

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร. นภาพร วาณิชชกุล และ ดร. สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย

ตอนที่ 1: องค์ประกอบของความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 5 กลุ่ม

- คนไทยทั่วไปที่มองเห็นสภาพว่าแข็งแรง
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของหลอดเลือด (ภาวะความดันเลือดสูง เบาหวานชนิดที่ 2 ไขมันในเลือดผิดปกติ และ/หรือหลอดเลือดหัวใจอุดตัน)
- คนพิการทางการมองเห็น
- คนพิการทางการได้ยิน
- คนพิการทางการเคลื่อนไหว

ผศ.ดร. นภาพร วาณิชกุล

ดร. สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กรุงเทพ

2556

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย

คณะผู้วิจัย

ทพ.จเร	วิชาไทย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
บุศราภรณ์	เพชรบุรี	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
สายชล	คล้ายเอี่ยม	สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการกระทรวงสาธารณสุข
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภาพร	วาณิชกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.สุชาดา	ภัทรมงคลฤทธิ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รอย	แบทเทอร์แฮม	Deakin University ประเทศออสเตรเลีย
ศาสตราจารย์ ดร.ริชาร์ด	ออสบอร์น	Deakin University ประเทศออสเตรเลีย

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร	1
บทนำ	6
เป้าหมาย.....	11
กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินการ.....	12
วิธีการดำเนินการวิจัย	15
ผลการวิจัย	19
การอภิปรายผล	30
สรุปการวิจัย	34
บรรณานุกรม.....	35

บทสรุปผู้บริหาร

ความเป็นมาและความสำคัญ

องค์การนาชาติทั่วโลก อาทิ The Annual Ministerial Review (AMR) of the United Nations Economic and Social Council (ECOSOC) Institute of Medicine (1), World Health Organization (2), U.S. Department of Health and Human (3) Canadian Public Health Association (4) และ The Australian Government Department of Health and Ageing (5) ต่างเสนอความเห็นคล้อยกันว่า ความแตกต่างทางสุขภาพ (Health literacy: HL) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรโลก บุคคลที่มีความจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลหรือเข้าใจ ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ จากเอกสาร สื่อรูปแบบต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคม หรือเผชิญความยากลำบากในการเอาความรู้มาปรับใช้ในการดำเนินชีวิต ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่แย่ หมกความพยายามในการดูแลรักษาสุขภาพหรือปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้มีการเพิ่มจำนวนการใช้บริการคลินิก ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น (6, 7) อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น(8, 9) ระบบบริการสาธารณสุขในหลายประเทศสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น โดยเฉพาะการรักษาที่เป็นเทคโนโลยีราคาแพงมากแต่ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความแตกต่างทางสุขภาพน้อยจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแลสุขภาพสูงกว่าถึง 4 เท่า รวมทั้งได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพน้อยกว่าประมาณ 1.5 – 3 เท่า (1, 10) มีอัตราเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยที่มีระดับความแตกต่างทางสุขภาพมาก(11)และมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น(12) นอกจากนั้นในด้านกำบังโรค พบว่าประชาชนทั่วไปที่มีความแตกต่างทางสุขภาพดีสามารถตัดสินใจเลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น หรือลดความอ้วนโดยการออกกำลังกายและเพิ่มสัดส่วนการบริโภคผักผลไม้มากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น (13)

กรอบแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย (พ.ศ. 2554-2563) มุ่งให้ประชาชนมีพฤติกรรมกำบังโรคที่เหมาะสม ออกกำลังกายเพียงพอ มีการจัดการอารมณ์ได้ และควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อลดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็งซึ่งสอดคล้องกับ The Annual Ministerial Review (AMR) of the United Nations Economic and Social Council (ECOSOC) ที่ได้กำหนด Millennium Development Goals ที่ตั้งเป้าหมายที่ปี 2015 ในการใช้ระดับความแตกต่างทางสุขภาพในการเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดบริการหรือกระบวนการแทรกแซงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพกำบังโรคหรือการให้สุศึกษาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิดความแตกต่างทางสุขภาพได้ถูกพัฒนาขึ้นตั้งแต่ทศวรรษ 1970 เริ่มต้นจากสหรัฐอเมริกาและได้รับความสนใจในนานาประเทศทั่วโลก ความแตกต่างทางสุขภาพยังไม่มีคำจำกัดความสากล มีผู้ให้ความหมายที่แตกต่างกัน ตั้งแต่กำบังการให้ความหมายที่แคบในเชิงความสามารถในการอ่านออก เขียนได้ หรือกำบังการจดจำสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ/กำบังการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ได้รับการบอกกล่าว จนถึงมุมมองที่มีความซับซ้อนที่บุคคลต้องใช้ทักษะและความสามารถต่างๆ การเรียนรู้และการนำความรู้ทางสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งสุขภาพดีได้นั้นเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนทางปัญญา และเกี่ยวข้องกับอิทธิพลของสังคมวัฒนธรรมความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมการใช้บริการสุขภาพด้วย (14-17) บุคคลที่มีความแตกต่างทางสุขภาพไม่ใช่เพียงมีความสามารถในการอ่านเขียนทั่วไป แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ต้องประยุกต์ข้อมูลที่ได้มา ไปใช้ชีวิตประจำวันได้ ซึ่งทำให้ความแตกต่างในเชิงวัฒนธรรมการเรียนรู้และการค้นหาข้อมูลของบุคคล(18) กลายเป็นประเด็นความแตกต่างที่ต้องให้ความสำคัญ จากการศึกษาพบว่า อายุ

ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ วัฒนธรรมความเป็นอยู่ มีผลต่อการเรียนรู้และการค้นหาและการนำข้อมูลไปใช้ (19) ดังนั้นการให้ความหมายของความแตกต่างทางสุขภาพ อาจมีความแตกต่างกันในประเทศที่มีวัฒนธรรมการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ความเข้าใจแนวคิดจากกลุ่มเป้าหมายจึงมีความสำคัญในการกำหนดความหมายของความแตกต่างทางสุขภาพในสังคมวัฒนธรรมต่างๆ การพัฒนาแบบประเมินความแตกต่างทางสุขภาพจึงควรพิจารณาปัจจัยความแตกต่างเหล่านี้ (19)

แบบประเมินความแตกต่างทางสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันจากการสังเคราะห์งานวิจัย(20) ส่วนใหญ่มีเนื้อหาในการวัดความสามารถในความเข้าใจจากการอ่านข้อมูลทางสุขภาพ เช่น The Test of Functional Health Literacy in Adult (TOFHLA), Wide Range Achievement Test, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine Health Activities Literacy Scale, Literacy Assessment for Diabetes หรือ Medical Achievement Reading test มากกว่าการประเมินความสามารถในการหาข้อมูล ความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับและการนำไปใช้ (21, 22) ในประเทศไทยได้มีการแปลเครื่องมือการวัดความแตกต่างทางสุขภาพจากเครื่องมือที่พัฒนาในต่างประเทศ ในประเด็นการวัดความสามารถในการอ่านและความเข้าใจ/ความจำ ในการอ่านข้อมูลสุขภาพ(23) ซึ่งยังไม่สามารถนำมาใช้ในการประเมินสมรรถนะที่บุคคลหนึ่งจำเป็น ต้องมีเพื่อสามารถแสดงถึงความแตกต่างในการเข้าถึงข้อมูลและนำข้อมูลทางสุขภาพมาใช้ในการดำเนินชีวิตเพื่อให้เกิดสุขภาวะได้ ดังนั้นการพัฒนาเครื่องมือในมุมมองที่สะท้อนให้เห็นความแตกต่างทางสุขภาพเป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง มีความเข้าใจถึงระดับที่สามารถใช้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพทั้งในยามที่ยังไม่เป็นโรคหรือยามเจ็บป่วย จึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีความจำกัดในการเรียนรู้ หรือการเข้าถึงข้อมูล เช่น คนพิการทางการเคลื่อนไหว ทางการมองเห็น หรือการได้ยิน และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง การสะท้อนถึงสมรรถนะดังกล่าวจำเป็นต้องอยู่บนแนวคิดและกระบวนการที่บุคคลนั้นๆปฏิบัติ การพัฒนาแบบสอบถามความแตกต่างทางสุขภาพจึงควรพัฒนาจากฐานความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย และมีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือไม่ว่าจะเป็นในเชิงเนื้อหาที่เหมาะสม สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย(10) ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแบบประเมินความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทยในบริบทการดูแลสุขภาพตามวัฒนธรรมความเป็นอยู่พื้นฐาน ที่อาจมีความแตกต่างกันในภาคต่างๆ ของประเทศไทย เพื่อให้เข้าใจในความซับซ้อนของการใช้ข้อมูลทางสุขภาพของคนไทยมาจัดการโรค ความเจ็บป่วยพิการ และสร้างเสริมสุขภาพของคนไทย และนำไปสู่การการนำไปใช้เพื่อเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ และนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายการบริการเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตคนไทยต่อไป การศึกษาคั้งนี้ได้มุ่งเน้นให้เกิดความเข้าใจความแตกต่างทางสุขภาพในบริบทของคนไทยด้วยการสังเคราะห์ความคิดเห็นจากกลุ่มเป้าหมายทั้ง 5 กลุ่ม: คนทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คนพิการทางการเคลื่อนไหว การได้ยิน และการมองเห็น เกี่ยวกับสิ่งที่ช่วยให้ประชาชน ผู้ป่วยและคนพิการ สามารถนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่ออธิบายแนวคิดความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย สำหรับคนไทย 5 กลุ่ม ประกอบด้วยคนไทยที่ดี มีสุขภาพดี คนพิการทางการมองเห็น การเคลื่อนไหว การได้ยิน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดผิดปกติ)

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็น MIXED METHOD DESIGN โดยใช้กระบวนการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรเป้าหมาย

- 1) ผู้ที่มีสภาพที่มองเห็นว่าแข็งแรง (Appearance healthy) จากประชากรที่อาศัยในพื้นที่วิจัย เป็นบุคคลที่ไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีอาการผิดปกติให้เห็น
- 2) คนพิการทางการเคลื่อนไหวทางการได้ยินทางการมองเห็น จากการวินิจฉัยของแพทย์ หรือมีบัตรคนพิการทางการเคลื่อนไหวทางการได้ยิน หรือทางการมองเห็น
- 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง หรือ/และไขมันในเลือดสูง โดยพยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้ประเมินจากรายงานประวัติการเจ็บป่วย ที่ปรากฏมีการวินิจฉัยตาม International Classification of Disease (ICD) codes ที่บ่งบอกว่าเป็น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือ/และไขมันในเลือดสูง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการคัดเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling selection) โดยการคัดเลือกจังหวัดเข้าร่วมเพื่อเป็นตัวแทน 4 ภาค: ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ และคัดเลือกอำเภอทั้งจากชุมชนเมืองและชนบท และคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ที่เลือก ในระยะเวลาที่เก็บข้อมูลและสามารถสื่อสารในการให้ความเห็นได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเพศ อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างทางสุขภาพ(24) ดังนั้นการสุ่มเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ในแต่ละกลุ่มจะมีความหลากหลายในเพศ อายุ ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพ จำนวนสมาชิกกลุ่ม ประมาณ 8 -10 คน รวมทุกพื้นที่เป็นจำนวน 205 คน (คนทั่วไปที่มีสภาพที่มองเห็นว่าแข็งแรง จำนวน 48 คน คนพิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 39 คน ทางทางการได้ยิน จำนวน 38 คน ทางการมองเห็น จำนวน 36 คน และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 49 คน)

กระบวนการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การสังเคราะห์ความคิดเห็นและแผนที่ความคิดของกลุ่มเป้าหมาย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณในการสร้างแบบสอบถามจากความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ในด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้กระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อรวบรวมความคิดเห็นในประเด็นความแตกต่างทางสุขภาพจากกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง โดยไม่ละเลยความคิดเห็นของบุคคลใดเลย วิธีดังกล่าวได้ถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์ความคิดเกี่ยวกับระบบต่างๆที่ซับซ้อน เพื่อให้เกิดความกระจ่างจากแนวความคิดออกมาเป็นรูปธรรม และให้ความสำคัญในความคิดเห็นของทุกคนโดยไม่มีการบิดเบือนความหมายหรือละเลยรายละเอียดของความเห็น ร่วมกับเชิงปริมาณโดยอาศัยสถิติในการหาความสอดคล้องของ

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

ความคิดเห็นของกลุ่มสนทนาในการจัดกลุ่มความคิดเห็นที่ได้จากกลุ่มทั้งหมด โดย Multidimensional Scaling และ Cluster analysis ด้วย

2. การทำกลุ่มสนทนาและกระบวนการการสังเคราะห์แผนที่ความคิดเห็น ทีมผู้วิจัยได้รับการฝึกอบรมเป็นเวลา 5 วัน เพื่อให้เกิดความเที่ยงของการดำเนินการสนทนากลุ่มของทีมวิจัย และการทำการทดสอบทักษะและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (feasibility) ที่ ศูนย์ฝึกอาชีพผู้พิการและการประชุมชาวบ้าน ประจำเดือน เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินการที่เหมาะสมกับผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและประชากรทั่วไป การสนทนาจะดำเนินเป็นแบบเดียวกันตลอดทุกกลุ่มโดยดำเนินตามเอกสารประกอบการดำเนินกลุ่มสนทนา การดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวจะใช้เวลา 4 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่าง จะวิเคราะห์โดยโปรแกรม THE CONCEPT SYSTEM VERSION 1 (1987) เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัยในการจัดกลุ่มข้อความความคิดเห็น โดยการวิเคราะห์สถิติการจัดกลุ่มแบบหลายตัวแปร (Multivariate Cluster analysis) Trochim (1993) รายงานค่าที่ยอมรับได้ของ Multidimensional scaling solution ด้วย Stress value อยู่ในช่วง .155 - .352

ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัวบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มาจากภาคตะวันออก คิดเป็นร้อยละ 27.8 ส่วนภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 21, 22.9, และ 20.5 ตามลำดับ และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามรายภาค ($\chi^2_{(12, N = 189)} = 10.09, p = 0.61$) ลักษณะของกลุ่มที่เสนอความคิดเห็น ทั้งกลุ่มคนไทยทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คนพิการทางการมองเห็น ทางไกลและทางเดิน และทางเดิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้หญิง (56.10%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (37.20%) ยกเว้นกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวและทางเดิน ที่ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 40 ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แสดงถึงสังคมผู้สูงอายุ ร้อยละ 70 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ในเชิงสถานภาพทางสังคมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (61.60%) มีเศรษฐกิจอยู่ในระดับพอมีกินมีใช้ (75.86%) และมีอาชีพรับจ้าง และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (30.77% และ 26.92% ตามลำดับ) ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (51.16%) ทั้ง 5 กลุ่มเป้าหมายไม่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) นอกจากนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และเศรษฐกิจ ($p > .05$)

จากการทำแผนที่ความคิดเห็นด้วยการวิเคราะห์การจัดกลุ่มแบบหลายตัวแปร (Multivariate Cluster analysis) ในกลุ่มเป้าหมายทั้ง 5 กลุ่มตามจังหวัดที่เข้าร่วมการศึกษา พบว่าผู้ให้ความเห็นทั้งหมด 25 กลุ่ม พบองค์ประกอบสำคัญของบุคคลที่แสดงถึงสมรรถนะในการเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพและสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและคนใกล้ชิดในการรักษาสุขภาพ ในทุกกลุ่ม รวมทั้งหมด 17 องค์ประกอบหลัก

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

- 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากแหล่ง ข้อมูลหลากหลายต่างๆ (Information accessibility from various sources)
- 2) การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (Assessing information credibility)
- 3) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การดูแลสุขภาพ (Making decision to take action on health)
- 4) ความรับผิดชอบของตนเองต่อสุขภาพ (Health-self responsibility)
- 5) การรักษาสិทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ (Self-advocacy on our own basic right to health)
- 6) การเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ (Accessibility to quality health service)
- 7) การสื่อสารที่มีคุณภาพกับทีมสุขภาพ (Effective health communication with health care providers)
- 8) การใช้แหล่งประโยชน์ชุมชน/คนใกล้ชิดในการดูแลสุขภาพ (community resources' practice)
- 9) ครอบครัว/คนใกล้ชิดสนับสนุนการดูแลสุขภาพ (Health care supports from Family/significant persons)
- 10) การนำความรู้สู่การปฏิบัติ(Knowledge application practice)
 - 10.1 การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ(medication administrative effectiveness)
 - 10.2 การจัดการความเครียด (Stress management)
 - 10.3 การเคลื่อนไหวออกแรงเพื่อสุขภาพ (Physical activity for health)
 - 10.4 การเข้าถึงอาหารสุขภาพ (Healthy food security)
 - 10.5 การใช้สมุนไพร/อาหารเสริมปลอดภัย (Safety consumption of herb/food supplement)
 - 10.6 การนอนที่มีคุณภาพ (Sleep quality)
 - 10.7 การจัดการการเสพติด (Addiction risk management)
 - 10.8 ความคล่องตัวในการเดินทางปลอดภัย (Safety transportation deftness)

องค์ประกอบที่พบเฉพาะ ในกลุ่มผู้พิการทางการเคลื่อนไหว การมองเห็นและการได้ยิน พบองค์ประกอบร่วมเฉพาะกลุ่มคนพิการ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การได้รับบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อคนพิการ และการเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ในกลุ่มคนพิการทางการได้ยินและการมองเห็น พบองค์ประกอบเฉพาะเพิ่มเกี่ยวกับการต้องการให้มีสื่อ/ข้อมูล/ล่ามที่ช่วยให้สามารถสื่อสาร/ได้รับข้อมูลที่เหมาะสมกับกลุ่มคนพิการทางสายตาและการได้ยิน ในด้านกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบการเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารจะต้องการ 2 องค์ประกอบเพิ่มเติม คือ โอกาสการเรียนรู้จากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเป็นโรคด้วยกัน และการรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองจากโรค องค์ประกอบทั้ง 17 องค์ประกอบ แสดงความซับซ้อนของความแตกต่างทางสุขภาพที่ครอบคลุมมิติการเรียนรู้ ทั้งในส่วนตนเองและการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ทั้ง ครอบครัว คนใกล้ชิด และชุมชน

สรุปผลการศึกษาวิจัย

ความหมายของความแตกต่างทางสุขภาพ จากการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า ความแตกต่างทางสุขภาพคือระดับสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินคุณภาพข้อมูล และเกิดความตระหนักในความรับผิดชอบต่อตนเองต่อสุขภาพ ที่จะนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ไปใช้ในการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบการบริการสุขภาพ สื่อสารข้อมูลทางสุขภาพกับบุคคลอื่นๆ การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิด ชุมชนในยามที่ต้องการเพื่อให้ตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพ

บทนำ

เกือบทุกประเทศในโลกกำลังเปลี่ยนโฉมหน้ามาเผชิญกับความซับซ้อนของโรคเรื้อรังหลายๆโรคที่มีความเกี่ยวข้องกันและนำไปสู่ความพิการในหลายรูปแบบ แนวโน้มการเกิดและความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประชากรไทยได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน ในปัจจุบันสื่อสุขภาพ หรือข้อมูลสุขภาพสามารถเข้าถึงได้หลายรูปแบบ แต่โอกาสที่จะทำความเข้าใจและนำไปใช้ในการรักษาสุขภาพให้ปราศจากโรคหรือชะลอความรุนแรงของโรคหรือความพิการไม่ให้กระทบต่อการดำเนินชีวิตยังคงเป็นปัญหา จากสถิติพบว่าประชากรเผชิญความเสี่ยงต่อโรคจากวิถีชีวิตเพิ่มมากขึ้น ประชากรมีน้ำหนักเกิน มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ แต่ละปีเสียค่าใช้จ่ายสูงมากในการดูแลผู้ป่วยโรคจากวิถีชีวิต 5 โรคได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมองและมะเร็ง การสร้างความตระหนักให้ประชากรไทยทั่วไปสามารถนำข้อมูลสุขภาพที่เป็นประโยชน์สู่การปฏิบัติในวิถีชีวิต จึงมีความสำคัญอย่างมากในการป้องกันโรค นอกจากนี้จากสถิติของประเทศพบว่าประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นของคนพิการทางกายเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ปีละ 12% และความพิการเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต จากพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 2550 ระบุว่า ผู้พิการต้องได้รับความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันหรือเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆในสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ผู้พิการเป็นผู้ที่มีศักยภาพ ไม่ใช่เป็นผู้รอคอยความช่วยเหลือ ดังนั้นการการพัฒนาศักยภาพให้สามารถเข้าใจและใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการจัดการดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญทั้งในด้านการดำรงชีวิตอย่างคนทั่วไปและพลังใจที่เกิดขึ้นจากการที่สามารถดูแลตนเองได้ การที่บุคคลหนึ่งๆสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงในการดำเนินชีวิตได้ดังนั้น มีความเกี่ยวข้องกับการนำข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกาย การปรับการรับประทานอาหาร การรับการรักษา รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ความเข้าใจที่ชัดเจนถึงกระบวนการ วิธีการที่บุคคลจดจำและสามารถนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพจึงเป็นกุญแจดอกสำคัญในการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชากรชาวไทยทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งคนพิการ

องค์กรนานาชาติทั่วโลก อาทิ The Annual Ministerial Review (AMR) of the United Nations Economic and Social Council (ECOSOC) Institute of Medicine (1), World Health Organization (2), U.S. Department of Health and Human (3) Canadian Public Health Association (4) และ The Australian Government Department of Health and Ageing (5) ต่างเสนอความเห็นสอดคล้องกันว่า ความแตกฉานทางสุขภาพ (Health literacy: HL) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพของบุคคลและกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพในหลายประเทศ บุคคลที่มีความแตกฉานทางสุขภาพน้อยจะมีความยากลำบากในการเข้าใจคำแนะนำในเอกสาร สื่อต่างๆ หรือสิ่งที่พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถหรือเผชิญความลำบากในการดูแลรักษาสุขภาพหรือปฏิบัติตามแผนการรักษา ระบบบริการสาธารณสุขในหลายประเทศสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เป็นเทคโนโลยีราคาแพงมากแต่ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย Eysenbach & Kohler (25) พบว่าระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันให้ความสนใจการให้บริการแบบมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเองและร่วมตัดสินใจในการรักษาในหลากหลายรูปแบบ ขณะที่เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพยังขาดความตระหนักในความแตกต่างของความแตกฉานทางสุขภาพของประชาชน ส่งผลให้การให้สุขศึกษาขาดการบูรณาการกระบวนการการเรียนรู้ทำให้ผู้รับบริการเกิดความจำกัดในการนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับไปใช้ บุคคลที่มีความจำกัดในความแตกฉานทางสุขภาพจะได้รับผลกระทบหลายๆด้านเมื่อเจ็บป่วยจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพน้อยจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแลสุขภาพสูงกว่าถึง 4 เท่า รวมทั้งได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพน้อยกว่าประมาณ 1.5 – 3 เท่า (1, 10) และมีอัตราเสี่ยงในการเข้ารับการ

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

รักษาในโรงพยาบาล สูงกว่า 2 เท่าของผู้ป่วยที่มีระดับความแตกต่างทางสุขภาพมาก (11) บุคคลที่มีความแตกต่างทางสุขภาพน้อยเมื่อเจ็บป่วยจะขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการโรค ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ยาวนานกว่า ขาดประสิทธิภาพในการรับยาตามแผนการรักษาทั้งยารับประทานหรือยาหยอดตา และมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น (12) จากการศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ พบว่า ความแตกต่างทางสุขภาพดีกว่าทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีสามารถป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infections) และเข้าถึงการรักษาได้ดีขึ้น (26) ผู้ป่วย rheumatic diseases มี physical function ดีขึ้น (27) ผู้ป่วยต่อหินสามารถติดตามการรักษาและสามารถพึ่งตนเองได้ดีขึ้น(28, 29) นอกจากนี้ ในประชาชนทั่วไปที่มีความแตกต่างทางสุขภาพดีสามารถตัดสินใจเลือกบุหรี่ยี่ห้อที่ง่ายขึ้น หรือลดความอ้วนโดยการออกกำลังกายและการควบคุมอาหารได้ดีขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตประชากรดีขึ้น(13)

อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ของความแตกต่างทางสุขภาพกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต อาจเป็นผลจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การใช้ศัพท์หรือคำที่เกินระดับมาตรฐานการศึกษาของประชาชนทั่วไป ความสับสนของข้อมูลจากแหล่งต่างๆในระบบการบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ที่มีข้อจำกัดทางการอ่านข้อมูล เช่น ผู้ที่มีการศึกษาน้อย คนพิการ หรือผู้สูงอายุ ไม่สามารถได้รับการประเมินความแตกต่างทางสุขภาพที่เหมาะสมกับความสามารถการจัดการสุขภาพได้ (1, 30) ความสามารถในการอ่านเขียน และความแตกต่างทางสุขภาพถึงแม้ว่าจะมีความเชื่อมโยงด้านความเข้าใจจากการอ่านแต่ทั้งสองคำนี้ไม่ควรใช้แทนกัน ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะทางสุขภาพ (Health competency) ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและนำข้อมูลสู่การตัดสินใจปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหรือชะลอผลกระทบจากการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นการทำให้บุคคลสามารถมีความแตกต่างทางสุขภาพ สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพในระบบการบริการสาธารณสุขที่ซับซ้อนในปัจจุบันได้ (31) จะส่งผลไม่ใช่แต่เพียงภาวะสุขภาพของรายบุคคลแต่เป็นการสะท้อนภาวะสุขภาพของประเทศได้ด้วย

แนวคิดความแตกต่างทางสุขภาพได้ถูกพัฒนาขึ้นตั้งแต่ทศวรรษ 1970 เริ่มต้นจากสหรัฐอเมริกาและได้รับความสนใจในนานาประเทศทั่วโลก ความแตกต่างทางสุขภาพยังไม่มีคำจำกัดความสากล มีผู้ให้ความหมายที่แตกต่างกัน ตั้งแต่การการให้ความหมายที่แคบในเชิงความสามารถในการอ่านออก เขียนได้ หรือการจดจำสิ่งต่างๆที่เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ/การปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ได้รับการบอกกล่าว จนถึงมุมมองที่มีความซับซ้อนที่บุคคลต้องใช้ทักษะและความสามารถต่างๆในการมีปฏิสัมพันธ์กับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และอิทธิพลของสังคมวัฒนธรรมความเป็นอยู่ โดยใช้ทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่จูงใจให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งสุขภาพดี (14-17) Jordan (17) สังเคราะห์ความคิดเห็นจากประชากรทั่วไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้กำหนดนโยบายสาธารณสุข พบว่าความแตกต่างทางสุขภาพเป็นมโนทัศน์ที่ซับซ้อนไม่ใช่เพียงความสามารถในการอ่านเขียนทั่วไป ประกอบด้วยความสามารถของบุคคลในการหาข้อมูลทางสุขภาพได้เมื่อต้องการ(14, 22) บุคคลที่มีความแตกต่างทางสุขภาพดีควรสามารถหาข้อมูลทางสุขภาพได้เมื่อต้องการ รู้ว่าข้อมูลทางสุขภาพหาจากที่ใด ความสามารถในการสร้างเสริมและส่งเสริมสุขภาพ, ความสามารถในการป้องกันสุขภาพของตนเองและชุมชน ความสามารถในการป้องกันโรคหรือการสืบค้นโรคในระยะเริ่มต้น ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์กับผู้ให้บริการสุขภาพ ครอบครัว หรือผู้ดูแลเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพ และความสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น ตลอดจนมีทักษะประยุกต์ข้อมูลที่ได้รับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ ซึ่งความสามารถแต่ละด้านอาจจำเป็นหรือไม่จำเป็นสำหรับประชากรทั้งหมด หรือจำเป็นเฉพาะในบางกลุ่มของประชากร

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

ประชาชนในสังคมเอเชีย มีลักษณะเฉพาะในการค้นหาข้อมูลสุขภาพรวมทั้งการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ Gazmararian และคณะ (18) พบว่าความแตกต่างในเชิงวัฒนธรรมมีผลต่อการเรียนรู้และการค้นหาข้อมูลของบุคคล ดังนั้นการให้ความหมาย HL อาจมีความแตกต่างกันในประเทศที่มีวัฒนธรรมการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ความเข้าใจในการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult learning process) จึงมีความเกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้จึงต้องนำมาพิจารณาในการประเมินความแตกต่างทางสุขภาพด้วย เช่น ความแตกต่างของความเครียดในสถานการณ์ตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย อายุ ชุมชนที่อยู่อาศัย การใช้ภาษา ความจำกัดทางร่างกาย หรือระดับการศึกษา ดังนั้นการพัฒนาแบบประเมินความแตกต่างทางสุขภาพจึงควรพิจารณาปัจจัยความแตกต่างเหล่านี้โดยถือเป็นส่วนเสริมที่ต้องเพิ่มเติมสำหรับกลุ่มที่มีความจำกัดดังกล่าว (19)

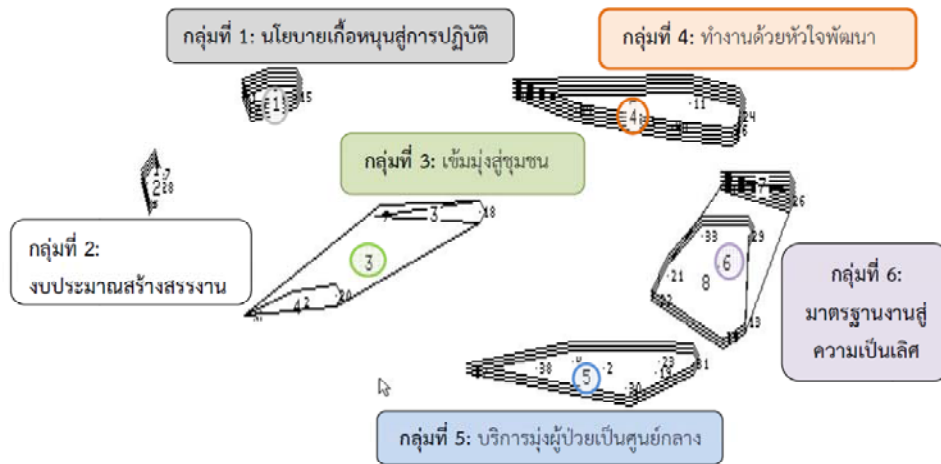
เครื่องมือวัดความแตกต่างทางสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันจากการสังเคราะห์งานวิจัย (20) พบว่า 19 เครื่องมือวัดความแตกต่างทางสุขภาพ วัดใน 3 ลักษณะคือวัดความสามารถโดยตรง วัดจากการตอบคำถาม และวัดจากผู้ใกล้ชิดหรือผู้ดูแล เครื่องมือมีเนื้อหาในการวัดความสามารถความเข้าใจจากการอ่าน เช่น The Test of Functional Health Literacy in Adult (TOFHLA), Wide Range Achievement Test, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine Health Activities Literacy Scale, Literacy Assessment for Diabetes หรือ Medical Achievement Reading test มากกว่าการประเมินความสามารถในการหาข้อมูล ความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับและการนำไปใช้ (21, 22) เครื่องมือที่มีอยู่ในปัจจุบันสามารถประเมินความสามารถความเข้าใจในเนื้อหาของสื่อทางสุขภาพแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ในการมองสิ่งที่บุคคลหนึ่งต้องการหรือการปฏิบัติที่แสดงถึงความแตกต่างในการใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการรักษาสุขภาพ ทำให้เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพยังไม่สามารถมองเห็นทางที่จะพัฒนาความแตกต่างทางสุขภาพสำหรับผู้รับบริการได้ องค์ความรู้ในปัจจุบันแสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการอ่านออกและเข้าใจเนื้อหาทางสุขภาพกับภาวะสุขภาพให้เห็นได้ดังกล่าวข้างต้น แต่ยังคงขาดความเข้าใจว่าบุคคลสามารถนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างไร (22, 32, 33) ดังนั้นการพัฒนาเครื่องมือที่สะท้อนให้เห็นความแตกต่างทางสุขภาพในลักษณะที่บ่งบอกความสามารถของบุคคลในการใช้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพทั้งในยามที่ยังไม่เป็นโรคหรือยามเจ็บป่วยจึงมีความสำคัญ ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีทักษะการประยุกต์ใช้ให้เกิดการปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีความจำกัดในการเรียนรู้ หรือการเข้าถึงข้อมูล เช่น คนพิการทางการเคลื่อนไหวทางการมองเห็น หรือการได้ยิน และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จากการศึกษพบว่า อายุ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ วัฒนธรรมความเป็นอยู่ มีผลต่อการเรียนรู้และการค้นหาและการนำข้อมูลไปใช้ (19) ดังนั้นการพัฒนาเครื่องมือที่สะท้อนให้เห็นความแตกต่างทางสุขภาพในลักษณะที่สามารถบ่งบอกความสามารถของบุคคลในการใช้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพทั้งในยามที่ยังไม่เป็นโรคหรือยามเจ็บป่วยทำให้เกิดการเรียนรู้ และมีทักษะประยุกต์การปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวันจึงมีความสำคัญ ในประเทศไทยได้แปลเครื่องมือการวัดความแตกต่างทางสุขภาพจากเครื่องมือที่พัฒนาในต่างประเทศ ในประเด็นการวัดความสามารถในการอ่านและความเข้าใจ/ความจำในการอ่านข้อมูลสุขภาพ (23) แต่ยังไม่สามารถนำมาสะท้อนความแตกต่างที่เป็นการนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการตัดสินใจการดูแลสุขภาพหรือการนำสู่การปฏิบัติได้ ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาองค์ประกอบของความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทยในบริบทการดูแลสุขภาพตามวัฒนธรรมความเป็นอยู่ เพื่อให้เข้าใจการนำข้อมูลทางสุขภาพของคนไทยมาจัดการโรค ความเจ็บป่วยพิการ และการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทย

กรอบแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย (พ.ศ. 2554-2563) มุ่งให้ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม ออกกำลังกายเพียงพอ มีการจัดการอารมณ์ได้ และควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อลดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็งซึ่งสอดคล้องกับ The Annual Ministerial Review

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

(AMR) of the United Nations Economic and Social Council (ECOSOC) ที่ได้กำหนด Millennium Development Goals ที่ตั้งเป้าหมายที่ปี 2015 ในการใช้ระดับความแตกต่างทางสุขภาพเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดบริการหรือกระบวนการแทรกแซงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการบริการหรือการให้ศึกษาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแบบประเมินความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทยในบริบทการดูแลจัดการสุขภาพตามวัฒนธรรมความเป็นอยู่พื้นฐาน ที่อาจมีความแตกต่างกันในภาคต่างๆของประเทศไทย เพื่อให้เข้าใจความซับซ้อนของการใช้ข้อมูลทางสุขภาพของคนไทยมาจัดการโรคความเจ็บป่วยพิการ และสร้างเสริมสุขภาพของคนไทย เพื่อนำไปเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายการบริการเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตคนไทยต่อไป

แบบวัดทางการวิจัย (Research measurement) ถือเป็นเครื่องมือพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ที่สำคัญในการประเมินสิ่งต่างๆที่นักวิจัยสนใจศึกษา โดยทั่วไปเราได้รับองค์ความรู้เกี่ยวกับบุคคล เหตุการณ์ และกระบวนการต่างๆ จากการสังเกต สิ่งที่สังเกตได้นั้นเกิดอยู่ในบริบทนั้นๆอยู่แล้ว แต่นักวิจัยใช้แบบวัดต่างๆ เข้าไปวัดสิ่งที่ตนเองสนใจให้มีความน่าเชื่อถือผลการวัดทางวิทยาศาสตร์ การพัฒนาแบบวัดทางการวิจัย มีหลากหลายวิธี ส่วนใหญ่เป็นการสร้างข้อความ (Item) ในแบบวัดทางการวิจัยด้วยผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อความตามแนวคิดเชิงทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับประเด็นที่สนใจ ในบางครั้งอาจนำไปสู่ความคาดเคลื่อนจากการสะท้อนความหมายหรือการจัดกลุ่มมโนทัศน์ หรือกลุ่มเป้าหมายอาจให้ความหมายที่มีประเด็นแตกต่างกับแนวคิดที่นำมามอง หรือข้อคำถามในแบบวัดอาจมีค่าเชิงวิชาการ หรือทฤษฎีมากกว่าที่กลุ่มเป้าหมายใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์นั้นๆ (34) แนวคิดการพัฒนาแบบสอบถามด้วยการทำแผนที่ความคิด (Concept Mapping Analysis) ที่ถูกอธิบายโดย Trochim (35) เป็นวิธีการอธิบายความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายและผู้เกี่ยวข้องในประเด็นที่สนใจต่างๆ อย่างมีขั้นตอนเป็นระบบร่วมกับการวิเคราะห์เชิงสถิติขั้นสูงในการวิเคราะห์การจัดกลุ่มแบบหลายตัวแปร (Multivariate Cluster analysis) ในการสรุปความสอดคล้องของความคิดเห็นที่ได้จากกลุ่มออกมาเป็นภาพกลุ่มความคิดเห็นดังภาพด้านล่าง โดยหมายเลขที่ไม่มีวงกลมล้อมเป็นความคิดเห็นแต่ละข้อความที่แต่ละคนเขียน และกรอบเหลี่ยมรูปต่างๆ คือผลการวิเคราะห์สถิติในการจับกลุ่มข้อความที่คนส่วนใหญ่เห็นว่าควรอยู่ภายใต้ขอบเขตกลุ่มเดียวกัน ส่วนความหนาของกรอบเหลี่ยมแต่ละกลุ่มแสดงถึงระดับค่าเฉลี่ยความสำคัญของข้อความทั้งหมดในแต่ละกลุ่มที่สมาชิกลงความเห็น ส่วนเลขที่มีวงกลมล้อมแสดงจำนวนกลุ่มความคิดเห็นที่ได้จากการวิเคราะห์ทางสถิติ เช่นดังตัวอย่างประกอบด้วย 45 ข้อความเห็น ใน 6 กลุ่ม (ดังภาพ) พบว่ากลุ่ม 1: นโยบายเกื้อหนุนสู่การปฏิบัติ และกลุ่ม 4: ทำงานด้วยหัวใจพัฒนา เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญสูงสุด เป็นต้น ภาพดังกล่าวแสดงถึงกรอบแนวคิดของบุคคลที่ให้ความเห็นและข้อความที่ปรากฏในแบบสอบถามเป็นข้อความที่ถูกสื่อออกมาจากผู้ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ไม่ใช่ชนักวิชาการ จึงเป็นการสะท้อนกรอบแนวคิดที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและเป็นภาษาของกลุ่มเป้าหมายเอง



รูปที่ 1 ตัวอย่างภาพที่จะสื่อถึงความสอดคล้องในการสรุปความคิดเห็นของกลุ่มสนทนา จากการสังเคราะห์ความเห็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการประเมินการทำงาน

ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพที่แสดงความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมากกว่าในมุมมองนักวิชาการ ด้วยการสังเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วน ทั้งผู้ให้บริการสาธารณสุข ผู้กำกับนโยบายสาธารณสุขและผู้รับบริการ ถึงสิ่งที่จะช่วยให้ประชาชนสามารถนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทดสอบคุณภาพเครื่องมือว่าสามารถวัดสิ่งที่แสดงถึงความแตกฉานทางสุขภาพ ง่ายต่อการใช้งานทั้งในคลินิกและการสำรวจสถานะภาพของประชาชนในภาพรวม

เป้าหมาย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบสอบถามความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย และแบบสอบถามส่วนเสริมสำหรับคนไทยที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดผิดปกติ)

โดยรายงานฉบับนี้เป็นรายงานในระยะการพัฒนาแบบสอบถาม โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยเพื่อสังเคราะห์ มโนทัศน์ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทยและกลุ่มคนไทยที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหว การมองเห็น หรือการได้ยิน และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังฯ

กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่วิจัยในระยะเวลาที่เก็บข้อมูล ประกอบด้วย 5 กลุ่ม คือ

- 1) ผู้ที่มีสภาพร่างกายที่ทิมองเห็นว่าแข็งแรง (Appearance healthy) คือ บุคคลรับรู้ว่ตนเองไม่มี ความพิการ ไม่มีโรคประจำตัวที่ทำให้เกิดความจำกัด/ต้องปรับการดำเนินชีวิต เช่น โรคเรื้อรัง ความพิการรูปแบบต่างๆ สภาพร่างกายที่ปรากฏแข็งแรงไม่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ต่างๆในการเดิน ช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถทำกิจวัตรประจำวัน หรืองานหาเลี้ยงชีพ ได้เป็นปกติ
- 2) คนพิการทางการเคลื่อนไหว คือประชากรที่อาศัยในพื้นที่วิจัย ที่มีพยาธิสภาพของโรคหรือการบาดเจ็บที่ก่อให้เกิดความบกพร่องของขาหรือ/และแขน ทำให้สูญเสียความสามารถในการทำเคลื่อนไหว/ทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือมีบัตรคนพิการทางการเคลื่อนไหว
- 3) คนพิการทางการได้ยิน คือประชากรที่อาศัยในพื้นที่วิจัยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นคนพิการทางการได้ยิน หรือมีบัตรคนพิการทางการได้ยิน
- 4) คนพิการทางการมองเห็น คือประชากรที่อาศัยในพื้นที่วิจัยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นคนพิการทางการมองเห็น หรือมีบัตรคนพิการทางสายตา
- 5) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากความผิดปกติของหลอดเลือด คือบุคคลที่ได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง หรือ/และไขมันในเลือดสูง และมีการลงทะเบียนผู้ป่วยด้วยระบบ ICD 10 ว่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง หรือ/และไขมันในเลือดสูง ในฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนในแต่ละพื้นที่ และไม่มีโรคติดต่อร้ายแรงหรือมีโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะวิกฤต ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งทำให้ร่างกายยังไม่ฟื้นตัวดี

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นแบบ Multistage sampling selection ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

- 1) การคัดเลือกจังหวัดเข้าร่วม จากตัวแทน 4 ภาค ของกลุ่มคนพิการโดยสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการเป็นผู้เลือกให้ เนื่องจากเป็นสถาบันที่ทำงานด้านนี้โดยเฉพาะ กลุ่มโรคเรื้อรังเป้าหมาย และกลุ่มบุคคลทั่วไปเป็นการเลือกจังหวัดที่ผู้บริหารสาธารณสุขมีนโยบายชัดเจนทั้งการดำเนินการจัดการโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยง และเป็นตัวแทนของแต่ละภาค: ภาคเหนือ ภาคใต้ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังต่อไปนี้
 - กลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหว ทางกรมมองเห็น และทางการได้ยิน คือ จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดชลบุรี จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดอุดรธานี
 - กลุ่มโรคเรื้อรังเป้าหมาย และกลุ่มบุคคลทั่วไป คือ จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดระยอง จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดอุบลราชธานี

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

- 2) การคัดเลือกสถานที่เก็บข้อมูล กำหนดแยกอำเภอในจังหวัดต่างๆที่เข้าร่วมเป็นอำเภอเมืองและชนบท กำหนดให้เป็น อำเภอเมืองของจังหวัดที่เข้าร่วม หรืออำเภอขนาดใหญ่เทียบเท่าอำเภอเมืองที่เป็น สังคมอุตสาหกรรมหรือศูนย์กลางการศึกษา/ธุรกิจของจังหวัด และชุมชนชนบทกำหนดให้เป็น อำเภอขนาดเล็กที่เป็นสังคมเกษตรกรรมของจังหวัดที่เข้าร่วม จากการคัดเลือกตามโอกาสการณ์ดหมายในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเป็นคนชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร จำนวน 16 คน สำหรับกลุ่มคนทั่วไป และต่างจังหวัดมีสัดส่วนของคนชุมชนเมือง จำนวน 76 คนของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 40.2
- 3) การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยเป็นการทำการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) Merten (36) เสนอว่าควรมีความหลากหลายของกลุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic variation across groups) เพื่อให้ครอบคลุมความคิดเห็น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเพศ อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างทางสุขภาพ(24) และเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มในการตอบคำถามที่กำหนด จึงกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนาในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

- ความสามารถในการสื่อสาร ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาต้องสามารถให้ความคิดเห็นได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง
- ความสำเร็จในการดำเนินชีวิต คัดเลือกให้มีผู้ที่ประสบความสำเร็จในการจัดการสุขภาพ หรือดูแลตนเอง จำนวน 3 คน
- เพศ ในกลุ่มต้องมีทั้งเพศหญิงและชาย อย่างน้อยแต่ละเพศไม่ต่ำกว่า 2 คน
- อายุ ในกลุ่มต้องมีทั้งกลุ่มผู้ใหญ่วัยอ่อนกว่า 60 ปี และมากกว่า 60 ปี
- ระดับการศึกษา ในกลุ่มมีตัวแทน อย่างน้อย 1 คน ของระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน (ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ระดับมัธยมศึกษาและระดับมหาวิทยาลัย)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง Merten(36) กำหนดจำนวนผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนา ควรมีขนาดประมาณ 8-10 คน และแบบสอบถามที่จะพัฒนามีเป้าหมายในการใช้กับประชากรในวงกว้าง ควรมีจำนวนมากพอที่จะสะท้อนประชากรและควรมีความหลากหลายในความคิดของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องในประเด็นที่จะสนทนากลุ่ม (37) และ Kane & Trochim (38) ได้การกำหนดจำนวนจำนวนที่จะรับในแต่ละกลุ่มสำหรับการทำแผนที่ความคิด ระหว่าง 10 - 40 คน ดังนั้นผู้วิจัยพิจารณาลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัยว่า การสนทนากับผู้ป่วยหรือผู้พิการ ซึ่งเป็นบุคคลที่ง่ายต่อการอ่อนล้าควรเลือกที่จะเป็นกลุ่มเล็กที่สุด และได้ pilot กับกลุ่ม อสม ในการประชุมประจำเดือนเพื่อทดสอบความเป็นไปได้กับจำนวนผู้เข้าร่วม ในพื้นที่ พบว่า เพื่อให้เกิดการเสนอความคิดเห็นได้ครอบคลุม แต่ไม่เหนื่อยกับจำนวนผู้เข้าร่วมที่มาก จำนวน 10 คน สำหรับผู้ป่วยและผู้พิการ และกำหนดกลุ่มละ 15 คน สำหรับกลุ่มบุคคลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากฐานข้อมูลต่างๆ ดังนี้

- 1) ทะเบียนคนพิการในพื้นที่ ที่ศูนย์คนพิการของจังหวัด สำหรับคนพิการ โดยหัวหน้าศูนย์/เจ้าหน้าที่เป็นผู้ติดต่อผู้พิการตามเงื่อนไขลักษณะที่กำหนด
- 2) ทะเบียนผู้ที่เข้ามาติดตามการรักษาที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษา ที่คลินิกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลชุมชน ในวันเก็บข้อมูล สำหรับกลุ่มโรคเรื้อรัง 4 โรค โดยพยาบาลประจำคลินิกจะเป็นผู้สุ่มอย่างง่ายเลือกจากลำดับคิวการมาพบแพทย์

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

- 3) ทะเบียนแฟ้มการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการ สำหรับกลุ่มคนทั่วไปในชุมชน สุ่มเลือกโดยพยาบาลประจำโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย สำหรับทุกกลุ่มของผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้

- ผู้เข้าร่วมโครงการไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการตามเวลาที่กำหนดในตารางกิจกรรม
- ผู้เข้าร่วมโครงการมีภาวะการเจ็บป่วยเกิดขึ้น/รู้สึกไม่สะดวกในการให้ข้อมูล ซึ่งทางโครงการจะให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลของระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และนำส่งกลับบ้าน
- เมื่อพบว่าเกิดการดำเนินการดูแลผู้เข้าร่วมโครงการไม่เป็นไปตามที่กำหนดในเอกสารการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
- ผู้บริหารโรงพยาบาล/ศูนย์คนพิการ ขอออกจากการร่วมโครงการวิจัย

สรุป

จากเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น มีผู้เข้าร่วมวิจัย ตามจำนวนดังนี้

- | | |
|--|---------------|
| — ผู้ที่มีสภาพร่างกายที่ที่มองเห็นว่าแข็งแรง | จำนวน 6 กลุ่ม |
| — คนพิการทางการเคลื่อนไหว | จำนวน 4 กลุ่ม |
| — คนพิการทางการได้ยิน | จำนวน 4 กลุ่ม |
| — คนพิการทางการมองเห็น | จำนวน 4 กลุ่ม |
| — ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากความผิดปกติของหลอดเลือด | จำนวน 5 กลุ่ม |

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยผู้ที่มีคุณสมบัติที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยได้รับการชี้แจงรายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับความเป็นมาของโครงการ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ความเสี่ยง ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย และผู้ที่มีคุณสมบัติที่สนใจเข้าร่วมโดยการลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมสำหรับทุกกลุ่มที่มีความลำบากในการเขียนความคิดเห็นจะมีทีมวิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยลงช่วยในการเขียน ในกรณีของกลุ่มคนพิการ การเตรียมการสนทนากลุ่มของผู้พิการมีความเฉพาะโดยมีรายละเอียดการเตรียมดังนี้

- สถานที่นัดทำกลุ่ม ต้องมีบริการการเข้าถึงสถานที่สำหรับคนพิการ และมีสิ่งแวดล้อมที่จัดไว้เฉพาะสำหรับคนพิการ เช่น ห้องน้ำ ทางเดินเข้าห้องประชุม เป็นต้น
- คนพิการทางการมองเห็นจะมีผู้ช่วย คน เพื่อช่วยในการอ่าน 1 ผู้พิการ/คน 1เขียนความคิดเห็น จัดกลุ่มข้อความและให้คะแนนความสำคัญ ในขณะที่สนทนากลุ่ม
- คนพิการทางการได้ยิน จะมีล่ามมืออาชีพ คน ช่วยกันแปลการพูดคุยระหว่างทีมวิจัยและ 2 คนพิการทางการได้ยินตลอดการสนทนากลุ่ม

รูปแบบการวิจัยเป็นเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการพัฒนาแบบสอบถาม ข้อคำถามในแบบสอบถามได้จากประมวลความคิดเห็นเกี่ยวกับความแตกต่างทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายจากการทำกลุ่มสนทนาและสังเคราะห์โครงสร้างความคิดรวบยอด (Structured conceptualization) โดยการวิเคราะห์เชิงสถิติ ทดสอบความสอดคล้องในการจัดกลุ่มความคิดเห็นทั้งหมดและแสดงผลการวิเคราะห์เป็นรูปภาพแผนที่ความคิด ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน:

ขั้นตอนการเตรียม: การเตรียมการสังเคราะห์โครงสร้างความคิดรวบยอด

ในระยะเวลาพัฒนาแบบสอบถาม เพื่อให้การสนทนาของแต่ละกลุ่มมีความเที่ยงในการดำเนินการสังเคราะห์แผนที่ความคิดของผู้ร่วมวิจัย ทีมวิจัยได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นเวลา 5 วัน ในการดำเนินการสนทนาเพื่อการสังเคราะห์แผนที่ความคิด พร้อมการทำคู่มือการดำเนินกลุ่มสนทนา เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหิดล การเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยในการร่วมมือในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1: การเสนอความคิดเห็นโดยกลุ่มเป้าหมายกับปัญหาที่ต้องการศึกษา:

ในการเสนอความคิดเห็น กลุ่มเป้าหมายได้รับเวลาในการคิดและเขียนความคิดเห็นของตนเองในประเด็นที่กำหนด เป็นระยะเวลา 20-30 นาที และเสนอความคิดเห็นต่อกลุ่ม ทีละคนโดยเวียนกันเสนอคนละ 1 ความคิดเห็นต่อครั้งโดยไม่มีการโต้แย้ง ทีมวิจัยจะพิมพ์ความคิดเห็นขึ้นบนจอภาพเพื่อให้กลุ่มยืนยันความชัดเจนและตรงความหมายที่กลุ่ม/ผู้เสนอความคิดเห็นสรุปจนครบทุกความคิดเห็น การเสนอความเห็นผู้วิจัยจะไขกระตุ่นการแสดงความคิดเห็นในประเด็นการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเอง ครอบครัวหรือคนรู้จัก ได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพอย่างไร ต้องทำอย่างไรให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆได้ เมื่อได้ข้อมูลมาแล้วมีวิธีการอย่างไรที่จะทำความเข้าใจกับข้อมูลเหล่านั้น หรือมีวิธีการอย่างไรที่ทำให้สามารถนำข้อมูลไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ ขอให้คุณ

ความแตกฉานทางสุขภาพของคนไทย 2556

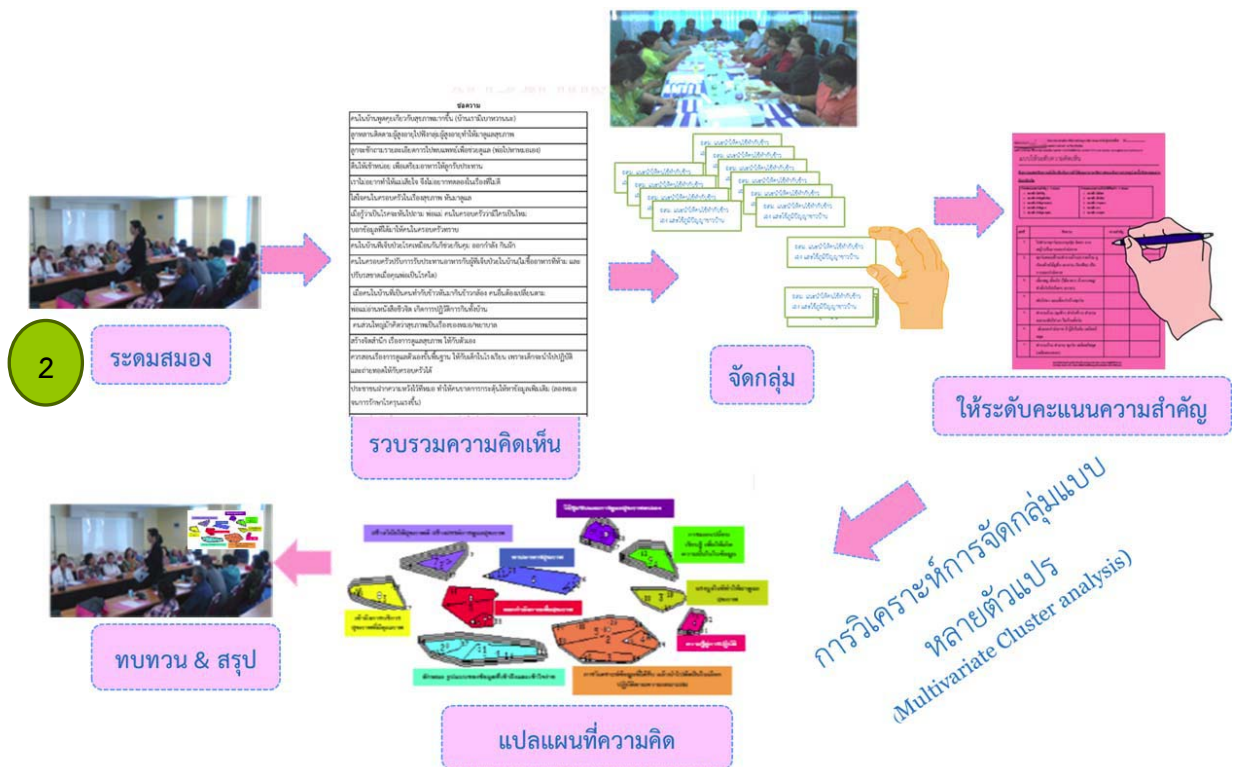
คิดถึงทุกแง่มุมซึ่งอาจจะเป็นตัวบุคคล ทั้งตัวคุณเอง สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านเพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข สภาพแวดล้อมของคุณ ชุมชนของคุณ หรือระบบการให้บริการสุขภาพ ฯลฯ

ขั้นตอนที่ 2: การจัดโครงสร้างของความคิดเห็น

ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับบัตรคำที่พิมพ์ข้อความความคิดเห็นทั้งหมด โดยแต่ละบัตรจะเป็นข้อความ ความคิดเห็น 1 ข้อความ และจัดกลุ่มความคิดเห็นทั้งหมดเป็นกลุ่มตามความคิดของแต่ละคน พร้อมทั้งตั้งชื่อกลุ่มความคิดเห็นที่จัดไว้ และให้คะแนนระดับความสำคัญในแต่ละข้อความคิดเห็น กำหนดระดับคะแนนความสำคัญ อยู่ในช่วง 1-5 คะแนน 1 หมายถึง ไม่สำคัญ - 5 หมายถึง สำคัญมากที่สุด ผู้เข้าร่วมวิจัยจัดกลุ่มความคิดเห็นตามที่เห็นสมควรและกำหนดระดับความสำคัญ วิเคราะห์แผนที่ความคิด จากความสอดคล้องของโครงสร้างความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่มออกเป็นภาพ โดยโปรแกรม THE CONCEPT SYSTEM VERSION 1 (1987)

ขั้นตอนที่ 3: การแปลผลและสรุปมติของกลุ่มต่อแผนที่ความคิด:

การแปลผลของการวิเคราะห์จากข้อมูล (data) โดยตรง จะเป็นการสรุปความเห็นร่วมกันไม่ขึ้นกับความเห็นของบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือนักวิจัย



รูปที่ 2 ขั้นตอนการสังเคราะห์แผนที่ความคิด

ขั้นตอนที่ 4: การวิเคราะห์แก่นสารของความแตกฉานทางสุขภาพ

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

ทีมวิจัยได้รวบรวมแผนที่ความคิดของทุกกลุ่มมาศึกษาความเหมือนและความเฉพาะที่เกิดขึ้นเพื่อสรุปเป็นองค์ประกอบ

ทีมวิจัยร่างข้อความที่จะใช้ในแบบสอบถามความแตกต่างทางสุขภาพจากประเด็นสำคัญและข้อความคิดเห็นภายใต้แต่ละประเด็นสำคัญที่รวบรวมได้จากขั้นตอนที่ 4 โดยแต่ละข้อความในแบบประเมินความแตกต่างทางสุขภาพเป็นการถอดความจากข้อความเห็นต่างๆที่ทีมวิจัยร่วมกันพิจารณาจากผลของค่าเฉลี่ยระดับความสำคัญที่กลุ่มเป้าหมายกำหนดไว้ในแต่ละข้อความความคิดเห็น และความสอดคล้องกับความหมายของประเด็นสำคัญ ดังรูปที่ 3

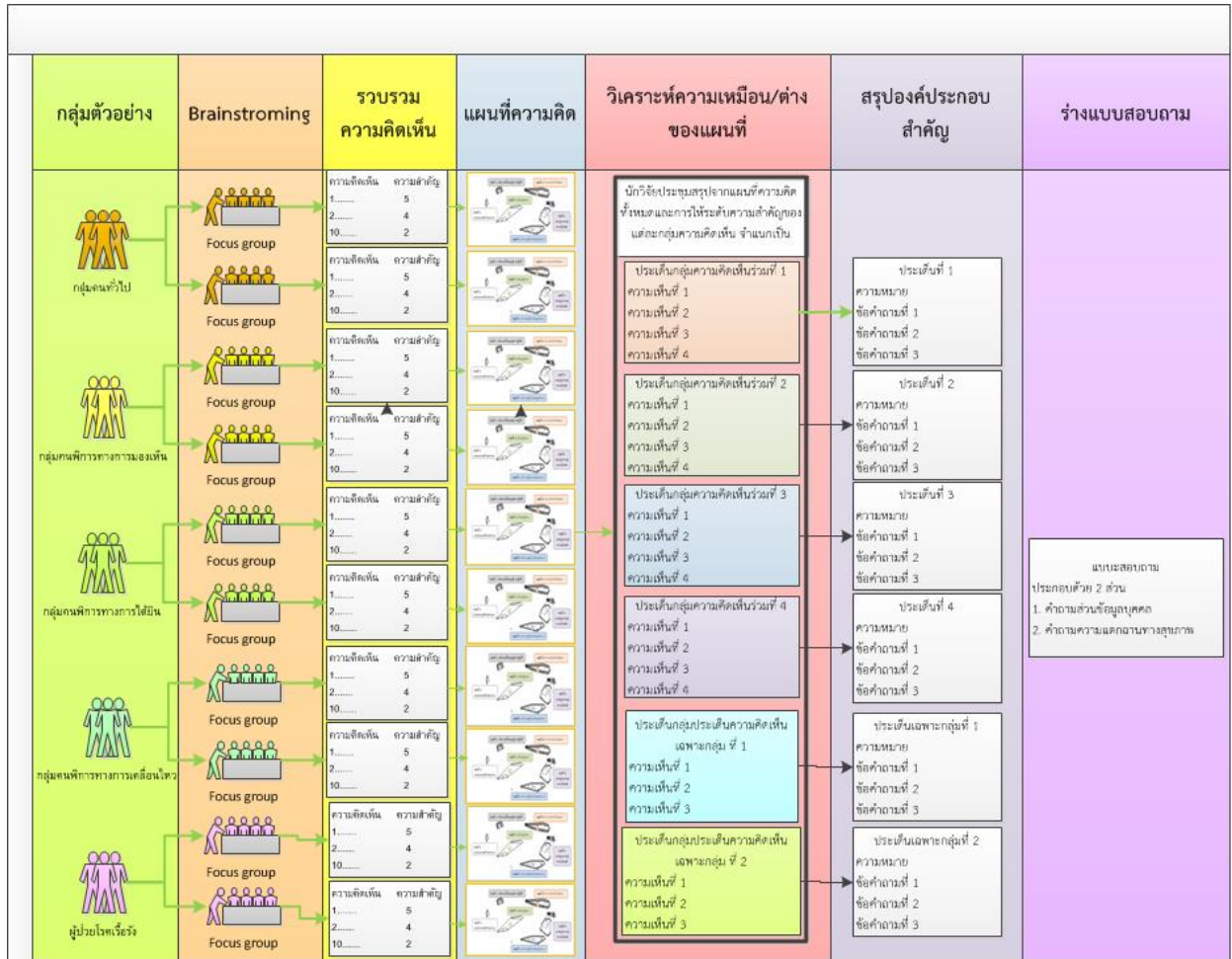
การดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวจะใช้เวลา 4 ชั่วโมง สำหรับกลุ่มเป้าหมาย การสนทนาจะถูกบันทึกเทป เพื่อให้ได้ข้อมูลในการสนทนาครบถ้วนในการปรับเปลี่ยนข้อความในแบบสอบถามเท่านั้น เทปที่ถูกบันทึกจะไม่ถูกถอดข้อความ ผู้วิจัยจะใช้สรรพนามที่เหมาะสมกับวัยและสถานภาพ ทางสังคมแทนการเรียกชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยขณะสนทนา เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อมูลในเทปสามารถ แสดงตัวของผู้ร่วมวิจัยได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ -1 ระยะการพัฒนาแบบสอบถาม

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ข้อมูลความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่าง จะวิเคราะห์โดยโปรแกรม THE CONCEPT SYSTEM VERSION 1 (1987) เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัยในการจัดกลุ่มข้อความคิดเห็น โดยการวิเคราะห์สถิติการจัดกลุ่มแบบหลายตัวแปร (Multivariate Cluster analysis) Trochim (1993) รายงานค่าที่ยอมรับได้ของ Multidimensional scaling solution ด้วย Stress value อยู่ในช่วง .155 - .352 ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัวบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย

- วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ในกรณีตัวแปรที่เป็นมาตรานามบัญญัติ ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสามารถในการอ่านเขียน ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำรงชีวิต ฐานะทางเศรษฐกิจ และประวัติการเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกรณีตัวแปรที่เป็นมาตราอันดับและอัตราส่วน ประกอบด้วย อายุ และความคิดประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง
- วิเคราะห์ระดับความสำคัญของข้อความคิดเห็นในแต่ละข้อความและแต่ละกลุ่มข้อความ จากผลการวิเคราะห์สถิติการจัดกลุ่มแบบหลายตัวแปร โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นข้อมูลในการตัดสินใจว่าข้อความนั้นควรอยู่หรือไม่ในแบบสอบถามความแตกต่างทางสุขภาพที่พัฒนา



รูปที่ 3 ขั้นตอนการสรุปแผนที่ความคิด

ผลการวิจัย

การสังเคราะห์แนวคิด

ผลการสังเคราะห์แผนที่ความคิดรวบยอดของแนวคิดเกี่ยวกับความแตกต่างทางสุขภาพ โดยการสรุปความคิดเห็นเกี่ยวกับการค้นคว้า หรือช่องทางการได้รับข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ รวมทั้งการนำไปคิดวิเคราะห์สู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามรายกลุ่มและลักษณะทางภูมิศาสตร์ ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มาจากภาคตะวันออก คิดเป็นร้อยละ 27.8 จากทั้ง 5 กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมในการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า ยกเว้นกรุงเทพมหานครและปริมณฑลซึ่งถือว่าเป็นชุมชนเมือง จำนวนผู้ที่เข้าร่วมในแต่ละกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างตามรายภาค ($\chi^2_{(12, N = 189)} = 10.09, p = 0.61$). ลักษณะของกลุ่มที่เสนอความคิดเห็น ทั้งกลุ่มคนทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คนพิการทางการมองเห็น ทางไกลเคลื่อนไหวและทางการได้ยิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้หญิง (56.10%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (37.20%) ยกเว้นกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวและทางการได้ยิน ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 40 ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แสดงถึงสังคมผู้สูงอายุ ร้อยละ 70 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ในเชิงสถานภาพทางสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (61.60%) มีเศรษฐกิจพอใช้ (75.86%) และมีอาชีพรับจ้าง และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (30.77% และ 26.92% ตามลำดับ) ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (51.16%) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมสังเคราะห์ความคิดเห็น จำแนกตามลักษณะทางภูมิศาสตร์

กลุ่มเป้าหมาย	ลักษณะทางภูมิศาสตร์				
	กรุงเทพและ ปริมณฑล	ภาค ตะวันออก	ภาค ตะวันออก เฉียงเหนือ	ภาคใต้	ภาคเหนือ
	(16 คน)	(57 คน)	(42 คน)	(47 คน)	(43 คน)
คนทั่วไป (48 คน)	16 33.3%	10 20.8%	7 14.6%	7 14.6%	8 16.7%
ความพิการทางการ เคลื่อนไหว (39 คน)		11 28.2%	8 20.5%	9 23.1%	11 28.2%
ความพิการทางการได้ยิน (38 คน)		9 23.7%	10 26.3%	12 31.6%	7 18.4%
ความพิการทางการมองเห็น (36 คน)		7 19.4%	8 22.2%	11 30.6%	10 27.8%
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (44 คน)		20 45.5%	9 20.5%	8 18.2%	7 15.9%

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของลักษณะข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย

ลักษณะข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	กลุ่ม					รวม
	คนทั่วไป	ความพิการทางการเคลื่อนไหว	ความพิการทางการได้ยิน	ความพิการทางการมองเห็น	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	
เพศ (189 คน)						
ชาย	7 21.90%	19 48.70%	22 57.90%	19 52.80%	16 36.40%	83 43.90%
หญิง	25 78.10%	20 51.30%	16 42.10%	17 47.20%	28 63.60%	106 56.10%
ระดับการศึกษา (183คน)						
ไม่ได้รับการศึกษา	1 3.10%	2 5.30%		5 14.30%	4 9.80%	12 6.60%
ประถมศึกษา	10 31.30%	7 18.40%	9 24.30%	13 37.10%	29 70.70%	68 37.20%
มัธยมศึกษาต้น	4 12.50%	8 21.10%	8 21.60%	2 5.70%	1 2.40%	23 12.60%
มัธยมศึกษาปลาย	7 21.90%	8 21.10%	13 35.10%	6 17.10%		34 18.60%
ปวช/ปวส	4 12.50%	7 18.40%	3 8.10%	2 5.70%	1 2.40%	17 9.30%
ปริญญาตรี/สูงกว่า	6 18.75%	6 15.79%	4 10.81%	7 20.00%	6 14.63%	29 15.85%
สถานภาพสมรส (185คน)						
โสด	7 21.90%	14 35.90%	16 43.20%	13 37.10%	2 4.80%	52 28.10%
คู่	23 71.90%	22 56.40%	19 51.40%	16 45.70%	34 81.00%	114 61.60%
แยกกันอยู่	1 3.10%	2 5.10%	2 5.40%	1 2.90%	2 4.80%	8 4.30%
หม้าย/หย่า	1 3.10%	1 2.60%		5 14.30%	4 9.50%	11 5.90%
อาชีพ (182คน)						
เกษตรกรรวม	4 12.50%	4 11.43%	3 8.11%	4 11.43%	22 51.16%	37 20.33%
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9 28.13%	7 20.00%	14 37.84%	15 42.86%	4 9.30%	49 26.92%

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของลักษณะข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย

ลักษณะข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	กลุ่ม					รวม
	คนทั่วไป	ความพิการทางการเคลื่อนไหว	ความพิการทางการได้ยิน	ความพิการทางการมองเห็น	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	
รับจ้าง	11 34.38%	15 42.86%	13 35.14%	9 25.71%	8 18.60%	56 30.77%
รับราชการ	3 9.38%			1 2.86%	2 4.65%	6 3.30%
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5 15.63%	9 25.71%	7 18.92%	6 17.14%	7 16.28%	34 18.68%
เศรษฐฐานะ (174คน)						
ขัดสน	1 3.33%	6 15.79%	6 17.14%	8 25.81%		21 12.07%
พอใช้	25 83.33%	32 84.21%	20 57.14%	22 70.97%	33 82.50%	132 75.86%
มีเหลือเก็บ	4 13.33%		9 25.71%	1 3.23%	7 17.50%	21 12.07%

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

ตารางที่ 3 จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ของอายุ และระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพลักษณะข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย

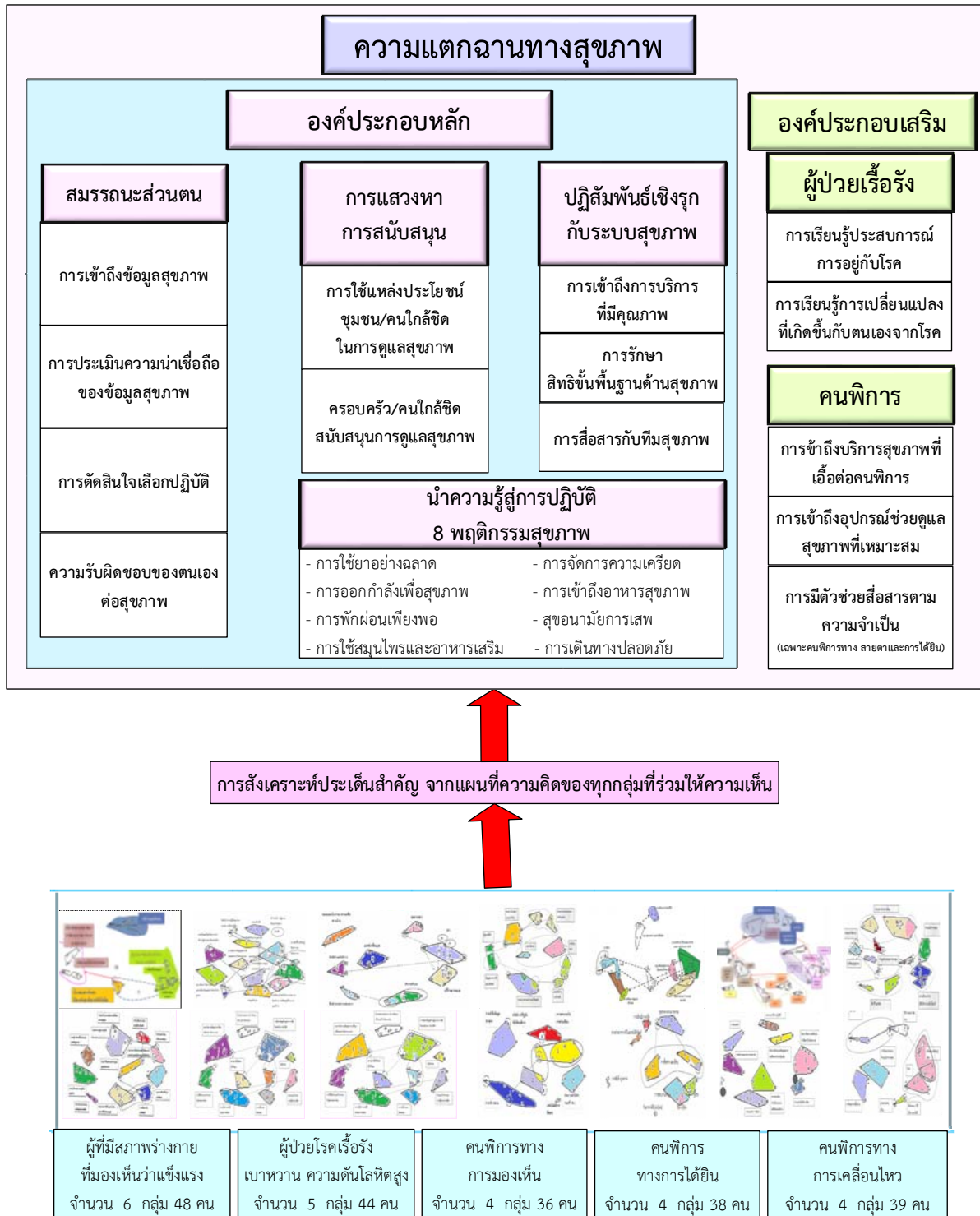
ลักษณะข้อมูล		จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
พื้นฐานส่วนบุคคล	กลุ่มเป้าหมาย					
อายุ* (ปี)	คนทั่วไป	48	37.77	11.36	18	60
	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	44	57.00	9.43	36	82
	ความพิการทางการมองเห็น	32	44.09	15.46	22	78
	ความพิการทางการได้ยิน	37	34.27	7.89	24	61
	ความพิการทางการเคลื่อนไหว	39	40.77	13.39	19	75
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	คนทั่วไป	48	8.44	1.35	4	10
	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	43	8.00	1.76	4	10
	ความพิการทางการมองเห็น	35	7.89	2.03	3	10
	ความพิการทางการได้ยิน	31	7.52	1.88	4	10
	ความพิการทางการเคลื่อนไหว	33	7.30	2.44	0	10

* p<.001

กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 5 กลุ่มมีความแตกต่างของอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(4, 195) = 24.03, p=.000$) โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอายุที่มากกว่ากลุ่มอื่นๆทุกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และกลุ่มคนพิการทางการมองเห็นมีอายุมากกว่าคนพิการทางการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้ง 5 กลุ่มเป้าหมายไม่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

จากการทำแผนที่ความคิดด้วยวิธีการวิเคราะห์การจัดกลุ่มความคิดเห็นแบบหลายตัวแปร (Multivariate Cluster analysis) ในกลุ่มเป้าหมายทั้ง 5 กลุ่ม พบว่าผู้ให้ความเห็นรวมทั้งหมด 25 กลุ่ม จำนวนผู้ร่วมให้ความเห็นในแต่ละกลุ่ม อยู่ในช่วง 7-10 คน จำนวนความคิดเห็นที่ได้ในแต่ละกลุ่มอยู่ระหว่าง 35 - 78 ความคิดเห็น ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบในแต่ละกลุ่ม พบว่า จำนวนองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 7 - 15 องค์ประกอบ ผลการวิเคราะห์ความเหมือนและความแตกต่าง พบว่า องค์ประกอบสำคัญที่มีความสอดคล้องระหว่างกลุ่มทุกกลุ่มรวมทั้งหมด 10 องค์ประกอบ และองค์ประกอบเฉพาะกลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและคนพิการ ดังรูปที่ 4 ตารางที่ 4 - 6 แสดงความจำกัดความของแต่ละองค์ประกอบและตัวอย่างคำถามในการประเมินองค์ประกอบแต่ละด้าน ของความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทยและส่วนเสริมเฉพาะของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและคนพิการ

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556



รูปที่ 4 องค์ประกอบความแตกต่างทางสุขภาพ ที่ได้จากการสรุปการทำแผนที่ความคิดจากกลุ่มกลุ่มคนทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คนพิการทางการมองเห็น ทาง การเคลื่อนไหวและทางการได้ยิน

ความแตกฉานทางสุขภาพของคนไทย 2556

ตารางที่ 4 องค์ประกอบสำคัญของความแตกฉานทางสุขภาพของคนไทย จากกลุ่มกลุ่มคนทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คนพิการทางการมองเห็น ทางารเคลื่อนไหวและทางการได้ยิน

องค์ประกอบ	ความจำกัดความ	ตัวอย่างคำถาม
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลหลากหลายต่างๆ (Information accessibility from various sources)	บุคคลสามารถค้นหา ทำให้ตนเองมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง ทั้ง การอ่าน ฟัง ดู จากแหล่งความรู้หลากหลายต่างๆ ทั้งที่เป็นบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพหรือบุคคลทั่วไป จากสื่อสาขาต่างๆ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ หรืออินเทอร์เน็ต	<ul style="list-style-type: none"> — ฉันค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้จากหลายช่องทาง — ฉันรู้วิธีหาคำตอบเกี่ยวกับสุขภาพที่น่าเชื่อถือได้อย่างรวดเร็ว — ฉันสามารถหาข้อมูลสุขภาพของสินค้า เพื่อรู้ประโยชน์และโทษต่อสุขภาพก่อนบริโภค
2. การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (Assessing information credibility)	บุคคลสามารถตรวจสอบความถูกต้อง ตัดสินความเหมาะสมของข้อมูลที่เสนอของสื่อต่างๆ ทั้งทางหนังสือ ทีวี หรือ internet ก่อนนำไปปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> — ฉันตรวจสอบความน่าเชื่อถือของความรู้ — ฉันรู้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล — ฉันเลือกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือ
3. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติดูแลสุขภาพ (Making decision to take action on health)	บุคคลสามารถที่จะรับรู้ข้อมูลต่างๆที่ได้รับมาทำการตัดสินใจเลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยตัดสินใจลงมือปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโดยไม่รอให้เกิดการเจ็บป่วยก่อน	<ul style="list-style-type: none"> — ฉันเลือกวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับตัวฉัน — แม้ว่าฉันไม่มีอาการผิดปกติ ฉันก็ยังดูแลสุขภาพตัวเองอย่างดี
4. ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ (Health-self responsibility)	บุคคลตระหนักว่าการดูแลสุขภาพผู้ที่ต้องรับผิดชอบคือตัวเอง เกิดแรงจูงใจทำให้เรื่องสุขภาพอยู่ในการดำเนินชีวิตตามปกติ เฝ้าระวังสังเกตการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> — ฉันสังเกตความเปลี่ยนแปลงของร่างกายตนเอง — ฉันรู้ว่าการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันมีความสำคัญมากต่อการมีสุขภาพดี — การมีสุขภาพที่ดีของฉันเกิดจากการปฏิบัติดูแลด้วยตนเอง
5. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลหลากหลายต่างๆ (Information accessibility from various sources)	บุคคลสามารถค้นหา ทำให้ตนเองมีโอกาสได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง ทั้ง การอ่าน ฟัง ดู จากแหล่งความรู้หลากหลายต่างๆ ทั้งที่เป็นบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพหรือบุคคลทั่วไป จากสื่อสาขาต่างๆ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ หรืออินเทอร์เน็ต	<ul style="list-style-type: none"> — ฉันค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้จากหลายช่องทาง — ฉันรู้วิธีหาคำตอบเกี่ยวกับสุขภาพที่น่าเชื่อถือได้อย่างรวดเร็ว — ฉันสามารถหาข้อมูลสุขภาพของสินค้า เพื่อรู้ประโยชน์และโทษต่อสุขภาพก่อนบริโภค

ความแตกฉานทางสุขภาพของคนไทย 2556

ตารางที่ 4 องค์ประกอบสำคัญของความแตกฉานทางสุขภาพของคนไทย จากกลุ่มกลุ่มคนทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คนพิการทางการมองเห็น ทางการเคลื่อนไหวและทางการได้ยิน

องค์ประกอบ	ความจำกัดความ	ตัวอย่างคำถาม
6. การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (Assessing information credibility)	บุคคลสามารถตรวจสอบความถูกต้อง ตัดสินความเหมาะสมของข้อมูลที่เสนอของสื่อต่างๆ ทั้งทางหนังสือ ทีวี หรือ internet ก่อนนำไปปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> — ฉันตรวจสอบความน่าเชื่อถือของความรู้ — ฉันรู้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล — ฉันเลือกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือ
7. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติการดูแลสุขภาพ (Making decision to take action on health)	บุคคลสามารถที่จะรับรู้ข้อมูลต่างๆที่ได้รับมาทำการตัดสินใจเลือกปฏิบัติให้เหมาะกับตนเอง โดยตัดสินใจลงมือปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโดยไม่รอให้เกิดการเจ็บป่วยก่อน	<ul style="list-style-type: none"> — ฉันเลือกวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับตัวฉัน — แม้ว่าฉันไม่มีการผิดปกติ ฉันก็ยังดูแลสุขภาพตัวเองอย่างดี
8. ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ (Health-self responsibility)	บุคคลตระหนักว่าการดูแลสุขภาพผู้ที่ต้องรับผิดชอบคือตัวเอง เกิดแรงจูงใจทำให้เรื่องสุขภาพอยู่ในการดำเนินชีวิตตามปกติ เฝ้าระวังสังเกตการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> — ฉันสังเกตความเปลี่ยนแปลงของร่างกายตนเอง — ฉันรู้ว่าการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันมีความสำคัญมากต่อการมีสุขภาพดี — การมีสุขภาพที่ดีของฉันเกิดจากการปฏิบัติดูแลด้วยตนเอง
9. การรักษาสិทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ (Self-advocacy on our own basic right to health)	บุคคลรับรู้สิทธิในการรับบริการรูปแบบต่างๆ ความสามารถในซักถามความครอบคลุมการรักษาตามสิทธิก่อนรับบริการสุขภาพ และสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมตามสิทธิ ทั้งในเรื่องการป้องกันโรคและการรับการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> — ฉันถามสิทธิการรักษาก่อนรับการรักษา — ฉันรู้ว่าสิทธิการรักษาของฉันสามารถรับบริการจากสถานพยาบาลใดบ้าง

ความแตกฉานทางสุขภาพของคนไทย 2556

ตารางที่ 4 องค์ประกอบสำคัญของความแตกฉานทางสุขภาพของคนไทย จากกลุ่มกลุ่มคนทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คนพิการทางการมองเห็น ทางารเคลื่อนไหวและทางการได้ยิน

องค์ประกอบ	ความจำกัดความ	ตัวอย่างคำถาม
10.การเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ (Accessibility to quality health service)	บุคคลทราบวิธีที่จะเข้ารับบริการ สถานที่ ขั้นตอนต่างๆในการติดต่อสถานบริการและเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> — ฉันรู้ว่าจะติดต่อหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลได้อย่างไร — ฉันหาวิธีไปหาหมอยามต้องการ — ฉันรู้ช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลเมื่อมีปัญหาสุขภาพ
11.การสื่อสารที่มีคุณภาพกับทีมสุขภาพ (Effective health communication with health care providers)	บุคคลเข้าใจข้อความที่แพทย์ เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพแนะนำ และสามารถซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจตลอดจน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> — ฉันกล้าซักถามข้อสงสัยในการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล — ฉันสามารถขอให้เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลบอกข้อมูลที่ตรวจพบให้ฉันเข้าใจได้ — ฉันนำคำแนะนำของหมอ/พยาบาลไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน
12.การใช้แหล่งประโยชน์ชุมชน/คนใกล้ชิดในการดูแลสุขภาพ (community resources' practice)	บุคคลรู้ว่าสามารถขอความช่วยเหลือเรื่องการเจ็บป่วยเมื่อจำเป็นได้จากเพื่อนบ้าน รู้ว่าในชุมชนรอบๆบ้าน มีกิจกรรมสุขภาพหรืออุปกรณ์ออกกำลังกาย การขายอาหารสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> — ฉันสามารถขอความช่วยเหลือเรื่องเจ็บป่วยจากคนในชุมชนได้ทันความต้องการ เมื่อจำเป็น — ฉันรู้จักสถานที่ต่างๆในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ร้านขายอาหารสุขภาพ เป็นต้น
13.ครอบครัว/คนใกล้ชิดสนับสนุนการดูแลสุขภาพ (Health care supports from Family/significant persons)	บุคคลมีสมาชิกในครอบครัว/คนใกล้ชิดสนใจในการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน ถามไถ่ ซักชวนและช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมรักษาสุขภาพและการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ	<ul style="list-style-type: none"> — ทุกคนในบ้านดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน — คนใกล้ชิดคอยบอกความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

ตารางที่ 4 องค์ประกอบสำคัญของความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย จากกลุ่มกลุ่มคนทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คนพิการทางการมองเห็น ทางารเคลื่อนไหวและทางการได้ยิน

องค์ประกอบ	องค์ประกอบ	องค์ประกอบ
<p>14.การนำความรู้สู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Knowledge application in health behavior practice)</p> <p>14.1. การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ (medication administrative effectiveness)</p> <p>14.2. การจัดการความเครียด (Stress management)</p> <p>14.3. การเคลื่อนไหวออกแรงเพื่อสุขภาพ (Physical activity for health)</p> <p>14.4. การเข้าถึงอาหารสุขภาพ (Healthy food security)</p> <p>14.5. การใช้สมุนไพร/อาหารเสริมปลอดภัย (Safety consumption of herb/food supplement)</p> <p>14.6. การนอนที่มีคุณภาพ (Sleep quality)</p> <p>14.7. การจัดการการเสพติด (Addiction risk management)</p> <p>14.8. ความคล่องตัวในการเดินทางปลอดภัย (Safety transportation deftness)</p>	<p>ความสามารถของบุคคลที่นำข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพมาใช้ในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลสามารถ</p> <p>— ใช้ยาตามความจำเป็นและเหมาะสมกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น</p> <p>— จัดการความเครียดในชีวิตประจำวัน ทำให้ชีวิตมีความสุข</p> <p>— หาซื้อ/เตรียมและรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายได้</p> <p>— เลือกอาหารเสริมหรือสมุนไพรต่างๆตามต้องการได้อย่างปลอดภัย</p> <p>— ดำเนินชีวิตประจำวันให้กระฉับกระเฉง เลือกวิธีการออกกำลังกายให้เหมาะกับการดำเนินชีวิตที่ทำให้เหงื่อออกและหายใจเร็วขึ้น อย่างน้อยวันละ 30 นาที ในเกือบทุกวัน</p> <p>— นอนหลับอย่างมีคุณภาพและรู้สึกกระฉับกระเฉงพร้อมสำหรับทำกิจกรรมต่างๆ ในวันใหม่</p> <p>— รู้ถึงอันตรายของสิ่งเสพติด และสามารถหลีกเลี่ยงไม่เสพสารเสพติดใดๆ เช่น บุหรี่ เหล้า ยาเสพติด หรือกาแฟ</p> <p>— สามารถเดินทางไปไหนมาไหนเพื่อสุขภาพตามต้องการอย่างปลอดภัย</p>	<p>— ฉันเข้าใจวิธีกินยา จากฉลากยา</p> <p>— ฉันมีวิธีการเตือนให้กินยาตรงเวลา และขนาดตามที่หมอสั่ง</p> <p>— ฉันรู้จักวิธีคลายเครียด</p> <p>— แม้ว่าฉันมีความเครียด ฉันก็ยังดูแลสุขภาพตนเองได้ดี</p> <p>— ฉันเลือกกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ</p> <p>— ฉันสามารถหาอาหารที่ดีต่อสุขภาพกินได้</p> <p>— ฉันรู้วิธีการกินสมุนไพร/ อาหารเสริมอย่างปลอดภัย</p> <p>— ฉันรู้ว่าฉันจะหาสมุนไพร/ อาหารเสริมที่ปลอดภัยได้ที่ไหน</p> <p>— ฉันหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดจากสิ่งเสพติดต่างๆได้</p> <p>— ฉันตื่นนอนด้วยความสดชื่นพร้อมทำกิจกรรมต่างๆ</p> <p>— ฉันรู้ว่าฉันจะต้องทำอะไรที่ทำให้ฉันนอนหลับพักผ่อนอย่างเต็มที่</p> <p>— ฉันสามารถเลือกวิธีการเดินทางไปไหนมาไหนได้อย่างปลอดภัย</p>

ตารางที่ 5 องค์ประกอบสำคัญของความแตกฉานทางสุขภาพเสริมเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

องค์ประกอบ	ความจำกัดความ	ตัวอย่างคำถาม
1. การเปลี่ยนแปลงตนเองจากการเรียนรู้กับผู้ที่มีประสบการณ์การเป็นโรค (Self-change practice based on learning with experienced person)	ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนข้อมูล แนวคิด การปฏิบัติกับผู้ป่วยที่เผชิญปัญหาการเจ็บป่วยคล้ายกัน นำประสบการณ์ที่เหมาะสมกับตนเองมาใช้	<ul style="list-style-type: none"> — ฉันพูดคุยแลกเปลี่ยนการปฏิบัติตนกับผู้ป่วยอื่นๆ — ฉันลองดูแลสุขภาพตนเองตามที่ผู้ป่วยคนอื่นทำแล้วได้ผลดีมาปรับใช้
2. การสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองจากโรค (Self-observation of changes caused by diagnosed diseases)	ผู้ป่วยสามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่เป็นผลจากโรคที่เป็นหรือการปฏิบัติตน	<ul style="list-style-type: none"> — ฉันรู้ว่าอาการป่วยของฉันในแต่ละวันดีขึ้นหรือแย่ลง — ฉันสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเพื่อนำไปบอกหมอในวันนัด

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

ตารางที่ 6 องค์ประกอบสำคัญของความแตกต่างทางสุขภาพเสริมเฉพาะคนพิการ

องค์ประกอบ	ความจำกัดความ	ตัวอย่างคำถาม
1. การเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยดูแลสุขภาพที่เหมาะสม (Accessibility of Aids equipment for disabled person)	บุคคลรู้ช่องทางและสามารถเข้าถึงอุปกรณ์สำหรับคนพิการที่จะช่วยให้สามารถสื่อสาร/ดูแลตนเองได้	<ul style="list-style-type: none"> — ฉันรู้ว่าจะได้รับอุปกรณ์/ เครื่องช่วยสำหรับคนพิการได้อย่างไร — ฉันบอกได้ว่าอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการใดมีประโยชน์สำหรับฉัน — ฉันได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการได้รับอุปกรณ์/ เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ
2. การมีตัวช่วยสื่อสารเพื่อรักษาสุขภาพตามความจำเป็น (เฉพาะคนพิการทางสายตาและการได้ยิน) (Communicative helper as needed for taking care health)	บุคคลสามารถรู้ช่องทางในการหาผู้ช่วยในการสื่อสาร(ญาติ ล่าม) หรืออุปกรณ์เมื่อต้องการสื่อสารข้อมูลสุขภาพกับคนอื่น ๆ	<ul style="list-style-type: none"> — ฉันสามารถหาล่ามมาช่วยสื่อสารเมื่อฉันไปสถานพยาบาลได้ — ฉันเข้าใจเรื่องความเจ็บป่วยของตนเองจากคนที่ช่วยเหลือฉัน พุดคุย กับหมอหรือพยาบาล

การอภิปรายผล

ความแตกต่างทางสุขภาพได้รับการยอมรับทั่วโลกว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพ และความเท่าเทียมทางสุขภาพทั้งในการป้องกันระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ(39-41). การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแรกที่มีการสังเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มบุคคลที่ความหลากหลายในภาวะสุขภาพและพบแนวคิดร่วมจากความหลากหลาย ในมุมมองของคนว่าการจะได้รับข้อมูลสุขภาพจนสามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวันนั้น บุคคลต้องมีความรู้และทักษะแกนหลักสำคัญอะไรบ้าง ผลการสังเคราะห์ความแตกต่างทางสุขภาพ แสดงให้เห็นมิติของกระบวนการภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคลที่ทำให้คนมีสมรรถนะในการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูลดีเพียงพอที่จะสามารถนำไปใช้ได้ในการดำเนินชีวิตตามปกติ บุคคลต้องสามารถค้นคว้าหรือสร้างโอกาสให้ตนเองในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ใช้กระบวนการคิด วิเคราะห์ให้เกิดความเข้าใจและมั่นใจ กระบวนการปฏิสัมพันธ์กับระบบการบริการสาธารณสุข และการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชนและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนบุคคลให้มีความแตกต่างทางสุขภาพ Sørensen และคณะ(42) ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) พบว่าความแตกต่างทางสุขภาพจาก 170 งานวิจัย ได้กำหนดคำจำกัดความของความแตกต่างทางสุขภาพไว้ถึง 17 นิยาม โดยมีคำนิยามของ American Medical Association, the Institute of Medicine [8] และองค์การอนามัยโลก [31] กรอบแนวคิดความแตกต่างทางสุขภาพสำหรับการสาธารณสุขจากการ Zomor(43) เสนอว่ายังขาดการมองความแตกต่างทางสุขภาพด้วยวิจัยที่เป็นกระบวนการวิจัยแบบผสมผสานเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน การวิเคราะห์เครื่องมือที่มีอยู่โดยการสืบค้นอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ปี 1990-2008 พบ 19 เครื่องมือ ที่มีการวัดทั้งจากการประเมินความสามารถโดยตรง การรายงานผลความสามารถด้วยตนเองหรือการให้ผู้แทนประเมิน เครื่องมือมีเนื้อหาการวัดความสามารถหลักในการอ่านเข้าใจเนื้อหา แต่ยังไม่ปรากฏการวัดที่สะท้อนความสามารถของบุคคลในการค้นหาข้อมูล ความเข้าใจหรือการใช้ข้อมูลสุขภาพ จากผลการใช้กระบวนการทำแผนที่ความคิด ซึ่งเป็นกระบวนการเชิงระบบ (Systematic process) ที่ผสมผสานกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในการอธิบายแนวคิดความแตกต่างทางสุขภาพและสรุปผลความสอดคล้องของความคิดเห็นในการจัดกลุ่มความคิด และความสำคัญของแต่ละความคิดเห็นด้วยการวิเคราะห์เชิงสถิติรายงานผลออกเป็นแผนภาพ ทำให้เกิดความลึกซึ้งในการอธิบายความหมายในมุมมองของบุคคลที่เกี่ยวข้องได้(44)

ความแตกต่างทางสุขภาพอยู่บนพื้นฐานการรู้หนังสือ ที่ทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างความรู้ แรงจูงใจ และสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพ ทำความเข้าใจเนื้อหา ประเมินความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และนำไปสู่การนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ในการคิดตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ในแต่ละวัน ทั้งในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การใช้บริการสุขภาพตามความจำเป็น เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง สามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (43, 45) ผลการสังเคราะห์แผนที่ความคิดของคนไทยทั้ง 5 กลุ่ม พบประเด็นเกี่ยวกับการรู้หนังสือ โดยกลุ่มตัวอย่างให้ประเด็นว่า “การอ่านหนังสือไม่ออก แต่ใช้วิธีอื่นๆให้รู้เรื่องการดูแลสุขภาพก็สามารถดูแลสุขภาพได้ อาจดีกว่าคนที่รู้หนังสือมากแต่ไม่เคยสนใจหาความรู้ หรือรู้แต่ไม่นำไปทำ” ดังนั้นการประเมินการอ่าน/ตอบคำถามเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพโดยการวัดความรู้ ยังคงมีการถกเถียงกันอยู่ว่าการอ่านเขียนเป็นกลุ่มทักษะที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ที่น่าจะเป็นเป็นกระบวนการเรียนรู้ หรือเป็นเพียงเรื่องของการรู้ตัวอักษร รวมทั้งการรู้หนังสือไม่ใช่เป็นเพียงทักษะของบุคคลเท่านั้น ยังเกี่ยวข้องกับบริบท สังคมวัฒนธรรม การเติบโตทางเศรษฐกิจและ

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

การเมือง ที่ส่งผลต่อโอกาสทางการศึกษาของบุคคลในสังคม ความแตกต่างทางสุขภาพเป็นมนทัศน์ที่ซับซ้อน เพราะเป็นการอธิบายกระบวนการเรียนรู้ของบุคคลในสังคมเกี่ยวกับสุขภาพ ดังนั้นความแตกต่างเชิงสังคม วัฒนธรรมของบุคคลจึงมีผลต่อการเรียนรู้และการนำความรู้ไปใช้ของบุคคล

การตัดสินใจของบุคคลได้รับอิทธิพลจากการสามารถในการเข้าถึงข้อมูลในขณะตัดสินใจ ผู้ที่เติบโตในสังคมของกลุ่มนิยม (Collectivism) มักมองสาเหตุภายนอกในการทำให้เกิดการดูแลสุขภาพ ในขณะที่คนในสังคมปัจเจกชนนิยม (Individualism) จะมองปัจจัยการเกิดจากความเป็นตัวตนของตนเอง(46) คนไทยเติบโตในสังคมของกลุ่มนิยม มองความเกี่ยวข้องกับบุคคลใกล้ชิดรอบข้าง เช่น “ไม่อยากเจ็บป่วยกลัวลูกจะลำบาก” หรือ “กินยาได้ถูกเสมอเพราะหลานอ่านฉลากยาให้” ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะได้รับอิทธิพลของประเทศทางตะวันตกให้มีความเป็นปัจเจกนิยมมากขึ้นซึ่งเป็นการมุ่งผลที่เกิดกับตนเอง เช่น “กลัวไปไหนมาไหนด้วยตนเองไม่ได้” แต่ในยามเจ็บป่วยหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเป็นกลุ่มนิยมทางด้านครอบครัว คนใกล้ชิดจะมีอิทธิพลมากขึ้นในการเรียนรู้และตัดสินใจ ดังนั้นบุคคลที่มีความแตกต่างทางสุขภาพจึงควรมีความสามารถในการจัดการให้สถานการณ์ที่ตนเองอยู่มีบุคคลใกล้ชิดที่เข้าใจ ยินดีช่วยเหลือให้สามารถรักษาสุขภาพได้ ความช่วยเหลือมีทั้งในรูปแบบการช่วยหาข้อมูล ทำความเข้าใจ หรือช่วยตัดสินใจแก้ปัญหาทางสุขภาพ หรือการสนับสนุนทั้งทางกายภาพ แรงใจ หรือทางทรัพย์สิน เช่น “ลูกคอยเตือนให้ทานยาทุกครั้งที่คุณข้าวด้วยกัน” ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่เป็นหลักสำคัญที่สุดของสังคมไทย ทำหน้าที่หล่อหลอม ด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน พร้อมทั้งปลูกฝังค่านิยม และถ่ายทอดวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของสังคมให้แก่สมาชิกในครอบครัว ครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อการเรียนรู้และการดำเนินชีวิตของคนไทยทุกคน การที่คนไทยจะแตกต่างในเรื่องสุขภาพนั้น จึงต้องการการใส่ใจ ความร่วมมือ ในการสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวสามารถที่จะเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพและนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างดี นอกจากนั้นการสนับสนุนจากชุมชนที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมในชุมชน มีส่วนเกี่ยวข้องกับความแตกต่างทางสุขภาพในเชิงของแหล่งประโยชน์ หรือการมีสิ่งแวดล้อมที่มีกระแสนิยมของชุมชน ทั้งในเชิงข่าวสาร สถานที่ที่เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่ส่งเสริมการรักษาสุขภาพก็จะทำให้บุคคลง่ายต่อการนำความรู้ที่ได้สู่การปฏิบัติได้ดี เช่น “การที่ชุมชนต้องมีแหล่งในการซื้ออาหารสุขภาพ สถานที่ออกกำลังกาย” ดังนั้นการประเมินความแตกต่างทางสุขภาพ คนไทยให้ความสำคัญต่อความสามารถเชิงสังคมของบุคคลที่ทำให้บุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์แสดงบทบาทสนับสนุนให้สมรรถนะในการใช้ข้อมูลทางสุขภาพต่างๆในการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพหรือควบคุมความก้าวหน้าของโรคที่เป็นอยู่ และสภาพสังคมความเป็นอยู่ที่เอื้ออำนวยให้คนสามารถนำความรู้ที่เข้ามาปฏิบัติได้

ในสังคมปัจจุบันทั่วโลก เริ่มมีการให้ความสำคัญต่อความเสมอภาค (Equality) การมีส่วนร่วมและสิทธิมนุษยชน(47) ประเทศไทยก็เช่นกัน แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11(48) มุ่งการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในสังคม สร้างหลักประกันและการจัดบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานเพียงพอ โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของประชาชนเป็นหลัก บนพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ระหว่งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นโยบายการบริการในระบบสาธารณสุขเริ่มมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และชุมชนรวมทั้งพัฒนาคุณภาพบริการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน และสนับสนุนให้ประชาชนได้มีโอกาสเรียนรู้ สร้างจิตสำนึกในการรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง ทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและการควบคุมโรค ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาประชาชนแต่ละบุคคลให้เกิดความแตกต่างทางสุขภาพ Sorensen และคณะ(42) ได้สรุปนิยามความแตกต่างทางสุขภาพว่า “การที่บุคคลมีพื้นฐานการอ่านออกเขียนได้ มีแรงจูงใจ ความรู้ และสมรรถนะในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ในการ

ตัดสินใจนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันในการรักษาสุขภาพ ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตลอดช่วงชีวิตที่มี” จากผลการสังเคราะห์แผนที่ความคิดพบว่าบุคคลในทุกระดับภาวะสุขภาพ คนทั่วไป ผู้ป่วยหรือคนพิการจากสาเหตุต่างๆควรมี ความกระตือรือร้นที่เข้าถึงข่าวสารความรู้จากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย ตระหนักในความสำคัญของความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง พยายามเข้าใจในเนื้อหาต่างๆ ประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหาด้วยตนเอง มีการตัดสินใจนำมาลองปฏิบัติ และประเมินผลการลองจนสามารถประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ คนแต่ละคนต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเองต่อสุขภาพ บุคคลต้องตระหนักว่าการดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของตนเองที่จะต้องทำ ไม่ใช่หน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นความรับผิดชอบต่ออยู่ในการดำเนินชีวิตตามปกติ คิดถึงความเป็นไปได้ในทุกแง่มุมของการดำเนินชีวิตเพื่อรักษาสุขภาพ ไม่รอจนกระทั่งเกิดความเจ็บป่วย หรือภาวะโรคที่แย่งยากต่อการแก้ไข

คุณสมบัติของบุคคลดังกล่าวข้างต้น อยู่บนความสอดคล้องกับสถานการณ์ของแต่ละบุคคล การยอมรับในข้อมูลต่างๆ เกิดจากทั้งความสะดวกในการเข้าถึง และความเหมาะสมของข้อมูลกับตัวบุคคล ซึ่งเป็นประเด็นนำสู่การจัดบริการสุขภาพที่นอกจากคุณภาพการบริการแล้ว ความสามารถในการจัดบริการที่ตอบสนองต่อบริบทความเป็นอยู่หรือสภาพแวดล้อมของชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความจำกัด เช่น คนพิการ เป็นต้น การออกแบบสื่อทางสุขภาพอาจส่งผลให้เกิดการรับรู้ ความเชื่อกับบุคคลในสังคมวัฒนธรรมหนึ่ง แต่อาจมองเป็นสื่อที่ไม่น่าสนใจ ไม่รู้สึกถึงความเกี่ยวข้อง หรือไม่สามารถเข้าใจในความหมายที่ต้องการสื่อออกมาสำหรับบุคคลในสังคมวัฒนธรรมอื่นๆ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ ความพิการทางการมองเห็นทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึง 7 เท่าเมื่อเทียบกับบุคคลที่มีสายตาปกติ ในช่วงอายุ 18-65 ปี และเมื่อคนพิการทางสายตาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 75 ไม่มีการบันทึกทางการแพทย์ถึงความผิดปกติของการมองเห็นในฐานะโรคร่วม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้เห็นความสำคัญของการสูญเสียทางการมองเห็นในระดับที่ถือว่าตาบอดตามกฎหมายเป็นภาวะเจ็บป่วยที่อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับการเจ็บป่วยหลัก (49) ดังนั้นคนพิการทางการมองเห็นจึงแสดงความคิดเห็นว่า “เมื่อเจ็บป่วยไปโรงพยาบาล อยากให้ข้อมูลสุขภาพที่ประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลเป็นอักษรเบลล์ หรือเสียงพูด” “อยากให้มีส่วนลักษณะทำเครื่องหมายติดซองยา เพื่อให้สัมผัสทราบว่าต้องกินยาก่อนหรือหลังอาหาร” “อยากให้เรียกชื่อเมื่อถึงคิวรับยา ไม่ใช่ขึ้นป้ายตัวเลข” “อยากให้อุปกรณ์ในรพ.มีเสียง เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องตรวจความดัน” การที่คนพิการจะแตกฉานทางสุขภาพได้ คนพิการจะต้องได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ไม่เพียงแต่มีมาตรฐานแต่ยังต้องอาศัยความเข้าใจของบุคลากรทางสาธารณสุขที่จะให้บริการที่เอื้ออำนวยให้คนพิการสามารถเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพได้ ทั้งในเรื่องขั้นตอนการบริการ อุปกรณ์ช่วยเหลือให้คนพิการได้ความเสมอภาคในการเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ

ในประเด็นความสามารถในการสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นพื้นฐานที่สำคัญมากที่สุดของทักษะการดำรงชีวิต และเป็นพื้นฐานในการพัฒนาความสามารถด้านอื่นๆในทักษะการดำรงชีวิต ดังนั้นในประเด็นของการรักษาสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้ประชาชนสามารถพัฒนาความสามารถในการนำข้อมูลทางด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับควรตระหนักความสำคัญของการสื่อสารที่เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารของมนุษย์ (Principle of human health communication) การตอบสนองต่อการสื่อสารระหว่างบุคคลและข้อมูลข่าวสารรูปแบบต่างๆ รวมถึงความเข้าใจในความแตกต่างของวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของกลุ่มบุคคลที่แตกต่างกัน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องปรับวิถีความเป็นอยู่ให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ ดังนั้นโอกาสในการ

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

สื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต้องไม่จำกัดอยู่กับเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่เป็นการเรียนรู้จากบุคคลที่มีประสบการณ์การเผชิญกับโรค ทำให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์มากขึ้น กลุ่มผู้พิการในรูปแบบที่ต่างกันต่างมีการเรียนรู้และตอบสนองต่อการสื่อสารที่ต่างกัน เป็นต้น เพื่อช่วยให้ประชาชน ผู้รับบริการ สามารถเรียนรู้และพัฒนาความแตกต่างทางสุขภาพได้ดีขึ้น

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ การสังเคราะห์ความคิดเห็นเพื่อทำแผนที่ความคิดของความแตกต่างทางสุขภาพครั้งนี้ อยู่บนพื้นฐานการจัดองค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์ Multidimensional scaling analysis จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ดังนั้นการนำองค์ประกอบเหล่านี้ไปใช้ควรต้องมีการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ที่สามารถสะท้อนความคิดเห็นประชากรกลุ่มเป้าหมายได้ และควรวิเคราะห์ Confirmatory factor analysis เพื่อยืนยันองค์ประกอบต่อไป

สรุปการวิจัย

ความหมายของความแตกฉานทางสุขภาพ จากการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า ความแตกฉานทางสุขภาพคือระดับสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพและเกิดความตระหนักในความรับผิดชอบของตนเองต่อสุขภาพ ที่จะนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ไปใช้ในการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบการบริการสุขภาพ การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิด ชุมชนในยามที่ต้องการเพื่อให้ตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพ

บรรณานุกรม

1. Nielsen-Bohlman L. Health literacy: a prescription to end confusion. (Health Care Policy). Medical Benefits. 2004 May 15;21(9):5(1). PubMed PMID: A117324273.
2. World Health Organization. Health literacy and health behavior [December 9, 2010.]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>.
3. U.S. Department of Health and Human Services OoDPaHP. National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC: Author; 2010.
4. Rootman I, Ronson B. Literacy and health research in Canada: where have we been and where should we go? Can J Public Health. 2005 Mar-Apr;96 Suppl 2:S62-77. PubMed PMID: 16078556. Epub 2005/08/05. eng.
5. Statistics ABo. HEALTH LITERACY, AUSTRALIA. C A N B E R R A: National Information and Referral Service; 2006.
6. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. Am J Public Health. 2002 Aug;92(8):1278-83. PubMed PMID: 12144984. Pubmed Central PMCID: 1447230. Epub 2002/07/30. eng.
7. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees. J Gen Intern Med. 2004 Mar;19(3):215-20. PubMed PMID: 15009775. Pubmed Central PMCID: 1492157. Epub 2004/03/11. eng.
8. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA. Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. Journal of General Internal Medicine. 2008 Jun;23(6):723-6. PubMed PMID: WOS:000256027500003. English.
9. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. Archives of Internal Medicine. 2007 Jul 23;167(14):1503-9. PubMed PMID: WOS:000248230100009. English.
10. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. Journal of general internal medicine. 2004 Dec;19(12):1228-39. PubMed PMID: 15610334. Pubmed Central PMCID: 1492599. Epub 2004/12/22. eng.
11. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. J Gen Intern Med. 1998 Dec;13(12):791-8. PubMed PMID: 9844076. Pubmed Central PMCID: 1497036. Epub 1998/12/09. eng.
12. Sudore RL, Yaffe K, Satterfield S, Harris TB, Mehta KM, Simonsick EM, et al. Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study. J Gen

- Intern Med. 2006 Aug;21(8):806-12. PubMed PMID: 16881938. Pubmed Central PMCID: 1831586. Epub 2006/08/03. eng.
13. von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*. 2007 Dec;61(12):1086-90. PubMed PMID: 18000132. Epub 2007/11/15. eng.
 14. Zarcadoolas C. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*. 2005;20(2):195-203.
 15. Nutbeam D. Building health literacy in Australia. *Med J Aust*. 2009 Nov 16;191(10):525-6. PubMed PMID: 19912080. Epub 2009/11/17. eng.
 16. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*. 1999;38(1):33-42.
 17. Jordan JE, Buchbinder R, Osborne RH. Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient Education and Counseling*. 2010;79(1):36-42.
 18. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education and Counseling*. 2003;51(3):267-75.
 19. Bass L. Health literacy: implications for teaching the adult patient. *J Infus Nurs*. 2005 Jan-Feb;28(1):15-22. PubMed PMID: 15684900. Epub 2005/02/03. eng.
 20. Jordan JE, Osborne RH, Buchbinder R. Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2010;In Press, Corrected Proof.
 21. Rogers EM, Ratzan SC, Payne JG. Health literacy: a nonissue in the 2000 presidential election. *American Behavioral Scientist*. 2001;44:2172-95.
 22. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *Journal Of General Internal Medicine*. 2006 Aug;21(8):878-83. PubMed PMID: 16881951. Pubmed Central PMCID: PMC1831571.
 23. จารุวรรณ กองแก้ว. ประสิทธิภาพโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกต่างด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
 24. Shah LC, West P, Bremmeyr K, Savoy-Moore RT. Health literacy instrument in family medicine: the "newest vital sign" ease of use and correlates. *J Am Board Fam Med*. 2010 Mar-Apr;23(2):195-203. PubMed PMID: 20207930. Epub 2010/03/09. eng.
 25. Eysenbach G, Kohler C. How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *BMJ: British Medical Journal*. 2002;324(7337):573-7. PubMed PMID: 2002-12215-002. English.
 26. Kumphitak A, Kasi-Sedapan S, Wilson D, Ford N, Adpoon P, Kaetkaew S, et al. Involvement of people living with HIV/AIDS in Treatment preparedness in Thailand. Geneva: World Health Organization, 2004.

ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย 2556

27. Zhang XH, Li SC, Fong KY, Thumboo J. The impact of health literacy on health-related quality of life (HRQoL) and utility assessment among patients with rheumatic diseases. *Value Health*. 2009 Nov-Dec;12 Suppl 3:S106-9. PubMed PMID: 20586970. Epub 2010/07/10. eng.
28. Muir KW, Santiago-Turla C, Stinnett SS, Herndon LW, Allingham RR, Challa P, et al. Health literacy and vision-related quality of life. *Br J Ophthalmol*. 2008 Jun;92(6):779-82. PubMed PMID: 18460538. Epub 2008/05/08. eng.
29. Muir K, Santiagoturla C, Stinnett S, Herndon L, Allingham R, Challa P, et al. Health Literacy and Adherence to Glaucoma Therapy. *American Journal of Ophthalmology*. 2006;142(2):223-.
30. Pleasant A, Kuruvilla S. A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promot Int*. 2008 Jun;23(2):152-9. PubMed PMID: 18223203. Epub 2008/01/29. eng.
31. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, et al. Health literacy--a new concept for general practice? *Australian Family Physician*. 2009 Mar;38(3):144-7. PubMed PMID: 19283256.
32. Kim S, Love F, Quistberg DA, Shea JA. Association of health literacy with self-management behavior in patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2004 Dec;27(12):2980-2. PubMed PMID: 15562219.
33. McCleary-Jones V. Health Literacy and Its Association with Diabetes Knowledge, Self-Efficacy and Disease Self-Management Among African Americans with Diabetes Mellitus. *ABNF Journal*. 2011;22(2):25-32. PubMed PMID: 60390985.
34. DeVellis RF. *Scale Development: Theory and Application*. Second ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2003.
35. Jackson KM, Trochim WMK. Concept Mapping as an Alternative Approach for the Analysis of Open-Ended Survey Responses. *Organizational Research Methods*. 2002;5(4):307-36.
36. Mertens DM. *Research methods in education and psychology: Integrating diversity with quantitative & qualitative approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998.
37. Burke JG, O'Campo P, Peak GL, Gielen AC, McDonnell KA, Trochim WM. An introduction to concept mapping as a participatory public health research method. *Qualitative Health Research*. 2005 Dec;15(10):1392-410. PubMed PMID: 16263919. Epub 2005/11/03. eng.
38. Kane M, Trochim W. *Concept mapping for planning and evaluation*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2007.
39. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. 2011;155(2):97-W41. PubMed PMID: 63025936.

40. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The Casual Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *Am J Health Behav.* 2007;31(Suppl 1):S19-S26.
41. Ferguson LA, Pawlak R. Health literacy: the road to improved health outcomes. *J Nurse Pract.* 2011 Feb;7(2):123-9. PubMed PMID: 2010939941. English.
42. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12:80. PubMed PMID: 22276600. Pubmed Central PMCID: 3292515.
43. Zamora H, Clingerman EM. Health literacy among older adults: a systematic literature review. *J Gerontol Nurs.* 2011 Oct;37(10):41-51. PubMed PMID: 21634314.
44. Trochim WM, Cabrera DA, Milstein B, Gallagher RS, Leischow SJ. Practical challenges of systems thinking and modeling in public health. *American Journal of Public Health.* 2006 Mar;96(3):538-46. PubMed PMID: 16449581. Pubmed Central PMCID: 1470516. Epub 2006/02/02. eng.
45. Conlin KK, Schumann L. Literacy in the health care system: a study on open heart surgery patients. *J Am Acad Nurse Pract.* 2002 Jan;14(1):38-42. PubMed PMID: 11845640. Epub 2002/02/16. eng.
46. Willis R. Individualism, collectivism and ethnic identity: cultural assumptions in accounting for caregiving behaviour in Britain. *J Cross Cult Gerontol.* 2012 Sep;27(3):201-16. PubMed PMID: 22869345.
47. Adolfsson ET, Starrin B, Smide B, Wikblad K. Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches--a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 Jul;45(7):986-94. PubMed PMID: 17822705.
48. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 - 2559. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555.
49. Crewe JM, Morlet N, Morgan WH, Spilsbury K, Mukhtar AS, Clark A, et al. Mortality and hospital morbidity of working-age blind. *Br J Ophthalmol.* 2013 Oct 11. PubMed PMID: 24123905.

