ออกเพราะตัวเล็กเกินไป หรืออ่านแล้วไม่เข้าใจ สรุปประเด็นนำไปใช้แบบผิดๆ กลับไปบ้านก็ไม่ได้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ กินยาไม่ถูกวิธี โรคที่เป็นไม่หายขาด นับวันก็ยิ่งกำเริบ มีอาการแทรกซ้อน ใช้เวลารักษานานกว่าที่ควรจะเป็น เป็นต้น (2) **ปัญหาในงานด้านการป้องกันโรค** มีตัวอย่างเช่น คนงานในประเทศเพื่อนบ้านนำโรคติดต่อเข้ามาโดยไม่มีความรู้ในการป้องกันการแพร่ระบาด เจ้าหน้าที่ไปคุยด้วยก็ไม่รู้เรื่อง สื่อสารกันไม่เข้าใจ คนงานก็ทำอะไรไม่ถูก ไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไรบ้าง โรคก็เกิดการแพร่กระจายเพราะขาดการป้องกัน เป็นต้น (3) **ปัญหาในงานส่งเสริมสุขภาพ** มีตัวอย่างเช่น วิทยุรับข้อมูลจากสื่อธุรกิจที่โฆษณาโอ้อวดสรรพคุณเกินจริงเกือบจะทุกครั้งที่ใช้ งานสื่อออนไลน์ จนเกิดความคุ้นเคยกับข้อมูลเหล่านี้ ทำให้เกิดหลงเชื่อได้ง่าย มีการส่งต่อโดยที่ไม่ได้อ่าน ไม่ได้ตรวจสอบ และไม่ทันได้คิดพิจารณาให้รอบคอบ ที่อันตรายก็ตรงที่บุคลากรสาธารณสุขก็เป็นเองด้วย ทำให้ประชาชนทั่วไปเชื่อตามและใช้ข้อมูลดังกล่าวอย่างสนิทใจเพราะความไว้วางใจ เป็นต้น

ตัวอย่างเหล่านี้สะท้อนอะไรให้เราได้เรียนรู้บ้าง? หากคิดวิเคราะห์แล้วจะพบคำตอบว่า เพราะเหตุใดคนไทยจึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเกือบจะทุกด้าน รูปร่างดูภูมิฐานขึ้น แต่สุขภาพย่ำแย่ลง เข้าโรงพยาบาลกันมากขึ้น บ่อยขึ้น จนโรงพยาบาลต้องมีการขยายกิจการใหญ่โตขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมของประเทศเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จนถึงปีพ.ศ. 2553 มีจำนวนสูงถึง 392,368 ล้านบาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁵ หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการที่ต้นเหตุของปัญหาดังกล่าว จะเกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวม ประเทศชาติจะขาดโอกาสในการสร้างความเจริญก้าวหน้าอย่างที่ควรจะเป็น และในที่สุดประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศจะได้รับทุกข์เข็ญ เพราะไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้

ด้วยเหตุเหล่านี้เอง องค์การอนามัยโลกจึงได้พยายามชักชวนเราทุกคนให้หันมาสนใจ รับผิดชอบต่อความจริง ยอมรับ และทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่จะสามารถกระทำได้ตามภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ เพื่อปกป้อง ดูแล และคุ้มครองประชาชนด้านสุขภาพให้รอดปลอดภัยจากสภาพการณ์ที่น่ากลัวเช่นนี้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจเพื่อจะได้นำมาประยุกต์ใช้กับงานของตนเองได้อย่างมั่นใจ



Health Literacy คืออะไร?

Health Literacy คืออะไร ผู้ที่ทำงานด้านสุขศึกษา แต่ยังไม่รู้คำตอบ เชื่อว่ามีจำนวนพอสมควร บุคคลที่มีระดับ Health Literacy ต่ำจะส่งผลกระทบต่อเข้าถึง (access) ทำความเข้าใจ (understand) และใช้ข้อมูลข่าวสาร (use information)⁶ หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับ Health Literacy ต่ำ ย่อมจะส่งผลกระทบต่อปฏิบัติตัวและสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง⁷ และที่สำคัญหากบุคลากรสาธารณสุขมีระดับ Health Literacy ต่ำ ย่อมจะส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นและกลายเป็นสิ่งเหนี่ยวรั้งการพัฒนาสุขภาพของประชาชนอย่างมากด้วย

องค์การอนามัยโลก⁷ ได้ให้คำนิยามว่า “Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2541)⁸ แปลความไว้ว่า “ทักษะต่างๆ ทางการเรียนรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ”

หน่วยงาน อาจารย์ และนักวิชาการด้านสุขภาพได้มีการกำหนดคำนิยามขึ้นใช้มากมาย แตกต่างกันไปบ้างตามบริบท ภูมิภาค และสังคม คำนิยามที่มีการอ้างอิงมากในงานวิจัยและบทความวิชาการต่างๆ คือ คำนิยามของ Don Nutbeam ซึ่งทราบว่าเป็นผู้เขียนคำนิยามเรื่องนี้ให้กับองค์การอนามัยโลกนำมาใช้เผยแพร่

ทำไมต้องกระบวนการสุศึกษา?

คำนิยาม งานวิจัย และบทความทางวิชาการที่เผยแพร่ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ได้ชี้ชัดว่า ทักษะที่มีความจำเป็นสำหรับบุคคลเพื่อให้มีความสามารถในการดูแลตัวเองด้านสุขภาพในสังคมยุคปัจจุบัน ได้แก่ ทักษะทางการรับรู้ (อ่าน พูด เขียน) ทักษะด้านตัวเลข ทักษะการสื่อสาร ทักษะการใช้สื่อออนไลน์ ทักษะการเรียนรู้ (การจดจำ คิดวิเคราะห์ ทำความเข้าใจ) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ฯลฯ ทักษะใดบ้างนั้นที่จะจำเป็นสำหรับคนในสังคมหนึ่ง คงต้องพิจารณากันตามยุทธศาสตร์การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของสังคมนั้นๆ

ดังนั้น การสร้างเสริมความสามารถของบุคคลจะต้องมีการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และสังคม โดยเฉพาะสมรรถนะหรือความสามารถด้านสุขภาพ และ “สุศึกษา” เป็นกระบวนการสำคัญที่สุดในการเพิ่มความสามารถของบุคคลให้มีระดับ Health Literacy ที่เพียงพอ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า Health Literacy จะเกิดขึ้นได้ก็ด้วยกระบวนการสุศึกษาที่มีประสิทธิภาพ ดังบทความของ Rootman (2002)⁹ ที่กล่าวว่า Health Literacy เป็นเสมือนกุญแจที่ไขไปสู่ผลลัพธ์ของงานสุศึกษา¹⁰⁻¹¹ และ Nutbeam D. (2000)¹² ได้กล่าวไว้ก่อนหน้านี้ว่าควรใช้ Health Literacy เป็นดัชนีสะท้อนผลลัพธ์



ของกระบวนการสุขภาพ และใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes) เพราะการดำเนินงานสุขภาพทำให้เกิดการพัฒนา Health Literacy โดยตรง และ Health Literacy เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน⁵

ความเข้าใจเรื่องผลลัพธ์ของ “กระบวนการสุขภาพ” ในอดีตที่ผ่านมาสะท้อนได้จากทัศนะของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งมักจะมีคำถามทำนองว่า “นักสุขภาพควรจะคาดหวังถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจากกระบวนการสุขภาพหรือไม่?” บ้างก็ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกัน คงไม่ใช่ฝีมือของนักสุขภาพหรือบุคลากรที่ทำงานด้านนี้เท่านั้นที่จะกระทำให้เกิดขึ้นได้เพียงลำพัง เพราะงานด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นบุคลากรในสาขาใด ต่างก็มุ่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพด้วยกันทั้งสิ้น โดยเฉพาะงานด้าน “การส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะต้องกระทำในทุกกลุ่มวัย และได้รับการจัดวางว่าเป็นงานด้านสุขภาพที่สำคัญยิ่งสำหรับชีวิตมนุษย์นับแต่แรกเกิดหรือก่อนเกิดไปจนถึงสิ้นอายุขัย

ถ้าเช่นนั้นกระบวนการสุขภาพ (Health Education) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ที่ช่วยพัฒนา Health Literacy และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) มีความสัมพันธ์และเกี่ยวโยงกันอย่างไร? ขอบเขตของงานสุขภาพกับส่งเสริมสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างไร? และคาดหวังผลลัพธ์อะไรกันแน่? เป็นคำถามที่จะต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนในสถานการณ์ปัจจุบัน เพราะทราบดีผู้ที่ทำงานสุขภาพไม่สามารถอธิบายให้บุคคลอื่นเข้าใจงานของตนเองได้ งานสุขภาพก็จะถูกลดบทบาทลง หรือถูกกลืนเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของงานต่างๆ ทำให้ถูกลดความสำคัญลง ดังคำกล่าวที่ว่า “งานสุขภาพเป็นเสมือนยาดำ สอดแทรกอยู่กับทุกงาน” ซึ่งก็อาจตีความหมายได้ว่า “งานสุขภาพคืองานสำคัญที่งานอื่นจะขาดไม่ได้ หรือสะท้อนให้เห็นว่าเป็นงานที่จะต้องดำเนินงานร่วมกับบุคคลหลายฝ่ายแบบสหวิชาชีพ (Multidisciplinary) จะทำงานเพียงลำพังไม่ได้ เพราะจะไม่สามารถทำให้เกิดผลตามที่ต้องการได้”

การพิจารณาถึงขอบเขตที่ชัดเจนของงานสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ ผู้เขียนอาศัยการวิเคราะห์คำนิยาม เอกสารทางวิชาการที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลก ร่วมกับบทความที่แสดงมุมมองของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพคนสำคัญ โดยขอนำเสนอไว้ดังนี้

นิยาม “สุขภาพ” ที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลก ระบุไว้ว่า สุขภาพคือ “**การสร้างโอกาสเพื่อการเรียนรู้** โดยอาศัยรูปแบบต่างๆ ของการสื่อสารที่คิดค้นขึ้น เพื่อยกระดับ**ความแตกฉานด้านสุขภาพ รวมทั้ง การเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะชีวิต** ซึ่งส่งผลเกื้อหนุนสุขภาพของชุมชนและปัจเจกบุคคล”⁸ หรือ “*comprising of consciously constructed opportunities for learning involving some form of communication designed to improve health literacy, including improving knowledge, and developing life skills which are conducive to individual and community health*”⁶



สำหรับ Green, Kreuter, Deeds & Partridge (1980)¹³ ให้ความหมายว่าเป็น “**ประสบการณ์เรียนรู้ทั้งหมดที่ถูกจัดการด้วยความพร้อมใจเพื่อพัฒนาพฤติกรรมอันนำไปสู่สุขภาพดี**” หรือ “*any combination of learning experiences designed to facilitate voluntary adaptations of behavior conducive to health*”

นิยามทั้งสองนี้ได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง นักวิชาการจะเลือกใช้คำนิยามใดขึ้นอยู่กับความเชื่อ ประสบการณ์ และเหตุผลส่วนบุคคล นิยามทั้งสองระบุขอบเขตของกิจกรรมสุขศึกษาไว้ตรงกันคือ “การสร้างการเรียนรู้” ส่วนผลลัพธ์ระบุไว้แตกต่างกัน องค์การอนามัยโลก ระบุผลลัพธ์ไว้ที่ “ความสามารถของบุคคล” ส่วนของ Green และคณะ ระบุความคาดหวังถึง “การพัฒนาพฤติกรรม” อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่า นิยามคำหลังนี้เกิดขึ้นก่อนที่องค์การอนามัยโลกจะนำไปกำหนดและเผยแพร่ถึงสิบแปดปี และนิยามไว้ก่อนการเขียนกรอบการวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งถูกเผยแพร่ครั้งแรกในปี 1991 โดยใช้ชื่อว่า PRECEDE Framework (Green & Kreuter, 1991)¹⁴

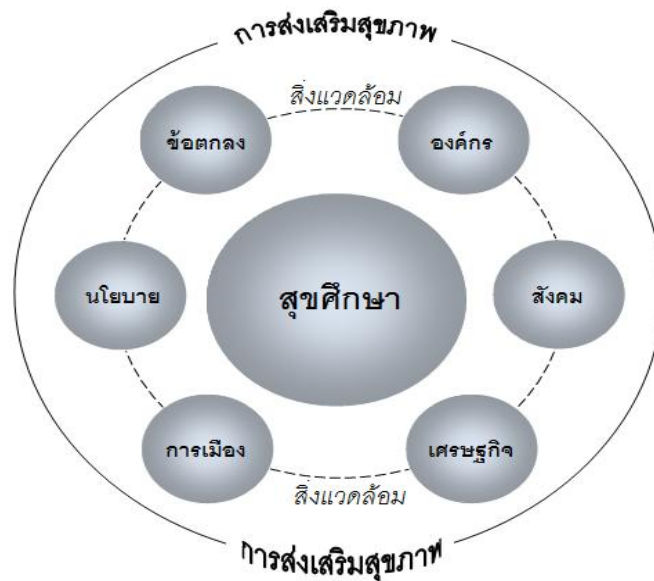
ส่วนความหมายของ “การส่งเสริมสุขภาพ” ตามเอกสารที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลก ระบุไว้ว่า “**การส่งเสริมสุขภาพคือ กระบวนการเพิ่มความสามารถคนในการควบคุม ดูแล พัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น**”⁸ หรือ “*Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health*” (Ottawa Charter for Health Promotion)¹⁵

สำหรับ Green & Kreuter (1991) ให้ความหมายว่าเป็น “**การดำเนินงานสุขศึกษาและการเชื่อมโยงกับหน่วยงาน เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมของบุคคล กลุ่มบุคคล และชุมชน อันนำไปสู่การสร้างสุขภาพที่ดี**”⁸ หรือ “*any combination of health education and related organizational, economic and environmental supports for behavior of individuals, groups, or communities conducive to health*”¹⁴

จะเห็นได้ว่านิยามเรื่องการส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลกมุ่งเน้นในด้านการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคล ส่วนของ Green & Kreuter (1991) ระบุขอบเขตของการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทั้งงานสุขศึกษา และการเชื่อมโยงกับหน่วยงาน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมด้วย เพื่อเอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ นิยามทั้งสองระบุผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ คือ การมีสุขภาพที่ดี

เอกสารขององค์การอนามัยโลกที่เผยแพร่คำนิยามทั้งสองนี้ ระบุปีที่มีการกำหนดคำนิยามซึ่งใช้กันอยู่ในปัจจุบันแตกต่างกัน นิยามคำว่า Health Promotion ใช้ของปี ค.ศ. 1986 ส่วนนิยามคำว่า Health Education ใช้ของปี ค.ศ. 1998 หรือเผยแพร่ภายหลังถึง 12 ปี นิยามที่กำหนดขึ้นและเผยแพร่อยู่ในปัจจุบันนี้ ได้สะท้อนถึงเจตนารมณ์ในการมุ่งเน้นเฉพาะด้านในยุคสมัยที่มีการกำหนดคำนิยามเหล่านี้ขึ้นหรือไม่? การเลือกใช้นิยามต่างๆ จึงอาจต้องพิจารณาถึงที่มาและทำความเข้าใจเจตนาของผู้เขียนด้วย

ความเชื่อมโยงระหว่างงานสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำความเข้าใจได้จากโมเดลของ McKenzie, Neiger & Smeltzer (2005)¹⁶ ซึ่งระบุไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพอาศัยองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน ประกอบด้วยปัจจัยด้านนโยบาย (policy) การเมือง (political) ข้อตกลง (regulatory) สังคม (social) เศรษฐกิจ (economic) หน่วยงาน (organizational) สิ่งแวดล้อม (environmental) โดยมีสุศึกษา (health education) อยู่ตรงกลางเป็นหัวใจสำคัญของความเชื่อมโยงในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ



แผนภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงระหว่างการส่งเสริมสุขภาพกับสุศึกษา

ปรับปรุงจาก: Relationships of health education and health promotion

(McKenzie, Neiger & Smeltzer, 2005)

อย่างไรก็ตาม ศาสตราจารย์ W.William Chen¹⁷ แห่งมหาวิทยาลัยฟลอริดา หนึ่งในสมาชิกกลุ่ม Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology (2001) ได้แสดงทัศนะเกี่ยวกับประเด็นนี้ไว้ในวารสาร American Journal of Health Education ดังนี้ “แม้ว่าบทความทางวิชาการบางฉบับจะแสดงข้อมูลให้เห็นว่านักวิชาการในสหรัฐอเมริกาให้ความหมายคำทั้งสองไม่แตกต่างกัน และใช้แทนกันบ่อยครั้ง เนื่องจากการดำเนินงานสุศึกษาในปัจจุบัน (ของสหรัฐอเมริกา: ผู้เขียน) มีการสร้างเสริมและพัฒนาสหปัจจัยรอบด้านที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายในบุคคลและภายนอกบุคคล เพื่อมุ่งผลด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Breckon, Harvey, & Lancaster, 1994) แต่นักวิชาการในออสเตรเลียกำหนดความหมายของสุศึกษาไว้แคบกว่าการส่งเสริมสุขภาพ (Glanz, Lewis, & Rimer, 1997)”

ถึงบรรทัดนี้ สุศึกษา และส่งเสริมสุขภาพ เป็นเสมือน “ระบบภายในร่างกาย” ที่แยกจากกันไม่ได้ สุศึกษาเป็น “ยาดี” ช่วยทำให้เป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพบรรลุผลสำเร็จ และทั้งสองส่วนร่วมกันกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพเชิงรุกที่สังคมกำลังต้องการอย่างที่สุด



Health Literacy, Health Behavior, Health Education & Health Promotion

มีความเชื่อมโยงกันอย่างไร?

การดำเนินงานสุขศึกษาให้เกิดผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับ Health Literacy และพัฒนา Health Behavior สู่ผลลัพธ์ปลายทางคือ ประชาชนมีสุขภาพที่ดีได้ด้วยการดูแลตนเองนั้นอธิบายได้ด้วยแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง Health Literacy, Health Behavior, Health Education และ Health Promotion ตามเอกสารล่าสุดที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลก¹⁸ ซึ่งช่วยให้ความเข้าใจเรื่องขอบเขตของงานสุขศึกษากับการส่งเสริมสุขภาพมีความชัดเจนมากขึ้น สรุปความได้ดังนี้

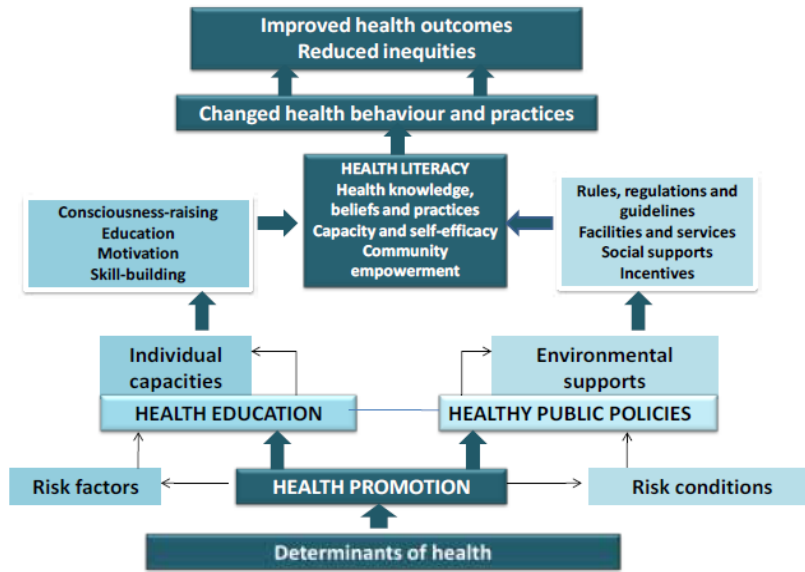
สุขภาพของบุคคลจะดีหรือไม่ ถูกกำหนดไว้ด้วยปัจจัยชุดหนึ่งซึ่งแตกต่างกันไปตามปัญหาสุขภาพ บริบทพื้นที่ และช่วงวัย เรียกว่า **ปัจจัยกำหนดสุขภาพ** (Determinants of health) อันถือได้ว่าเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปใช้ในการออกแบบหรือวางแผนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและกระบวนการสุขศึกษา

การส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินการโดยอาศัยกระบวนการสุขศึกษา (Health Education) ในการเปลี่ยนแปลงบุคคล ร่วมกับการใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ (Healthy Public Policies) ซึ่งสนับสนุนการพัฒนาสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

กระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ อาศัยการวิเคราะห์สภาวะเสี่ยง (risk conditions) ที่คุกคามสุขภาพ มีการดำเนินการป้องกัน แก้ไขหรือปรับปรุง ด้วยการสร้างกฎและข้อตกลง (rules & regulations) การอำนวยความสะดวกและงานบริการ (facilities & services) ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม (social supports) และการปลูกเร้าสังคมให้ตื่นตัว (incentives)

กระบวนการสุขศึกษา ดำเนินการโดยอาศัยการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง (risk factors) เพื่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถของบุคคล (individual capacities) ด้วยการสร้างความตระหนักรู้ (consciousness-raising) สร้างการเรียนรู้ (education) สร้างแรงจูงใจ (motivation) และสร้างทักษะ (skill-building) ซึ่งวิธีการอาจใช้กลวิธีสุขศึกษารายบุคคล กลุ่ม ชุมชน หรือสังคมตามความเหมาะสม

“กระบวนการสุขศึกษา” ที่ดำเนินการร่วมกับ “กระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ” จะนำไปสู่การยกระดับ **Health Literacy** ซึ่งเป็นขั้นที่บุคคลมีทั้งความรู้และความเชื่อ (knowledge & beliefs) ที่ถูกต้อง มีความสามารถในการปฏิบัติตัว (practices capacity) และมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) อย่างเต็มเปี่ยม จนนำไปสู่ผลลัพธ์เป้าหมายร่วมกันในขั้นต้นคือ **พฤติกรรมสุขภาพ หรือการปฏิบัติตัว (health behaviour & practices)** ที่ถูกต้อง เกิดสภาวะที่ดีและลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ (health outcomes & reduced inequities) ในระยะถัดไป ดังแผนภาพ



แผนภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ สุขศึกษา และ Health Literacy
ที่มา: World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean (2012)

แผนภาพความสัมพันธ์ดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ประกอบด้วยงานสำคัญ 2 ส่วน ส่วนหนึ่งคือ งานสุศึกษา และส่วนที่สองคือ งานด้านกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ดังนั้น “สุศึกษา” คือ งานที่มุ่งสร้างเสริมความสามารถของบุคคล

กล่าวได้ว่า ผลลัพธ์ของกระบวนการสุศึกษาที่ดำเนินการร่วมกับกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ซึ่งได้มีการจัดการสภาพแวดล้อมและปัจจัยทางสังคม จึงจะสามารถคาดหวังผลลัพธ์ถึง Health Literacy และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้

นักสุศึกษาที่ยอมรับแผนภาพความสัมพันธ์นี้ จะเกิดความเข้าใจต่อประเด็นที่เป็นจุดเน้นของงานสุศึกษาเด่นชัดมากยิ่งขึ้น และด้วยสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป ร่วมกับการดำเนินงานที่ให้ความสำคัญน้อยเกี่ยวกับข้อจำกัดในการเรียนรู้ของบุคคล และประมาทต่อข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงประชาชนได้โดยง่ายและอย่างท่วมท้น ทำให้นักวิชาการทั่วโลกมุ่งให้ความสนใจและให้ความสำคัญกับแนวคิด Health Literacy ว่าน่าจะเป็นทางออกของปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ เนื่องจากพบว่ากระบวนการทำงานสุศึกษาฯ ยังไม่มีประสิทธิภาพพอที่จะทำให้บุคคลที่มีความแตกต่างกันด้วยปัจจัยพื้นฐานต่างๆ ในแต่ละกลุ่มวัย มีความสามารถหรือมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ โดยเฉพาะในการเข้าถึง (access) ทำความเข้าใจ (understand) และใช้ข้อมูลข่าวสาร (use information)¹⁸⁻¹⁹ ที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดผลดีต่อการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การจัดการความสมดุลให้กับตัวเองเพื่อให้มีสุขภาพดี



กลุ่มเป้าหมายที่ต้องเพิ่ม Health Literacy คือใคร?

การดำเนินงานด้านสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมา ผู้ที่ทำงานสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพอาศัยความรู้เรื่องกรอบการวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach) หรือ PRECEDE-PROCEED Model ของ Green & Kreuter (2005)²⁰ เพื่อช่วยในการวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐาน 3 ด้านที่มีความสำคัญต่อการมีสุขภาพที่ดี คือ พันธุกรรม (Genetics) พฤติกรรม (Behavior) และสิ่งแวดล้อม (Environment)

นอกจากนี้ การวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละเรื่องที่จะทำการวางแผนงานจะต้องมีการวิเคราะห์ชุดของปัจจัยสาเหตุ 3 ส่วน คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) การวิเคราะห์นี้จะทำให้ได้ข้อมูลสำคัญและเงื่อนไขของพฤติกรรมดังกล่าว อันจะนำไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมและวางแผนงานที่เหมาะสมที่สุดสำหรับกลุ่มเป้าหมาย (target group) ในพื้นที่หรือบริบท (area setting/ context) ที่จะดำเนินงาน

งานสุขศึกษาจึงต้องโฟกัสในเชิงกระบวนการให้เข้มข้นในด้านการพัฒนาที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมความสามารถของบุคคล ซึ่งมีเหตุของปัจจัยเกี่ยวข้องกับความสามารถพื้นฐานของบุคคล คือ ทักษะทางการรับรู้ (อ่าน พูด เขียน) ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย ทำให้การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (access) ถูกจำกัดหรือขาดความสามารถในการคัดกรองข้อมูลที่ถูกต้องได้ จนเกิดความเข้าใจผิด (miss-understand) หรือไม่เข้าใจข้อมูลที่ได้รับมา ดังนั้นจึงไม่ได้ใช้ข้อมูลชุดนั้นหรือตัดสินใจใช้ข้อมูล (use information) ตามแรงโฆษณาด้วยความหลงผิด นำไปสู่พฤติกรรมที่ส่งผลเสียหายต่อสุขภาพของตนเอง

การเพิ่มความสามารถของบุคคลดังกล่าว Don Nutbeam (2000)¹² ได้เสนอแนวทางการพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3 ระดับ คือ ระดับที่หนึ่ง ความสามารถพื้นฐานของบุคคล (functional literacy) ระดับที่สอง ความสามารถในการสอบทาน/ตรวจสอบด้วยการแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่น หรือขั้นการมีปฏิสัมพันธ์/การสื่อสาร (interactive/communicative literacy) และระดับที่สาม การคิดเชิงวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบความเป็นไปได้ด้วยเหตุด้วยผล หรือขั้นวิจารณ์ญาณ (critical literacy) ซึ่งแนวคิดเรื่อง Health Literacy ให้ความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาจนเกิดทักษะ (skills)

กิจกรรมสุขศึกษาในระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมา พบว่า มีข้อจำกัดในการดำเนินงานเพื่อมุ่งผลลัพธ์ในการเพิ่มความสามารถของผู้รับบริการหลายประการ เช่น ไม่มีเวลามากพอในการจัดกระบวนการเรียนรู้ ขาดสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านความสามารถพื้นฐาน (functional literacy) ขาดการพัฒนาและสร้างสรรค์นวัตกรรมสื่อ ขาดงานวิจัยเกี่ยวกับกลวิธีที่ใช้ได้ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ ขาดการจัดวางระบบงานสุขศึกษาให้มีมาตรฐาน ขาดผู้นำที่เน้นงานสุขภาพเชิงรุก เป็นต้น

กลุ่มเป้าหมายสำคัญในการพัฒนา Health Literacy สามารถจำแนกเป็นกลุ่มได้ดังนี้ (1) **กลุ่มผู้ที่**

ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (illiteracy populations) ซึ่งมีลักษณะดังนี้คือ พูดไม่ได้ มีปัญหาการได้



ยีน/ใช้สายตา/การใช้ภาษา เรียนหนังสือน้อย พิกการ เด็กเล็ก คนชรา คนอพยพย้ายถิ่น อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ (2) **กลุ่มประชาชนที่มี Health Literacy ต่ำ (low-literacy populations)** ซึ่งมีลักษณะดังนี้คือ ขาดความตระหนัก ขาดความเอาใจใส่ ละเลยเรื่องสุขภาพของตนเอง เช่น ไม่มาตามนัด หลงลืมง่าย ทำอะไรตกๆ หล่นๆ ไม่ชอบถาม ขี้อาย พูดเสียงเบา ลำดับความไม่ถูก (3) **กลุ่มประชาชนทั่วไป (general populations)** ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสามารถพอสมควร แต่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง (4) **กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ (health provider groups)** ซึ่งมีลักษณะที่ก่อให้เกิดปัญหาเช่นกันคือ สื่อสารด้วยวาจา/ท่าทางด้อยประสิทธิภาพ พูดน้อย พูดเสียงเบา หรือดงเกินจนเหมือนตะคอก ใช้ศัพท์วิชาการบ่อย เขียนหนังสืออ่านไม่ออก ใช้สื่อไม่ได้มาตรฐานหรือใช้ไม่เป็น ฯลฯ

บทบาทของนักสุศึกษาจะต้องทำงานในกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ โดยดำเนินการร่วมกับกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพควบคู่ไปด้วย หากมุ่งหวังผลลัพธ์สู่การเปลี่ยนแปลง Health Literacy และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เนื่องด้วยกรอบของการส่งเสริมสุขภาพจะมีส่วนสำคัญในการผลักดันให้เกิดการจัดการบริบททางสังคมและพัฒนาปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเพิ่มความสามารถและศักยภาพของบุคคล อันจะนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดขึ้นอย่างยั่งยืนในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เหล่านี้

การพัฒนา Health Literacy จะต้องทำอย่างไร?

ประเด็นสำคัญสำหรับการพัฒนาในปัจจุบันมีดังนี้^{4,5,10,11,19,21}

1) การสร้างระบบที่ช่วยเพิ่มอัตราการอ่านหนังสือของประชาชน

ประเทศทั่วโลกล้วนตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ประชาชนอ่านออกเขียนได้หรือรู้หนังสือ และใช้อัตราการรู้หนังสือ (literacy rate) ของประชาชนเป็นดัชนีสะท้อนถึงคุณภาพและศักยภาพในการพัฒนาประเทศชาติ ระบบที่ช่วยให้ประชาชนอ่านหนังสือมากขึ้น อาทิ การทำให้หนังสือคุณภาพดีหาได้ง่ายในราคาที่ประชาชนทุกระดับสามารถซื้อหาได้ การส่งเสริมผู้ผลิตและผู้จัดทำข้อมูลสุขภาพในด้านต่างๆ โดยใช้แรงจูงใจด้านภาษี, การจัดเรตติ้ง (rating) หนังสือเพื่อจำแนกกลุ่มผู้อ่าน, การประชาสัมพันธ์หนังสือที่มีประโยชน์ รวมทั้ง การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ที่สร้างโอกาสให้ประชาชนใช้เป็นช่องทางและแหล่งฝึกฝนการอ่านและการเรียนรู้สำหรับตนเอง ครอบครัว และชุมชน

2) การสร้างองค์ความรู้และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

โลกทุกวันนี้มีข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจำนวนมากในทุกหนทุกแห่ง โดยเฉพาะในโลกสังคมออนไลน์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดให้มีแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น โดยทำให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้อง มีความทันสมัยได้ง่ายและสะดวก เพื่อนำไปใช้ประโยชน์กับตนเองและเผยแพร่ไปสู่บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในเครือข่าย โดยเฉพาะข้อมูลความรู้ตามกระแสข่าวที่ประชาชนกำลังให้ความสนใจ เพื่อป้องกันการเข้าใจผิดหรือหลงเชื่อ โดยจัด



ช่องทางการเผยแพร่ที่หลากหลายทั้งสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) สื่อมือถือ (mHealth) แอปพลิเคชัน สุขภาพในระบบออนไลน์ สื่อบุคคล และสื่อสารมวลชนอื่นๆ นอกจากนี้ ควรสนับสนุนการศึกษาวิจัย ในประเด็นเร่งด่วนและจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนการดำเนินงานและงานวิจัยระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งการ พัฒนาโปรแกรม/โครงการที่มีผลในการเพิ่มระดับ Health Literacy

3) พัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และบริการด้านสุขภาพ

มีการสร้างความร่วมมือแบบภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันและโรงพยาบาล เอกชน สื่อมวลชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคประชาชน เพื่อการเฝ้าระวัง ตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ไม่ถูกต้องและเป็นภัยกับประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มี Health Literacy ต่ำ มีการชี้แจงและให้ความรู้ที่ถูกต้องกับสาธารณสุขชนอย่างทันทั่วถึง เพื่อระงับยับยั้งสิ่งที่ไม่ถูกต้องเสียตั้งแต่ ต้น รวมทั้งมีการพัฒนาระบบแจ้งเตือนสถานการณ์และแหล่งที่มาของข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ไม่ตรงกับ ความเป็นจริง ประกาศไว้ในบัญชีดำแสดงให้ประชาชนได้รับรู้ ซึ่งจำเป็นต้องใช้กฎหมายที่มีอยู่แล้วมาใช้ บังคับและจัดทำกฎหมายใหม่ในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม โดยทำให้ผู้ผลิตและเผยแพร่ข้อมูลมีความระมัดระวัง รักษามาตรฐานคุณภาพของข้อมูลข่าวสารความรู้ และมีจริยธรรมในการเผยแพร่ให้มากขึ้น

4) การออกแบบและตรวจสอบคุณภาพสื่อ

สื่อในการดำเนินงานด้านสุขภาพมีทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือมัลติมีเดีย และ สื่อสาธารณะ การออกแบบสื่อเพื่อผลิตและเผยแพร่ควรใช้หลักการออกแบบที่เหมาะสมกับคุณลักษณะของ กลุ่มเป้าหมาย เช่น คำนี้ถึงขนาดตัวอักษรและสีที่เหมาะสม การเว้นให้มีพื้นที่ว่างบ้าง การใช้แผนภาพหรือ ภาพถ่ายประกอบการสื่อความรู้ความเข้าใจ ใช้ข้อความสั้น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ให้ข้อมูลที่ใช้ประกอบการ ตัดสินใจ ระบุชื่อหน่วยงานและขอบเขตพื้นที่เผยแพร่ให้ชัดเจน เป็นต้น

5) เพิ่มการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดพลัง

การสร้างเสริม Health Literacy เป็นวิธีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชนในการตัดสินใจ เลือกใช้ข้อมูลและปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง รวมทั้ง การควบคุมปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้น หากประชาชนสามารถแสวงหาความรู้มาเพิ่มพูนทักษะและความสามารถให้สูงขึ้น และแลกเปลี่ยน เรียนรู้อย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่ม จะสามารถต้านทานหรือควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าซึ่งเป็น ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ดียิ่งขึ้น

6) การพัฒนาระบบ หน่วยงาน/องค์กร และชุมชน

สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการเพิ่ม Health Literacy ทำได้โดยจัดให้มีศูนย์การเรียนรู้ สุขภาพ ป้ายแนะนำตามจุดต่างๆ ป้ายบอกทางที่เป็นสากลในพื้นที่ที่มีคนหลายภาษาหรือหลากหลาย วัฒนธรรม รวมทั้งการจัดสิ่งแวดลอมให้ดูผ่อนคลาย การจัดให้เจ้าหน้าที่มีชุดเครื่องแบบหรือแต่งกายด้วย เสื้อผ้าที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรของหน่วยบริการนี้ นอกจากนี้ ประเด็นสำคัญคือ การพัฒนา



ความสามารถและทักษะการสื่อสารของบุคลากร เนื่องจากระบบสุขภาพทุกวันนี้ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่มีเวลาน้อยมากในการสื่อสาร ทำให้เกิดช่องว่างกับคนไข้หรือผู้มารับบริการ ผู้ป่วยและญาติ หรือระหว่างบุคลากรด้วยกันเอง จึงมีแนวคิดการพัฒนาองค์กร Health Literate Organization ซึ่งมีแนวทาง 10 ประการดังนี้ (1) ผู้นำต้องส่งเสริม (Leadership promotes) (2) มีแผน ประเมิน และพัฒนา (Plans, evaluates & improves) (3) จัดเตรียมองค์กร (Prepares workforce) (4) ใฝ่ใจผู้รับบริการ (Includes consumers) (5) รู้ความต้องการผู้รับบริการ (Meets everyone's needs) (6) มั่นใจระบบการเข้าถึง (Ensures easy access) (7) สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Communicates effectively) (8) ออกแบบสื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจและปฏิบัติตาม (Designs easy-to-use materials) (9) รู้ว่าจะไม่มีความเสี่ยงสูง (Targets high risk) และ (10) อธิบายชัดเจนเรื่องบริการและค่าใช้จ่าย (Explains coverage & costs) หลักการดังกล่าว สามารถนำไปประยุกต์ใช้พัฒนาในสถาบันการศึกษา สถานที่ทำงาน ชุมชน ศาสนสถาน และสื่อสารมวลชนทุกแขนง เพื่อประเมินหน่วยงาน/องค์กรของตนเอง ปรับปรุง/พัฒนา และสร้างเสริมศักยภาพบุคลากรในองค์กรตามแนวคิด Health Literacy อันจะทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาการเรียนรู้ทั้งด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ ให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนโดยรวม

7) การใช้กลวิธีสุศึกษา

การจัดโอกาสในการสร้างการเรียนรู้เพื่อเพิ่มความสามารถของบุคคลและกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ อาทิ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข อสม. ครูสุศึกษา ครูอนามัยโรงเรียน ฯลฯ สามารถกระทำได้ด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การพูดให้ช้าลง การสื่อสารสองทาง หลีกเลี่ยงคำศัพท์เฉพาะ (Jargons) เพิ่มเทคนิคการใช้ภาพเพื่อสื่อความหมายสากล (Fotonovela technique) ซึ่งต้องอาศัยเทคนิคการถ่ายภาพที่ดีด้วย, ใช้เทคนิค Show-me, วิธีตรวจตามรายการ (Chunk & Check methods)²² การสร้างบรรยากาศให้เกิดความกล้าที่จะถาม (Shame-free)²³⁻²⁴ และ การใช้เทคนิคสอนกลับ (Teach-back technique)²⁵ เช่น Ask Me 3 เป็นต้น

เทคนิค “Ask Me 3” แนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้คำถามพื้นฐาน 3 ข้อ เพื่อให้ผู้ป่วย ทบทวนการรับรู้และการปฏิบัติตัว ภายหลังจากได้รับบริการแล้ว ดังนี้

คำถามข้อ 1 ปัญหาสุขภาพที่พบคืออะไร? (What is my medical problem?)

ตัวอย่างคำถาม: วันนี้ มาหาหมอเรื่องอะไรจะ?

คำถามข้อ 2 อะไรบ้างที่จำเป็นต้องทำ? (What do I need to do?)

ตัวอย่างคำถาม: หมอแนะนำให้ทำอะไรบ้าง?

คำถามข้อ 3 สิ่งที่ต้องทำนั้นสำคัญอย่างไร? (Why is it important for me to do this?)

ตัวอย่างคำถาม: ถ้าไม่ทำแล้ว รู้ไหมว่าจะเป็นอย่างไร?

จะเห็นได้ว่า “กลวิธีสุศึกษา” ที่มีการนำมาใช้นั้น เน้นความสำคัญในเรื่องของการสื่อสารและการสร้างการเรียนรู้ด้วยการใช้คำถามมากเป็นพิเศษ บทความนี้จึงขอขยายความในเรื่องนี้ไว้ดังนี้



การใช้คำถามเป็นการสร้างโอกาสให้บุคคลได้รับประสบการณ์ใหม่ ทำให้เกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์หาเหตุผลในการจัดการปัญหา จนเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องได้ การใช้คำถามถือเป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบและจัดกระบวนการเรียนรู้ ช่วยให้เกิดการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาความคิดใหม่ๆ การใช้คำถามที่ดีจะช่วยขยายทักษะการคิด ผู้ที่ถามคำถามคือบุคคลที่ครุ่นคิดและต้องการคำตอบ การตั้งคำถามจึงเป็นเครื่องมือที่ใช้กระตุ้นให้บุคคลค้นหาหรือแสวงหาสาระที่ต้องการ นำไปสู่การเรียนรู้ ทั้งในระหว่างทาง และผลลัพธ์ที่รออยู่ปลายทาง

การสร้างเสริม Health Literacy เพื่อพัฒนาศักยภาพและความสามารถของบุคคล ด้วยการ
“**เทคนิคการตั้งคำถาม**” จึงช่วยให้การเรียนรู้เกิดผลดียิ่งขึ้น นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ ถูกต้องและเหมาะสม เกิดสุขภาพที่ดี สมดังคำขวัญที่ว่า “**การตั้งคำถามที่ดี นำไปสู่สุขภาพที่ดี**” หรือ “**Good Question for Good Health**”

จุดประสงค์ของการใช้คำถามเพื่อสร้างการเรียนรู้ มีดังนี้

- 1) ใช้สำรวจพื้นฐานความรู้และประสบการณ์เดิมของกลุ่มเป้าหมาย คำตอบดังกล่าวจะนำไปสู่การปรับปรุงแผนงานที่จัดเตรียมไว้ และการออกแบบบทเรียนใหม่
- 2) ใช้กระตุ้นความสนใจในทุกขั้นตอน ได้แก่ การนำเข้าสู่เรื่อง การอธิบายประเด็นหรือชี้จุดสำคัญ ให้สังเกต การสรุปบทวนเพื่อให้จดจำ และคิดถึงตอนที่จะนำไปใช้
- 3) ใช้ฝึกความสามารถในการคิด ฝึกคิดค้นหาคำตอบ หาเหตุผล และได้ความรู้ด้วยตนเอง
- 4) ช่วยให้เกิดความพยายามค้นคว้าหาความรู้ใหม่เพิ่มเติม เพื่อมานำเสนอหรือตอบคำถาม
- 5) ใช้บทวนหรือสรุปบทเรียนให้เกิดความเข้าใจตรงกัน
- 6) ใช้ประเมินการเรียนรู้ของบุคคล และประเมินการจัดกระบวนการสุศึกษา

อย่างก็ตาม บริบทในสังคมไทย มีการตั้งคำถามเพื่อสร้างการเรียนรู้ค่อนข้างน้อย เนื่องจากลักษณะนิสัยคนไทยมีไขคนช่างซักช่างถาม อาจกลัวว่าเกิดถามแล้วไม่เข้าหู คือถามแล้วทำให้เรื่องตลกกลับกลายเป็นเรื่องขึ้นมา คนถูกตั้งคำถามจะโกรธ รวมทั้ง การตั้งคำถามทำให้เสียเวลา คนไทยส่วนใหญ่จึงมักไม่ชอบถาม และไม่ชอบให้ใครมีคำถามด้วย นิสัยนี้คงติดตัวคนไทยในทุกกลุ่มวัย ทำให้ขาดโอกาสที่ผู้อื่นจะได้เรียนรู้ด้วยจากคำถามที่น่าสนใจอย่างน่าเสียดาย นอกจากนี้ ยังทำให้ขาดทักษะการตั้งคำถามที่ดี และขาดการเรียนรู้ที่จะสร้างคำถามที่ดีขึ้นเพื่อให้ได้เรียนรู้มากขึ้นด้วย

การเรียนรู้โดยใช้คำถามก่อให้เกิดประโยชน์มากมาย กล่าวคือ ช่วยส่งเสริมทักษะทางการคิด กระตุ้นความสนใจ ทำให้เกิดความตื่นตัว สนใจมากขึ้น สร้างการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ปลุกฝังนิสัยใฝ่รู้ เพื่อให้ได้คำตอบที่ต้องการนำไปใช้ได้จริง คำถามที่ดีจะช่วยให้มีการอภิปรายต่อเนื่อง ขยายความคิด และเกิดความพยายามในการค้นคว้าหาองค์ความรู้ นำมาใช้ประดิษฐ์คิดสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ รวมทั้งสามารถใช้ประเมินผลการเรียนรู้ และการจัดกิจกรรมหรือกลวิธีที่นำมาใช้ได้ด้วย



ทบทวนความรู้และตั้งคำถาม

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการสร้างเสริม Health Literacy เนื่องด้วยสภาพปัจจัยเสี่ยง ข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพ และเงื่อนไขที่เปลี่ยนแปลงไปในสังคมยุค 4.0 นี้ “กระบวนการสุขภาพศึกษา” มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการสร้างผลลัพธ์ขั้นต้น ทำให้เกิดการพัฒนาระดับ Health Literacy ขึ้นโดยตรง ซึ่งต้องอาศัยการดำเนินงานร่วมกับ “กระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ” การเปลี่ยนแปลงของระดับ Health Literacy จะเป็นดัชนีสะท้อนผลลัพธ์ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และการมีสุขภาพที่ดี

กลวิธีทางสุขภาพศึกษาที่มีความสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ ประการหนึ่งคือ “การใช้เทคนิคการตั้งคำถาม” ซึ่งถือว่าการพัฒนาทักษะการสื่อสาร (communication skill) ที่สำคัญ และเป็นจุดอ่อนของคนไทยอย่างมากในการเข้าถึงและสร้างการรับรู้ที่สมบูรณ์ (access) เพิ่มเติมการเรียนรู้ให้ลึกซึ้ง (understand) และสามารถจดจำถึงขั้นนำไปใช้ได้ (use information) ซึ่งถือว่าเป็นระดับการพัฒนาในขั้นปฏิสัมพันธ์ (interactive literacy/communicative literacy) และจะต้องใช้กลวิธีต่างๆ เพื่อยกระดับสู่การพัฒนาในขั้นวิจารณ์ญาณ (critical literacy) ต่อไป อันจะทำให้เกิดปัญญาขั้นสูง ถึงขั้นนี้ เชื่อว่าบุคคลจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ในทุกมิติ ทั้งนี้ ผู้ที่ศึกษาพุทธประวัติของพระพุทธเจ้ามาแล้ว จะทราบดีว่า ก่อนที่เจ้าชายสิทธัตถะจะตรัสรู้ได้นั้น พระองค์ทรงคิดตั้งคำถามขึ้นมากมาย เพื่อแสวงหาคำตอบ จนสามารถพัฒนาตนเอง และนำไปสู่การรู้แจ้งในที่สุด

สำหรับเด็ก นักเรียน นักศึกษา คนวัยทำงาน ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วย หากเกิดการเรียนรู้ในการคิดตั้งคำถามที่ดี จะช่วยแก้ไขปัญหาคำถามสำคัญสำหรับคนยุคนี้ ซึ่งบทความวิจัยชิ้นหนึ่งระบุชัดเจนว่า ผู้ป่วยจะจดจำคำแนะนำที่แพทย์พยายามอธิบายให้ฟังได้เพียงแค่ครั้งเดียวเมื่อเดินออกมาจากห้อง และเมื่อกลับถึงบ้านผู้ป่วยคนนั้นจะเกิดความไม่แน่ใจว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร²¹

เมื่อการพัฒนาถึงขั้นประชาชนเกิดการเรียนรู้ในการคิดตั้งคำถามที่ดีขึ้น เป็นวัฒนธรรมใหม่ น่าจะทำให้เกิดการสื่อสาร (communication) ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งผลต่อศักยภาพของบุคคลได้มาก อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชนร่วมกันทั้งสังคม โดยใช้งบประมาณในการดำเนินงานเพียงน้อยนิดเท่านั้น

กลวิธีการตั้งคำถามที่ดีน่าจะพัฒนาได้ในหลากหลายวิธี โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
คำถามที่ดีขึ้นจะถูกพัฒนาด้วยการใช้บ่อยๆ ในทุกโอกาส โดยท่านผู้อ่านบทความนี้ทุกคน
ตัวอย่างของคำถาม อาทิ

ทำไมจึงมั่นใจว่าข้อมูลชุดนี้เชื่อถือได้?

ทำไมเขาจึงป่วย และเธอไม่ป่วย?

แพทย์และพยาบาลจะเก่งในการตั้งคำถามให้ผู้ป่วยคิดเป็นได้อย่างไร?

โรงพยาบาลจะจัดบรรยากาศให้ผู้ป่วยกล้าตั้งคำถามได้อย่างไร?



ทำอย่างไร ผู้ป่วยจะสามารถตั้งคำถามที่ดีได้?

ทำอย่างไร แพทย์จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตั้งคำถามที่ดีได้มากขึ้น?

บุคลากรสาธารณสุขจะใช้ระดับคำถามที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างไร?

วิทยากรจะใช้เทคนิคการตั้งคำถามกับผู้เข้าอบรมอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างไร?

สถานศึกษาจะจัดกิจกรรมให้นักเรียนได้เรียนรู้และฝึกตั้งคำถามที่ดีได้อย่างไร?

จะทำอย่างไรให้นักเรียนสนุกที่จะตั้งคำถามที่ดีกับครูและผู้ปกครอง?

คำถามที่ดีขึ้นจะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาในหลากหลายมิติ

ตัวอย่างคำถามที่ดีขึ้น อาทิ

มาตรฐานงานสุขศึกษาจะปรับปรุงให้มีคุณค่าเพิ่มขึ้นได้อย่างไร?

และ “ขออีกหนึ่งคำถาม”

Health literacy ฤาเธอคือดาวจรัสแสง ส่องสุขศึกษางามเด่น?

เอกสารอ้างอิง

1. Mancuso JM. Assessment and Measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nurs and Health Sci*, 2009;11:77-89.
2. Tones K. Health literacy: new wine in old bottles?. *Health Educ Res*, 2002;17(3):287-90.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลการสำรวจการอ่านของประชากรคนไทย. 2558.
4. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ดวงเนตร ธรรมกุล. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 2558;9(2):1-8.
5. รายงานคณะกรรมการวิชาการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง “การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ” สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2559;3-20.
6. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, WHO Geneva, 1998;1-10.
7. World Health Organization. Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya, 2009.
8. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพ. ฉบับปรับปรุง นนทบุรี, 2541.
9. Rootman I. Health Literacy and Health Promotion. *Ontario Health Promotion E-Bulletin*. Available from: <http://www.ohpe.ca/> [Cited 2017, Apr 3].
10. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. เอกสารการอบรมพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานของเครือข่ายทีมสุขภาพ เรื่อง Health Literacy กับงานตำบลจัดการสุขภาพ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี, 16-17 กุมภาพันธ์ 2560.



11. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3 โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2556;25-55.
12. 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(8).
13. Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Mountain View, Calif. Mayfield, 1980.
14. Green LW, & Kreuter MW. Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Mountain View, Calif. Mayfield, 1991.
15. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, 1986.
16. McKenzie, Neiger, Smeltzer. Relationships of health education and health promotion. 2005.
17. Chen WW. The Relationship between Health Education and Health Promotion: A Personal Perspective. Am J of Health Educ. November-December 2001;32(6):369.
18. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2012.
19. Kickbusch I, Pelikan MJ, Apfel F, Tsouros A. Health Literacy. The solid facts. World Health Organization, Regional Office for Europe. The European Health Literacy Project 2009-2012, 2013;21-35.
20. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach. McGraw-Hill Humanities/Social Sciences/Languages; (4th edition). Mountain, CA. Mayfield Publishing, 2005.
21. Kripalani S, Weiss DB. Teaching about Health Literacy and Clear Communication. J GEN INTERN MED, 2006;21:888-90.
22. Brach C, et al. Attributes of a health literate organization. Washington, DC, Institute of Medicine, 2012.
23. Rudd ER. The evolving concept of health literacy: New direction for health literacy studies. J Commun Healthc, 2015;8:7-9.
24. Rudd ER. Need action in health literacy. J Health Psychol, 2013;8:1004-10.
25. 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.