

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# ประสบการณ์และทัศนคติเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ: ผลการสนทนากลุ่มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ บุคลากรสาธารณสุข

พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง ป.ร.ด. (เวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว)\*

พลิชฐ์พล วัชรวงศ์วาน M.D., Ph.D. (Health Promotion)\*\*

\* สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

\*\* ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ติดต่อผู้เขียน: พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง Email: pornsawan\_p@hotmail.com

|            |              |
|------------|--------------|
| วันรับ:    | 7 ก.พ. 2567  |
| วันแก้ไข:  | 7 ม.ค. 2568  |
| วันตอบรับ: | 17 ม.ค. 2568 |

## บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ตีตอบซักถาม ประเมินและประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อจัดการสุขภาพอย่างเหมาะสมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้ด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์และทัศนคติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและบุคลากรสาธารณสุขในประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านการใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม อาสาสมัครมีจำนวน 30 คนประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 15 คน และบุคลากรสาธารณสุข 15 คน การได้มาของอาสาสมัครเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งมีผู้เข้าร่วมจำนวน 5 คน รวมการสนทนากลุ่มทั้งสิ้นจำนวน 6 ครั้ง ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มสามารถจำแนกตามองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 5 ประเด็นหลักได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูล (2) การเข้าใจข้อมูล (3) การสื่อสารโต้ตอบ (4) การประเมินข้อมูล และ (5) การประยุกต์ใช้ข้อมูล ผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคและควรได้รับการส่งเสริมมากที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่การสื่อสารโต้ตอบข้อมูลด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความสามารถในการเข้าร่วมการสนทนา ในประเด็นด้านสุขภาพ ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนใช้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนใช้เป็นแหล่งอ้างอิงสำหรับผู้สนใจศึกษาในประเด็นนี้ต่อไป

**คำสำคัญ:** ความรู้ด้านสุขภาพ; โรคหลอดเลือดสมอง; การสนทนากลุ่ม

## บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึงทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่เป็นตัวชี้เร้าก่อเกิดแรงจูงใจ และความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง

เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง<sup>(1)</sup> ความรู้ด้านสุขภาพจำแนกเป็น 3 ระดับ ตามความซับซ้อนประกอบด้วย ระดับที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน

(basic/functional literacy) หมายถึง สมรรถนะในการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (consent form) การอ่านฉลากยา (medical label) การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพรูปแบบต่างๆ ที่ได้รับ รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (communicative/interactive literacy) หมายถึง สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (cognitive literacy) และทักษะทางสังคม (social skill) ที่ทำให้บุคคลสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อนำไปสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น ระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical literacy) หมายถึงสมรรถนะในการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่มีอยู่<sup>(1,2)</sup> นอกเหนือจากการแบ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับข้างต้น นักวิชาการบางคนได้เพิ่มเติมความรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) เป็นความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ 4 เนื่องจากในปัจจุบันมีการใช้สื่อต่างๆ อย่างแพร่หลาย และสื่อเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของบุคคลเช่นกัน<sup>(3)</sup>

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หมายถึง การสูญเสียหน้าที่ของสมองชั่วคราวหรือถาวร เนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือด ที่ไปเลี้ยงสมองหรือก้านสมอง โดยอาการทางระบบประสาทนี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเกิดนานกว่า 24 ชั่วโมง<sup>(4)</sup> โรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลกโดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 2 และเป็นสาเหตุหลักลำดับที่ 3 ของความพิการของประชากรโลก<sup>(5)</sup> ปัจจุบันคาดการณ์ว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวนกว่า 101 ล้านคน และมีรายงานการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองปีละกว่า 6.5 ล้านคน<sup>(6)</sup>

สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุลำดับที่ 2 ของการเสียชีวิตในประชากรไทยรองจากโรคมะเร็ง ดังรายงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ระบุอัตราการ

เสียชีวิตจากร้อยละ 47.1 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นร้อยละ 53.0 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2562<sup>(7)</sup> ส่วนผู้ที่รอดชีวิตมักมีความพิการ หรือภาวะบกพร่องด้านต่างๆ เกิดขึ้น และควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมเพื่อเพิ่มความสามารถด้านต่างๆ ตลอดจนเพื่อลดความรุนแรงของความพิการที่อาจเกิดขึ้น

จากการศึกษาผลกระทบของความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าใจข้อมูลของโรคหลอดเลือดสมองและข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เป็นส่วนสำคัญในการดูแลจัดการตนเองอย่างเหมาะสม และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านการเลือกวิธีการรักษาและการเลือกสถานพยาบาล<sup>(8)</sup> ช่วยลดระดับความวิตกกังวลและมีความสัมพันธ์กับสุขภาพโดยรวมที่ดี<sup>(9)</sup> ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีแนวโน้มที่จะละเลยหรือไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ สาเหตุหนึ่งมาจากข้อจำกัดด้านการสื่อสาร ตลอดจนข้อจำกัดด้านความคิดความเข้าใจที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ<sup>(10)</sup> จากข้อมูลข้างต้น เห็นได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรมีความรู้ ความเข้าใจในประเด็นนี้อย่างเพียงพอ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดี

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์และทัศนคติต่อความรู้ด้านสุขภาพในอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มข้างต้น

## วิธีการศึกษา

นักวิจัยรวบรวมข้อมูลในหัวข้อที่ต้องการศึกษา ได้แก่องค์ความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม<sup>(11-13)</sup>

### กลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำนวนกลุ่มละ 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน เนื่องจากการสนทนากลุ่มให้ความสำคัญต่อประสบการณ์ของบุคคลผู้เข้าร่วม ดังนั้นการได้มาของอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม จึงใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

อาสาสมัครกลุ่มที่ 1 ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้รับการลงรหัสบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision: ICD-10) ด้วยรหัสโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) มีอายุระหว่าง 20-80 ปี ยินยอมเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากการวิจัย ประกอบด้วย มีความบกพร่องด้านความคิดความเข้าใจ (cognitive impairment) ประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination: TMSE) ได้คะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (the 9 Questions Depression Rating Scale: 9Q) ได้คะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป มีความพิการระดับรุนแรง (severe disability) เช่น เป็นผู้ป่วยติดเตียง มีความบกพร่องด้านการมองเห็น (visual impairment) มีความบกพร่องด้านการสื่อความหมาย ทั้งการรับรู้ทางภาษา (receptive aphasia) หรือการแสดงออกทางภาษา (expressive aphasia)

เกณฑ์ถอนอาสาสมัครออกได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มจนแล้วเสร็จ

อาสาสมัครกลุ่มที่ 2 ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด

นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย มีประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ต่ำกว่า 3 ปี และยินยอมเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

เกณฑ์ถอนอาสาสมัครออกจากการวิจัย ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มจนแล้วเสร็จ การสนทนากลุ่มในอาสาสมัครแต่ละกลุ่ม ดำเนินการกลุ่มละ 3 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมครั้งละ 5 คน รวมดำเนินการทั้งสิ้นจำนวน 6 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้นจำนวน 30 คน โดยอาสาสมัครในแต่ละกลุ่มเป็นคนละคนไม่ซ้ำกัน ระยะเวลาในการสนทนากลุ่มครั้งละ 60 นาที มีช่วงพัก 10 นาทีหลังจากดำเนินการสนทนากลุ่มแล้ว 30 นาที เพื่อให้อาสาสมัครเหนื่อยล้าเกินไป บุคลากรในการสนทนากลุ่มประกอบด้วย ผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) ทำหน้าที่ตั้งคำถามและกระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมสนทนาให้เป็นไปตามประเด็นที่กำหนดไว้ และผู้จดบันทึกการสนทนา (note-taker) ทำหน้าที่จดบันทึกประเด็นสำคัญและช่วยในกระบวนการอื่นๆ ในการสนทนากลุ่ม

### เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจาก 2 กรอบแนวคิด ได้แก่ กรอบแนวคิดบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (integrated model of health literacy)<sup>(14)</sup> และกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย<sup>(15)</sup> โดยกรอบแนวคิดบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกมิติด้านกระบวนการ (process dimension) เป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (Access) การเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ (Understand) การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ (Appraise) และการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Apply) ทั้งนี้การวิจัยได้เพิ่มการสื่อสารโต้ตอบข้อมูลด้านสุขภาพ (Inquiry) ในมิติด้านกระบวนการโดยอ้างอิงตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพประเทศไทยของกรมอนามัย เนื่องจากความสามารถในการโต้ตอบคำถามเป็นสมรรถนะสำคัญของบุคคลที่ส่งผลต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี แนวคำถามในการสนทนากลุ่มได้ผ่านการตรวจสอบ

ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยการคำนวณ ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และคำถามทุกข้อมีค่าผ่านเกณฑ์ (IOC > 0.50) โดยคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มประกอบด้วย (1) คำถามนำ เป็นคำถามเชิงกว้างที่นำเข้าสู่กระบวนการ สนทนาและสร้างเสริมบรรยากาศที่ดีในการสนทนา (2) คำถามหลัก เป็นคำถามที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด-เลือดสมองซึ่งเป็นข้อมูลส่วนที่ ต้องการมากที่สุด จำแนกเป็นคำถามหลักและคำถามรอง บางกรณีอาจใช้คำถามเชิงเจาะลึก (probe question) เพื่อให้ได้คำตอบเชิงลึก (3) คำถามสรุป เป็นคำถามเพื่อ ตรวจสอบว่ามีประเด็นใด หรือข้อมูลใดที่ผู้ร่วมสนทนา ต้องการตอบหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมก่อนสิ้นสุดการสนทนา

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม เริ่มจากการแนะนำบุคลากร ในการสนทนากลุ่ม อธิบายถึงวัตถุประสงค์ จุดมุ่งหมาย และขอบเขตในการสนทนากลุ่ม วิธีที่ใช้ในการสนทนา กลุ่ม ตลอดจนข้อมูลด้านการรักษาความลับและสิทธิของ ผู้ร่วมสนทนา จากนั้นเริ่มกระบวนการสนทนากลุ่มด้วย คำถามนำเพื่อสร้างความคุ้นเคย และเพื่อเชื่อมโยงไปยัง คำถามหลัก เมื่อเริ่มคุ้นเคยเริ่มถามคำถามหลักตามหัวข้อ ที่ต้องการข้อมูล โดยใช้คำถามหลัก คำถามรองและคำถาม เชิงเจาะลึกตามความเหมาะสม สร้างบรรยากาศให้เกิด การแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ต่อกันอย่างอิสระตลอดช่วงการสนทนา เมื่อครบกำหนด เวลาเป็นการใช้คำถามสรุปและยุติการสนทนากลุ่ม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการสนทนากลุ่มดำเนินการ อย่างเป็นระบบ (systematic) มีลำดับขั้นตอน (sequen- tial) ตรวจสอบได้ (verifiable) และมีความต่อเนื่องของ การวิเคราะห์ (the analysis continuum) มีลำดับของ ข้อมูลจากข้อมูลดิบ (raw data) ข้อมูลเชิงพรรณนา (descriptive statement) และการแปลผลข้อมูล (interpretation) โดยมีขั้นตอนหลัก 5 ข้อดังนี้

1) สร้างความคุ้นเคยและสร้างเสริมความเข้าใจใน ข้อมูล (familiarization) เป็นขั้นแรกของการวิเคราะห์ เริ่มตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลขณะทำการสนทนากลุ่ม และ ข้อมูลจากการบันทึกพฤติกรรมของผู้ร่วมสนทนา และ อ่านเนื้อหาที่จัดบันทึกไว้ซ้ำหลายรอบ เพื่อให้มีความ เข้าใจในภาพรวมของเนื้อหาทั้งหมดในการสนทนากลุ่ม

2) กำหนดกรอบประเด็นเพื่อนำไปสู่การจำแนก ข้อมูล (identifying a thematic framework) ด้วยการอ่าน บันทึกช่วยจำในเนื้อหาแต่ละส่วน ซึ่งอาจเขียนในรูป ประโยค แนวคิด หรือข้อสรุปที่ได้จากเนื้อหาส่วนนั้น

3) สร้างดัชนีข้อมูล (indexing) ประกอบด้วย การ- กลั่นกรองข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม เน้นข้อความ สำคัญ นำมาคัดแยกและเปรียบเทียบกับข้อมูล

4) เรียบเรียงข้อมูล (charting) เป็นการนำเนื้อหา หรือคำพูดจากข้อมูลต้นฉบับที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มาเรียบเรียงใหม่ให้เหมาะสมกับกรอบประเด็นการศึกษา ที่กำหนดไว้

5) แปลผลข้อมูล (interpretation) เป็นขั้นตอน สุดท้ายของการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจะช่วยให้เห็นความ สัมพันธ์ของแต่ละข้อความและความเชื่อมโยงของข้อมูล ทั้งหมด

#### จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรม การวิจัยในคนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2 แห่ง ประกอบด้วย (1) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (คณะแพทยศาสตร์) หนังสือรับรองเลขที่ 127/2565 รหัสโครงการ MTU- EC-ES-1-037/65 และ (2) สถาบันสิรินธรเพื่อการ พิณฟูสมรรถภาพทางกายแห่งชาติ หนังสือรับรอง เลขที่ 65016

#### ผลการศึกษา

อาสาสมัครที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีจำนวน 30 คน จำแนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 15 คน และบุคลากร สาธารณสุข 15 คน มีรายละเอียด ดังนี้ อาสาสมัครกลุ่ม ที่ 1 ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 คน

ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 60.07 ปี (SD = 15.93) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่อ่อนแรงร่างกายด้านซ้ายคิดเป็นร้อยละ 66.67 สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เกิดจากเส้นเลือดแตก คิดเป็นร้อยละ 53.33 ระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3 เดือน ถึง 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 60 อาสาสมัครทุกรายมีโรคประจำตัวโดยส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 93.33 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสิทธิข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 46.67 ดังแสดงในตารางที่ 1

อาสาสมัครในการสนทนากลุ่ม กลุ่มที่ 2 ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมายวิชาชีพละ 3 คน อาสาสมัครมีอายุเฉลี่ย 43.33 ปี (SD = 7.31) เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.33 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 60 ประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 19.60 ปี (SD = 8.38) ดังแสดงในตารางที่ 2

ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม สามารถจำแนกตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (Access) การเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ (Understand) การสื่อสารโต้ตอบข้อมูลด้านสุขภาพ (Inquiry) การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ (Appraise) และการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Apply) แต่ละหัวข้อมีรายละเอียด ดังนี้

#### การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (Access)

ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ แหล่งข้อมูลและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูล ในประเด็นแหล่งข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจาก 2 แหล่งข้อมูลหลัก ได้แก่ แหล่งข้อมูลประเภทบุคคลหรือกลุ่มบุคคล เช่น บุคลากรสาธารณสุข สมาชิกในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล เพื่อนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครกลุ่มที่ 1 (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง)

| ข้อมูลของอาสาสมัคร        | จำนวน       | ร้อยละ |
|---------------------------|-------------|--------|
| 1. เพศ ชาย                | 10          | 66.67  |
| หญิง                      | 5           | 33.33  |
| 2. อายุ (ปี) Mean±SD      | 60.67±15.93 |        |
| 3. การศึกษา               |             |        |
| ประถมศึกษา                | 3           | 20.00  |
| มัธยมศึกษา                | 3           | 20.00  |
| อนุปริญญา/ปวส.            | 3           | 20.00  |
| ปริญญาตรีขึ้นไป           | 6           | 40.00  |
| 4. ร่างกายด้านอ่อนแรง     |             |        |
| ขวา                       | 5           | 33.33  |
| ซ้าย                      | 10          | 66.67  |
| 5. สาเหตุของการเกิดโรค    |             |        |
| เส้นเลือดในสมองแตก        | 8           | 53.33  |
| เส้นเลือดในสมองตีบ        | 7           | 46.67  |
| 6. ระยะเวลาการเกิดโรค     |             |        |
| 3-6 เดือน                 | 9           | 60.00  |
| >6 เดือน - 1 ปี           | 2           | 13.33  |
| >1 ปี - 3 ปี              | 4           | 26.67  |
| 7. โรคประจำตัว            |             |        |
| โรคความดันโลหิตสูง        | 14          | 93.33  |
| โรคเบาหวาน                | 6           | 40.00  |
| ภาวะไขมันในเลือดสูง       | 4           | 26.67  |
| โรคหัวใจ                  | 4           | 26.67  |
| โรคไต                     | 1           | 6.67   |
| โรคอื่นๆ                  | 2           | 13.33  |
| 8. สิทธิการรักษาพยาบาล    |             |        |
| สิทธิข้าราชการ            | 7           | 46.67  |
| สิทธิประกันสังคม          | 1           | 6.67   |
| สิทธิหลักประกันสุขภาพ     | 5           | 33.33  |
| สิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจ | 1           | 6.67   |
| ประกันชีวิต               | 1           | 6.67   |

ประสบการณ์และทัศนคติเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ: ผลการสนทนากลุ่มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครกลุ่มที่ 2 (บุคลากร- สาธารณสุข)

| ข้อมูลของอาสาสมัคร                                      | จำนวน      | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------------|------------|--------|
| 1. เพศ ชาย                                              | 1          | 6.67   |
| หญิง                                                    | 14         | 93.33  |
| 2. การศึกษา                                             |            |        |
| ปริญญาตรี                                               | 5          | 33.33  |
| ปริญญาโท                                                | 9          | 60.00  |
| ปริญญาเอก                                               | 1          | 6.67   |
| 3. วิชาชีพ                                              |            |        |
| แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู                                    | 3          | 20.0   |
| นักกิจกรรมบำบัด                                         | 3          | 20.0   |
| พยาบาล                                                  | 3          | 20.0   |
| นักกายภาพบำบัด                                          | 3          | 20.0   |
| นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย                          | 3          | 20.0   |
| 4. อายุ (ปี)                                            |            |        |
| Mean±SD                                                 | 43.33±7.31 |        |
| Max - Min                                               | 54 - 31    |        |
| 5. ประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ปี) |            |        |
| Mean±SD                                                 | 19.60±8.38 |        |
| Max - Min                                               | 29 - 5     |        |

เลือดสมองรายอื่น ผู้นำชุมชน งานประชุมวิชาการ หรือ การอบรมด้านสุขภาพต่างๆ และแหล่งข้อมูลประเภทสื่อ เช่น สื่อออนไลน์ (เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ยูทูบ บล็อก) สื่อสิ่งพิมพ์ (นิตยสาร วารสาร หนังสือ ใบปลิว แผ่นพับ โปสเตอร์) และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (วิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ ภาพยนตร์) ในประเด็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูล พบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ความสามารถด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว การรับรู้ และความคิดความเข้าใจ ความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์สืบค้น

ข้อมูล ปัจจัยที่สำคัญรองลงมาประกอบด้วย ประเภทของข้อมูล แหล่งข้อมูล รูปแบบการได้รับข้อมูล จากการสนทนากลุ่ม แหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงได้ง่ายที่สุด คือสื่อออนไลน์ ประกอบด้วย เว็บไซต์ ยูทูบและเฟซบุ๊ก รองลงมาคือโทรทัศน์ซึ่งจัดเป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ประเภทหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนำไปสู่ข้อจำกัดต่างๆ ในการเข้าถึงข้อมูล โดยผู้ที่มีปัญหาในการใช้คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์สืบค้นข้อมูล จะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลจากสื่อออนไลน์ ผู้ที่มีภาวะบกพร่องด้านการสื่อสารจะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลจากการสนทนาหรือสอบถาม ผู้ที่มีปัญหาด้านสายตาจะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลประเภทสื่อสิ่งพิมพ์ ผู้ที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวจะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลจากงานประชุมวิชาการหรือการอบรม ส่วนผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการรับรู้และความคิดความเข้าใจจะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลทุกประเภทและจากทุกแหล่งข้อมูล นอกจากนี้ อาสาสมัครทั้งสองกลุ่มมีทัศนคติสอดคล้องกันว่าระยะเวลาในการพักฟื้นตัวในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางตรงกับโอกาสในการได้รับข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุข

#### การเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ (Understand)

เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ผู้ป่วยควรมีความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างครอบคลุม ทั้งด้านความเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการแสดงของโรค การพยากรณ์โรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ความบกพร่องหรือความพิการที่เป็นผลจากโรค รูปแบบและแนวทางการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลลัพธ์ที่สุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อุปกรณ์ฟื้นฟูและอุปกรณ์ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม การจัดการกับความเครียดและวิตกกังวล การสร้างเสริมแรงจูงใจในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลและฟื้นฟูสุขภาพระยะยาว นอกเหนือจากข้อมูลเกี่ยวกับโรคแล้ว ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อการดูแลสุขภาพก็มีความสำคัญเช่นกัน เช่น สิทธิการรักษาพยาบาล การจดทะเบียนคนพิการ

สถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับชมรม สมาคมและองค์กรเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จากการสนทนากลุ่มสรุปได้ว่าความเข้าใจต่อข้อมูลสุขภาพได้รับผลกระทบจากทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยภายในหมายถึงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย อาทิ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ประสบการณ์เดิมด้านสุขภาพ ระดับการรับรู้และความคิดความเข้าใจ ความสามารถด้านการสื่อสารทั้งการรับรู้ภาษาและการแสดงออกทางภาษา ส่วนปัจจัยภายนอกประกอบด้วย คุณภาพของข้อมูล ลักษณะของข้อมูล แหล่งข้อมูล ตลอดจนวิธีการได้รับข้อมูล นอกจากนี้พบว่าข้อมูลสุขภาพที่ถ่ายทอดโดยบุคลากรสาธารณสุขเป็นข้อมูลที่มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ แต่มีข้อด้อยคือ ข้อมูลมักมีศัพท์ทางการแพทย์ทำให้ยากต่อการเข้าใจ ไม่เหมาะสมกับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ส่วนข้อมูลที่ถ่ายทอดโดยผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข เช่น ญาติ ผู้ดูแล หรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายอื่น มักใช้ศัพท์ทั่วไป ไม่มีศัพท์ทางการแพทย์หรือมีเพียงเล็กน้อย ทำให้ง่ายต่อการเข้าใจ แต่มีข้อจำกัดคือ ข้อมูลอาจไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน โดยข้อมูลที่ยากต่อการเข้าใจมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ข้อมูลจากสื่อออนไลน์ (เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ยูทูบ) เนื่องจากส่วนใหญ่นำเสนอในรูปแบบภาพเคลื่อนไหว มีความน่าสนใจและง่ายต่อการจดจำมากกว่าข้อมูลจากสื่ออื่น ๆ โดยเฉพาะสื่อสิ่งพิมพ์ (หนังสือ แผ่นพับ โปสเตอร์ ฯลฯ) ที่เข้าใจได้ยากเนื่องจากนำเสนอในรูปแบบตัวอักษรเป็นหลัก ส่วนการวัดความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่

1) การสอบถามหรือสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งการสอบถามหรือสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง การสอบถามหรือสัมภาษณ์ญาติ ผู้ดูแลหรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

2) การทดสอบ เช่น การทำแบบประเมินหรือแบบสอบถาม การถาม-ตอบ หรือการทดสอบโดยการให้

ปฏิบัติจริง

3) การสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในบริบทต่างๆ เช่น การฟื้นฟูร่างกายตามโปรแกรมที่ได้รับ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเข้ารับบริการสุขภาพและพบแพทย์ตามนัด การเลือกใช้บริการสุขภาพหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสุขภาพต่างๆ

### การสื่อสารโต้ตอบข้อมูลด้านสุขภาพ (Inquiry)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรสามารถสื่อสารโต้ตอบข้อมูลด้านสุขภาพในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ผ่านการสื่อสารโต้ตอบในรูปแบบที่หลากหลาย ประกอบด้วย การสื่อสารโต้ตอบด้วยวาจา เช่น การซักถาม การโทรศัพท์ และการสื่อสารโต้ตอบผ่านสื่อต่างๆ เช่น จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ไลน์ เฟซบุ๊ก ทั้งนี้จากการสนทนากลุ่มสามารถระบุแหล่งข้อมูลในการสื่อสารโต้ตอบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้

- 1) บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นเจ้าของไข้หรือเป็นผู้รับผิดชอบหลัก
- 2) บุคลากรสาธารณสุขอื่นที่ไม่ใช่เจ้าของไข้หรือผู้รับผิดชอบหลัก
- 3) สมาชิกในครอบครัว
- 4) ญาติหรือผู้ดูแล
- 5) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายอื่น
- 6) ผู้ให้ข้อมูลสุขภาพทางสื่อออนไลน์
- 7) เพื่อนหรือคนรู้จัก
- 8) เกสเซอร์หรือเจ้าหน้าที่ในร้านขายยา
- 9) ตัวแทนขายเครื่องมือแพทย์หรือผู้ขายผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ด้วยรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข การซักถามอาการหรือข้อมูลสุขภาพของตนเองอาจถูกตีความว่าเป็นการแสดงความไม่เชื่อถือและรบกวนเวลาของบุคลากรสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าโต้ตอบซักถามเท่าที่ควร บางกรณีบุคลากรสาธารณสุขมีเวลาจำกัด ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ขาดการ

อธิบายอย่างเหมาะสม หรือไม่มีเวลาให้ซักถาม นอกจากนี้ข้อจำกัดต่างๆ ที่เป็นผลจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความบกพร่องด้านการรับรู้และความคิดความเข้าใจ ความบกพร่องด้านการสื่อสาร และข้อจำกัดส่วนบุคคล (เช่น การศึกษา บทบาททางสังคม เศรษฐฐานะ) ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารได้ตอบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ (Appraise)

ในการประเมินคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพมีเกณฑ์พิจารณาหลายประการ โดยหัวข้อที่อาสาสมัครในการสนทนากลุ่มครั้งนี้ให้ความสำคัญ ประกอบด้วย

- 1) ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล
- 2) ความสอดคล้องของข้อมูลกับโรคและอาการของผู้ป่วย
- 3) ระดับความยาก-ง่ายต่อการทำความเข้าใจ
- 4) ความสะดวกและความเป็นไปได้ในการนำข้อมูลไปปฏิบัติ
- 5) ความน่าเชื่อถือของผู้ให้ข้อมูลและแหล่งที่มาของข้อมูล
- 6) ความทันสมัยและเป็นปัจจุบันของข้อมูล
- 7) ความโปร่งใสของข้อมูล (ปราศจากอคติ ไม่มีวัตถุประสงค์อื่นแอบแฝง)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถประเมินคุณภาพของข้อมูลสุขภาพได้หลายวิธี ในทางปฏิบัติสามารถใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกันได้ ประกอบด้วย

- 1) การสอบถาม เช่น สอบถามผู้เชี่ยวชาญ บุคลากรสาธารณสุข หรือสอบถามผู้ป่วยรายอื่น
- 2) การตรวจสอบแหล่งข้อมูลว่าเผยแพร่โดยบุคคลองค์กร หรือหน่วยงานใด ภาครัฐหรือเอกชน
- 3) การตรวจสอบการอ้างอิงว่ามีการอ้างอิงหรือไม่ และอ้างอิงเอกสารวิชาการประเภทใด
- 4) ตรวจสอบความทันสมัยของข้อมูล ว่าเป็นข้อมูลเก่าหรือใหม่ มีการอัปเดตข้อมูลหรือไม่
- 5) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพผ่านเว็บไซต์ต่างๆ

6) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเปรียบเทียบกับเอกสารวิชาการด้านสุขภาพ เช่น หนังสือ วารสาร แผ่นพับ

#### การประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Apply)

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพจึงควรครอบคลุมทุกบริบทของสุขภาพ จากการสนทนากลุ่มสามารถจำแนกการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย

- 1) การดูแลสุขภาพกาย เช่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (แผลกดทับ การสำลักอาหาร ข้อไหล่เคลื่อนหลุด ข้อติดผิดรูป) การบริหารร่างกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง การปฏิบัติตามโปรแกรมการฟื้นฟูที่ได้รับ และการไปพบแพทย์ตามนัดหมาย
- 2) การดูแลสุขภาพจิต เช่น การเตรียมใจรับการเปลี่ยนแปลงอันเป็นผลจากโรค การผ่อนคลายจากความเครียดและความวิตกกังวล การพักผ่อนหย่อนใจ และสันทนาการที่เหมาะสม
- 3) พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลือกและใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยา อาหารเสริม อุปกรณ์บริหารร่างกาย อุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพ) การเลือกและใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การเลือกผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอาการและปัญหาด้านสุขภาพที่มี ตลอดจนการเลือกสถานพยาบาลเพื่อเข้ารับบริการ
- 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านอื่นๆ เช่น การรู้ถึงสิทธิด้านการรักษาพยาบาลและสวัสดิการด้านต่างๆ สามารถใช้บริการสุขภาพตามสิทธิ การเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพและบริการทางสังคมและฝึกอาชีพ การเป็นสมาชิกชมรม สมาคมหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการทำงานหรือการประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับสมรรถภาพที่เหลืออยู่

#### วิจารณ์

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่เพียงพอช่วยลดอุบัติ-

การณ์ของการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีตลอดจนเพิ่มความสามารถในการกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ<sup>(12-14)</sup> จากการสนทนากลุ่ม ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน สะท้อนผ่านทัศนคติพร้อมตัวอย่างจากประสบการณ์ที่อาสาสมัครได้ประสบมา โดยจำแนกได้เป็น 5 ประเด็นครอบคลุมองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ทัศนคติของอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มมีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เป็นที่น่าสังเกตว่าอาสาสมัครกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความสำคัญต่อสิ่งที่เป็นปัญหาหรือข้อจำกัดต่อการบรรลุวัตถุประสงค์หรือความสำเร็จในแต่ละองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนอาสาสมัครกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขเน้นการให้ข้อมูลเชิงเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้ องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคและควรได้รับการส่งเสริมมากที่สุด ได้แก่ การสื่อสารโต้ตอบข้อมูลด้านสุขภาพ (inquiry) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถในการเข้าร่วมการสนทนาในประเด็นด้านสุขภาพ ตลอดจนประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ ความเชื่อทางวัฒนธรรมทั้งในบริบทปัจเจกบุคคลและในบริบทสาธารณะ ซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญและจำเป็นต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี<sup>(15)</sup>

จากนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อพิจารณาพร้อมกับองค์ประกอบของการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความสอดคล้องกันทั้งในด้านส่งเสริมการมีส่วนร่วม การเสริมพลังแก่ผู้ป่วย การดูแลรักษาแบบบูรณาการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้อง ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดความเสมอภาคของการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ<sup>(16)</sup> ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจัดอยู่ในกลุ่มคนพิการทางร่างกาย ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำเมื่อเทียบกับประชากรปกติ อันเป็นผลจาก

ความแตกต่างหรือความเหลื่อมล้ำของบริการสุขภาพที่เข้าถึงและได้รับ<sup>(17)</sup> คนพิการประสบกับอุปสรรคหลายด้านในการเข้ารับบริการสุขภาพ อันเนื่องมาจากความพิการและข้อบกพร่องอันเกิดจากโรค ปัญหาด้านทัศนคติ เศรษฐกิจ และปัญหาด้านอื่นๆ แม้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับความรู้ด้านสุขภาพบางส่วนขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงต้องดูแลไม่ให้ปัญหาสุขภาพรุนแรงขึ้นหรือเกิดความพิการซ้ำซ้อนเท่านั้น แต่ต้องรับมือกับความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย ทั้งนี้การแก้ปัญหาโรคเรื้อรังและการฟื้นฟูสมรรถภาพจะประสบความสำเร็จได้ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยซึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ<sup>(18)</sup> อย่างไรก็ดี ในปัจจุบันความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ได้รับการตระหนักถึงความสำคัญเท่าที่ควร การศึกษาและนำมาใช้ยังจำกัดเฉพาะกลุ่มเท่านั้น

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องมีแนวทางเชิงระบบที่ชัดเจน ต้องบูรณาการงานด้านการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในบริบทสุขภาพทุกระดับ รวมถึงบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้ากับนโยบายจากภาคการเมืองและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในระดับชาติ โดยเน้นประเด็นหลัก ได้แก่ การพัฒนากำลังคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับปรุงโครงสร้างองค์กร และการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง<sup>(19)</sup> ในการขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างยั่งยืนนี้ นอกจากความร่วมมือจากภาคสาธารณสุขและผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพแล้ว กลุ่มผู้รับบริการ (ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล) เป็นอีกปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จ ดังนั้นจึงควรสร้างความตระหนักและส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอในกลุ่มผู้รับบริการ นอกจากนี้ในปัจจุบันความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (digital health literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึง ประเมิน และใช้งานข้อมูลสุขภาพดิจิทัลเพื่อปรับปรุงสุขภาพของ

บุคคล ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างหรือจำกัดการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก กล่าวคือ ความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล เน้นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร รวมถึงใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น บันทึกลงทางแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ บริการทางการแพทย์ทางไกล การปรึกษาออนไลน์ และอุปกรณ์สวมใส่แบบดิจิทัล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการสุขภาพตลอดจนเพื่อการตัดสินใจและบริหารทรัพยากรด้านสุขภาพ ดังนั้นทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล และพัฒนาควบคู่ไปกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ<sup>(20)</sup>

### สรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาจากทัศนคติและประสบการณ์จริงจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และจากบุคลากรสาธารณสุขหลักที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลสามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและประชากรปกติ เนื่องจากการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรปกติ ลดการเกิดซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูภาวะที่สูญเสียความสามารถหรือบกพร่องในการทำหน้าที่ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทั้งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประชากรปกติและบุคลากรสาธารณสุขตลอดจนนำไปเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้องตลอดจนใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงเพื่อการศึกษาวิจัยในประเด็นต่อไป เพื่อให้การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประสบความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม

### ข้อเสนอแนะ

1. งานวิจัยในอนาคตควรเพิ่มขอบเขตการเก็บข้อมูลในสถานพยาบาลทุกระดับให้ครอบคลุมพื้นที่ทุกภูมิภาคทั่วประเทศเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและสะท้อนความ

หลากหลายทางบริบทสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละภูมิภาค รวมถึงการศึกษาวิธีการที่สามารถส่งเสริมและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ แก่ผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยเน้นด้านการสื่อสารโต้ตอบข้อมูลด้านสุขภาพ (inquiry) ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคและควรได้รับการส่งเสริมมากที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัย ขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่สละเวลาในการเข้าร่วมการสนทนากลุ่มและให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี รวมทั้งขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิจัยนี้ทุกท่าน

### เอกสารอ้างอิง

1. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67(12):2072-8.
2. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. Health Promot Int 2000;15(3):259-67.
3. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Educ Res 2008;23(5):840-7.
4. นิพนธ์ พวงวรินทร์. โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2543.
5. Johnson W, Onuma O, Owolabi M, Sachdev S. Stroke: a global response is needed. Bull World Health Organ. 2016;94(9):634-A.

6. World Stroke Organization: Global stroke fact sheet 2022. [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 14]. Available from: <https://www.world-stroke.org/publications-and-resources/resources/global-stroke-fact-sheet>.
7. กระทรวงสาธารณสุข. HDC service [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 26 มิ.ย. 2022]. แหล่งข้อมูล: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
8. Rissardo JP, Caprara AL, Prado AL. Stroke literacy in a South Brazilian city: a community-based survey. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2018; 27(9):2513-8.
9. Hahn EA, Magasi SR, Carlozzi NE, Tulsy DS, Wong A, Garcia SF, et al. Health and functional literacy in physical rehabilitation patients. *Health Lit Res Pract* 2017; 1(2):e71-85.
10. Cruz-Flores S, Rabinstein A, Biller J, Elkind MS, Griffith P, Gorelick PB, et al. Racial-ethnic disparities in stroke care: the American experience: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011;42(7):2091-116.
11. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 5<sup>th</sup> ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2014.
12. Krueger RA, Casey MA. Designing and conducting focus group interviews. 2<sup>nd</sup> ed. Newbury Park (CA): Sage Publications; 2002.
13. Rabiee F. Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society* 2004;63(4):655-60.
14. Sørensen 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.
15. กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 27 ธ.ค. 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://www.anamai.moph.go.th/ppf2017/Download/29/bai/32.pdf>
16. Levasseur M, Carrier A. Do rehabilitation professionals need to consider their clients' health literacy for effective practice? *Clin Rehabil* 2010;24(8):756-65.
17. Krahn GL, Walker DK, Correa-De-Araujo R. Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. *Am J Public Health* 2015;105(S2):S198-S206.
18. Hahn EA, Magasi SR, Carlozzi NE, Tulsy DS, Wong A, Garcia SF, et al. Health and functional literacy in physical rehabilitation patients. *Health Lit Res Pract* 2017;1(2):e71-85.
19. Sørensen K, Levin-Zamir D, Duong TV, Okan O, Brasil VV, Nutbeam D. Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health Promot Int* 2021;36(Suppl 1):i13-i23.
20. Van Kessel R, Wong BLH, Clemens T, Brand H. Digital health literacy as a super determinant of health: more than simply the sum of its parts. *Internet Interv* 2022;27:100500.

**Experiences and Perspective on Health Literacy in Stroke:  
a Focus Group Study in Stroke Patients and Healthcare Professionals**

**Pornsawan Posawang, Ph.D. (Community and Family Medicine)\*; Pasitpon Vacharavongvan, M.D., Ph.D. (Health Promotion)\*\***

*\* Sirindhorn National Medical rehabilitation Institute; \*\* Department of Community Medicine and Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University, Thailand*

*Journal of Health Science of Thailand 2025;34(5):894-905.*

**Corresponding author:** Pornsawan Posawang, Email: pornsawan\_p@hotmail.com

**Abstract:** Health literacy refers to an individual's ability to access, comprehend, inquire, appraise, and apply health-related information for appropriate health management and the maintenance of good health. In stroke patients, health literacy is a crucial factor influencing treatment and rehabilitation outcomes. This research aimed to investigate the perspectives and experiences of patients with stroke and healthcare professionals regarding health literacy through focus group discussions. A total of 30 participants, comprising 15 stroke patients and 15 healthcare professionals, were involved. Participants were selected using purposive sampling. Each focus group discussion included five participants, resulting in a total of six focus group sessions. The results of the focus group discussions were categorized into five areas corresponding to the main components of health literacy: access, understand, inquire, appraise, and apply. The study found that the most significant barrier to health literacy among stroke patients, and the component most in need of improvement, was inquiry, particularly the ability to engage in health-related discussions. These findings can be utilized to enhance healthcare services for stroke patients and to develop programs aimed at promoting health literacy among both patients and healthcare professionals. Additionally, the results serve as a valuable reference for those interested in further exploring this topic.

**Keywords:** health literacy; stroke; focus group discussion