

รอบรู้ เรื่องสุขภาพ

Health Literacy

“..เข้าถึง
..เข้าใจ
จริงหรือ?”

เขียนโดย
ขวัญเมือง แก้วดำเกิง



รอบรู้เรื่องสุขภาพ
Health Literacy เข้าถึง เข้าใจ จริงหรือ?

ถาม-ตอบ
เพิ่มความรอบรู้

โดย

รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2565

หนังสือนี้ผู้เขียนได้นำเสนอองค์ความรู้เรื่อง **health literacy** โดยใช้คำถามและคำตอบ อธิบาย ซึ่งเป็นการนำเสนอในรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้อ่านได้เข้าถึง เข้าใจ และสามารถนำแนวคิดและหลักการไปใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง และหากท่านได้ศึกษาเพิ่มเติมจากหนังสือเล่มที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้ (2561) หนังสือเล่มที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยรณญาณ (2562) และหนังสือเล่มที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน (2564) จะยิ่งทำให้กรอบแนวคิดในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของท่านมีความชัดเจนและคมชัดมากยิ่งขึ้น

บุคคลที่เรียนรู้ได้ย่อมเกิดผลต่อการสร้างความเข้าใจ การเรียนรู้จากประเด็นคำถามและคำตอบจะช่วยเพิ่มมุมมองและความเชื่อมโยงระหว่างองค์ความรู้ให้ลุ่มลึกและแตกฉานมากยิ่งขึ้น ในประเด็นที่ไม่อาจหาได้ในเนื้อหาความรู้ทั่วไป ซึ่งผู้เขียนได้รวบรวมประเด็นคำถามที่เห็นว่ามีความสำคัญต่อการสร้างความเข้าใจในเรื่องนี้ให้ลึกซึ้งขึ้น จึงได้นำมาประมวลและเรียบเรียงโดยจำแนกไว้เป็นกลุ่ม ประกอบด้วย แนวคิดและหลักการ กระบวนการ การปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน และแนวทางการพัฒนา มีรายละเอียดดังนี้

แนวคิดและหลักการ

ลำดับที่ 1 คำถาม: Health Literacy มีความเป็นมาอย่างไร?

คำตอบ: การสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ. 1974 มีประเด็นเรื่องนี้ปรากฏในเอกสารการสัมมนา (Mancuso, 2009) จากนั้นก็มีบทความทางวิชาการชี้ให้เห็นความสำคัญมากขึ้น จนกระทั่งองค์การอนามัยโลกได้เริ่มปลูกกระแสให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันพัฒนาองค์ความรู้สำหรับนำมาใช้ส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ มีความเข้าใจชัดเจนและนำข้อมูลสุขภาพไปสู่การปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เรียกว่ามี health literacy ปัจจุบันมีบทความวิชาการและการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่เผยแพร่นำเสนอคำนิยาม กรอบแนวคิด กลวิธีการพัฒนา เครื่องมือประเมิน สำหรับในประเทศไทย คณะกรรมการวิชาการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สมาชิกขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (2559) ได้ผลักดันให้ระบุไว้ในแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปประเทศ ซึ่งต่อมากระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้จัดทำแผนงาน/โครงการ และกลยุทธ์รองรับและกำหนดคำเรียกว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ”

ลำดับที่ 2 คำถาม: การทำความเข้าใจเรื่อง Health Literacy ควรเริ่มต้นอย่างไร?

คำตอบ: พิจารณาจากคำนิยามที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ซึ่งระบุไว้ว่า “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) แปลไว้ว่า คือ “ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น” เริ่มต้นจากตรงนี้แล้ว จึงทำความเข้าใจนิยามอื่น ๆ ในกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการพัฒนา เพื่อสร้างกรอบแนวคิดเฉพาะปัญหา เฉพาะกลุ่มขึ้น สำหรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป

ลำดับที่ 3 คำถาม: Health Literacy มีผู้ให้นิยามที่หลากหลาย จะเลือกใช้นิยามไหนดี?

คำตอบ: มุมมองของนักวิชาการที่มีต่อ health literacy มีแตกต่างกัน หากจัดประเภทของนักวิชาการเหล่านี้ พอจะจำแนกได้ 3 กลุ่ม คือ **กลุ่มที่หนึ่ง** มองแบบครอบจักรวาล มองว่า health literacy เป็นสิ่งพิเศษที่จะมาช่วยแก้ปัญหาที่เคยแก้ไขไม่ได้ นั่นคือ คนไม่เปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง จึงได้กำหนดนิยามให้ครอบคลุมแบบกว้างโดยรวมตัวแปรต่าง ๆ ไว้มากมาย ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ การรับรู้ ความตั้งใจ เจตคติ ทักษะที่จำเป็น ฯลฯ แบบนี้เมื่อจะทำการพัฒนาจะออกแบบกิจกรรมอย่างไร ใช้เวลานานเท่าใด จะประเมินผลกันอย่างไร เครื่องมือประเมินจะยาวหลายหน้าหรือไม่ เป็นเรื่องที่น่าหนักใจ **กลุ่มที่สอง** มองแบบมุ่งเน้น/มุ่งผลเฉพาะ พยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบันว่ามีสาเหตุสำคัญอะไรบ้าง ซึ่งพบว่าความสามารถหรือทักษะที่จำเป็นต่อการกระทำมีความสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมายเฉพาะกลุ่ม ภายใต้บริบทและเงื่อนไขของกลุ่มเป้าหมายนั้นจึงมุ่งเน้นในการสร้างเสริมทักษะที่จำเป็นเหล่านี้ **กลุ่มที่สาม** เลือกใช้ตามความเชื่อของตนเอง โดยอาจมองว่าเป็นของเล่นชิ้นใหม่ที่กำลังเกิดกระแสนิยมในสังคมสุขภาพ หน่วยงานที่มีงบประมาณก็ส่งเสริมให้มีชื่อนองนี้ แต่เวลาทำจะไม่ใคร่ได้สนใจศึกษาหาความรู้ให้กว้างและลึกพอที่จะนำหลักการมาประยุกต์ใช้ ดังนั้น บางครั้งก็เหลือแค่ความรู้อย่างเดียวในโครงการศึกษาวิจัยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพราะเข้าใจว่า “ความรู้” ก็คือ “ความรู้” และทำการวัดประเมิน

แบบ ก ข ค ง หรือถูก-ผิด หรือใช่-ไม่ใช่ อย่างที่เคยทำ หากมองสาเหตุและพัฒนาแค่ตรงนี้ เราจะคาดหวังผลไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างไร

ลำดับที่ 4 คำถาม: ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ถือว่าเป็น Health Literacy หรือไม่?

คำตอบ: มีการให้คำนิยามจากหลายสำนักคิด รวมทั้งนักวิชาการต่าง ๆ ซึ่งหากรวบรวมตัวแปรที่ได้นิยามไว้ทั้งหมดก็ควรรวมตัวแปรได้ครบทั้งสามกลุ่มตาม Bloom's Taxonomy (2001) คือ มีตัวแปรในกลุ่มพุทธิปัญญา (cognitive domain) กลุ่มเจตคติ (affective domain) และกลุ่มทักษะ (psychomotor domain) ประกอบด้วย ความรู้ การรับรู้ เจตคติ ความเชื่อ ความตระหนัก ความตั้งใจ แรงจูงใจ ทักษะต่าง ๆ ตั้งแต่ขั้นพื้นฐาน ได้แก่ อ่าน คำนวณตัวเลข ไปสู่ขั้นปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ สื่อสาร ไต่ถาม แลกเปลี่ยน และขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ คิดพิจารณา ตัดสินใจ ฯลฯ ดังนั้น กลุ่มที่มองแบบครอบคลุม กับกลุ่มที่เลือกใช้ตามความเชื่อของตนเองก็จะข้อบ่งชี้กันไปตามสะดวก ส่วนกลุ่มที่มองแบบมุ่งเน้น จะหวังผลการพัฒนาที่วัดประเมินได้ในขอบเขตที่ชัดเจน โดยมุ่งเน้นเฉพาะตัวแปรด้านความสามารถ (abilities) ของบุคคล ซึ่งจะต้องพัฒนาให้มีความชำนาญกลายเป็นทักษะ (skills) ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ

ลำดับที่ 5 คำถาม: Health Literacy ให้ความสำคัญในเรื่องอะไร?

คำตอบ: การวิเคราะห์คำนิยามและการให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่กำหนดขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกและนักวิชาการจากสถาบันต่าง ๆ พบว่า คำสำคัญเกือบทั้งหมดเน้นสิ่งที่ใช้สะท้อนความสามารถ (abilities) ของบุคคล และองค์ประกอบสำคัญที่ยอมรับและนำมาใช้ในการกำหนดกรอบการพัฒนาและการประเมิน ได้แก่ เข้าถึง (access) เข้าใจ (understand) ตัดสินใจ (make decision) และนำไปใช้ (apply) (Ishikawa et al., 2008; Tsai & Kuo, 2011; Sorensen et al., 2012; กองสุกศึกษา, 2554; Pelikan et al., 2014; กรมอนามัย, 2560) โดยโครงการของสำนัก/กองวิชาการ ในกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้เพิ่มองค์ประกอบ การไต่ถาม (questioning) เป็นองค์ประกอบที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมาย เนื่องจากมองเห็นว่าเป็นจุดอ่อนที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมในประเทศไทย (สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา, 2559; ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561) จึงกำหนดองค์ประกอบสำคัญที่ต้องพัฒนาทักษะ 5 ด้าน ได้แก่ (1) เข้าถึง (2) เข้าใจ (3) ไต่ถาม (4) ตัดสินใจ และ (5) นำไปใช้

หากพิจารณาจากนิยามความหมายที่ถูกต้อง จะพบว่า health literacy คือสิ่งที่จะต้องเพิ่มเติมจากความสามารถในระดับที่ยังขาดหรือไม่พอเพียง ซึ่งบุคคลแต่ละกลุ่มแต่ละบริบทต่างก็มีส่วนขาดแตกต่างกัน ดังนั้น จึงต้องวิเคราะห์ตามบริบทและปัญหาให้รู้ว่ากลุ่มเป้าหมายของเรา

มีความจำเป็นจะต้องพัฒนาทักษะอะไรบ้าง สิ่งที่กำหนดย่อมเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและมีความสำคัญต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ต้องการ คือการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องและมีสุขภาพดีนั่นเอง

ลำดับที่ 6 คำถาม: บุคคลแต่ละคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ แตกต่างกันได้อย่างไร?

คำตอบ: บุคคลมีคุณลักษณะทั่วไปที่แตกต่างอยู่แล้วโดยธรรมชาติ เป็นผลจากชาติพันธุ์ ความพิการ/ความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ การอบรมเลี้ยงดู วัฒนธรรม การศึกษา ประสบการณ์ และความสามารถพื้นฐานที่ได้รับการพัฒนามาตามลำดับ ได้แก่ การอ่าน การฟัง การพูด และการเขียน

การอ่านและการฟัง เป็นความสามารถที่ใช้ในการนำเข้า (input) ข้อมูลข่าวสารความรู้ หากความสามารถในการอ่านและการฟังดีจะทำให้ได้รับข้อมูลที่มีคุณภาพ สำหรับการนำข้อมูลมาประมวลและจดจำ ประสิทธิภาพในการจดจำข้อมูลได้ ส่งผลต่อการใช้งาน และพัฒนาการในส่วนอื่นต่อไป รายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562) ระบุว่าคนไทยอ่านและเขียนหนังสือได้ ร้อยละ 93.9 โดยมีการกล่าวกันว่า คนไทยอ่านหนังสือเฉลี่ยแค่ 8 บรรทัดต่อปี ขณะที่คนมาเลเซียและเวียดนาม อ่านหนังสือ 5 เล่มต่อปี คนที่อ่านหนังสือไทยไม่ได้ อ่านน้อยและฟังน้อย ย่อมมีข้อมูลข่าวสารความรู้สำหรับการนำมาประมวลผลน้อย ทำให้ระบบการประมวลผลในสมองขาดข้อมูลสะสมที่เป็นทุน เพื่อสร้างการเชื่อมโยงและสังเคราะห์ความรู้ สิ่งที่ได้จากการประมวลผลจึงขาดประสิทธิภาพ ส่งผลต่อภาคการนำไปใช้

การพูดและการเขียน เป็นความสามารถที่ใช้ในการนำข้อมูลข่าวสารความรู้ออกมาเผยแพร่/นำเสนอ/สื่อสารกับบุคคลอื่น ถือเป็นส่วนนำออก (output) หรือภาคการนำไปใช้ เพื่อการใช้ชีวิตและการทำงาน บุคคลที่พูดเก่งอาจไม่เก่งเรื่องการเขียน และคนพูดไม่เก่งอาจเขียนเก่งก็ได้ แต่ความสามารถในการอ่านและการฟัง ซึ่งเป็นส่วนนำเข้ามีความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะการพูดและการเขียนโดยตรง รวมทั้งพัฒนาการของความสามารถในการอ่าน การฟัง การพูด และการเขียน ทำให้เกิดความแตกต่างต่อผลลัพธ์สุขภาพคือ ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมที่แสดงออก

นักการศึกษาและนักพัฒนาส่วนใหญ่ไม่ค่อยสนใจส่วนผลหรือส่วนนำออก (output) ซึ่งเป็นภาคการนำไปใช้ มุ่งเน้นแต่การพัฒนาส่วนนำเข้า (input) คือ การอ่านและการฟัง ทั้งที่ความสามารถในการพูดและการเขียนเป็นทักษะที่ก่อให้เกิดการพัฒนาต่อยอดได้มาก มีบุคคลเพียงจำนวนน้อยเท่านั้นที่เก่งในการพูดและเก่งเรื่องการเขียนด้วย ทักษะการพูดและการเขียนนี้ หากใช้ในทางที่ดีจะส่งผลดีต่อการพัฒนาประเทศ และหากมีบุคลากรที่เก่งความสามารถพื้นฐาน

ทั้งสองส่วน คือการอ่าน-การฟัง และการพูด-การเขียน ก็จะช่วยพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน ให้เจริญก้าวหน้าได้มาก ยิ่งอ่านและฟังได้หลายภาษาก็ยิ่งทำให้การพูดและการเขียนถูกพัฒนาไปด้วย เพราะทักษะเหล่านี้เองที่ทำให้บุคคลากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน

ลำดับที่ 7 คำถาม: การเพิ่มทักษะ 5 ด้าน ทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างไร?

คำตอบ: การเลือกใช้สัญลักษณ์ที่ช่วยสร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้นตามแนวคิดและหลักการเรื่อง health literacy อย่างเช่น **K-shape** ทำให้เข้าใจง่ายและเกิดความเข้าใจถูกต้อง ไม่สับสน แสดงความเป็นเหตุเป็นผลของทักษะทั้ง 5 ด้าน ซึ่งมีกระบวนการเป็นลำดับขั้นตอน เริ่มต้นจากการนำเข้าสู่ข้อมูลข่าวสารความรู้ ซึ่งใช้ทักษะการเข้าถึง (**access**) สู่การสร้าง **ความเข้าใจ (understand)** ซึ่งต้องอาศัยความสามารถขั้นพื้นฐาน (**functional health literacy**) มาใช้ในการนำเข้าสู่และประมวลข้อมูลที่ได้รับ ผลที่เกิดขึ้นคือ ความเข้าใจที่ถูกต้อง แต่บุคคลจะมีความเข้าใจที่ถูกต้องได้ ต้องใช้ทักษะการไต่ถาม (**questioning**) เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือ โดยตั้งข้อสังเกตหรือเรียนรู้เพิ่มเติมในเรื่องที่เชื่อมโยงกัน การส่งเสริมให้เกิดการใช้คำถามช่วยสร้างปฏิสัมพันธ์ (**interactive health literacy**) ระหว่างบุคคลกับผู้รู้/ผู้เชี่ยวชาญ และคำตอบที่ได้รับจะช่วยยกระดับความรู้และความเข้าใจให้สูงขึ้น/สมบูรณ์ขึ้นและชัดเจน ไม่มีความสงสัย นำไปสู่การใช้ทักษะการตัดสินใจ (**make decision**) ในเรื่องที่สำคัญได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ โดยผ่านการพิจารณาทางเลือกหรือทางแยกต่าง ๆ ว่ามีข้อดี-ข้อเสียอะไรบ้าง จนกระทั่งแสดงจุดยืนของการตัดสินใจได้อย่างแน่วแน่และเหมาะสมกับเงื่อนไขของตนเอง และใช้ทักษะการนำไปใช้ (**apply**) ที่ถูกพัฒนาแล้วในด้านการเตือนตนเอง และจัดการตนเอง สามารถควบคุมความตั้งใจในสิ่งที่ได้ตัดสินใจแล้ว เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวได้อย่างต่อเนื่องโดยการปรับตัว/แก้ไขสถานการณ์ให้สอดคล้องและเฝ้าต่อความตั้งใจที่จะกระทำ เพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีบนพื้นฐานของ **ความรู้ (knowledge)** และความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจน

การเพิ่มทักษะ 5 ด้าน ตามกระบวนการจะเกิดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอนเป็นจังหวะหรือรวดเร็วทันที่อัตโนมัติ หรือมีประสิทธิภาพมาก-น้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการฝึกฝนอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ยิ่งฝึกฝนบ่อยหรือผ่านประสบการณ์มากก็จะยิ่งการเกิดการพัฒนา **กระบวนการเพิ่ม health literacy ที่อธิบายด้วย K-shape** สะท้อนทัศนคติและมุมคิดต่อการกำหนดนิยามแบบมุ่งเน้นหรือมุ่งผลเฉพาะ เพื่อสร้างจุดโฟกัสของการพัฒนาให้กับบุคลากรและผู้ปฏิบัติงาน ผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเพิ่มความสามารถและทักษะที่จำเป็นต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องนี้ นอกจากจะช่วยยกระดับ **ความรู้ (knowledge)** และความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจนแล้ว ยังจะส่งผลต่อการรับรู้ (**perceive**) ความเชื่อ (**belief**) เจตคติ (**attitude**)

ความตั้งใจ (intention) ฯลฯ อันเป็นตัวแปรกลุ่มพุทธิปัญญา (cognitive domain) ที่สำคัญทางพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมภายในที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตัวของประชาชน

ลำดับที่ 8 คำถาม: Health Literacy มีความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชนอย่างไร?

คำตอบ: มีงานวิจัยจำนวนมากแสดงความสัมพันธ์และแสดงข้อมูลว่าบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ส่งผลต่อการรับและการใช้ข้อมูล การเลือกบริการสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง รวมทั้ง มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่วัยน้อย และมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า (DeWalt et al., 2004; NAAL, 2003) และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและโรคมะเร็ง เนื่องจากมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องและขาดทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Baker et al., 2007) หากพิจารณากำหนดองค์ประกอบของ health literacy ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทในการใช้ชีวิตของประชาชนก็จะช่วยพัฒนาให้มีศักยภาพสูงขึ้นในการดูแลตนเองเรื่องสุขภาพและมีการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้วยความระมัดระวังทั้งกับตนเอง ครอบครัว และสังคม

ลำดับที่ 9 คำถาม: เหตุใดผู้ปฏิบัติส่วนหนึ่ง ประยุกต์ใช้หลักการ Health Literacy ไม่ได้?

คำตอบ: หากผู้ปฏิบัติไม่สามารถเข้าถึงองค์ความรู้ที่ถูกต้อง และไม่ได้ศึกษาให้เข้าใจหลักการเรื่อง health literacy ก็อาจจะขาดมุมมองและไม่มีกรอบแนวคิดที่ชัดเจน เพราะจุดยืนเป็นมุมอับ ทำให้ไม่สามารถคิดแผนงาน/โครงการในเรื่องนี้ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมให้เกิดขึ้น เนื่องจากเรื่องนี้นี้ยังคงมีพัฒนาการและต้องการองค์ความรู้ในการสร้างเสริมความรู้และวิธีการประเมินทักษะอีกมาก นักวิชาการจำเป็นต้องลงมือปฏิบัติ เพื่อให้ได้องค์ความรู้เหล่านี้ไปสร้างฐานความรู้ทางวิชาการที่ชัดเจนเฉพาะเรื่องเฉพาะกลุ่ม แล้วคิดออกแบบนวัตกรรมสำหรับนำไปถ่ายทอดให้กับผู้ปฏิบัติงานในเครือข่าย ดังนั้น ควรจะต้องพยายามแสวงหาความรู้หรือองค์ความรู้ชุดที่ถูกต้อง นำมาศึกษาให้เข้าใจถ่องแท้ โดยไต่ถามและแลกเปลี่ยนกับผู้รู้ ผู้มีประสบการณ์ นำไปคิดพิจารณาตัดสินใจเลือกให้เหมาะสมกับงาน และทดลองนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง พิสูจน์ให้เห็นถึงประโยชน์ในด้านดีและด้านไม่ดีที่ต้องปรับปรุงพัฒนาต่อไป

องค์ความรู้เรื่องนี้ให้หลักการที่สำคัญมากมาย หากนำมาคิดพิจารณาปรับปรุงประยุกต์ใช้ให้เข้ากับงานของตนย่อมจะเกิดประโยชน์ เพราะฉะนั้นก่อนจะคิดว่าเรื่องนี้ไม่มีอะไรใหม่ เป็นเพียงกระแสนิยม ควรลองศึกษาให้เข้าถึง เข้าใจ และลองใช้ดู ถ้ายังเข้าไม่ถึงองค์ความรู้

และหลักการ แล้วจะเข้าใจอย่างไรได้ เรื่อง health literacy มีหลักการที่ดี สำหรับนำมาใช้แก้ไข ปัญหาสุขภาพที่นับวันจะทวีความซับซ้อนมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะสังคมโลกทุกวันนี้

ลำดับที่ 10 คำถาม: องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ HLO มีแนวคิดและหลักการอย่างไร?

คำตอบ: องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ เกิดขึ้นเพราะมีการจัดการที่ทำให้เกิดการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลความรู้และบริการสุขภาพง่ายสำหรับทุกคน ทั้งผู้ป่วย บุคลากร และ ประชาชน ดังนั้น การพัฒนาองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงต้องอาศัยกระบวนการจัดการระบบ ข้อมูลและสถานที่ย่างเป็นระบบ ด้วยสำนึกและใส่ใจเรื่องข้อมูลสุขภาพ ทำให้มีการปฏิบัติ ถูกต้องต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ทั้งบุคลากรและผู้รับบริการ เป็นการสร้างสุขภาวะที่ดีร่วมกัน โดยการพัฒนามีความหมายครอบคลุมในบริบทโรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพ สถานศึกษา ศาสนสถาน สถานประกอบการ สื่อสารมวลชน ตลาดสด ชุมชน สังคม และพื้นที่ทุกแห่ง

ลำดับที่ 11 คำถาม: องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ HLO มีลักษณะอย่างไร?

คำตอบ: องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่คุณลักษณะขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เป็นมิตรกับผู้ใช้บริการ (health literate-friendly organizations) ไว้ 10 ประการ ประกอบด้วย (1) ผู้นำต้องส่งเสริม (2) มีแผนงาน การประเมิน และการพัฒนา (3) จัดเตรียมองค์กร (4) ใส่ใจ ผู้รับบริการ (5) รู้ความต้องการของผู้รับบริการ (6) มั่นใจระบบการเข้าถึง (7) สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (8) ออกแบบสื่อให้เข้าถึงความเข้าใจและการปฏิบัติตาม (9) รู้ว่ากลุ่มใดมีความ เสี่ยงสูง และ (10) อธิบายชัดเจนเรื่องบริการและค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม คุณลักษณะเหล่านี้ จะส่งผลต่อเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่ต้องการหรือไม่ คงต้องพิสูจน์ด้วยการสร้างกรอบแนวคิด ที่ถูกต้อง ลงมือพัฒนา และศึกษาหาความรู้จากองค์กรที่มีคุณภาพตามคุณลักษณะดังกล่าว

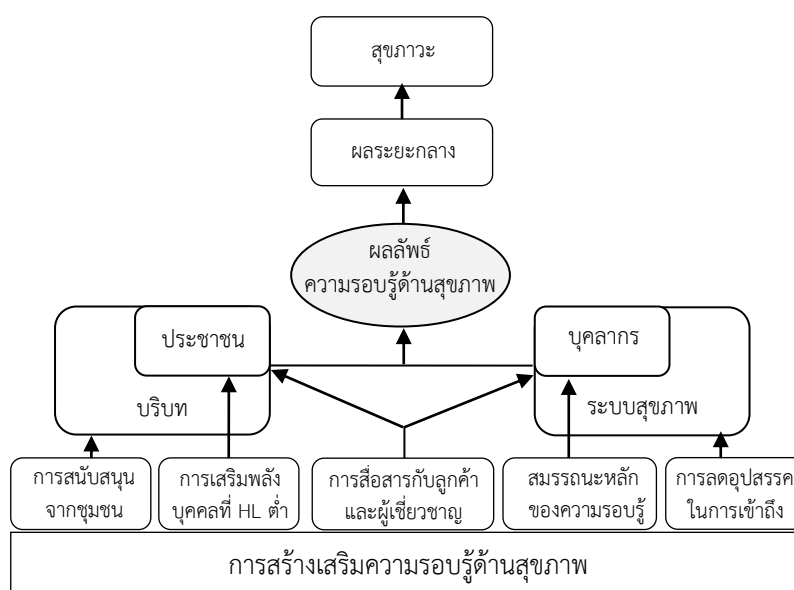
ลำดับที่ 12 คำถาม: Public Health Literacy หรือ PHL คืออะไร?

คำตอบ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อสาธารณะ หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อสังคม เป็นความพยายามในการทำให้เป้าหมายของการพัฒนาประสบความสำเร็จ ด้วยการสร้างเสริม ศักยภาพชั้นนำของภาคประชาชนให้มีพลังในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน และเปลี่ยนแปลงปัจจัยสภาพแวดล้อมและปัจจัยทางสังคม เพื่อให้บริบทสังคมมีลักษณะที่เอื้อ และเสริมต่อการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องอันจะส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี เช่น มีจิตสำนึกต่อ การส่งต่อข้อมูลข่าวสารที่โกหกหลอกลวง สร้างความสับสน ด้วยการใช้ทักษะของตนเองและ

ความรับผิดชอบต่อสังคม และแสดงศักยภาพในการจัดการเพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสาธารณะ หรือควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ เป็นต้น

ลำดับที่ 13 คำถาม: แนวคิดเรื่อง HLO และ PHL มีความเชื่อมโยงกันอย่างไร?

คำตอบ: แนวคิดการพัฒนางานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate organization: HLO) เป็นความพยายามที่จะปรับแนวคิดการพัฒนางานองค์กรให้พร้อมรับความเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ พฤติกรรมการสื่อสารและการใช้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งสภาพปัญหาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรในองค์กรและผู้รับบริการ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการจัดการเชิงระบบที่ทำให้เกิดการเข้าถึง สร้างความเข้าใจ ตรวจสอบ และใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและโรคภัยที่ง่ายสำหรับคนทุกคน ทั้งผู้ป่วย บุคลากร ประชาชนทั่วไป โดยพัฒนาปัจจัยสำคัญตามบริบทการดำเนินชีวิตของบุคคล ดูแลประชาชนที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำด้วยการเสริมพลังโดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา สร้างเสริมความสามารถและทักษะที่จำเป็นในการจัดการพฤติกรรมและสุขภาพด้วยตนเอง บุคลากรต้องเสริมศักยภาพความเชี่ยวชาญในปัญหาของตนเอง ปรับปรุงระบบบริการ ออกแบบและพัฒนาระบบ เพื่อให้การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพทำได้โดยสะดวกและรวดเร็วด้วยนโยบายมาตรฐานคุณภาพ ปัจจัยเหล่านี้จะนำไปสู่ผลลัพธ์ในระยะกลาง ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ และเป้าหมายของการพัฒนาในระยะยาว นั่นคือ สุขภาวะที่ดีของประชาชนทุกกลุ่มวัย ตามแบบจำลอง



ภาพที่ 7.1 กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ที่มา: ปรับปรุงจาก Geboers และคณะ (2018)

กระบวนการ

ลำดับที่ 14 คำถาม: การออกแบบกระบวนการสร้างเสริม Health Literacy มีขั้นตอนอย่างไร?

คำตอบ: การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การออกแบบกระบวนการ มี 5 ขั้นตอนสำคัญคือ **หนึ่ง ศึกษาข้อมูลเชิงลึก** ขั้นตอนนี้มีความสำคัญมาก เนื่องจากการออกแบบต้องเฉพาะเจาะจงภายใต้บริบทการใช้ชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย เราจะต้องรู้ว่าเขาใช้ช่องทางไหนรับรู้เรื่องสุขภาพ และมีวิธีเข้าถึงข้อมูลได้อย่างไร ข้อมูลที่เชื่อและใช้คือข้อมูลของใคร เชื่อถือได้หรือไม่ มีอะไรบ้างที่เป็นเหตุปัจจัยทำให้ไม่ยอมปฏิบัติตามข้อปฏิบัติของแพทย์/หน่วยงาน หรือประเด็นที่เราตั้งใจสื่อสารไป เขาเข้าถึงไหม ข้อมูลเหล่านี้ช่วยเราในการออกแบบและพัฒนาได้ตรงจุด ส่วนวิธีหาข้อมูลเชิงลึก ก็เช่น สนทนากลุ่ม แบบไม่เป็นทางการ สัมภาษณ์เชิงลึก (ถ้ามีโอกาส) เข้าไปสังเกตในพื้นที่ บ้าน ที่ทำงาน ชุมชน หรือใช้ข้อมูลจากกลุ่มสังคมออนไลน์ **สอง สร้างกรอบแนวคิดโดยเลือกใช้ทฤษฎีเป็นฐานในการออกแบบ** จะทำให้เกิดโมเดลการพัฒนาที่ถูกต้องและชัดเจน เพราะช่วยตรวจสอบความครอบคลุม ทำให้รู้ลำดับขั้นตอนในการพัฒนา ให้แนวทางในการเลือกกิจกรรมและกลวิธี รวมทั้งช่วยเรื่องการวัดและประเมินผลตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ **สาม ออกแบบและวางแผน** มีการกำหนดกลวิธีและกิจกรรมพัฒนาให้ครอบคลุมทั้งด้านความสามารถ-ทักษะของบุคคล และนโยบาย-สภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลต่อการสร้างความเปลี่ยนแปลงอย่างครอบคลุมและยั่งยืน **สี่ ดำเนินงาน** กระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเกิดผลตามวัตถุประสงค์ ต้องอาศัยการวางแผนการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานและภาคีเครือข่าย มีการประสานด้านทรัพยากร การติดตาม ฝ่าละอองธุลีไฟ รวมทั้งการสนับสนุนให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนงาน **ห้า ประเมินผล** ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ เน้นการวัดประเมินความสามารถและทักษะสำคัญ ซึ่งสามารถทำได้ทั้งก่อนการดำเนินงาน ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดกระบวนการ

ลำดับที่ 15 คำถาม: หลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ข้อใดสำคัญที่สุด?

คำตอบ: สำคัญทุกข้อ พิจารณาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับงาน เช่น ทำหน้าที่สื่อสาร ถ่ายทอดนโยบาย/มาตรการ หรือข้อมูลสำคัญ ต้องใช้หลักการเรื่องการแปลงข้อมูลให้เหมาะสม และง่ายต่อความเข้าใจของคนแต่ละกลุ่ม หรือทำหน้าที่ผลิตสื่อ ก็ต้องใช้หลักการเรื่องออกแบบ พิจารณาเรื่อง ขนาด สี แบบอักษร การจัดวาง ภาษา หรือทำหน้าที่จัดทำระบบข้อมูล ก็ต้องใช้

หลักการเรื่องการวางระบบข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ถูกต้องเป็นจริง สร้างให้เกิดความไว้วางใจ และหากทำหน้าที่จัดกิจกรรมพัฒนา ก็ต้องใช้หลักการเรื่องออกแบบเชิงกระบวนการจึงได้ผลลัพธ์ที่ดี

ลำดับที่ 16 คำถาม: ประโยชน์ของการจำแนกระดับ Health Literacy มีอะไรบ้าง?

คำตอบ: การจำแนกความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ โดย Don Nutbeam (2000; 2008) ประกอบด้วย (1) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) (2) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และ (3) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรณาญาณ (critical health literacy) มีประโยชน์ 3 ประการ คือ **ประการที่หนึ่ง** ช่วยให้ผู้ที่นำแนวคิดนี้ไปใช้สามารถกำหนดเป้าหมายการพัฒนาได้ชัดเจนขึ้น โดยระบุทักษะที่จะพัฒนาได้อย่างเจาะจงว่ามีอะไรบ้างตามระดับที่จำแนกไว้ **ประการที่สอง** ทักษะอยู่ต่างระดับ แสดงว่ามีกลวิธีการพัฒนาแตกต่างกันด้วย ดังนั้น จึงต้องเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมในการพัฒนา กลุ่มเป้าหมายนั้น **ประการที่สาม** เมื่อระบุได้ว่าทักษะที่ต้องการพัฒนาอยู่ระดับไหน ทำให้การสร้างเครื่องมือวัดและประเมินมีความชัดเจน โดยอาศัยหลักการมาใช้อย่างเหมาะสมเพื่อให้รู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนากระบวนการให้เกิดประสิทธิผล

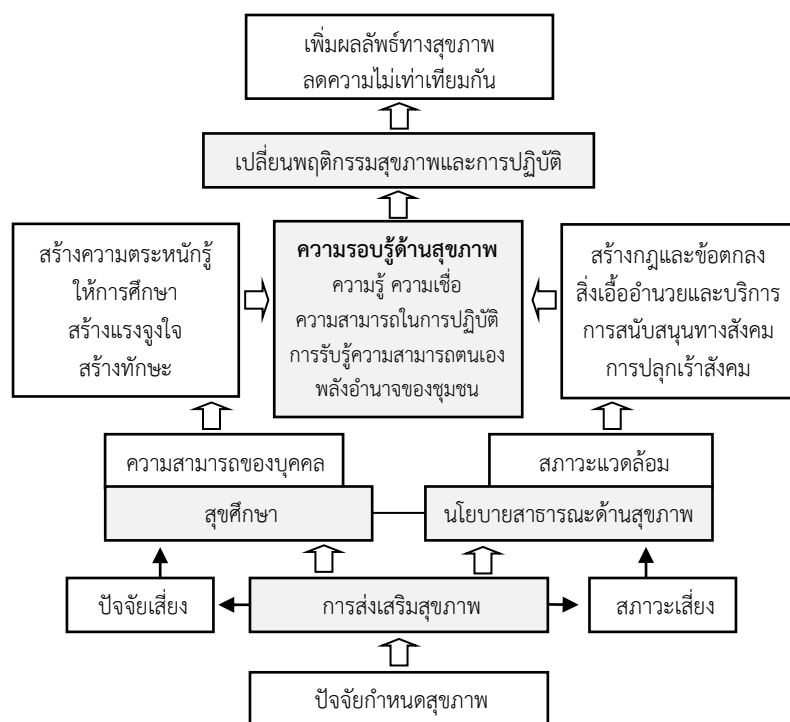
ลำดับที่ 17 คำถาม: มีวิธีการจำแนกกลุ่มผู้มี Health Literacy แตกต่างกันอย่างไร?

คำตอบ: กลุ่มเป้าหมายที่ต้องเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ มีการจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) **ผู้ที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (illiteracy populations)** ได้แก่ บุคคลที่อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ หรือพูดไม่ได้ ประสิทธิภาพในการได้ยินและการใช้สายตาต่ำกว่าปกติ รวมทั้งมีปัญหาในการใช้ภาษาหลักและภาษาท้องถิ่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดและอุปสรรคในด้านปัจจัยพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้ เช่น คนที่เรียนหนังสือน้อย คนพิการ เด็กเล็ก คนชรา คนต่างชาติ คนอพยพย้ายถิ่น เป็นต้น (2) **ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ (low-literacy populations)** ได้แก่ ผู้ที่ขาดความตระหนักและละเลยการเอาใจใส่ในการเรียนรู้ ทำให้การดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด หลงลืมง่าย คนที่ไม่ชอบถาม คนขี้อาย คนพูดเสียงเบา คนที่บอกอะไรไม่ค่อยได้หรือเล่าลำดับความไม่ถูก คนที่ไม่ช่างสังเกต กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มไม่ครบถ้วน เป็นต้น (3) **ประชาชนทั่วไป (general populations)** ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี และมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เครียด รับประทานอาหารไม่ถูกวิธี ไม่ออกกำลังกาย ไม่ออกกำลังกาย ระวังภัยอันตรายไม่ได้ เมาแล้วขับซิ่ง กินอาหารตามใจปาก ไม่ออกกำลังกาย เทียวหญิงขายบริการโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรค เป็นต้น

วิธีการจำแนกกลุ่มผู้มี health literacy แตกต่างกัน ทำได้โดยศึกษาข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มเป้าหมายในแฟ้มข้อมูลสุขภาพ การสังเกต การใช้เครื่องประเมิน เช่น แบบคัดกรอง แบบทดสอบ แบบประเมิน แบบสัมภาษณ์ แบบตรวจสอบรายการ เป็นต้น

ลำดับที่ 18 คำถาม: Health Literacy ทำให้กระบวนการสุศึกษาเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร?

คำตอบ: กระบวนการสุศึกษาและความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างยิ่งตามเอกสารที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, Regional Office for the Eastern Mediterranean, Kickbusch et al., 2013) อธิบายกระบวนการสุศึกษา (health education) ไว้อย่างชัดเจนที่สุด และชี้ให้เห็นว่ากระบวนการสุศึกษาต้องมุ่งพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้มีความสามารถในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ โดยพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะเกิดขึ้นได้จนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้นั้น ต้องอาศัยการพัฒนาปัจจัยสถานะแวดล้อมและสร้างกระบวนการทางสังคมในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ (healthy public policies) นำไปสู่สุขภาพดีร่วมกันของประชาชนในสังคม



ภาพที่ 7.2 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ที่มา: ขวัญเมือง แก้วคำเกิง (2561) แปลและปรับปรุงจาก WHO, Regional Office for the Eastern Mediterranean (Kickbusch et al., 2013)

กระบวนการสุขศึกษาเป็นบริการสุขภาพสำคัญ ซึ่งต้องมีการพัฒนาให้งานเกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนี้ (1) มีวิธีการวิเคราะห์และประเมินจำแนกกลุ่มผู้มีข้อจำกัดทางความสามารถพื้นฐาน ได้แก่ การอ่าน ฟัง พูด เขียน ซึ่งช่วยให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือเพื่อนำมาใช้สร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง และตัดสินใจใช้ข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณ (2) มุ่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถของบุคคล (individual capacities) ด้วยการสร้างทักษะ (skill-building) ที่จำเป็นตามที่กำหนดขึ้น สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทสังคม (2) พัฒนากลวิธีในการพัฒนาศักยภาพบุคคลให้เหมาะสมกับบุคคลแต่ละกลุ่มซึ่งมีความแตกต่างหลากหลาย (3) พัฒนาสื่อฝึกฝนทักษะที่ทำให้เกิดผลต่อการนำไปปฏิบัติได้จริง (4) ผสมผสานหลักการดำเนินงานระดับบุคคล กลุ่ม องค์กร ชุมชน สังคม (5) ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงด้านทักษะ โดยกำหนดไว้เป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม และการสร้างมาตรฐานงานสุขศึกษาเพื่อยกระดับคุณภาพของบริการที่มุ่งให้เกิดการพัฒนาปัจจัยเชิงระบบต่อการใช้อินโฟม

การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพอาจกระทำได้หลายวิธี และปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่แก้ไขยากก็มีหลายสาเหตุที่จะต้องจัดการ การเพิ่ม health literacy เป็นวิธีการหนึ่งสร้างรากฐานสำคัญและจะเกิดขึ้นได้ก็ด้วยกระบวนการสุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพ ดังที่ Nutbeam (2000) เชื่อว่า health literacy เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงผลลัพธ์ของกระบวนการสุขศึกษา และ Rootman (2002) ชี้ว่าเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยอธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ เพราะการดำเนินงานสุขศึกษาทำให้เกิดการพัฒนา health literacy โดยตรง

ลำดับที่ 19 คำถาม: องค์ประกอบการพัฒนา Health Literacy เน้น Cognitive, Affective หรือ Psychomotor กันแน่?

คำตอบ: การสร้างเสริม health literacy จะต้องเพิ่มความสามารถและทักษะพื้นฐานในเรื่องการเข้าถึง (access) เข้าใจหรือสร้างความเข้าใจ (understand) และนำไปใช้ (apply) เป็นเบื้องต้น ซึ่งทักษะเหล่านี้จัดอยู่ในกลุ่มทักษะพิสัย (psychomotor domain) ดังนั้น การออกแบบกิจกรรมจึงต้องมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะเป็นสำคัญ ถือเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ต้องการ อย่างไรก็ตาม ผู้ถูกฝึกจะได้พัฒนาความสามารถทางปัญญา (cognitive) และเจตคติ (affective) ไปพร้อมกันด้วย ทั้งนี้ มีผู้ที่เข้าใจว่า health literacy จะต้องวัด cognitive ทำให้มี

การใช้ลำดับขั้นการพัฒนาด้าน cognitive domain ตาม Bloom's Taxonomy มากำหนด นิยามและสร้างเป็นเครื่องมือประเมิน ซึ่งเป็นความเข้าใจตามกลุ่มที่มองแบบครอบจักรวาล และ กลุ่มที่เลือกใช้ตามความเชื่อของตนเอง

ลำดับที่ 20 คำถาม: การกำหนดพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมายที่ชัดเจน มีความสำคัญอย่างไร?

คำตอบ: การมีกรอบแนวคิดในการพัฒนาจะถูกบังคับให้ต้องระบุ “พฤติกรรมสุขภาพ เป้าหมาย” ของโครงการหรือของหน่วยงานไว้ ซึ่งหากระบุได้อย่างชัดเจนจะช่วยให้การพัฒนา กระบวนการทำงานทุกระดับ และนำไปสู่การประเมินผลลัพธ์หรือตัวชี้วัดสำคัญตามนโยบาย พฤติกรรมสุขภาพเป้าหมายนี้ หากระบุเป็นพฤติกรรมเดี่ยว เช่น พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย พฤติกรรมสูบบุหรี่ เป็นต้น จะชัดเจนกว่าเป็นพฤติกรรมกลุ่ม เช่น พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุรา สารเสพติด) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (กินหวาน กินมัน กินเค็ม กินมาก กินน้อย) เป็นต้น เนื่องจากมีความเฉพาะเจาะจงต่อประเด็นสื่อสารหลักในเรื่อง เฉพาะกลุ่ม ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าของกระบวนการฝึกเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพ และทำให้ ประเด็นพัฒนาที่มีความเฉพาะเจาะจงด้วย

ลำดับที่ 21 คำถาม: การออกแบบกิจกรรมฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพ มีแนวทางอย่างไร?

คำตอบ: กระบวนการเพิ่ม HL เน้นข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวที่จะต้องนำไปใช้ เวลา ส่วนใหญ่จะใช้ในกิจกรรมฝึกปฏิบัติ ค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบ ส่วนข้อมูลความรู้ทั่วไป เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพต้องจัดสัดส่วนให้น้อย โดยนำมาเน้นในขั้นตอนการสร้างความรู้เข้าใจ เฉพาะประเด็นที่มักจะสับสนบ่อยหรือยังสงสัย หรือประเด็นที่จำเป็นต้องทำความเข้าใจ ส่วนข้อมูลความรู้ที่เหลือจัดทำเป็นสื่อรูปแบบต่าง ๆ นำไปจัดวางไว้ในระบบข้อมูลที่บุคคลทั่วไป สามารถเข้าถึงได้ง่าย คนที่ฝึกมาดีแล้วจะต้องเข้าถึงได้เองภายหลังจากการฝึกวิธีการเข้าถึงแล้ว

ลำดับที่ 22 คำถาม: การออกแบบกระบวนการ จัดตามเวลาที่นักกลุ่มเป้าหมายได้หรือไม่?

คำตอบ: การจัดกิจกรรมเพิ่มทักษะมีการออกแบบไว้เป็นคู่มือการจัดกิจกรรมสำหรับการ พัฒนา เช่น กรมควบคุมโรค มีหลายหน่วยงานเผยแพร่คู่มือการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคเฉพาะเรื่องเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย สำหรับบุคลากร สาธารณสุข แต่ละทักษะใช้เวลาครั้งละประมาณหนึ่งชั่วโมงถึงชั่วโมงครึ่ง โดยสามารถจัดกิจกรรม ต่อเนื่องเริ่มจากการฝึกการเข้าถึงข้อมูล ฝึกสร้างความเข้าใจ ฝึกการใช้คำถาม ฝึกการตัดสินใจ และฝึกการนำไปใช้ ซึ่งเน้นวิธีเตือนตนเองและจัดการตนเอง ผู้ปฏิบัติงานที่มีเวลาจำกัดในการทำ กิจกรรม แต่ละครั้งอาจมีเวลา 30 นาทีหรือ 60 นาที สามารถปรับวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ในการพัฒนาความสามารถเฉพาะทักษะตามความเหมาะสม โดยคงขั้นตอนการจทำกิจกรรม 3 ส่วนไว้ ได้แก่ ขั้นนำ ขั้นฝึก/จัดกิจกรรม และขั้นสรุป ทั้งนี้ กิจกรรมแต่ละครั้งอาจมีการเพิ่มระดับ

ความสามารถในทักษะที่เกี่ยวข้องกันหลายทักษะ แต่ไม่ครบกระบวนการพัฒนาเฉพาะทักษะ เช่น กำหนดเนื้อหาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มีการฝึกการเข้าถึงข้อมูล ต่อด้วยฝึกการสร้างความเข้าใจจากข้อมูลดังกล่าว โดยใช้วิธีการตั้งคำถามจากผู้ร่วมกิจกรรมในเวลา 60 นาที เป็นต้น

ลำดับที่ 23 คำถาม: กระบวนการสุศึกษาแนวใหม่ แตกต่างจากสุศึกษาแบบเก่าอย่างไร?

คำตอบ: กระบวนการสุศึกษาในประเทศไทยขาดบุคลากรที่มีองค์ความรู้และความเข้าใจในเรื่อง health literacy การจัดกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเชิงกระบวนการ และการออกแบบกิจกรรมฝึกฝนพัฒนาทักษะ รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ขาดศักยภาพในการจัดกระบวนการแบบใหม่ตามแนวคิดและหลักการ health literacy ดังนั้น ความร่วมมือในลักษณะการบูรณาการแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมจึงไม่เกิดขึ้น เพราะขาดกรอบแนวคิดที่ส่วนตัวและร่วมกันในการนำหลักการที่ถูกต้องมาใช้พัฒนาการดำเนินงานทุกระดับ ได้แก่ (1) การคัดกรองและจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามระดับศักยภาพ (2) การใช้เทคนิคและกลวิธีพัฒนาทักษะ (3) การออกแบบสื่อและระบบข้อมูลที่อ่านง่าย เข้าถึงได้ (4) การใช้สื่อที่มีคุณภาพได้มาตรฐานเฉพาะกลุ่มและเหมาะสมตามระดับศักยภาพของกลุ่มผู้รับบริการ (5) การพัฒนาเครื่องมือและวิธีการประเมินศักยภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากการดำเนินงาน (implementation) ที่ให้ข้อมูลสารสนเทศที่มีประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิธีการและชี้ให้เห็นถึงทักษะแต่ละด้านที่จะต้องพัฒนาเพิ่มให้กับกลุ่มเป้าหมาย หากเปรียบเทียบกระบวนการสุศึกษาแนวใหม่กับสุศึกษาแบบเก่าด้วยใจเป็นกลาง เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาจะมองเห็นความแตกต่าง ดังนี้

ตารางที่ 7.1 สุศึกษาแบบเก่า และสุศึกษาแนวใหม่

สุศึกษาแบบเก่า	สุศึกษาแนวใหม่
○ ใช้เวลาส่วนใหญ่ มุ่งสอนให้ความรู้ ○ สร้างประสบการณ์ด้วยการฟังบรรยาย ดูวิดีโอ อ่านแผ่นพับ โปสเตอร์ ฯลฯ ○ ใส่ใจการพัฒนาศักยภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณน้อย ○ ประเมินเฉพาะความรู้และปัจจัยนำเป็นพื้นฐาน	○ ใช้เวลาส่วนใหญ่ มุ่งเพิ่มทักษะจำเป็น ○ สร้างประสบการณ์ด้วยการลงมือทำ ฝึกฝนในสถานการณ์เดียวกับชีวิตจริง ○ เน้นการพัฒนาศักยภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณขั้นสูง ○ ประเมินศักยภาพด้านความสามารถ และทักษะ ควบคู่กับพฤติกรรมสุขภาพ

ลำดับที่ 24 คำถาม: กลวิธีและสื่อสุขศึกษาแนวใหม่ แตกต่างจากสุขศึกษาแบบเก่าอย่างไร?

คำตอบ: นักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบการให้ความรู้ต้องเปลี่ยนความคิดและวิธีการ มาเป็นผู้จัดกระบวนการ ไม่ใช่ผู้สอนแต่เนื้อหาอย่างเดียว หรือแจกแผ่นพับ/ทำโปสเตอร์ สุขศึกษา (health education) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก ระบุว่าคือ “การสร้างโอกาสเพื่อการเรียนรู้ โดยอาศัยรูปแบบต่าง ๆ ของการสื่อสารที่คิดค้นขึ้นเพื่อยกระดับความแตกฉานด้านสุขภาพ (ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ) รวมทั้ง การเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะชีวิต ซึ่งส่งผลเกื้อหนุนสุขภาพของชุมชนและปัจเจกบุคคล” (WHO, 1998)

ดังนั้น จึงต้องคิดหาวิธีว่าจะทำอย่างไรให้กลุ่มเป้าหมายผ่านประสบการณ์จำลองที่เสมือนจริง หรือใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงที่เผชิญอยู่ เช่น หากจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การขับขีให้ปลอดภัย ก็ต้องฝึกวัยรุ่นให้มีประสบการณ์นั่งขับขี่รถ รู้สีกว่ารถกำลังวิ่งด้วยความเร็วสูง แบบที่เคยทำ แต่การแสดงผลมีความหลากหลายตามที่โปรแกรมที่กำหนดไว้ อาทิ เชี่ยวชนกับเพื่อนในกลุ่ม กระเด็นไปชนขอบทางจนศีรษะขาด หรือซึ่งหนีตำรวจจนล้มคว่ำโดนเศษเหล็กทิ่มตาบอดสองข้าง สถานการณ์ในโปรแกรมมิได้หลากหลายและอาจมีภาพที่ต่อเนื่องไปจนถึงโรงพยาบาล บ้าน สถานีตำรวจ วัด และเสียงร้องให้คร่ำครวญของพ่อแม่พี่น้อง การแสดงอารมณ์โกรธของคู่กรณี การถูกนำตัวไปขังคุก ความผิดหวังของครูอาจารย์ เป็นต้น

ตัวอย่างอีกกรณีหนึ่ง คือ พฤติกรรมการเลือกเก็บเห็ดที่กินได้ (พฤติกรรมการกินเห็ดพิษ) ก็ต้องฝึกกลุ่มเสี่ยงให้ผ่านประสบการณ์ โดยสร้างอุปกรณ์ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา อาทิ แผ่นยางที่มีโมเดลดอกเห็ดขนาด สีสัน แบบ/ประเภทต่าง ๆ กำหนดขั้นตอนกิจกรรมให้เดินเข้าไปเลือกเก็บเห็ดที่กินได้มาปรุงอาหาร สถานการณ์อาจเปลี่ยนแปลงไปตามกลุ่มวัย ระดับความยาก และเงื่อนไขในบริบทพื้นที่ เป็นต้น รวมทั้งสามารถโปรแกรมให้มีความสุขสนุกสนานด้วยก็ได้

กลวิธีในการสร้างความเข้าใจสามารถใช้วิธีการตรวจสอบตามรายการ (checklist) เพื่อสร้างกระบวนการกลุ่มที่ต้องคิดพิจารณาร่วมกัน ทำให้ได้รับประสบการณ์ตรงจากการลงมือปฏิบัติเรียนรู้จากแบบตรวจสอบรายการ แทนการเรียนรู้จากการฟังบรรยายเกี่ยวกับลักษณะอาการ การรักษา หลักการเลือกเห็ด ซึ่งเนื้อหาความรู้นี้ จัดทำโดยออกแบบตามหลักการผลิตสื่อที่ดีและนำไปจัดวางในระบบข้อมูลของหน่วยงาน เพื่อเผยแพร่ให้กลุ่มเป้าหมายใช้ทักษะการเข้าถึง (access) นำข้อมูลไปสร้างความเข้าใจและอัปเดตความรู้ของตนเองให้มีความทันสมัยอยู่เสมอตราบใดที่ยังต้องใช้ความรู้นี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อมิให้ตัวเองตกอยู่ในภาวะเสี่ยงและมีความปลอดภัยจากการใช้ชุดข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องมีความทันสมัย วิธีการสร้างประสบการณ์หรือ

จัดการเรียนรู้ในสถานการณ์เสมือนจริง (scenario-based learning: SBL) นี้ ต้องอาศัยการออกแบบกิจกรรม การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี (อาทิ แว่นตา 3 มิติ) และการลงทุนเพื่อผลิตอุปกรณ์หรือห้องจำลองสถานการณ์เสมือนจริง (virtual room) ที่มีโปรแกรมที่หลากหลาย

เห็นได้ชัดจนว่ากระบวนการแบบนี้ แตกต่างไปจากสุขศึกษาแบบเก่า ซึ่งนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ มีความเข้าใจแบบผิด ๆ ว่า สุขศึกษาคือ การให้ความรู้ จึงมุ่งแต่สอนโดยใช้ตัวเองเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้และใช้เวลาทั้งหมดนานนับชั่วโมงบรรยาย ขณะที่กลุ่มเป้าหมายนั่งนิ่ง ๆ หลับบ้าง-นั่งใจลอยบ้าง จำได้บ้าง-ลืมบ้าง เข้าใจถูกบ้าง-เข้าใจผิดบ้าง พอถึงเวลานำไปปฏิบัติ ก็ทำไม่ได้หรือทำแบบไม่ถูกต้อง จึงไม่ได้ผล และไม่สามารถปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวแย ๆ หรือแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงของตัวเองได้

ลำดับที่ 25 คำถาม: หากจะทำวิจัยเรื่อง Health Literacy เลือกหัวข้ออะไรดี?

คำตอบ: พัฒนาการเรื่อง health literacy ยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และองค์ความรู้ที่จะต้องมีการวิจัยต่อไปมีหลายประเด็น โจทย์การวิจัยต้องท้าทาย เช่น (1) ระบบข้อมูลสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายเป็นอย่างไร และจะต้องอาศัยกลไกอะไรในการพัฒนา เพื่อลดความไม่เท่าเทียมและข้อจำกัดของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ (2) โมเดลการใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลและวิธีการเชื่อมโยงลักษณะ big data (3) รูปแบบการส่งเสริมเครือข่ายภาคประชาชนในการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย (4) รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอาสาสมัครและภาคประชาชนในการพัฒนาข้อมูลและสื่อความรู้สุขภาพ (5) กระบวนการขับเคลื่อนนโยบาย/กฎหมาย ปัจจัยเชิงระบบ มาตรฐานคุณภาพ และการส่งเสริมวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (6) ผลของการประยุกต์ใช้กลวิธีสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายที่มีข้อจำกัด (7) การพัฒนานวัตกรรมที่ผสมผสานเทคโนโลยีการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉพาะเรื่องเฉพาะกลุ่ม (8) การพัฒนารอบการประเมิน องค์ประกอบการพัฒนา และเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สะท้อนสภาพการณ์จริงและชี้ประเด็นการพัฒนา เป็นต้น

ลำดับที่ 26 คำถาม: ปัญหาการวิจัย หาได้จากแหล่งใดบ้าง?

คำตอบ: แหล่งที่มาของปัญหาการวิจัยมีหลากหลายแหล่ง หากเริ่มมีความคิดอยากจะทำวิจัยก็สามารถค้นหา แสวงหา สืบค้นได้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ (1) ศึกษาจากความต้องการและการชี้ทิศทางของหน่วยงานหรือสถาบันที่เกี่ยวข้อง (2) อ่านงานวิจัย/บทความวิจัยที่มีชื่อเรื่องหรือศึกษาตัวแปรตรงกับความสนใจ (3) ศึกษาจากข้อเสนอแนะในงานวิจัยที่มีผู้อื่นทำ

ไว้แล้ว (4) ได้ถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับนักวิจัยผู้มีประสบการณ์ในเรื่องที่สนใจ และ (5) ร่วมเวทีสัมมนาและแลกเปลี่ยนประเด็นเกี่ยวกับงานวิจัยที่ผ่านมาหรือหัวข้อที่ผู้วิจัยสนใจ หรืออ่านข้อวิพากษ์วิจารณ์ของบุคลากรในวงการวิชาชีพเฉพาะสาขา

ลำดับที่ 27 คำถาม: ปัญหาการวิจัยที่ดี มีลักษณะอย่างไร?

คำตอบ: การกำหนดปัญหาการวิจัยที่ดีจะนำไปสู่การแสวงหาคำตอบ/ข้อมูล/องค์ความรู้ ที่มีผู้ต้องการใช้จำนวนมาก ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการนำไปใช้และความคุ้มค่าของการลงทุน ลักษณะของปัญหาการวิจัยที่ดี มีดังนี้ คือ (1) เป็นปัญหาที่มีประโยชน์ ทำให้เกิดความรู้ใหม่หรือนำมาใช้แก้ไขปัญหในปัจจุบันได้ (2) เป็นปัญหาที่สามารถหาคำตอบได้ด้วยวิธีการวิจัย (3) เป็นปัญหาที่สามารถหาข้อมูลมาตรวจสอบสมมติฐานเพื่อสร้างข้อสรุป (4) เป็นปัญหาที่สามารถให้คำนิยามปัญหาได้ (5) เป็นปัญหาที่สามารถวางแผนการดำเนินงานตามขั้นตอนไว้ล่วงหน้าได้ และ (6) เป็นปัญหาที่สามารถใช้วิชาการและขั้นตอน/เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการเก็บข้อมูลได้

ลำดับที่ 28 คำถาม: การออกแบบทำวิจัยเรื่อง Health Literacy เริ่มต้นอย่างไรดี?

คำตอบ: เริ่มต้นด้วยการสร้างแนวคิดเรื่อง HL ที่ชัดเจน โดยค้นคว้าองค์ความรู้และนำมาเรียบเรียงเป็น “โครงร่างการวิจัย” ดังนี้ (1) ความสำคัญของปัญหา (2) คำถามการวิจัย (สิ่งที่ต้องการรู้) (3) วัตถุประสงค์การวิจัย (4) ตัวแปรและนิยาม (5) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (6) หลักการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (7) รูปแบบการวิจัย (8) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (9) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (10) เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ (11) สถิติและแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล (12) รายการแหล่งค้นคว้าหรือเอกสารอ้างอิง

การวิจัย เป็นกระบวนการศึกษา ค้นคว้า ทดลองหาความรู้ความจริงอย่างเป็นระบบ และมีกฎเกณฑ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูล เพื่อให้ได้คำตอบสำหรับปัญหาหรือข้อสงสัยที่กำหนดไว้

ดังนั้น เมื่อเริ่มต้นแล้ว จงอย่าหยุด ทำให้ต่อเนื่องไป รักษาความสม่ำเสมอ มีความพยายาม พากเพียร และปฏิบัติตามจรรยาบรรณของนักวิจัย แต่ละขั้นตอนจะพัฒนาและหล่อหลอมนักวิจัยให้มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษาอย่างลึกซึ้งอย่างไร ก็ขึ้นอยู่กับความเอาใจใส่และความตั้งใจจริงของผู้วิจัยเป็นสำคัญ

การปฏิบัติการ

ลำดับที่ 29 คำถาม: การศึกษาข้อมูลเชิงลึก แตกต่างจากการทำ Pilot Study อย่างไร?

คำตอบ: pilot study เป็นการศึกษาสำรวจหรือทดสอบการปฏิบัติการใหม่ในพื้นที่เล็ก ๆ หรือกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่ง ก่อนการนำไปขยายผลหรือเผยแพร่ในวงกว้างกับกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก หรือเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการ ขั้นตอนการดำเนินงาน วิธีการจัดการ และอื่น ๆ ทำให้สามารถปรับปรุงหรือหาวิธีการลดปัญหาอุปสรรคได้ก่อน ช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความมั่นใจต่อกระบวนการที่นำมาใช้ รวมทั้งการทำ pilot study ยังให้ข้อมูลเบื้องต้นสำหรับนำมาใช้เป็นแนวทางในการคำนวณขนาดตัวอย่างของการวิจัยได้

ส่วนการศึกษาข้อมูลเชิงลึกตามกระบวนการออกแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาข้อมูลและประเด็นสำคัญสำหรับนำมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมมีความเฉพาะเจาะจงในบริบทการใช้ชีวิตและการทำงานของกลุ่มเป้าหมายที่จะพัฒนาสอดคล้องตามปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการพัฒนา เช่น ชุดข้อมูลที่นำไปใช้สภาวะเสี่ยงหรือเงื่อนไขที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ ปัจจัยสาเหตุของการมี/ไม่มีพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ สภาพการเข้าถึงสิ่งเอื้ออำนวยและบริการ การยึดถือกฎระเบียบและข้อตกลงที่กำหนดขึ้น ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น โดยวิธีการศึกษาข้อมูลเชิงลึกสามารถกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การสนทนากลุ่ม (focus group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การใช้ข้อมูลจากกลุ่มวงใน กลุ่มสังคมออนไลน์ การสังเกตสภาพแวดล้อมที่บ้าน ที่ทำงาน และชุมชน ฯลฯ

ลำดับที่ 30 คำถาม: การจัดกิจกรรมเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ต้องเตรียมการอย่างไร?

คำตอบ: กรณีการพัฒนาความสามารถด้านการเข้าถึง หรือ access เราต้องฝึกให้กลุ่มเป้าหมายรู้จักคุ้นเคยและลงมือค้นหาข้อมูลที่จะต้องใช้ ฝึกวิธีการกลั่นกรองว่าทำอย่างไรต้องตรวจสอบอะไรบ้าง ก่อนที่จะเชื่อข้อมูลนั้นและนำไปใช้หรือเอาไปบอกใครต่อใคร การฝึกนี้ต้องมีการจัดเตรียมระบบข้อมูลและสื่อความรู้ของหน่วยงาน รวมทั้งจัดเตรียมข้อมูลความรู้สุขภาพที่มีการเผยแพร่อยู่แล้วในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ สื่อออนไลน์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อรูปแบบอื่น (สายด่วนสุขภาพ สื่อบุคคล ชุดนิทรรศการ) ฯลฯ โดยมีทั้งข้อมูลความรู้ที่มีความน่าเชื่อถือ และ

ที่มีความคลุมเครือ ไม่น่าเชื่อถือหรือไม่ควรนำมาใช้ หากการจัดเตรียมได้ข้อมูลที่หลากหลาย ประเภทและหลากหลายลักษณะจะช่วยพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้มีความชำนาญเพิ่มมากขึ้นได้ดี

ลำดับที่ 31 คำถาม: การฝึกทักษะความเข้าใจ ฝึกอย่างไร เหมือนการสอนให้ความรู้หรือไม่?

คำตอบ: การฝึกทักษะการสร้างความเข้าใจ ต้องแบ่งเวลาส่วนใหญ่เน้นพัฒนาความสามารถ ไม่ใช่สอนให้ความรู้เนื้อหา การที่กลุ่มเป้าหมายจดจำได้ สะท้อนถึงความสามารถในการจัดเก็บข้อมูล (registration) รักษาไว้ (retention) และนำออกมาใช้ (retrieval) ในยามที่ต้องการใช้ ความสามารถนี้ฝึกฝนพัฒนาได้ด้วยวิธีการดังนี้ (1) ฝึกการเชื่อมโยง ได้แก่ สร้างเป็นเรื่องราว (เริ่มจากเหตุการณ์เล็กไปสู่เหตุการณ์ใหญ่ หรือจากเหตุการณ์ใหญ่มาสู่เหตุการณ์เล็ก) จัดกลุ่ม (แยกสิ่งที่ต้องจำเป็นกลุ่มหรือประเภทตามลักษณะ) และเรียงลำดับ (ตามเวลาก่อน-หลัง, ง่าย-ยาก, ชอบมาก-ชอบน้อย) (2) ฝึกการจำให้เป็นภาพ ได้แก่ การสร้างจินตนาการสิ่งต่าง ๆ ให้เชื่อมโยงกันหรือเป็นภาพที่มีสีสันทำให้จดจำง่าย (3) ฝึกการสร้างและจำตัวย่อ ได้แก่ การใช้เทคนิคการเข้ารหัส (coding) มีความเป็นระบบสากล จะช่วยการถอดรหัส (decoding) ทำได้ถูกต้องทุกครั้ง และ (4) ฝึกวิธีสร้างคำคล้องจอง ได้แก่ คำขวัญ บทกลอน บทสวด บทเพลง

นอกจากนี้ ยังมีวิธีช่วยจำอื่น ๆ อีก ได้แก่ จดบันทึก บันทึกเสียง เขียนสาระสำคัญเป็นแผนที่ความคิด แผนผัง วาดภาพลายเส้น สร้างสัญลักษณ์ ซึ่งสามารถเลือกใช้ตามความถนัดของแต่ละบุคคล รวมทั้งการใช้เทคนิคเพิ่มการทำงานของ working memory ในสมองด้วยวิธีการดังนี้ (1) จัดข้อมูลให้เป็นช่วง (chunking) เช่น บทสวด คำสั่งการ เป็นต้น (2) จัดระบบ (organization) เช่น เรื่องราว นิทาน เป็นต้น (3) เรียงลำดับ (sequential) เช่น เล็ก-ใหญ่ เหตุการณ์ก่อน-หลัง เป็นต้น (4) เชื่อมโยง (connection) เช่น คำขวัญ บทกลอน เป็นต้น

ลำดับที่ 32 คำถาม: การใช้คำถามเพื่อสร้างการเรียนรู้ มีวิธีฝึกอย่างไร?

คำตอบ: เราสามารถฝึกการใช้คำถามให้กับบุคคลทุกกลุ่มเป้าหมาย ทั้งกลุ่มบุคลากรด้วยตนเอง ผู้รับบริการ ผู้ป่วย นักเรียน พนักงาน แกนนำชุมชน อสม. สมาชิกชมรม รวมทั้งภาคีเครือข่ายการทำงานที่เกี่ยวข้อง วิธีการฝึกการใช้คำถาม แบ่งเป็น 2 แบบ คือ การฝึกการใช้คำถามแบบไม่เป็นทางการ (informal questioning training) และการฝึกการใช้คำถามแบบทางการ (formal questioning training) **การฝึกแบบแรก** ต้องพยายามคิดที่ใช้คำถามให้มากขึ้น ก่อนที่จะให้คำตอบใด ๆ โดยใช้จังหวะในการอดทนรอฟังคำตอบ เพื่อกระตุ้นความคิดและสร้างการมีส่วนร่วม **การฝึกแบบที่สอง** เป็นการฝึกตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ วาง

แผนการใช้คำถามในสถานการณ์ต่าง ๆ คิดตั้งคำถามไว้ล่วงหน้า หาวิธีใช้คำถาม และประเมินเพื่อปรับปรุงการใช้คำถามของตนเองให้ดีขึ้นอยู่เสมอ จะช่วยพัฒนาตนเองและสังคมให้ดีขึ้นทุกด้าน

ลำดับที่ 33 คำถาม: การเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจ มีวิธีฝึกอย่างไร?

คำตอบ: ระบบการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา ขาดการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการและเทคนิคในการฝึกฝนทักษะการตัดสินใจให้กับประชากรของชาติ ทำให้เกิดผลต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมเสี่ยงเกิดปัญหาต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และความมั่นคงดังที่ปรากฏตามข่าวรายวัน การเพิ่มและทักษะการตัดสินใจในต่างประเทศมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกถึงกระบวนการและผลที่เกิดขึ้น ซึ่งในหนังสือเล่มนี้ ผู้เขียนได้สังเคราะห์นำมาใช้ในการฝึกเพื่อเพิ่ม health literacy ในช่วงเริ่มต้นการพัฒนานี้ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) ฝึกการระบุประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องตัดสินใจ (2) ฝึกกำหนดทางเลือกให้ได้หลายทางเลือก (3) ฝึกประเมินทางเลือก ว่าแต่ละทางเลือกมีข้อดี-ข้อเสียอะไรบ้าง และฝึกแสดงจุดยืนในการตัดสินใจของตนเองเพื่อสร้างเป้าหมายของการกระทำด้วยความมั่นใจ ซึ่งในอนาคตกระบวนการฝึกจะต้องมีความเข้มข้นมากยิ่งขึ้น โดยใช้เทคโนโลยีประดิษฐ์ห้องจำลองสถานการณ์แบบเดียวกับที่เกิดขึ้นได้บ่อยในปัญหาสุขภาพหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ในกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มตามเงื่อนไขและบริบทเฉพาะสังคม

ลำดับที่ 34 คำถาม: กลวิธีเพิ่มทักษะ health literacy ที่มีการพัฒนาขึ้นใช้แล้ว มีอะไรบ้าง?

คำตอบ: กลวิธีสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีการพัฒนาขึ้นในต่างประเทศ มุ่งเน้นการใช้ในการเพิ่ม health literacy ระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ได้แก่ การอ่าน คำศัพท์ การทบทวนความเข้าใจ การสร้างการจดจำ เช่น เทคนิคการใช้ภาพ (fotonovela technique) เทคนิคการสอนกลับ (teach-back technique) การแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (show-me) วิธีการตรวจสอบตามรายการ (chunk & check methods) การตรวจสอบและบันทึกคะแนน (checklists & scorecards) คำถาม 3 ข้อ (ask me 3) เป็นต้น

นักวิจัยและนักวิชาการที่มีการประยุกต์ใช้หรือนำกลวิธีและเทคนิคการฝึกทักษะเพื่อเพิ่ม health literacy ในระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เช่น การใช้คำถาม (questioning) การตัดสินใจ (decision making) การเตือนตนเอง (self-monitoring) การตั้งเป้าหมาย (goal setting) เป็นต้น

ยังพบได้น้อยมาก รวมทั้งยังต้องการองค์ความรู้จากประสบการณ์การใช้เทคนิคเหล่านี้ มาใช้ในการพัฒนาเป็นคู่มือสำหรับภาคปฏิบัติการเฉพาะปัญหา เฉพาะกลุ่ม และบริบทพื้นที่อีกจำนวนมาก

ลำดับที่ 35 คำถาม: การพัฒนา Health Literacy จะต้องพัฒนาครอบคลุมทั้งขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ ขั้นวิจารณ์ญาณหรือไม่?

คำตอบ: การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย ควรออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมและครอบคลุมการพัฒนาทั้ง 3 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ เลือกกำหนดกลวิธีในการพัฒนาโดยคำนึงถึงความแตกต่างในด้านศักยภาพของบุคคล ซึ่งมีความสามารถและทักษะในระดับที่ไม่เท่ากัน รวมทั้งยังมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ อันมีปัจจัยสาเหตุที่หลากหลาย อาทิ ความพิการมาแต่กำเนิด ความพิการจากอุบัติเหตุ ความไม่พร้อมจากอาการป่วย ความเสื่อมของร่างกายตามวัย ความสามารถในการจดจำของบุคคลทั่วไป และกลุ่มเฉพาะ รวมทั้งขาดความสามารถพื้นฐาน (functional health literacy) เช่น การอ่าน การฟัง การพูด การเขียน เป็นต้น แต่ผู้ที่มีข้อจำกัดในด้านความสามารถขั้นพื้นฐานเหล่านี้ ก็สามารถจะพัฒนาตนเองให้เป็นบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ ตัวอย่างเช่น กรณีของประชาชนชาวบ้านที่บางท่านอ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ แต่มีความคิดอ่านที่เป็นระบบ มีเหตุผลเชื่อมโยงกัน และมีกระบวนการคิดตัดสินใจที่ดีทางสุขภาพ อย่างไรก็ตาม กรณีเช่นนี้อาจถือว่าเป็นส่วนน้อย หากบุคคลส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนาความสามารถพื้นฐานให้สมบูรณ์พร้อม ย่อมจะสามารถเกิดการพัฒนาขั้นสูงขึ้นในการปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ สร้างความเข้าใจ สื่อสาร/ไต่ถาม รู้คิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล จินนำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้อง และนำแนวทางไปปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนในระยะยาว

ลำดับที่ 36 คำถาม: ทีมวิทยากรกระบวนการ ไม่เก่งเรื่องกลวิธีและเทคนิค จะพัฒนาได้อย่างไร?

คำตอบ: เริ่มต้นจากการศึกษาแนวทางการจัดกิจกรรม อ่านขั้นตอนแต่ละขั้นตอนให้เข้าใจ แล้วปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่จะทำ จากนั้นเรียบเรียงตามสไตล์ที่เหมาะสมกับตนเอง ทดลองจัดครั้งละ 15-30 นาที หรือหาโอกาสทำกิจกรรมร่วมกับวิทยากรที่มีประสบการณ์ จะช่วยให้เกิดความมั่นใจเร็วขึ้น ฝีมือในการจัดกิจกรรมจะพัฒนามากขึ้นตามจำนวนครั้งหรือจำนวน

ชั่วโมงบินที่ได้ฝึกฝน ทีมวิทยากรของหน่วยงานสามารถจัดแบ่งกันตามความเชี่ยวชาญในแต่ละทักษะ หมั่นศึกษาหาความรู้ทางวิชาการจากแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ อาทิ การใช้กลวิธี HL การสร้างแรงจูงใจ การสร้างบรรยากาศ ฯลฯ การแลกเปลี่ยนวิชาการระหว่างหน่วยงานจะทำให้มีวิทยากรกระบวนการที่เก่งและมีความชำนาญเพิ่มขึ้น เพื่อขยายพื้นที่การทำงานออกไปอีก

ลำดับที่ 37 คำถาม: ทำสื่อ Infographic เพิ่ม Health Literacy ได้ไหม?

คำตอบ: หาก health literacy ซึ่งกล่าวว่า เป็นความสามารถและทักษะที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวทางสุขภาพอย่างถูกต้อง เกิดขึ้นได้จากกระดาษแผ่นเดียว หรือภาพหนึ่งภาพคงจะเป็นเรื่องที่ดี เพราะทำให้คนพัฒนาทำงานง่ายขึ้น อย่างไรก็ตาม สื่อที่ผลิตขึ้นเพื่อให้ Information ชุดหนึ่งมีวัตถุประสงค์เบื้องต้นเพื่อสร้างการรับรู้ ส่วนจะได้ผลหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับกรออกแบบร้อยเรียงข้อความ เลือกใช้คำ เลือกใช้สี ขนาด และรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการจะสื่อสารด้วย ดังนั้น การใช้สื่อ infographic เพื่อเพิ่ม health literacy จึงมีข้อจำกัดมาก โดยเฉพาะการพัฒนาในขั้นปฏิสัมพันธ์และขั้นวิจารณ์ญาณ คงต้องอาศัยหลักการในการออกแบบเชิงกระบวนการเข้ามาช่วย

ลำดับที่ 38 คำถาม: วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม คืออะไร มีแนวทางเขียนอย่างไร?

คำตอบ: การเขียนวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม มีแนวทางดังนี้

- 1) วัตถุประสงค์แต่ละข้อ ควรระบุกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนว่าเป็นใคร
- 2) กรณีกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงาน มีมากกว่า 1 กลุ่ม ต้องแยกวัตถุประสงค์กิจกรรม กลวิธี สื่อ และการวัด/ประเมินผล ให้ชัดเจน กรณีนี้ หากแยกเป็น 2 โครงการ ตามกลุ่มเป้าหมาย จะมีความชัดเจนและไม่เกิดความสับสน ในการคิดกิจกรรม และการพัฒนาเครื่องมือวัด
- 3) แต่ละวัตถุประสงค์ให้กำหนดประเด็นการพัฒนาประเด็นเดียว เพื่อให้การวัดและจัดทำเครื่องมือมีความชัดเจน
- 4) วัตถุประสงค์ที่เขียนหากเป็นวัตถุประสงค์ระดับโครงการ ควรมุ่งให้เกิดผลในการเปลี่ยนแปลงประเด็นจากกิจกรรมที่ทำในช่วงเวลาที่กำหนดสั้น ๆ เช่น 3 เดือน, 6 เดือน หรือ 1 ปี ฉะนั้น จึงควรเลือกใช้คำที่นำมากำหนดประเด็นให้แคบเข้าไว้ (อาทิ มีความรู้ มีทักษะ ฯลฯ) ดีกว่ากว้าง (อาทิ ส่งเสริม สนับสนุน ฯลฯ) จะวัดและประเมินยาก คำที่กำหนดประเด็นแบบกว้าง มักใช้ในระดับแผนงาน

5) นำหลัก SMART มาพิจารณาว่าการเขียนวัตถุประสงค์ดีแล้วหรือยัง โดยตรวจสอบว่ามีความเจาะจงหรือไม่, วัดได้หรือไม่ ด้วยเครื่องมือใด, ทำให้บรรลุผลได้ไหม, สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขหรือไม่ และสามารถทำให้เห็นผลภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในโครงการได้ไหม? หลักการดังกล่าวจะช่วยให้ได้วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ดี

ลำดับที่ 39 คำถาม: การพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ มีกระบวนการอย่างไร?

คำตอบ: การพัฒนาองค์กรให้รอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ HLO มีเครื่องมือพัฒนามากมาย เลือกให้ถูกจริตกับวัฒนธรรมของคนในองค์กร องค์กรที่ใช้เครื่องมือเยอะ ก็เชื่อว่าประสบความสำเร็จทุกแห่ง องค์กรอาจจะต้องพิจารณาว่า จะเลือกสร้างจุดเริ่มต้นอย่างไร จะใช้แบบประเมินคุณลักษณะของใคร มีวิธีอย่างไรให้บุคลากรเข้าใจวิธีการใช้เครื่องมือพัฒนา เป็นต้น

เป้าหมายขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ มุ่งให้บุคลากรและผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศและความรู้ด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ ด้วยความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม กระบวนการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีการพัฒนาต่อยอดจากโมเดลการพัฒนาองค์กรสุขภาพะ เรียกว่า โมเดล MapHL (แม็ป-เอช-แอล) กระบวนการพัฒนา มี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 สร้างภาพฝันองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาองค์กร ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบกระบวนการ ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 5 เรียนรู้และแลกเปลี่ยน เพื่อสร้างปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนา ได้แก่ การจัดการ (management: M) บรรยากาศและสภาพแวดล้อม (atmosphere & environment: A) กระบวนการ (process: P) ส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (health behaviors: H) และคุณลักษณะขององค์กรรอบรู้ (literate organization: L)

ลำดับที่ 40 คำถาม: องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ สร้างการเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร?

คำตอบ: หน่วยงานหรือองค์กรที่พัฒนาตามหลักการองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ จะต้องแสดงผลลัพธ์ที่แตกต่าง เพิ่มเติมจากองค์กรทั่วไป สะท้อนให้เห็นด้วยผลที่ปรากฏ เช่น ผู้ใช้บริการหรือลูกค้าพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารและบริการที่ได้รับ บุคลากรทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเพราะข้อมูลที่จำเป็นต้องรู้และต้องใช้เข้าถึงได้ง่าย และมีสื่อให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็นอ่านแล้วเข้าใจง่าย มีกิจกรรมเพิ่มทักษะผู้ให้บริการ เป็นต้น ส่วนการจัดการและพัฒนาภายในองค์กรต้องทำหลายส่วน เช่น ผู้นำส่งเสริมให้มีนโยบาย พันธกิจ จัดโครงสร้างที่มีหน่วยพัฒนา health literacy มีแผนงานพัฒนา จัดเตรียมทีมงานหรือคณะทำงานที่เข้าใจเรื่อง

HL สร้างความมั่นใจระบบการเข้าถึงข้อมูล ออกแบบสื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจ สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เอาใจใส่ผู้รับบริการ มีวิธีรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ รู้ว่ากลุ่มใดมีความเสี่ยงสูงเพื่อวางแผนรับมือโดยเฉพาะ การอธิบายขั้นตอนบริการและค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการจะต้องจ่าย มีความชัดเจน ระบบบริการโดยรวมมีความเป็นมาตรฐานไม่เลือกปฏิบัติ เป็นต้น

เครื่องมือประเมิน

ลำดับที่ 41 คำถาม: การวัดและประเมิน Health Literacy มีวิธีการอย่างไร?

คำตอบ: นักวิชาการบางกลุ่มเลือกที่จะใช้โมเดลการพัฒนาตามแนวคิดสมัยนิยม เช่นตอนนี้ backward design ย่อว่า BWD กำลังมีคนพูดถึงกัน ซึ่งคงต้องติดตามการนำไปใช้ว่า จะดีกว่าโมเดลเดิมหรือไม่ อย่างไร ที่ผ่านมานักวิชาการมีโมเดลหนึ่ง ซึ่งถือว่าคลาสสิกมาก ใช้กัน มาต่อเนื่องหลายยุคหลายสมัยจนถึงปัจจุบัน คือ OLE เรียกกันว่า “โอเล่” ซึ่งอธิบายว่า การออกแบบกระบวนการเรียนรู้ ให้เริ่มต้นจากวัตถุประสงค์ (objective: O) จากนั้นให้คิดออกแบบ วิธีสร้างกระบวนการเรียนรู้ (learning: L) และคิดเรื่องการประเมินผล (evaluation: E) ตามลำดับ แนวคิด BWD กลับทิศใหม่ คิดวิธีประเมินก่อนสร้างกระบวนการพัฒนา ทำให้อาจใช้อธิบายเรื่องใหม่อย่าง health literacy ไม่ได้ดีนัก โดยเฉพาะผู้ที่ขาดความเข้าใจและรอบรู้ หลักการพัฒนา รีบไปทำตัว E ก่อน แสดงผลประเมินจากการวัดที่ไม่ชัดเจน สารสนเทศไม่ได้ให้ประโยชน์ต่อการพัฒนาเชิงกระบวนการ

วิธีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ควรเริ่มต้นจากเป้าหมายและวัตถุประสงค์ นำมาสร้างกรอบการประเมิน ระบุกลุ่มเป้าหมายและพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมาย มีการเลือกใช้นิยาม health literacy และองค์ประกอบการพัฒนาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมายตามช่วงวัยและบริบทพื้นที่ ออกแบบกระบวนการพัฒนา จากนั้นศึกษาและเลือกใช้เครื่องมือประเมินที่สอดคล้องกับกรอบการประเมินและมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามขั้นตอน เพื่อให้ผลการประเมินสะท้อนระดับที่เป็นจริงและชี้ประเด็นการพัฒนา

ลำดับที่ 42 คำถาม: ทำไม? มีแต่ผู้เร่งรีบทำเครื่องมือวัด Health Literacy

คำตอบ: การสำรวจให้ผลการวิจัยที่รวดเร็ว และจบการศึกษาได้ไวตามเวลาที่หลักสูตรกำหนด ผู้ที่คิดสร้างเครื่องมือโดยไม่มีประสบการณ์การพัฒนา health literacy มาก่อน หรือมีเวลาศึกษาน้อย จะขาดความรู้และขาดความเข้าใจในการกำหนดองค์ประกอบย่อยของการ

พัฒนา ซึ่งเป็นรายละเอียดที่จะต้องแจ้งไว้ให้ชัดเจนในนิยามปฏิบัติการ เพื่อแสดงขอบเขตการพัฒนาและการวัดให้สอดคล้องกัน เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อวัด health literacy ต้องมีความเฉพาะเจาะจง เพราะทักษะที่จำเป็นสำหรับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มนั้น ต้องการองค์ประกอบย่อยที่สามารถสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมายได้ ดังนั้น เครื่องมือวัดที่มีคุณภาพจึงต้องแสดงค่ามาตรฐานและขั้นตอนพัฒนา เพื่อเป็นข้อมูลพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้

ลำดับที่ 43 คำถาม: การวัดและประเมินโดยทั่วไป มีอะไรบ้างที่ต้องนำมาคิดพิจารณา?

คำตอบ: สิ่งที่ต้องนำมาคิดพิจารณาสำหรับใช้ในการวัดและประเมินโดยทั่วไป ประกอบด้วย (1) สิ่งที่นำมาวัด ได้แก่ กลุ่มบุคคล ตัวแปรที่สนใจ (2) เครื่องมือวัด ได้แก่ ลักษณะจำนวน ความยุ่งยาก (3) วิธีการวัด ได้แก่ การสังเกต การนับ การบันทึก การสอบถาม การสัมภาษณ์ (4) ผู้ทำการวัด ได้แก่ ผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย (5) มาตรฐาน ได้แก่ สิ่งใช้สะท้อน คุณภาพการวัด ความคงเส้นคงวา ความคลาดเคลื่อน (6) ความน่าเชื่อถือ ได้แก่ ความถูกต้อง การยอมรับ การสนับสนุน และ (7) ผลของการวัดและการใช้ผลจากการวัด ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณ/คุณภาพ ความจริง/หลักฐาน การแปลความหมาย และผลกระทบจากการใช้ข้อมูล

ลำดับที่ 44 คำถาม: การสร้างกรอบการประเมิน Health Literacy ควรจะมีมุมมองอย่างไร?

คำตอบ: กรอบการประเมิน health literacy ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผู้ประเมินจะต้องกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายไว้ให้ชัดเจน เนื่องจากเป็นสิ่งที่กำหนดองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ทักษะที่จำเป็นต่อการพัฒนา เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ กรอบการประเมินที่มีการสร้างขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีเป็นฐานจะช่วยให้ผู้ประเมินสามารถกำหนดตัวแปรสำคัญตามโครงสร้างหลัก (keys construct) ของทฤษฎีที่นำมาใช้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ประเมินสามารถวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างตัวแปรเหล่านี้ในฐานะตัวแปรสาเหตุกับผลลัพธ์หรือตัวแปรตามที่ต้องการศึกษาภายใต้กรอบการประเมินนี้ ทำให้ผลการวิเคราะห์มีความน่าสนใจยิ่งขึ้น ด้วยสารสนเทศที่มีมิติความขัดลึกของค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ อันจะทำให้เกิดเป็นข้อเสนอเพื่อการพัฒนาทั้งเชิงนโยบายและการปฏิบัติงานของผู้ที่เกี่ยวข้อง

ลำดับที่ 45 คำถาม: การสร้างกรอบแนวคิดการประเมิน Health Literacy ที่ดี ทำได้อย่างไร?

คำตอบ: จะต้องมีการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาแนวคิดและหลักการของ health literacy จากการอ่านและการฟังจนสามารถสร้างความเข้าใจได้ถูกต้องชัดเจน กำหนดพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมายและกลุ่มเป้าหมาย ระบุตัวแปรสำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม กำหนด

ตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลต่อ health literacy และพฤติกรรมสุขภาพ เป้าหมายซึ่งควรเป็นพฤติกรรมเดี่ยวเพื่อความชัดเจน นำมาเขียนนิยามตัวแปรเพื่อแสดงขอบเขตของการพัฒนาและการวัดที่ชัดเจน กรอบแนวคิดการประเมินที่เกิดขึ้นจะเป็นสิ่งสะท้อนถึงวัตถุประสงค์ของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งใช้ประโยชน์ทั้งในการออกแบบกระบวนการและการประเมิน

ลำดับที่ 46 คำถาม: การประเมินทักษะ ทำได้กี่วิธี แต่ละวิธีมีจุดเด่นอย่างไร?

คำตอบ: คำถามนี้ดีมาก องค์ความรู้เกี่ยวกับการหาวิธีประเมินทักษะมีทุนเดิมอยู่บ้าง สาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์ มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทักษะชีวิต (life skills) ตามกรอบเดิม มีกลุ่มนักวิชาการที่แสวงหาองค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการพัฒนาจำนวนหนึ่ง ซึ่งมีฐานความรู้ในการออกแบบเชิงกระบวนการ ด้วยการประยุกต์ใช้โมเดลและทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ในงานวิจัย โดยนำโครงสร้างหลัก (keys construct) มาใช้ในการออกแบบกระบวนการพัฒนาและการวัดผล เพื่อให้ทราบการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่ศึกษาตามกรอบแนวคิดของการวิจัยที่กำหนดไว้

องค์ความรู้เดิมที่สะสมกันมา ทำให้ทราบว่า การประเมินทักษะมีวิธีการที่เป็นมาตรฐาน ดังนี้ (1) กำหนดโจทย์สถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงและสอดคล้องกับการใช้ชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย โดยวัดจากการแสดงความสามารถในการเลือกคำตอบที่เหมาะสม มีคะแนนตามลำดับความสามารถ (2) เขียนอธิบายวิธีการที่ปฏิบัติโดยใช้คำถามปลายเปิด นำข้อมูลคำตอบมาวิเคราะห์จำแนกคำสำคัญ (key words) เพื่อกำหนดเป็นคะแนนตามลำดับความสามารถ (3) กำหนดประเด็นความสามารถที่ต้องการและให้ประเมินระดับความสามารถของตนเอง (self-administered) หรือรายงานตนเอง (self-reported) หรืออาจใช้วิธีการให้ผู้สัมภาษณ์ประเมินและบันทึกผล (interviewer-administered and performance-based) โดยใช้มาตรวัดหรือสเกลการวัดระดับแบบ 4-5 point Likert scale ตามลำดับความยาก-ง่าย ซึ่งกำหนดคะแนนตามระดับความสามารถที่ผู้ตอบเป็นผู้ประเมิน

วิธีที่หนึ่ง มีจุดเด่นในด้านความชัดเจนของประเด็นที่มุ่งวัด เนื่องจากมีการคัดเลือกสถานการณ์ที่มีความสำคัญเฉพาะเรื่องเฉพาะกลุ่ม แต่มีจุดด้อยตรงที่การกำหนดสถานการณ์แต่ละสถานการณ์และการสร้างคำตอบตามลำดับคะแนนทำได้ไม่ง่ายนัก และข้อความมีความยาวหลายบรรทัดทำให้ผู้ประเมินต้องใช้เวลาในการอ่านมาก **วิธีที่สอง** มีจุดเด่นในด้านการสะท้อนข้อมูลเชิงคุณภาพ แต่มีจุดด้อยตรงที่ผู้ตอบต้องเป็นคนเขียนอธิบายเก่งจึงจะได้คะแนนสูง และผู้ประเมินต้องมีการสร้างเกณฑ์การให้คะแนนคำสำคัญที่ปรากฏอยู่ในคำตอบ ส่วน**วิธีที่สาม** มีจุดเด่นในด้านความสั้นกระชับของประเด็นที่ต้องการวัดที่กำหนดชัดเจนตามกระบวนการพัฒนา และอยู่ในตารางกำหนดคะแนนตามระดับความสามารถ ซึ่งใช้มาตรวัดหรือสเกลตามระดับความยาก-

ง่ายในการกระทำ แต่มีจุดด้อยตรงที่จะต้องมีการออกแบบให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างประเด็นความสามารถกับสเกลการวัดและทำให้ผู้ประเมินมีความคุ้นเคยกับวิธีการประเมิน

วิธีที่อยู่ในกระแสหลักของการอ้างอิง คือ วิธีที่สาม มีการนำมาใช้กับเรื่อง health literacy ในการสำรวจระดับประเทศหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทยด้วย

ลำดับที่ 47 คำถาม: สเกลการวัด Health Literacy ออกแบบอย่างไร?

คำตอบ: แนวทางในการพัฒนาเครื่องมือในปัจจุบัน ยึดตามแนวทางของเครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชนของกลุ่มประเทศยุโรป (HLS-EU) ซึ่งใช้วิธีการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับความสามารถของตนเอง (self-administered) ตามระดับความยาก-ง่าย ใช้ตัวเลือกแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ได้แก่ ยากมาก ยาก ง่าย และง่ายมาก กำหนดค่าเท่ากับ 1, 2, 3, 4 ตามลำดับ และจำแนกระดับคะแนนเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ไม่เพียงพอ (inadequate) มีปัญหา (problematic) พอเพียง (sufficient) และดีเยี่ยม (excellent)

ลำดับที่ 48 คำถาม: ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือประเมิน Health Literacy เริ่มต้นอย่างไร?

คำตอบ: ทำตามขั้นตอนการสร้างเครื่องมือประเมิน ดังนี้ **ขั้นตอนที่หนึ่ง** ยกร่างเครื่องมือประเมิน ได้แก่ (1) กำหนดกรอบแนวคิดการประเมิน (2) ระบุพฤติกรรมสุขภาพ เป้าหมายและกลุ่มเป้าหมาย (3) ทบทวนและกำหนดองค์ประกอบที่ต้องการประเมิน (4) จัดทำโครงสร้างของเครื่องมือประเมิน (5) เลือกมาตรวัดหรือสเกลการวัดระดับ และกำหนดวิธีการวัด **ขั้นตอนที่สอง** ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และ**ขั้นตอนที่สาม** ทดลองใช้จริงและนำมาปรับปรุงพัฒนา ได้แก่ (1) นำไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาในพื้นที่ทดสอบ จำนวนไม่น้อยกว่า 30 ตัวอย่าง (2) ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยง โดยนำข้อมูลจากการทดลองใช้มาวิเคราะห์หา**ค่าความเที่ยง (reliability)**

ลำดับที่ 49 คำถาม: โครงสร้างประเด็นเนื้อหาของตัวแปรในการประเมิน มีวิธีกำหนดอย่างไร?

คำตอบ: ตัวแปรแต่ละตัวแปรในกรอบการประเมิน จะต้องจัดทำโครงสร้างประเด็นเนื้อหาของตัวแปรและกำหนดจำนวนข้อตามสัดส่วน โดยพิจารณาตามความจำเป็นและความสำคัญ

ตัวอย่างโครงสร้างประเด็นประเมินความรู้ด้านสุขภาพ

ตัวแปร	ประเด็นย่อย	จำนวนคำถาม (ข้อ)	มาตรวัดระดับ/สเกลการวัด
ความรู้ด้านสุขภาพ	1. ทักษะเข้าถึง	5	แบบลิเคิร์ต (Likert scale)
	2. ทักษะสร้างความเข้าใจ	4	5 ระดับ คือ ไม่เคยทำ,

ในการป้องกัน ควบคุมโรค	3. ทักษะการไต่ถาม	5	ทำได้ยากมาก, ทำได้ยาก, ทำได้ง่าย และทำได้ง่ายมาก
	4. ทักษะการตัดสินใจ	4	
	5. ทักษะนำไปใช้	4	
	จำนวนรวม	22	
ตัวแปร	ประเด็นย่อย	จำนวน คำถาม (ข้อ)	มาตรวัดระดับ/สเกลการวัด
ทักษะเข้าถึง	1. ความสามารถในการค้นหา	1	แบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยทำ, ทำได้ยากมาก, ทำได้ยาก, ทำได้ง่าย และทำได้ง่ายมาก
	2. ความสามารถในการกลั่นกรอง	2	
	3. ความสามารถในการตรวจสอบ	2	
	จำนวนรวม	5	

ลำดับที่ 50 คำถาม: คุณภาพของเครื่องมือประเมิน Health Literacy พิจารณาจากอะไรบ้าง?

คำตอบ: การพิจารณาคุณภาพของเครื่องมือ มีการตรวจสอบ ดังนี้ (1) **ตรวจสอบความตรงทางโครงสร้าง (construct validity)** สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การตรวจหาความสัมพันธ์กับโครงสร้างที่คล้ายกัน การประเมินโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ การใช้เมทริกซ์เปรียบเทียบ การวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) (2) **การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)** อาศัยดุลยพินิจของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบโดยประเมินความเกี่ยวเนื่อง (relevant) ความเป็นตัวแทน (representative) ความครอบคลุม (cover) ของข้อคำถาม (3) **การตรวจสอบความตรงตามสภาพการณ์ (concurrent validity)** ใช้วิธีเปรียบเทียบเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่กับเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในปัจจุบัน จัดเป็นความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ (criterion-related validity) ประเภทหนึ่ง สามารถตรวจสอบได้โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินทั้งสองในคราวเดียวกัน นำผลข้อมูลมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) หากมีทิศทางบวกและค่าสูงเข้าใกล้ 1 แสดงว่าเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีความตรงตามสภาพการณ์สูง

ลำดับที่ 51 คำถาม: การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือประเมิน ทำอย่างไร?

คำตอบ: วิธีการตรวจสอบความตรง หรือ validity ของเครื่องมือประเมิน health literacy ใช้การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนไม่น้อยกว่า 3 ท่าน หลากหลายสาขา เช่น ด้านวิชาการ ด้านการวิจัย ด้านสถิติ เป็นต้น พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือทั้งชุด โดยให้

ความคิดเห็นในแบบประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งนี้ เอกสารที่ควรส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ประกอบด้วย (1) โครงร่างการวิจัยแบบย่อ (ระบุความเป็นมาของคำถามการวิจัย วัตถุประสงค์ การวิจัย นิยามตัวแปร และกรอบแนวคิดการวิจัย) (2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และ โปรแกรมทำกิจกรรม (กรณีวิจัยกึ่งทดลอง) และ (3) ข้อมูลผู้วิจัยและหนังสือขอความอนุเคราะห์

ลำดับที่ 52 คำถาม: แบบประเมินเครื่องมือของผู้ทรงคุณวุฒิ มีลักษณะอย่างไร?

คำตอบ: แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหา หรือ index of item objective congruence: IOC ของผู้ทรงคุณวุฒิ มีลักษณะเป็นตารางประเมิน หัวข้อหลัก ประกอบด้วย ประเด็นการประเมิน ความสอดคล้อง และข้อเสนอแนะ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาความสอดคล้อง ดังนี้ +1 หมายถึง เห็นด้วยว่าประเด็น/ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนิยามตัวแปร, 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าประเด็น/ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนิยามตัวแปร และ -1 หมายถึง เห็นด้วยว่าประเด็น/ข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนิยามตัวแปร

ตัวอย่างแบบประเมินเครื่องมือของผู้ทรงคุณวุฒิ

ข้อ	ประเด็น/คำถาม	ระดับความสอดคล้อง			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
1	อายุ				
2	ระดับการศึกษา				
3					

+1 หมายถึง สอดคล้อง -1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง

ลำดับที่ 53 คำถาม: ค่าความเที่ยง คืออะไร? มีวิธีการคำนวณอย่างไร?

คำตอบ: ค่าความเที่ยง หรือ reliability เป็นค่าตัวเลขที่ได้จากการคำนวณ เพื่อสะท้อนถึงคุณภาพหรือการมีมาตรฐานของแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น อันเป็นผลมาจากความสม่ำเสมอหรือความคงที่ของแบบวัดหรือเครื่องมือที่นำไปใช้ในแต่ละครั้ง ในกลุ่มตัวอย่างและสภาพการณ์แบบเดียวกัน ค่าความเที่ยง มีค่าระหว่าง 0.00-1.00 เครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงสูง จะให้ผลข้อมูลจากการวัดสอดคล้องกันจากการวัดหลายเหตุการณ์หรือหลายครั้ง ซึ่งแสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนจากการวัดหรือ error มีต่ำ นำมาพิจารณาว่าอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้หรือไม่

การคำนวณค่าความเที่ยง ทำได้หลายวิธี คือ (1) การทดสอบซ้ำ (test-retest method) (2) การใช้แบบคู่ขนาน (parallel form method) (3) วิธีใช้ผู้วัดต่างคนกัน (inter-rater method) (4) วิธีใช้ผู้วัดคนเดียวกัน (intra-rater method) (5) การวัดความสอดคล้องภายใน

(internal consistency method) ได้แก่ วิธีแบ่งครึ่ง (split-half method) โดยแบ่งข้อคำถามในแบบประเมินเป็น 2 ส่วน เช่น ข้อเลขคู่กับข้อเลขคี่ จากนั้นนำคะแนนของแต่ละตัวอย่างมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน, วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) หรือวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาช (Cronbach's coefficient alpha)

ลำดับที่ 54 คำถาม: การปรับปรุงหรือตัดข้อคำถามรายชื่อ มีหลักเกณฑ์อย่างไร?

คำตอบ: ใช้การวิเคราะห์รายข้อ (item analysis) โดยการพิจารณาผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) แต่ละด้าน และรวมทุกด้าน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อคำถาม ดังนี้

- 1) Cronbach's coefficient alpha แต่ละด้าน ควรมากกว่าหรือเท่ากับ 0.70
- 2) corrected item-total correlation รายข้อคำถามแต่ละข้อ ควรมากกว่าหรือเท่ากับ 0.30
- 3) Cronbach's coefficient alpha ของข้อคำถามทั้งหมดในแต่ละด้าน ไม่รวมข้อคำถามที่พิจารณาอยู่ (alpha if item deleted) น้อยกว่าค่า coefficient alpha โดยรวมของแต่ละด้าน ข้อคำถามที่ไม่เข้าเกณฑ์ทั้ง 3 ข้อ จะถูกตัดออก

ลำดับที่ 55 คำถาม: ค่าความเที่ยงของเครื่องมือประเมิน Health Literacy เท่าใดจึงยอมรับได้?

คำตอบ: ค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั่วไป มีค่าระหว่าง 0.00-1.00 สำหรับค่าที่ยอมรับได้ในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ เมื่อวิเคราะห์ตามวิธีของ Cronbach โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ควรมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์และนำมาปรับปรุง โดยการลด/เพิ่มข้อคำถาม หากข้อคำถามน้อย ค่าความเที่ยงจะต่ำ ปรับปรุงประเด็นเนื้อหา/การใช้ภาษา และจัดการเรียงลำดับข้อคำถามให้สอดคล้องต่อการถาม/ตอบ Diederich (1973) สรุปว่าค่าความเที่ยงของแบบสอบที่ใช้เวลาสอบ 50 นาที และคำนวณค่าด้วยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ค่าความเที่ยงจะมีค่าระหว่าง 0.60-0.80 โดย Kane (1986) ให้ความเห็นว่าค่าความเที่ยงที่มีการคำนวณด้วยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน หากค่าน้อยกว่า 0.50 ถือว่ามีค่าต่ำ ทั้งนี้ แบบสอบที่มีจำนวนข้อน้อย มักจะมีค่าความเที่ยงต่ำ

ลำดับที่ 56 คำถาม: การเพิ่มค่าความเที่ยงของเครื่องมือการประเมิน ทำได้อย่างไร?

คำตอบ: ค่าความเที่ยงของเครื่องมือการประเมินจะสูงหรือต่ำ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ดังนี้คือ (1) จำนวนข้อคำถาม (item) (2) จำนวนตัวอย่างที่นำไปทดสอบและนำข้อมูล

มาวิเคราะห์ (3) ความแตกต่างของตัวอย่าง (ตามตัวแปรที่มีผลต่อการวัด) (4) ค่าอำนาจจำแนกของข้อความ (discrimination power) ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 ค่าที่ดีคือ >0.2 และ (5) ค่าความยากง่าย (difficulty) ควรมีค่าอยู่ระหว่าง 0.20-0.80 ค่าที่ดีคือ ประมาณ 0.5 หากค่ามากแสดงว่าข้อสอบง่าย และค่าน้อยแสดงว่าข้อสอบยาก จึงต้องปรับให้มีความเหมาะสม

แนวทางการพัฒนา

ลำดับที่ 57 คำถาม: Health Literacy มีพัฒนาการและแนวโน้มอย่างไร?

คำตอบ: แนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นจากสภาพปัญหาในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูล เกิดความเข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้อย่างถูกต้อง จนเกิดผลดีต่อสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม แม้ว่าจุดเริ่มที่มองเห็นปัญหามาจากงานด้านการรักษาพยาบาล แต่แนวคิดและหลักการได้มีพัฒนาการทั้งในงานป้องกันควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ และงานฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งวงการการศึกษาด้วย

แนวโน้มการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ หากมองในด้านการวิจัย พบว่ามีผู้ทำวิจัยมากขึ้น แต่การพัฒนาสร้างองค์ความรู้ยังไม่ครอบคลุมมิติสำคัญ เช่น การใช้ข้อมูลในระบบสุขภาพของภาครัฐเพื่อบูรณาการในการดูแลตนเองและการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ การเชื่อมโยงฐานข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยงานเฉพาะเรื่องเฉพาะกลุ่ม การพัฒนาวิธีวัดที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งการขับเคลื่อนด้านกฎหมายและมาตรการบังคับใช้ สำหรับด้านนโยบายการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มีการกำหนดเป็นนโยบายไว้แต่ผู้บริหารส่วนหนึ่งขาดความเข้าใจจึงไม่มีทิศทางที่ชัดเจนในการพัฒนารูปแบบและกระบวนการสร้างเสริมความรู้ให้กับกลุ่มวัยต่าง ๆ ด้านการขับเคลื่อนกระบวนการ พบว่า การสร้างเครือข่ายความร่วมมือยังไม่ก้าวหน้า หน่วยงานเจ้าภาพหลักขาดความเชี่ยวชาญเชิงวิชาการในการชี้นำสังคม ทำให้เสียโอกาสในการพัฒนาโลกและกระบวนการ รวมทั้งการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการให้ข้อมูลและการสื่อสารในระบบสุขภาพ รวมทั้งมาตรฐานการเรียนรู้ระดับชาติ

ลำดับที่ 58 คำถาม: Health Literacy มียุทธศาสตร์และกระบวนการพัฒนาอย่างไร?

คำตอบ: การพัฒนา health literacy ให้ผลลัพธ์ที่ปลายทาง คือการพัฒนา “ปัญญา” ของประชาชนในชาติ ดังนั้น กระบวนการพัฒนาอาจเทียบเคียงได้กับการเข้าถึงหลักธรรม (ชาติ) ตามแนวพุทธ ตัวอย่างเรื่องการพัฒนาทักษะการเข้าถึง (access) การฝึกให้สามารถแยกแยะข้อมูลของจริงและของปลอมที่ผสมปนเปกันได้ เทียบเคียงได้กับการฝึกให้รู้จักกิเลส-ตัณหา เพื่อให้สติ

รู้จักว่าอะไรคือ กิเลส-ตัณหา ซึ่งมักจะแฝงตัวมาในรูปแบบต่าง ๆ ทุกช่องทาง ดังนั้น จึงต้องฝึกสติ ให้มีความว่องไวเรียกว่า ทักษะ สามารถจะรู้ทันหรือจับตัวได้ก่อนที่จะเสียรู้หรือไปเข้าใจผิดว่าเป็นของดี ปัญหาหรือความรู้ๆ ที่ได้รับการพัฒนาจนถึงขั้นนำไปใช้ได้ จึงจะมีพลังในการเอาชนะ กิเลส-ตัณหา หรือสิ่งชั่วร้ายที่คอยก่อกวน สร้างความปั่นป่วน และบั่นทอนสุขภาพของเราได้

ลำดับที่ 59 คำถาม: กลวิธีและเทคนิคการสร้างเสริม Health Literacy มีอะไรบ้าง?

คำตอบ: การคิดค้นกลวิธีและเทคนิคการสร้างเสริม health literacy เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ fotonovela technique หรือเทคนิคการใช้ภาพ, teach-back technique หรือเทคนิคการสอนกลับ, show-me หรือการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ, chunk & check methods หรือวิธีการตรวจสอบตามรายการ, checklists & scorecards หรือเครื่องมือตรวจสอบและบันทึกคะแนน, ask me 3 หรือการใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ, shame-free หรือการสร้างบรรยากาศให้เกิดความกล้าที่จะถาม รวมทั้งกลวิธีที่นำมาใช้ฝึกทักษะสำคัญ ได้แก่ การใช้คำถาม (questioning) การฝึกตัดสินใจ (decision making) การเตือนตนเอง (self-monitoring) การจัดการตนเอง (self-management) และการตั้งเป้าหมาย (goal setting) กลวิธีและเทคนิคเหล่านี้ ยังต้องการองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานในพื้นที่การพัฒนาทุกแห่ง เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และทำให้องค์ความรู้นี้เข้าถึงได้และเข้าใจง่ายสำหรับทุกคน

ลำดับที่ 60 คำถาม: การเพิ่มทักษะ ตามโมเดล K-shape ทำอย่างไร?

คำตอบ: การสร้างเสริมระดับความรู้ด้านสุขภาพจะต้องพัฒนาทักษะสำคัญที่สอดคล้องตามความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมายและบริบทสังคม โดยฝึกฝน 5 ทักษะเพิ่มความรู้ตามโมเดล K-shape มุ่งเน้นการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในบริบทสังคมไทย บนฐานของการเรียนรู้ในการเข้าถึง (access) ข้อมูลข่าวสารและความรู้ (information & knowledge) ที่เป็นจริงและเชื่อถือได้ เพื่อสร้างความเข้าใจ (understand) เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีทักษะในการใช้คำถาม (questioning) มีการสื่อสารที่ดี เพื่อใช้ความคิดพิจารณาเรื่องสำคัญ สามารถตัดสินใจ (make decision) ได้อย่างเหมาะสม และสามารถปฏิบัติตัว (apply) ให้มีสุขภาพที่ดีได้

ลำดับที่ 61 คำถาม: สื่อและปัจจัยเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับ Health Literacy มีอะไรบ้าง?

คำตอบ: การพัฒนาสื่อฝึกฝนทักษะเป็นเรื่องใหม่ที่ต้องหาวิธีทำให้ผู้ผลิตสื่อ คิดออกแบบ และจัดทำต้นแบบ/โมเดลเพื่อใช้สื่อสารและนำเสนอให้ผู้ใช้งานเข้าถึงสื่อรูปแบบใหม่ พัฒนาสื่อด้วยขั้นตอนการผลิตที่ได้มาตรฐาน ผลิตสื่อให้มีความหลากหลาย เหมาะสมกับระดับความรู้ของผู้ที่มีข้อจำกัดและกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มวัย ผู้ปฏิบัติงานควรมีความเข้าใจและเห็นประโยชน์

นำไปฝึกฝนตนเองให้ใช้งานได้คล่องแคล่ว เกิดทักษะในการใช้สื่อในการจัดกิจกรรมเพิ่มความรอบรู้ ร่วมกับการใช้กระบวนการขับเคลื่อนสังคมเพื่อพัฒนาปัจจัยเชิงระบบ (นโยบายและสภาพแวดล้อม) เช่น การสร้างระบบข้อมูลที่มีคุณภาพและเข้าถึงได้ง่าย จัดให้มีหน่วยสุศึกษาที่มีประสิทธิภาพในการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นให้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น

ลำดับที่ 62 คำถาม: เหตุใด มุมมองของผู้ปฏิบัติ จึงไม่เปลี่ยนแปลงทั้งวิถีคิดและวิธีการทำงาน ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ?

คำตอบ: ผู้ปฏิบัติงานยังใช้อุปนิสัยเดิมในการทำงาน โดยเฉพาะด้านสุศึกษาที่มองว่าการแก้ปัญหาสุขภาพและการแก้ไขพฤติกรรม คือการให้ความรู้ และตั้งหน้าตั้งตาสอนและให้เนื้อหาสาระเป็นข้อมูลจำนวนมากกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งงานวิจัยแสดงผลการศึกษาชัดเจนแล้วว่า ศักยภาพในการจดจำของมนุษย์มีอยู่จำกัด โดยเฉพาะบุคคลที่มีข้อจำกัดและมีความสามารถต่ำ ในเรื่องการอ่าน การฟัง การพูด การเขียน ซึ่งเป็นความสามารถพื้นฐานสำหรับการพัฒนาตนเอง

การขาดวิสัยทัศน์และมุมมองในวิทยาการความรู้สมัยใหม่เรื่อง health literacy ทำให้บุคลากรไม่มีองค์ความรู้และความเข้าใจในการจัดกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เชิงกระบวนการและการออกแบบจัดกิจกรรมฝึกฝนพัฒนาทักษะ รวมทั้งขาดวิถีคิดในการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อบูรณาการแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมร่วมกันในการนำหลักการเรื่องนี้ไปทดลองใช้และศึกษาพัฒนาสร้างนวัตกรรมใหม่ ซึ่งสามารถกระทำได้กับทุกงาน เช่น การคัดกรองและจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามระดับศักยภาพ, การใช้เทคนิคและกลวิธีพัฒนาทักษะ, การออกแบบสื่อและระบบข้อมูลที่อ่านง่าย-เข้าถึงได้, การใช้สื่อที่มีคุณภาพได้มาตรฐานเฉพาะกลุ่มและเหมาะสมตามระดับศักยภาพของกลุ่มผู้รับบริการ, การพัฒนาเครื่องมือและวิธีการประเมินที่ให้ข้อมูลสารสนเทศที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาวิธีการทำงาน เป็นต้น

ลำดับที่ 63 คำถาม: การพัฒนา พขอ. จะประยุกต์ใช้หลักการ Health Literacy ได้อย่างไร?

คำตอบ: งานพัฒนาภาคคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ต้องอาศัยการสร้างกรอบแนวคิดที่บูรณาการเรื่อง health literacy เข้าไปเป็นฐานคิดทางวิชาการ เพื่อพัฒนาทั้งศักยภาพของกลไกและภาคีเครือข่ายทุกระดับ และกระบวนการขับเคลื่อนนโยบาย ปัจจัยสภาพแวดล้อมและปัจจัยทางสังคมในพื้นที่การดำเนินงานแต่ละรูปแบบในแต่ละระดับ โดยอาศัยหลักการ health promotion และกลยุทธ์ PIRAB นำทาง ดังนั้น การดำเนินงานจึงมี 2 ส่วน คือ หนึ่ง การพัฒนาศักยภาพคณะทำงานด้วยการเพิ่มทักษะการจัดกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มความเข้าใจเชิงหลักการและทักษะให้กับคณะทำงานและแกนนำเครือข่าย โดยใช้ประเด็นวิสัยทัศน์ เป้าหมาย วิธีการและแนวทางการทำงาน นำเข้าสู่กระบวนการ

ให้เกิดการเข้าถึง เข้าใจ ใช้คำถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ และสอง สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงปัจจัยสภาพแวดล้อมและปัจจัยทางสังคมในพื้นที่การดำเนินงานต่าง ๆ ให้เอื้อและเสริมต่อการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมให้ทุกคนมีสุขภาพดีร่วมกัน

ลำดับที่ 64 คำถาม: การพัฒนา Health Literacy ในปัญหาพฤติกรรมที่แก้ไขยาก ทำอย่างไรดี?

เช่น พฤติกรรมความปลอดภัย เมาแล้วขับ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นต้น

คำตอบ: สร้างประสบการณ์เรียนรู้จริง โดยอาศัยสถานการณ์จำลอง (simulation) ด้วยการพัฒนา soft ware และการนำ AI มาใช้ในการออกแบบและพัฒนาให้เป็นโปรแกรมแต่ละพฤติกรรมเสี่ยงให้มีสถานการณ์ตามที่เกิดขึ้นจริง นำมาจำลองและให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงฝึกทักษะตัดสินใจ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ห้องฝึก ห้องทดสอบ มีแว่น 3 มิติ มัลติมีเดีย ห้องฝึกห้องทดสอบนี้ สามารถเคลื่อนที่ไปให้ถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชน หรือแหล่งที่อาศัย ชุมชนหอพักที่เข้าถึงยากต่าง ๆ นอกจากจะทำให้เกิดการพัฒนาทักษะทางความคิด ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการแก้ไขปัญหา ฯลฯ แล้ว ยังช่วยสร้างความคิด ความรู้ ความเชื่อ และเจตคติที่ถูกต้องด้วย ซึ่งมีผลการศึกษาวิจัยที่รองรับการฝึกตามแนวคิดนี้จำนวนมาก

การฝึกในขั้นสูง ผู้ออกแบบสามารถสร้างสถานการณ์จำลองไว้ได้หลายสถานการณ์ การเรียกออกมาใช้งาน ก็พิจารณาเลือกใช้ตามระดับความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย หรือใช้วิธีการสุ่ม (random) สถานการณ์จำลองออกมาใช้งานในแต่ละครั้ง ทำให้กลุ่มเป้าหมายผ่านประสบการณ์ และได้เรียนรู้ที่หลากหลายเพื่อเพิ่มประสบการณ์ และเพิ่มพูนทักษะให้มีความชำนาญด้วยการฝึกซ้ำหลาย ๆ ครั้งด้วยตนเอง ไม่ต้องเหนื่อยแรงเจ้าหน้าที่มาคอยพรีสอน กลุ่มเป้าหมายก็ไม่เบื่อหน่าย เพราะได้รับความเพลิดเพลิน สนุกสนาน และทำหายตนเองตลอดเวลา โดยถูกบังคับให้จดจำน้อย แต่ได้ความรู้ (knowledge) จากประสบการณ์ที่ได้ลงมือทำ ซึ่งจะไม่ลืมง่าย

ลำดับที่ 65 คำถาม: การสร้างนวัตกรรมจากกระบวนการ Health Literacy ทำได้อย่างไร?

คำตอบ: การสร้างนวัตกรรมจากกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ต้องการความคิดริเริ่มในการพัฒนา สร้างสิ่งประดิษฐ์ ทั้งในส่วนกระบวนการ (อาทิ รูปแบบหลักสูตร ขั้นตอนการดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายทั่วไปและกลุ่มที่มีข้อจำกัด ฯลฯ) การปฏิบัติการ (อาทิ กลวิธี เทคนิคเชิงลึก ฯลฯ) และการพัฒนาเครื่องมือประเมิน (อาทิ การประเมินเฉพาะเรื่อง/เฉพาะกลุ่ม วิธีการใช้/วิธีทดสอบการสะท้อนสภาพการณ์จริง ฯลฯ)

ทั้งนี้ ขั้นตอนการสร้างนวัตกรรมโดยทั่วไป ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้ (1) ระบุความต้องการจำเป็น (2) ทบทวนและศึกษาข้อมูล (3) กำหนดวัตถุประสงค์การพัฒนาและการใช้ประโยชน์ (4) ออกแบบโดยอาศัยศาสตร์ความรู้หลายแขนงวิชา (5) ทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่การดำเนินงานจริง (6) สรุปผลการพัฒนา และ (7) เผยแพร่สู่การใช้ประโยชน์และการประยุกต์ใช้

สรุปสาระสำคัญ

ข้อสงสัยเกิดขึ้นจากการสังเกต การอ่าน การฟัง การปฏิสัมพันธ์โดยการแลกเปลี่ยน การถกเถียงกับผู้ที่สนใจเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ นำไปสู่การตั้งคำถามตามความสนใจ ผู้เขียนได้รวบรวมประเด็นคำถามที่มีการปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนกับผู้ปฏิบัติจำนวนมาก และเห็นว่าประเด็นที่มีการถามและได้อธิบายไปนั้น มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการสร้างความเข้าใจเรื่อง health literacy สร้างมุมมองและความเชื่อมโยงระหว่างองค์ความรู้ก่อนใหญ่ให้กลุ่มเล็กและแตกฉานมากยิ่งขึ้นในประเด็นที่ไม่อาจหาได้ในเนื้อหาความรู้ทั่วไป จึงได้นำมาประมวลและเรียบเรียงโดยจำแนกไว้เป็นกลุ่ม ประกอบด้วย แนวคิดและหลักการ กระบวนการ การปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน และแนวทางการพัฒนา มีคำถามและคำตอบที่น่าสนใจ ซึ่งสามารถนำไปใช้ทบทวนหรือสร้างการเรียนรู้จากการตั้งคำถามให้ผู้เรียนตอบก็ได้

การถาม-ตอบช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพได้หรือไม่ อย่างไร ท่านผู้อ่านคงจะได้เรียนรู้จากประเด็นคำถามและคำตอบในรูปแบบการนำเสนอในบทนี้แล้ว การถามและการตอบเป็นรูปแบบหนึ่งของการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการ health literacy และการอธิบายตามกรอบความคิดความเชื่อและประสบการณ์ของผู้เขียน คงจะสามารถสร้างจุดเปลี่ยนของการเรียนรู้ได้อีกรูปแบบหนึ่งหรือวิธีการแบบหนึ่งที่ทำให้เกิดการพัฒน่องค์ความรู้เรื่องนี้ให้แตกขยายออกไปจากหลักการทางวิชาการที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ต่าง ๆ และสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมสุขภาพ อันเป็นเป้าหมายสำคัญและความรับผิดชอบของระบบสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศ

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2560). เจาะลึก Health Literacy. บทความวิชาการ การประชุมวิชาการ
สุศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 18 เรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพยุค 4.0, วันที่ 18-20
พฤษภาคม 2560.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้.
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยญาณ.
กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2563). K-shape 5 ทักษะเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ. วารสาร
สมาคมวิชาชีพสุศึกษา, ฉบับเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม, 35(2): 22-26.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือ
ประเมิน. กรุงเทพฯ : ไอดี ออล ดิจิตอล พริ้นท์.

หนังสือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน

เขียนโดย รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (ผลงานลำดับที่ 3)



เนื้อหา 285 หน้า ราคา 270 บาท ประกอบด้วย

- บทที่ 1 กระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
- บทที่ 2 การออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
- บทที่ 3 การเลือกใช้กลวิธีสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
- บทที่ 4 ปฏิบัติการและบทเรียนภาคสนาม
- บทที่ 5 การจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
- บทที่ 6 เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพ
- บทที่ 7 ถาม-ตอบ เพิ่มความรู้
- บทที่ 8 บทสรุปสังท้าย

หนังสือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยรณญาณ (ผลงานลำดับที่ 2)



เนื้อหา 180 หน้า ราคา 170 บาท ประกอบด้วย

- บทที่ 1 แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ
- บทที่ 2 หลักการของความรู้ด้านสุขภาพ
- บทที่ 3 ระดับของความรู้ด้านสุขภาพ
- บทที่ 4 การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน
- บทที่ 5 การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์
- บทที่ 6 การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจัยรณญาณ
- บทที่ 7 ความรู้ด้านสุขภาพกับการพัฒนาปัญญาของมนุษย์
- บทที่ 8 Health Literate Organization & Happy Workplace
- บทที่ 9 บทสรุปสังท้าย

หนังสือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้ (ผลงานลำดับที่ 1)



เนื้อหา 228 หน้า ราคา 220 บาท ประกอบด้วย

ส่วนที่หนึ่ง พัฒนาการ องค์ประกอบ และการประเมิน

- บทที่ 1 พัฒนาการของความรู้ด้านสุขภาพ
- บทที่ 2 องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ
- บทที่ 3 การประเมินความรู้ด้านสุขภาพ

ส่วนที่สอง การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคล

- บทที่ 4 กระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
- บทที่ 5 การสร้างการเรียนรู้และการสื่อสาร
- บทที่ 6 กลวิธีสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล

ส่วนที่สาม การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กร

- บทที่ 7 องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization)
- บทที่ 8 องค์กรสุขภาวะกับการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ส่วนที่สี่ แนวโน้มการพัฒนา และบทสรุปสังท้าย

- บทที่ 9 แนวโน้มการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
- บทที่ 10 บทสรุปสังท้าย



รอบรู้ เรื่องสุขภาพ

Health Literacy

“..เข้าถึง
..เข้าใจ
จริงหรือ?”

เขียนโดย
ขวัญเมือง แก้วดำเกิง

