

บทบรรณาธิการ

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงการคุณภาพการดูแลสุขภาพ Health Literacy and Access to Quality of Care

สตางค์ ศุภผล

บรรณาธิการวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

บทนำ

“...อุตสาหกรรมยาเบาหวาน ความดันแล้ว แต่ก็ยังเป็นโรคที่อยู่ โขคร้ายจริง”

วาทกรรมสะท้อนความเข้าใจผิดข้างต้นเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ได้ยินอยู่เสมอในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases, NCDs)

ผู้ป่วยจำนวนมากมีความเชื่อฝังหัวว่า “ยาแผนปัจจุบันคือ สารเคมีสะสมที่ทำลายไต” จึงเลือกที่จะหยุดยาหรือลดขนาดยาเอง โดยหารู้ไม่ว่าพยาธิสภาพของระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่างหาก คือ ตัวการหลักที่ทำให้ลายหลอดเลือดฝอยในไตจนนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease, ESRD)^{1,2}

ปรากฏการณ์นี้ไม่ได้เป็นเพียงความล้มเหลวของการสื่อสาร แต่เป็นภาพสะท้อนชัดเจนของ “ภาวะขาดความรู้ด้านสุขภาพ” (health illiteracy) ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่บั่นทอนการเข้าถึงคุณภาพการดูแลสุขภาพอย่างแท้จริง

มโนทัศน์ความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการโรคเรื้อรัง

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกและ Nutbeam ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่การอ่านออกเขียนได้ทางการแพทย์ แต่ครอบคลุมถึงความสามารถทางปัญญาและสังคมในการเข้าถึงทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ในการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง³ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ:

1. ความรู้ขั้นพื้นฐาน (functional health literacy): ความสามารถในการอ่านฉลากยา ปฏิบัติตามคำ

สั่งการรักษาขั้นพื้นฐาน

2. ความรู้เชิงปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy): ความสามารถในการดึงข้อมูล สื่อสาร แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และปรับใช้คำแนะนำทางการแพทย์ร่วมกับทีมผู้ให้การรักษา

3. ความรู้เชิงวิเคราะห์ (critical health literacy): ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล แยกแยะความเชื่อผิด ๆ ตระหนักถึงความเสี่ยง และตัดสินใจเชิงนโยบายหรือพฤติกรรมเพื่อควบคุมสุขภาพตนเองในระยะยาว

เมื่อผู้ป่วยขาดความรู้ในระดับปฏิสัมพันธ์และวิเคราะห์ “การได้รับสิทธิรักษาพยาบาล (coverage) จึงไม่เท่ากับการเข้าถึงคุณภาพการรักษา (effective access)”⁴ เพราะแม้ระบบหลักประกันสุขภาพจะจัดหายาและเครื่องมือที่ทันสมัยไว้รองรับ แต่หากผู้ป่วยไม่เข้าใจกลไกของโรคและประโยชน์ของการควบคุมความดัน-น้ำตาล ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) ก็จะไม่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes) ล้มเหลว^{1,4}

ตัวอย่างกลยุทธ์การแก้ไขปัญหาลักษณะ: จากความเชื่อผิดสู่การปฏิบัติจริง

การแก้ปัญหาคือความเข้าใจผิดและการยกระดับคุณภาพการรักษา จำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนเชิงระบบและการสื่อสารอย่างเป็นรูปธรรม ตัวอย่างเช่น

- การสื่อสารผ่านเทคนิคการทวนซ้ำความเข้าใจ (teach-back technique): แทนที่แพทย์หรือพยาบาลจะถามเพียงว่า “เข้าใจไหม?” ควรเปลี่ยนเป็น “ช่วยเล่าให้หมอฟังหน่อยครับว่า หากกลับไปบ้านจะทานยานี้

อย่างไร และยานี้ช่วยปกป้องไตของคุณอย่างไร” วิธีนี้ช่วยระบุช่องว่างความเข้าใจผิดได้ทันที และงานวิจัยยืนยันว่าช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ⁵

- การใช้อุปมาอุปไมยทางการแพทย์ (medical analogies): ปรับการอธิบายเชิงพยาธิสรีรวิทยาให้เห็นภาพชัดเจน เช่น การเปรียบเทียบว่า “น้ำตาลและความดันสูงเปรียบเสมือนน้ำที่มีเม็ดทรายไหลเชี่ยวกรากผ่านท่อไตทุกวัน ทำให้ตัวกรองไตสึกกร่อน ส่วนยาความดันและเบาหวานทำหน้าที่เหมือนเขื่อนชะลอแรงน้ำและตะกอนทรายเพื่อยืดอายุไต ไม่ใช่สารพิษตกค้าง”

- การสร้างเครื่องมือแสดงผลลัพธ์สุขภาพแบบเห็นภาพ (visualized health feedback): จัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยหรือหน้าจอแอปพลิเคชันที่แสดงกราฟค่า eGFR (อัตราการกรองของไต) คู่ขนานกับค่า HbA1c และระดับความดันโลหิต การชี้ให้เห็นว่า “ช่วงที่หยุดยา ความดันพุ่งสูง และค่าการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็ว” จะช่วยเปลี่ยนความเชื่อแบบนามธรรมให้กลายเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผู้ป่วยประเมินได้เอง

- การพัฒนาองค์กรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization): สถานพยาบาลต้องปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ ลดการใช้ศัพท์เทคนิค (medical Jargon) และจัดตั้ง “คลินิกชะลอไตเสื่อมแบบสหสาขาวิชาชีพ” (Multidisciplinary CKD Clinic) ที่ผสมผสานการทำงานระหว่างแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักกำหนดอาหาร เพื่อสนับสนุนทักษะการจัดการตนเอง (self-management support) แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล⁶

การสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพไม่ใช่เพียงการถ่ายทอดข้อมูลทางเดียว แต่คือการสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้ผู้ป่วยตระหนักว่าสุขภาพของตนไม่ได้ขึ้นอยู่กับโชคชะตา หากแต่อยู่บนพื้นฐานของการตัดสินใจที่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เมื่อผู้ป่วยก้าวข้ามความเข้าใจผิดเรื่องผลข้างเคียงของยา และร่วมมือในการรักษาอย่างมีเป้าหมาย ระบบสาธารณสุขจึงจะสามารถส่งมอบคุณภาพการรักษาที่แท้จริง ลดภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างยั่งยืน.

เอกสารอ้างอิง

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2026 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Kidney. 2026.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2565.
3. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15:259-67.
4. Oguntibeju OO. Health literacy and impact on health outcomes, barriers and gaps: Systematic review. Int J Res Bus Soc Sci. 2026;14:552-62.
5. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Arch Intern Med. 2003;163:83-90.
6. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, et al. Ten attributes of health literate health care organizations. Washington (DC): Institute of Medicine; 2012.