

Health Literacy From Concept to Practice

Chonlatit Urairoekkun M.D. , M.B.A. , M.P.H

15 July 2026



Agenda

วิวัฒนาการของ Health Literacy

3

การประยุกต์ใช้ HL

35

HL Movement ในประเทศต่างๆ

47

Reference

75

The background features a light gray base with large, organic, overlapping shapes in muted olive green and dusty rose. In the top left corner, there are stylized, layered patterns of thin, dark lines resembling foliage or grass. A thin, white, wavy line curves across the bottom right portion of the image.

วิวัฒนาการของ Health Literacy

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ทราบถึงพัฒนาการของ HL

1. เริ่มใน USA เริ่มจาก School Setting ในปี มาเป็น Hospital Setting ในปี 2004 และ HLHCO ในปี 2012
2. พัฒนาอย่างมากใน EU
 1. HL As Risk มาเป็น HL As asset จาก Healthcare และ Disease Prevention Approach มาเป็น Integrated Model ครอบคลุมทั้ง Healthcare ,Disease Prevention & Health Promotion
 2. การพัฒนาจากการเน้น Task base (Issues Base) มาเป็น Skill Base
 3. การต่อยอด HPH มาเป็น V-HLO ที่ใช้มี Evidence Base Support นอกจาก Healthcare setting แล้วยังสามารถใช้ได้ ใน Setting อื่นๆ ได้แก่ School , Community Setting
 4. HLS-EU ใน 8 ประเทศใน EU ทำให้มีการนำ HLS-EU-Q47 ไปใช้ในการสำรวจ HL ในหลายประเทศ และมีศึกษาการใช้ HLS-EU-Q47 แบบ Short Form ได้แก่ HLS-EU-Q16 และ Q6 เป็นต้น ทำให้เปลี่ยน HL จากนามธรรมเป็นรูปธรรมมากขึ้น มีการวัดที่ใช้กรอบแนวคิดเดียวกัน (Integrated Model of HL 4x3 Matrix)

Evolving of Health Literacy (1)

❑ Saranac Lake Conference of Health Education (1973 – USA)

- บทบาทของ Health Education ในการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อช่วยในการรักษาและป้องกันโรค
- 30 ปีผ่านไป มีน้อยประเทศมากที่ปรับหลักสูตรเพื่อตอบสนองบทบาทของ Saranac Lake Conference

❑ Review Literature มี Evidence base ว่า

- Low HL สัมพันธ์กับ อัตราการมารับบริการ, Readmission , Increase Cost , Poor Health Outcome
- Low HL ยังสัมพันธ์กับ การศึกษา เพศ รายได้ หรือมี Social gradient

❑ Institute of Medicine (2004-USA)

- เผยแพร่เอกสาร Health Literacy A Prescription to End Confusion เปลี่ยนมุมมองของ HL ว่าเป็นเรื่องส่วนบุคคล (Absolute) มามอง HL แบบ Relative Concept ระหว่าง Individual skill กับ Demand and Complexity of Healthcare System
- 2012 Propose ; Ten Attributes of Healthcare Organization.

Evolving of Health Literacy (2)

- ❑ Global Health Promotion Conference.(Charter & Declaration)
 - 1986 – Ottawa Charter (Develop personal skill)
 - Health in All Policy (HiAP) → Equity.
 - Bangkok Charter (2005) Partnership , Investment , Regulate ,Advocate ,Building Capacity (Infrastructure , Policy , HL)
- ❑ Ten Attributes of Healthcare Organization 1(IOM 2012)
- ❑ 2000 + Don Nutbean Articles;
 - Evolving Concept of Health Literacy (HLHCO).
 - HL As Population Strategy.
- ❑ 2012 Sorensen Review of Health Literacy เสนอ Propose ; Integrated Model of Health Literacy

Health Literate Healthcare Organization (HLHCO) – IOM-USA - 2012

1. Leadership Promote
2. Plans ,Evaluate and Improve
3. Prepare Workforce
4. Include Customer
5. Meet Everyone's Need
6. Ensure Easy Access.
7. Communication Effectively
8. Design easy to use material
9. Target High risk
- 10.Explain Coverage and Cost



This graphic reflects the views of the authors of the Discussion Paper "Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations" and not necessarily of the authors' organizations or of the IOM. The paper has not been subjected to the review procedures of the IOM and is not a report of the IOM or of the National Research Council.

 INSTITUTE OF MEDICINE
OF THE NATIONAL ACADEMIES
Advancing the nation's health

FIGURE 1A Foundations of a Health Literate Organization



Fig. 1. Interactive health literacy framework



Source: Parker R. Measuring health literacy: what? So what? Now what? In Hernandez L, ed. *Measures of health literacy: workshop summary, Round-table on Health Literacy*. Washington, DC, National Academies Press, 2009:91–98.

There is a growing appreciation that health literacy does not depend on the skills of individuals alone (IOM, 2003). Health literacy is the product of **individuals' capacities** and **the health literacy–related demands and complexities of the health care system** (Baker, 2006; Rudd 2003). **System changes are needed to align health care demands better with the public's skills and abilities** (Parker, 2009; Rudd, 2007).

Individual Capacity

×

HL related Demand and Complexity of Healthcare System



Adapted From : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45386/>

เป็นเรื่องที่น่ายินดีที่ Health Literacy ไม่ได้ขึ้นกับทักษะส่วนบุคคลโดยลำพัง (IOM,2003) แต่ Health Literacy คือผลคูณระหว่าง ความสามารถของแต่ละบุคคล x อุปสงค์ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และ ความซับซ้อนของระบบบริการสาธารณสุข การปรับเปลี่ยนระบบของสถานบริการให้เป็น Health Literate Healthcare Organization หรือ HLHCO เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจในการรองรับอุปสงค์นั้นให้ดีขึ้นจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อยกระดับทักษะและความสามารถทั้งในระดับบุคคลและประชากร (Parker, 2009; Rudd, 2007).

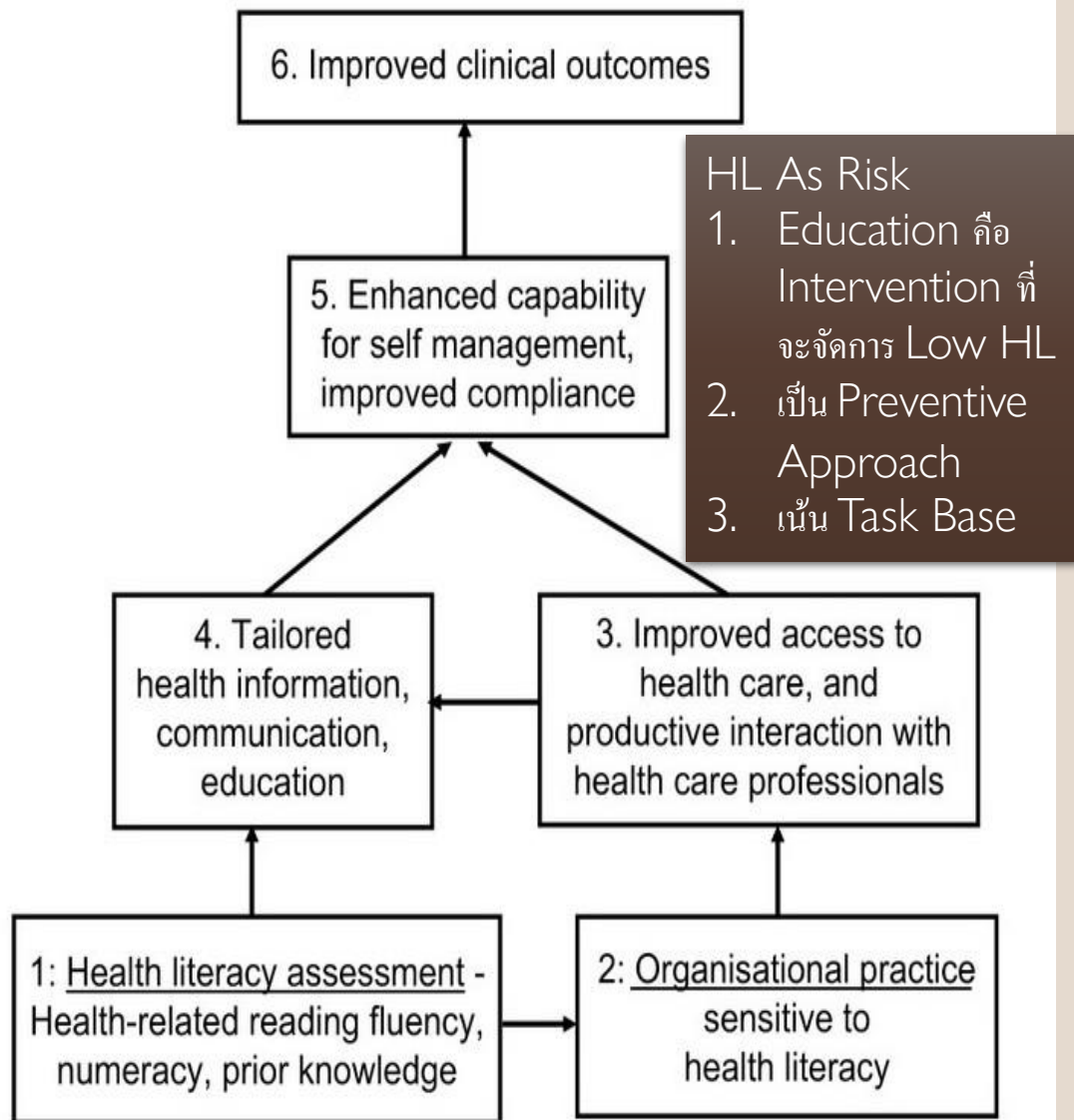
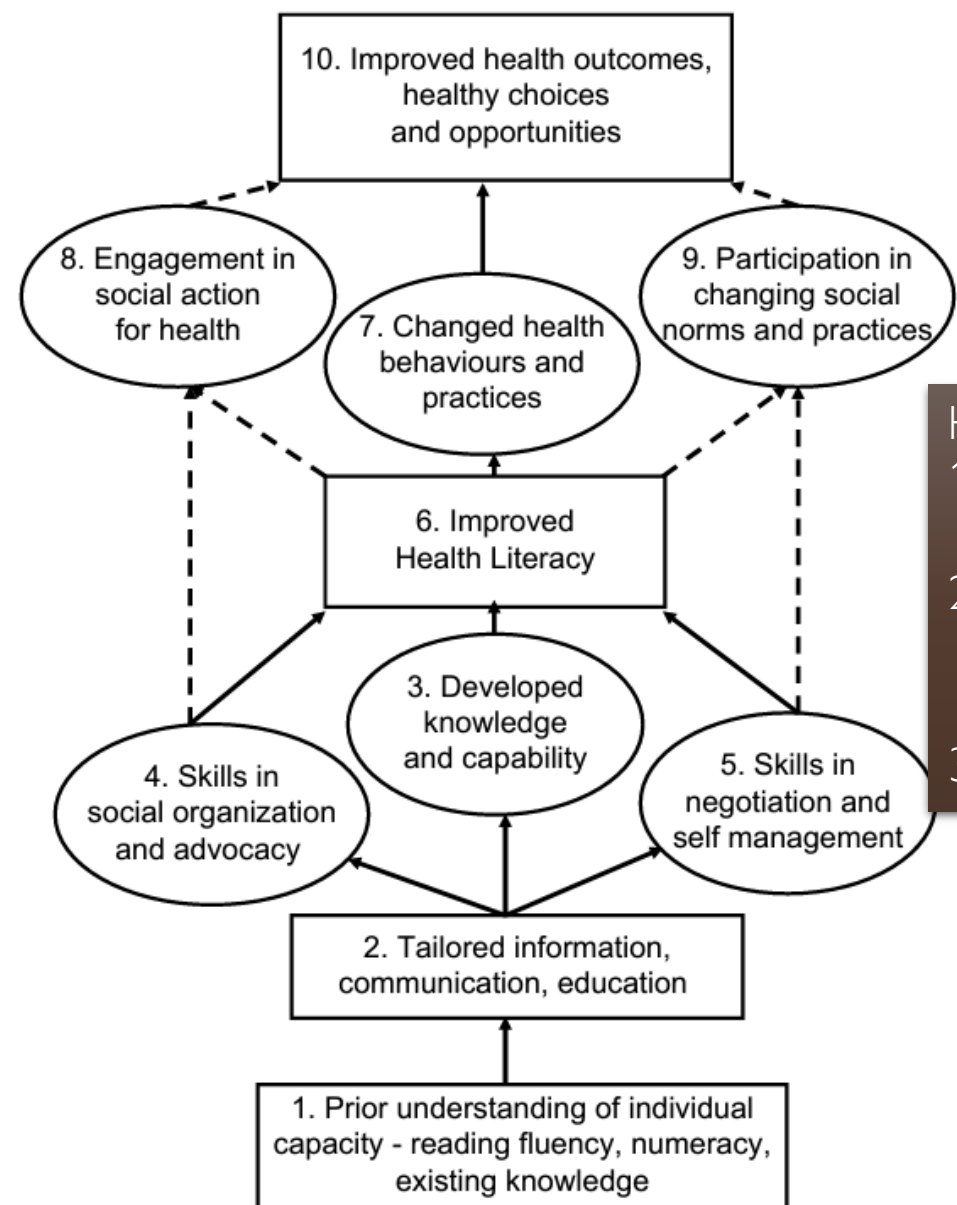


Fig. 1. Conceptual model of health literacy as a risk.



HL Level (Purposed By Don Nutbean)

HL Level	ระดับความรู้และทักษะ	พฤติกรรมเชิงประจักษ์
Functional (ระดับพื้นฐาน)	ความรู้ในเรื่องโรคและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค	สามารถปฏิบัติตามตามแผนการรักษา และไปรับการรักษาตามนัดได้
Interactive (ระดับปฏิสัมพันธ์)	เพิ่มจากระดับ Functional โดยมี Social Skill สามารถใช้การสื่อสารแบบ Interactive ทำให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของโรคในระดับที่สามารถจัดเจรจาต่อรอง (Negotiate) จัดการตนเองได้	สามารถบูรณาการความรู้จากแหล่งต่างๆ และสามารถสังเคราะห์เป็นความรู้ใหม่ ทำให้จัดการกับสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยประสบมาก่อนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันเวลา และมีส่วนร่วม (Participate) ในการที่จะปรับเปลี่ยนวิถีปฏิบัติทางสังคม (Social Norm and Practice)
Critical (ระดับ วิจารณ์ญาณ)	เพื่อจากระดับ Interactive โดยทราบถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) ที่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่ต้องใช้ นโยบายสาธารณะ จากส่วนบนในการจัดการปัญหา	สามารถให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อจะยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง และมีความผูกพัน (Engage) ในการทำให้ทุกกิจกรรมเพื่อสุขภาพ (Social action for Health)

2 Type of Health Education

1. สุขศึกษาแบบดั้งเดิม (Classical Health Education.)
 1. เน้นให้ความรู้ (Knowledge)
 2. ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารแบบทางเดียวยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy)
2. สุขศึกษาแบบร่วมสมัย (Contemporary Health Education.)
 1. ให้ทั้งความรู้และทักษะ (Knowledge + Skill)
 2. สื่อสารแบบ interactive ยกกระดับได้ทั้ง Functional & Interactive Health Literacy (ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์)
 3. ถ้าสามารถทำให้เข้าใจถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinant) และมี Social Mobilization skill ก็จะสามารถยกระดับได้ถึง Critical Health Literacy (ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ)

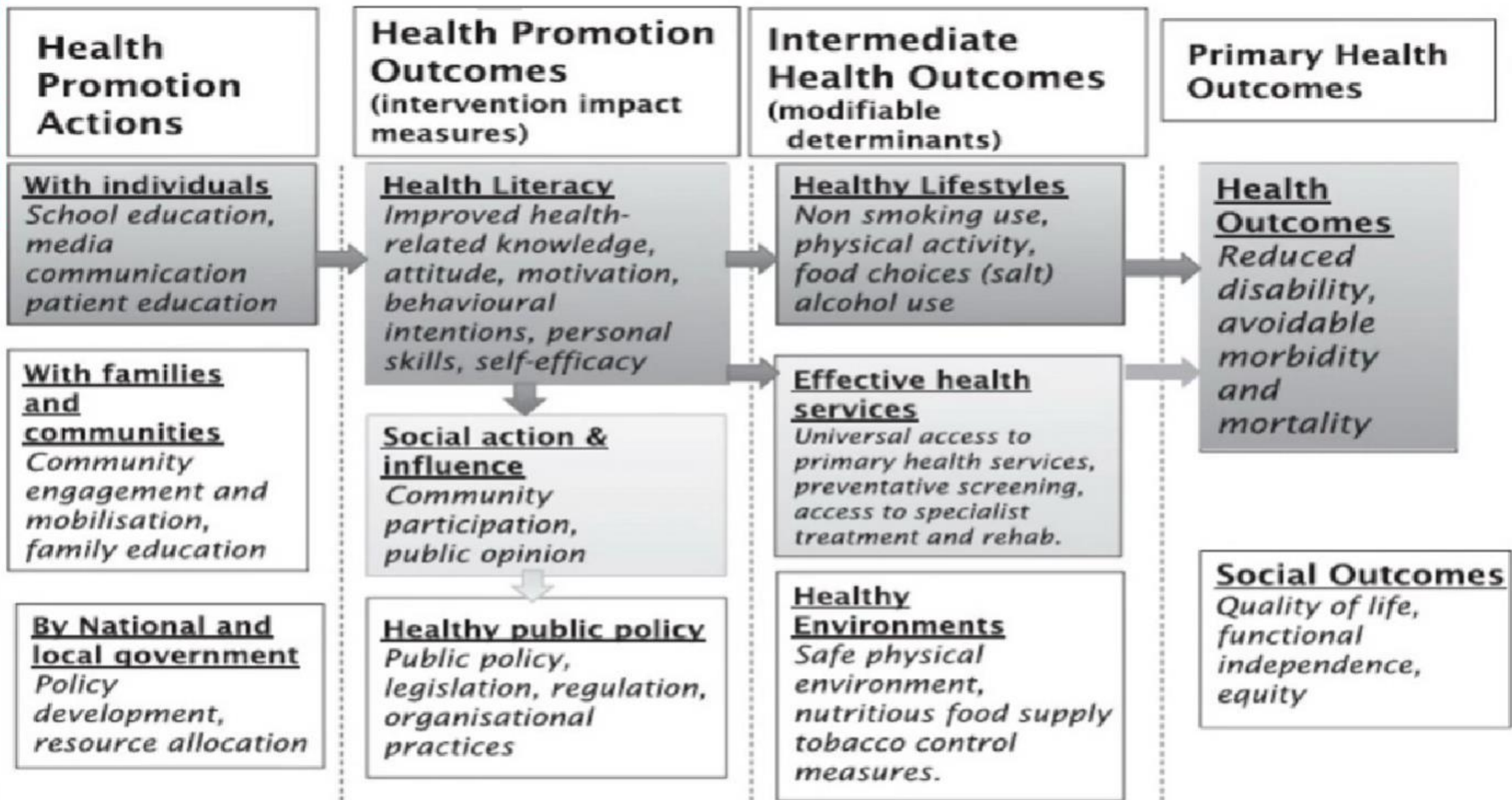
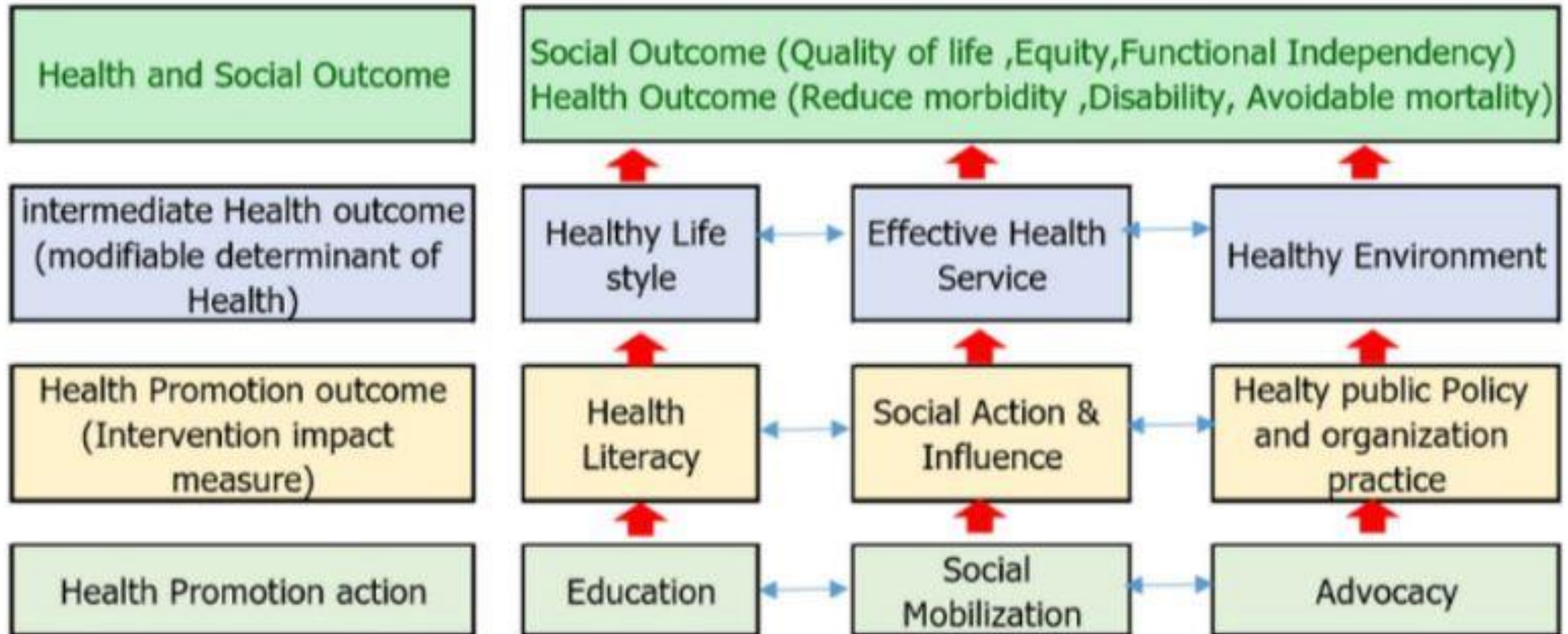


Figure 2 Logic model for prevention planning

An Outcome Model for health promotion (Adapted from D. Nutbeam)





Sørensen, 2022

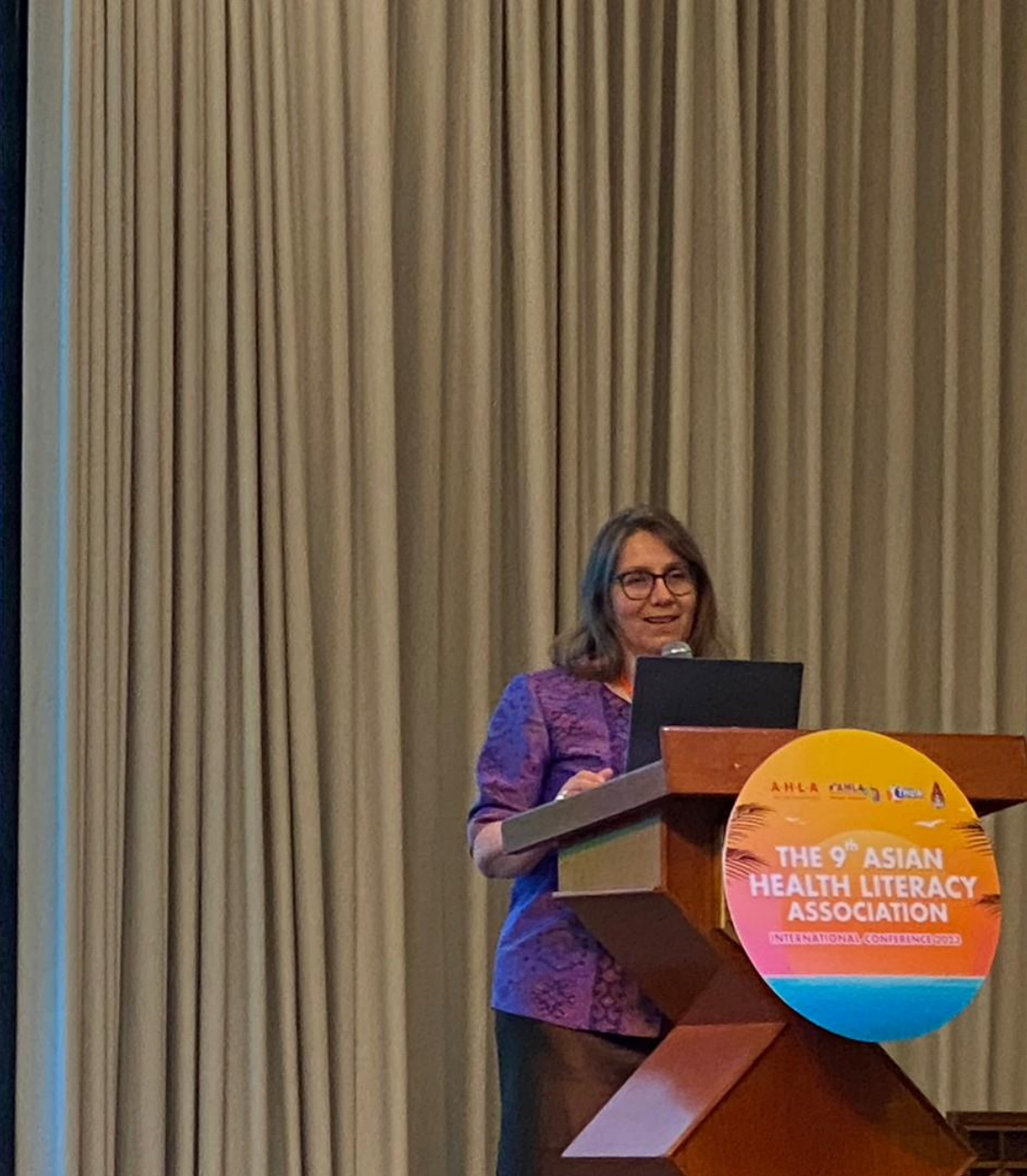
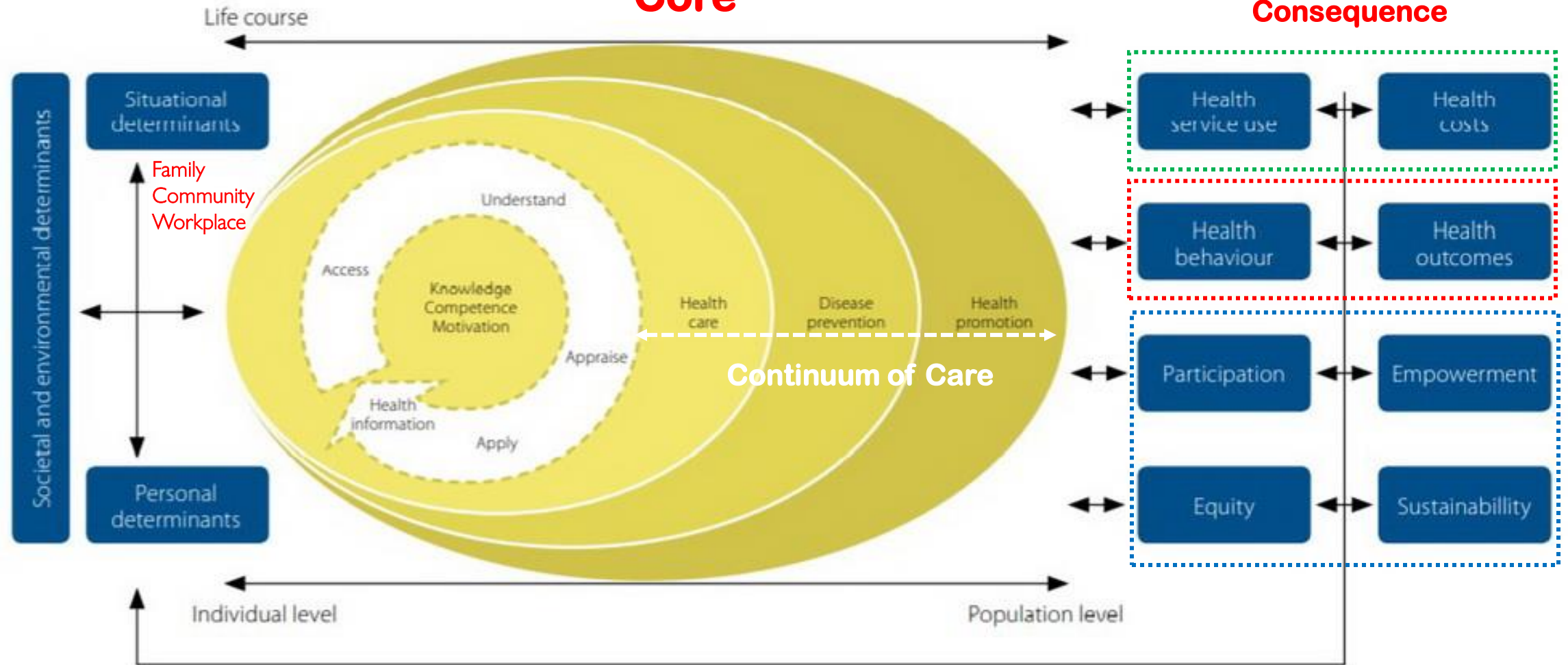


Fig. 2. Conceptual model of health literacy of the European Health Literacy Survey

Antecedence

Core

Consequence



Source: adapted from: Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, 12:80.

Evolving of Health Literacy (3)

❑ HLS-EU (Health Literacy Survey in 8 Countries of EU - 2012)

- HLS-EU-Q47 Questionnaire

- หลังจากมีตัววัด HLS-EU-Q47 ทำให้มีการวิจัยเกี่ยวกับ HL ตามมาอย่างมากมาย

- มีการสร้าง Short form เพื่อให้ใช้เวลาลดลงแต่ยังสามารถวัด HL ได้แก่ HLS-EU-Q16, HLS-EU-Q12,

❑ 9th Global Health Promotion Conference (Shanghai 2016)

- Promote HL Promote Health Promotion

- Promote Health Promotion Promote SDG



Health for all and all for health

#CHOOSEHEALTH



World Health Organization

WWW.WHO.INT/SHANGHAI2016



8th Global Conference
on Health Promotion
SHANGHAI 2016

Concept Change Make The Change of

1. HL Model (Comprehensive Model of HL – Sorensen) ✓
2. HL Definition. (Comprehensive Model of HL - Sorensen) ✓
3. Measurement tools of HL ✓
4. Measure , Intervention and Approach.
5. Standard
 - Health Literate Healthcare Organization (HLHCO) → USA 2012
 - Viena Health Literate Hospital and Healthcare Organization (V-HLO) → EU-2017

V-HLO

- V-HLO นำ 18 กลยุทธ์ของ Health Promotion Hospital (HPH) มาใช้ (Pelikan et al, 2005⁽⁴⁴⁾) โดยแทนที่คำว่า ผู้ป่วย ด้วยคำว่า Stakeholder หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหมายรวมถึง ครอบครัว บุคลากรในโรงพยาบาล และประชาชนในพื้นที่ดูแลของโรงพยาบาล (Catchment area) ด้วย
- V-HLO ได้ขยายขอบเขตที่จะพัฒนา Health literacy เฉพาะผู้ป่วย มาเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม ขยายขอบเขตจากการบริการสุขภาพ(Healthcare) เท่านั้น มาเป็นทั้งการบริการสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาวิถีชีวิต
- นำนิยามเชิงองค์รวมของ Health Literacy ของ HLS-EU Consortium (Sorensen et al, 2012⁽⁵⁰⁾), มาใช้ โดย health Literacy ครอบคลุมทั้งเรื่อง ค้นหา เข้าใจ ประเมิน และใช้ ข้อมูลที่ได้รับมาประกอบการตัดสินใจทางเลือกต่อสุขภาพของทุกๆวันที่เกี่ยวกับเรื่องการบริการสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ

มาตรฐาน V-HLO (1)

- 1.เตรียมความพร้อมของสมรรถนะ โครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรขององค์กร เพื่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 2.พัฒนาและประเมินผลสื่อและการบริการ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในขั้นตอนของการพัฒนาและประเมินผล
- 3.บุคลากรทางการแพทย์ต้องสามารถสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 4.พัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีระบบช่วยการนำทางเพื่อไปรับบริการสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ
- 5.ประยุกต์ใช้หลักการการสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกช่องทางการสื่อสารที่ใช้ประจำวัน ทั้งการสื่อสารด้วยการพูด การเขียน วิดีโอ หรือสื่อดิจิทัลอื่นๆ รวมถึงการสนับสนุนในเรื่องการแปลผลและการแปลภาษา

มาตรฐาน V-HLO (2)

6. พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ (Learning offer)
7. พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากร โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ (Learning offer)
8. พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนหรือพื้นที่ ที่สถานบริการรับผิดชอบ
9. แบ่งปันประสบการณ์และเป็นทำตัวเป็นตัวอย่างในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนที่สถานบริการรับผิดชอบ

• Sources: Pelikan and Dietscher

HLS-EU(2011)



WHO Collaborating Centre
for Health Promotion
in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich
GmbH

HLS-EU Survey Overview: Sampling, Data collection

Countries	Austria (AT), Bulgaria (BG), Germany (DE) (only NRW), Greece (EL) (only Athens +), Spain (ES), Ireland (IE), Netherlands (NL), Poland (PL)
Survey Institut	TNS Opinion on behalf of the HLS-EU Consortium
Survey Period	Summer 2011
Target Population, Population Coverage	EU citizens (!) aged 15 years and over (Euro-barometer Methodology)
HL Instrument	HLS-EU-Q86 (including HLS-EU-Q47 and NVS Test)
Data collection	by computer-assisted personal interviewing technique (CAPI) (BG, IE = PAPI)
Sampling design	Euro-barometer Methodology Stratified probability sampling (multistage random sample): National sampling points selected randomly (applying random-walk procedure) after stratification for population size and population density (metropolitan, urban and rural areas).
Response Rates	Austria (67%), Bulgaria (75%), Germany (DE) (53%), Greece (65%), Spain (62%), Ireland (69%), Netherlands (36%), Poland (67%)
Sample Sizes	Austria (1015), Bulgaria (1002), Germany (DE) (1057), Greece (1000), Spain (1000), Ireland (1005), Netherlands (1023), Poland (1000)
Weights	National samples were weighted by gender, age group and size of locality, based on national census data. Country size was not used as a weighting criterion for the analyses of the total sample. Total sample values therefore represent a 'country average' where all countries are represented with equal weights regardless of their population size.

Pelikan Haiphong short form 9-11-2016

9

HLS-EU-Q47 คือ แม่แบบของการวัด HL ในการสำรวจ HL และขยายผลออกนอก EU มีการพัฒนา Short Form เพื่อให้ใช้เวลาน้อยลง แต่อยู่ภายใต้ Concept ของ Integrated Model of HL (Sorensen-2012)

HLS-EU-Q47

การให้คะแนน

1 = ยากมาก

2 = ยาก

3 = ง่าย

4=ง่ายมาก

คะแนนรวม = (Mean-1)* 50/3

การแบ่งระดับ HL

0-25 = Likely Inadequate

26-42=Likely Problematic

43-50=Likely Sufficient

0-33 = Limited HL

The HLS-EU Definition Matrix: Dimensions, cells, number of questions & possible indices

Health literacy (47)	Access/obtain information relevant to health (13)	Understand information relevant to health (11)	Process / appraise information relevant to health (12)	Apply / use information relevant to health (11)
Health care (16)	1) Ability to access information on medical or clinical issues (4 Questions)	2) Ability to understand medical information and derive meaning (4 Questions)	3) Ability to interpret and evaluate medical information (4 Questions)	4) Ability to make informed decisions on medical issues (4 Questions)
Disease prevention (15)	5) Ability to access information on risk factors for health (4 Questions)	6) Ability to understand information on risk factors and derive meaning (3 Questions)	7) Ability to interpret and evaluate information on risk factors for health (5 Questions)	8) Ability to make informed decisions on risk factors for health (3 Questions)
Health promotion (16)	9) Ability to update oneself on health related issues (5 Questions)	10) Ability to understand health related information and derive meaning (4 Questions)	11) Ability to interpret and evaluate information on health related issues (3 Questions)	12) Ability to make a informed decision on health related issues (4 Questions)

Pelikan Haiphong short form 9-11-2016

7

Fig 1 Matrix of Health Literacy survey Questionare (HLS-EU-Q47)

Comprehensive & 7 Sub-indices HLS-EU-Q47



WHO Collaborating Centre
for Health Promotion
in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich
GmbH

Types of Health Literacy Indices by the HLS-EU Model

1 comprehensive index, 7 sub-indices and 12 sub-sub-indices

Comprehen. HL Index	OI-Index (13Items) Access/obtain health information	UI-Index (11Items) Understanding health information	PI-Index (12 Items) Process/Appraise health information	AI -Index (11 Items) Apply/Use Health information
HC-HL Index (16Items) Health Care	1) Ability to access information on medical or clinical issues (4 Questions) HC-FHI (2012)	2) Ability to understand medical information and derive meaning (4 Questions) HC-UHI (2012)	3) Ability to interpret and evaluate medical information (4 Questions) HC-JHI (2012)	4) Ability to make informed decisions on medical issues (4 Questions) HC-AHI (2012)
DP-HL Index (15 Items) Disease prevention	5) Ability to access information on risk factors for health (4 Questions) DP-FHI (2012)	6) Ability to understand information on risk factors and derive meaning (3 Questions) DP-UHI (2012)	7) Ability to interpret and evaluate information on risk factors (5 Questions) DP-JHI (2012)	8) Ability to judge the relevance of the information on risk factors (3 Questions) DP-AHI (2012)
HP-HL Index (16 Items) Health promotion	9) Ability to update oneself on health related issues (5 Questions) HP-FHI (2012)	10) Ability to understand health related information and derive meaning (4 Questions) HP-UHI (2012)	11) Ability to interpret and evaluate information on health related issues (3 Questions) HP-JHI (2012)	12) Ability to make a informed decision on health related issues (4 Questions) HP-AHI (2012)

Belgian Health Literacy short form 9-11-2016

Comprehensive HL-Index(CHL)

1. CHL มีการกระจาย

เป็น Bell Shape

ใกล้เคียงกับ

Normal

Distribution

2. สามารถนำมา

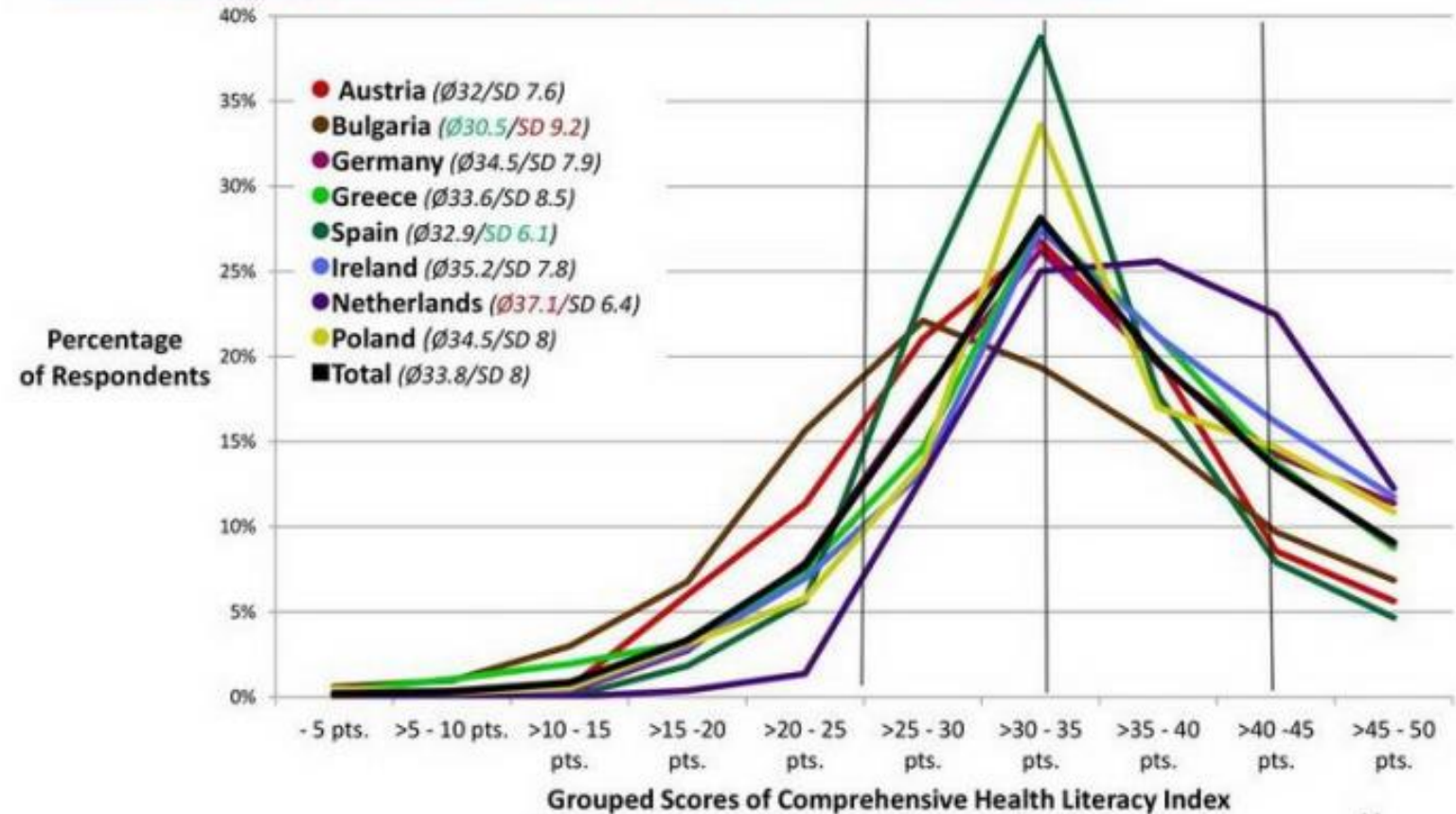
เปรียบเทียบระหว่าง

ประเทศได้

Comprehensive HL-Index (CHL)

(Percentage Distributions, Means & S.D. for 8 Countries & Total Sample) (HLS-EU 2012)

> *Bell shaped distribution with some ceiling effect for all countries!*



HLS-EU-Q16

การให้คะแนน

1 = ง่าย/ง่ายมาก

0 = ยาก / ยากมาก

การแบ่งระดับ HL

0-8 = Likely Inadequate

9-12 = Likely Problematic

13-16 = Likely Sufficient

Resulting Items for HLS-EU Short Scale

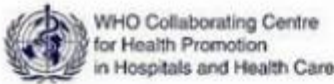
Health Literacy (16 of 47)	Obtain/Access information (4 of 13)	Understand information (6 of 11)	Process/Appraise information (3 of 12)	Apply/use information (3 of 11)
Health Care (7 of 16)	Q1...find information on treatments of illnesses that concern you?	Q3...understand what your doctor says to you?	Q5...judge when you may need to get a second opinion from another doctor?	Q6...use information the doctor gives you to make decisions about your illness?
	Q2...find out where to get professional help when you are ill? (2 of 4)	Q4...understand your doctor's or pharmacist's instruction on how to take a prescribed medicine? (2 of 4)	(1 of 4)	Q7...follow instructions from your doctor or pharmacist? (2 of 4)
Disease Prevention (5 of 15)	Q8...find information on how to manage mental health problems like stress or depression? (1 of 4)	Q9...understand warnings about behaviour on health risks in the media is such as smoking, low physical activity and drinking too much? (1 of 5)	Q11...judge if the information health risks in the media is protect yourself from illness based on information in the media? (1 of 3)	Q12...decide how you can protect yourself from illness based on information in the media? (1 of 3)
		Q10...understand why you need health screenings? (2 of 3)		
Health Promotion (4 of 16)	Q13...find out about activities that are good for your mental well-being? (1 of 5)	Q14...understand advice on health from family members or friends? (2 of 4)	Q16...judge which everyday behaviour is related to your health? (1 of 3)	No adequate items identified! (0 of 4)
		Q15...understand information in the media on how to get healthier? (2 of 4)		

HLS-EU-Q6

การให้คะแนน
1 = ยากมาก
2 = ยาก
3 = ง่าย
4=ง่ายมาก

คะแนนรวม = Mean

การแบ่งระดับ HL
<2.00 = Likely Inadequate
2.00-2.99=Likely Problematic
3.00-4.00=Likely Sufficient



WHO Collaborating Centre
for Health Promotion
in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich
GmbH

Resulting **Items** for HLS–Q Short–Short Form

Health Literacy	Find/Access information relevant to health	Understand Information relevant to health	Evaluate/Appraise information relevant to health	Apply/use information relevant to health
Health Care			Q11... judge when you may need to get a second opinion from another doctor?	Q13... use information the doctor gives you to make decisions about your illness.
Disease Prevention	Q18... find information on how to manage mental health problems like stress or depression.		Q28... judge if the information on health risks in the media is reliable.	
Health Promotion	Q33.. find out about activities that are good for your mental well-being.	Q39... understand information in the media on how to get healthier.		

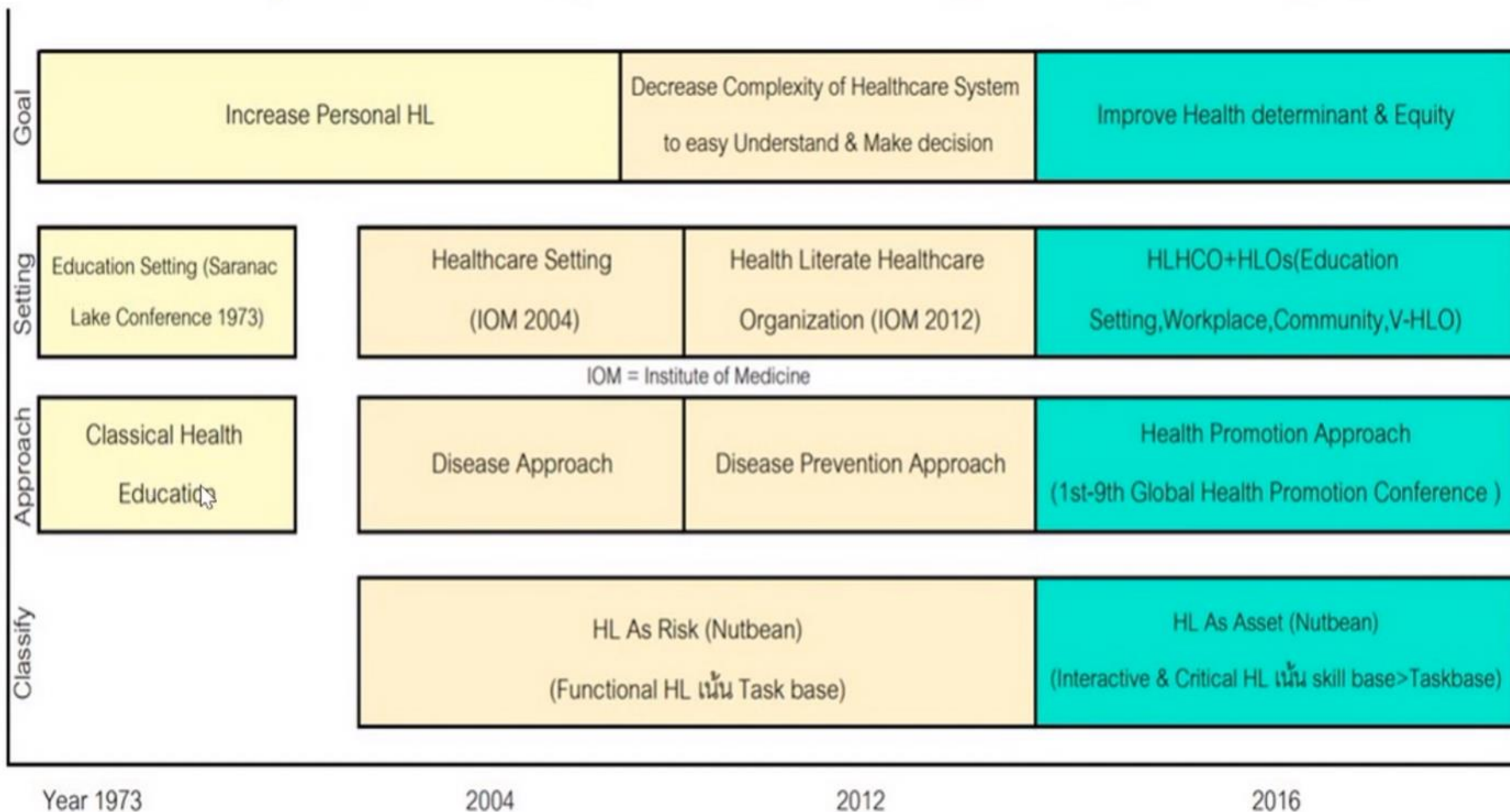
Recommend

1. ใช้ HLS-EU-Q47
กรณีที่ HL เป็น
วัตถุประสงค์หลัก
ของการศึกษา
2. ใช้ Short form กรณี
ที่ HL ไม่ใช่
การศึกษาหลัก แต่
เป็นเพียงตัวแปร
หนึ่งของการศึกษา
และไม่ต้องการหา
ลึกถึง sub
dimension

Comparison HLS-EU-Q 47, Q16, Q6

	HLS-EU –Q47	HLS-EU-Q16	HLS-EU-Q6
No. of items	47	Reduction to 16 out of 47 ➢ loss of info, and of representativeness of theoretical scope ➢ loss of reliability	Reduction to 6 out of 16 > strong loss of info, and of representativeness of theoretical scope,
Economy	long > time consuming (about 10)	short > less time (3 min)	very short > (1 minute)
Type	Index, up to 19 Sub-Indices following the theoretical concept	1 Rasch scale, but some description of 3 domains possible by single items : 4??	1 scale consisting of 3 highly correlated sub-dimensions.
Scope & representation of concept	full	limited	very limited
Use of number of categories of single items	4	Dichotomized to 2 > Loss of information	4
Distribution of indices, scale*	bell-shaped; 1,2% reach maximum	strong negative skew (21,4% reach maximum=mode, mean=12,5)	bell-shaped, light negative skew 4,7% reach maximum
Difficulty*	high	low	medium/high
Correlation with full instrument*		0,822	0,896
Reliability*	high	Cronbach alpha not computable	Alpha=0,803
Levels	4	3	3
Dimensionality	multi	one	1 main 3 sub (sub dimensions not evaluated due to high correlations with main index)
Power for associations	high	somewhat limited	somewhat limited
Recommendation	For fully HL focused surveys	For partly HL focused surveys or for giving space for additional context specific items (e.g. GKM, AOK); vulnerable Populations	Good compact HL measure in studies with other focus
* Computations based on HLS-EU total sample			

Evolving Concept of Health Literacy From Saranac Lake Conference (1973) to Shanghia Declartion (2016)



Question : 1

1. การพัฒนา Health Literacy ต่างจากการ Classical Health Education อย่างไร
2. การให้สุขศึกษา รายกลุ่มแบบ One way Communication จะมีโอกาสยกระดับ HL ไปถึงระดับ Interactive HL ได้หรือไม่
3. การพัฒนาผู้มารับบริการใน รพ.ให้เข้าใจระบบบริการและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพนั้น คุณคิดว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของใคร
4. การยกระดับ HL ด้วยการพัฒนา Skill Base ต่างจากการพัฒนา Task base อย่างไร จะสามารถพัฒนาทั้ง Skill Base และ Task base ในเวลาเดียวกันได้หรือไม่
5. คุณมีแผนในการพัฒนา Skill base ของผู้มารับบริการ เพื่อให้สามารถ เข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล และประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ได้รับ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ได้อย่างไร

The background features a light gray base with large, organic, overlapping shapes in muted olive green and a dusty rose color. In the top left corner, there is a faint, stylized silhouette of a palm tree. A thin, white, wavy line curves across the bottom right portion of the image.

การประยุกต์ใช้ HL

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถนำ HL ไปประยุกต์ใช้

1. พัฒนางค์กรให้เป็น HLHCO หรือ V-HLO โดยบูรณาการตลอด Continuum of Care ครอบคลุมทั้งเรื่อง
 1. Healthcare เพื่อลด Utilization & Readmission Rate , Cost
 2. Disease Prevention เพื่อให้เกิด Healthy Behavior & Environment เพื่อ Improve Health Outcome
 3. Health Promotion โดย
 1. Empower People and Community ในการ control over their Health
 2. Advocate Policy Maker (local & National Government) เพื่อให้เกิด Health in all Policy (HiAP) & Health in all Action (HiAA) ,Equity in Health and Sustainability
2. สามารถเลือกว่าเมื่อไหร่ถึงจะใช้แนวคิด HL As Risk หรือ As Asset โดยประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพและกรอบเวลาในการแก้ปัญหา

Health Literacy as Risk or as Asset

**HL
As
Risk**



**Risk
Management**



**Disease
Prevention
Approach**



**HL
As
Asset**



**HR
Development**



**Health
Promotion
Approach**

การพัฒนาในส่วนของ Healthcare

1. พัฒนางองค์กรตามมาตรฐาน HLHCO หรือ V-HLO ขึ้นกับบริบทของแต่ละสถานบริการ เช่น รพศ/รพท/รพช./รพ.สต.
2. ในกรณีที่มีการจัดตั้ง Accreditation Body (AD) และ Certified Body (CB) ขอคำรับรองจาก Certified Body (CB)
3. ในกรณีที่ยังไม่มี AD และ CB ให้บูรณาการ มาตรฐาน HLHCO หรือ V-HLO เข้ากับมาตรฐานหลักที่ รพ.ใช้ เช่น HA หรือ ISO 9001 เพื่อให้มี Audit จากองค์กรภายนอก เพื่อรับประกันได้ว่าการดำเนินการตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HLHCO หรือ V-HLO

HL As Risk Approach (Health Education=Intervention)

Screening Tool

1. REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)
2. HALS (Health Activities Literacy Skill)

Result

Positive

Negative

Confirm

Positive

Negative

Intervention

1. Health Education (Information Education , Communication)
2. HLHCO (Health Literate Healthcare Organization)

Improve
Health
Outcome

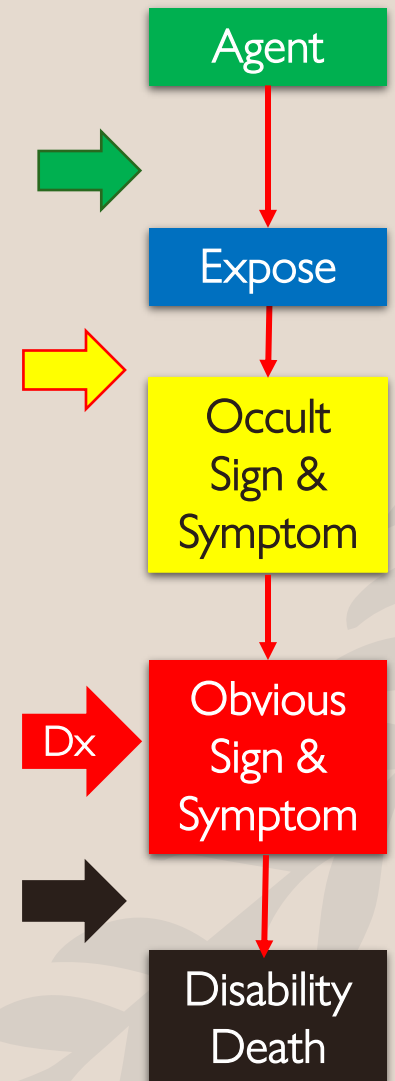
Disease Prevention Definition

Disease Prevention การป้องกันโรคไม่ได้หมายถึงการการป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรือการควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคนั้นๆ แต่ยังรวมถึงการจัดการไม่ให้โรคที่เกิดขึ้นแล้วแพร่กระจายออกไป และการลดผลกระทบที่เกิดจากโรคนั้นๆ

Reference: adapted from Glossary of Terms used in Health for All series. WHO, Geneva, 1984

การป้องกันโรคแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- 1) **Primary Prevention** คือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคตั้งแต่แรก ด้วยการไม่ให้สัมผัส Agent ที่ทำให้เกิดโรค หรือสร้างภูมิคุ้มกันต่อ Agent นั้น ทำให้รับ Agent แต่ก็ไม่เป็นโรสดังกล่าว
- 2) **Secondary Prevention** คือป้องกันหลังจากที่ได้สัมผัส Agent นั้นแล้ว ในช่วงระยะฟักตัวของโรค (Incubation Period) ที่ยังไม่มี หรือมีอาการหรืออาการแสดงที่ไม่ชัดเจนนั้น การป้องกันทำได้โดยการค้นหาโรคเพื่อวินิจฉัยแต่แรก (Early detection/diagnosis) และให้การรักษที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว (Prompt Treatment) หลักการของ Secondary Prevention คือ รักษาหายเดิม และป้องกันไม่ให้เกิดรายใหม่ หรือชะลอจำนวนรายใหม่ หรือป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำในรายเดิม (relapse) เพื่อลดทั้งการแพร่ระบาดและผลกระทบของโรค
- 3) **Tertiary Prevention** เมื่อเป็นโรคโดยมีอาการและอาการแสดงอย่างชัดเจน การป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง จนเกิดผลแทรกซ้อนจากโรค เรียกว่า Tertiary Prevention โดยใช้แนวทางของการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation)





Definition :

- **Public Health** คือศาสตร์และศิลป์ในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เพื่อให้คนมีสุขภาพดีและมีชีวิตยืนยาว
- **Health Promotion** is the process to enabling people to control their health and Health Determinants
- **Health Literacy** คือ ทักษะทางด้านปัญญา (cognitive Skill) และสังคม (Social Skill) ในการกำหนดแรงจูงใจ (Motivation) และความสามารถ(Ability) ในการเข้าถึง (Access) เข้าใจ (Understand) และ ประเมิน ประเมินข้อมูลทางด้านสุขภาพ (Appraise) นำไปสู่การประยุกต์ใช้ (Apply) จนส่งผลดีต่อสุขภาพ

Definition

The definition of health literacy was updated in August 2020 with the release of the U.S. government's [Healthy People 2030](#)  initiative. The update addresses personal health literacy and organizational health literacy and provides the following definitions:

- **Personal health literacy** is the degree to which individuals have the ability to find, understand, and use information and services to inform health-related decisions and actions for themselves and others.
- **Organizational health literacy** is the degree to which organizations equitably enable individuals to find, understand, and use information and services to inform health-related decisions and actions for themselves and others.

สรุป HL As Risk

1. แนวคิดที่มอง HL คือความเสี่ยง ต้องจัดการความเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือคัดกรองเพื่อหาคนที่ Low HL มายกระดับความรู้และทักษะด้วย Health Education ซึ่งถือเป็น Intervention.
2. $HL = \text{Individual Capacity} \times \text{Healthcare demand \& Complexity}$ การยกระดับ HL ไม่ได้เป็นหน้าที่ของประชาชนเท่านั้น แต่องค์กรด้าน Healthcare ต้องลดระดับความซับซ้อนขององค์กรรวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารให้เข้าถึงความเข้าใจโดยทำเป็นระบบทั่วทั้งองค์กร (Health Literate Healthcare organization)
3. เมื่อบมอง HL คือความเสี่ยง เครื่องมือวัด HL รวมถึง Indicators ต่างๆที่เกี่ยวกับ HL ก็ออกแบบเพื่อรองรับแนวคิด HL as Risk. โดยเน้น Disease Prevention Approach ที่โรคหรือปัญหา (Task Base)

สรุป HL As Asset

1. แนวคิดที่มอง HL คือทรัพยากรสินหรือทุนในตัวคน ที่แต่ละคนใช้ทุนดังกล่าวในชีวิตประจำวันทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน โรงเรียน ที่พักผ่อนหรือสถานที่อื่นๆ เพื่อใช้ในการหา ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการตัดสินใจในการเลือกที่จะทำหรือไม่ทำอะไรที่เกี่ยวกับสุขภาพ
2. แนวคิดนี้เน้นที่การพัฒนา Skill base มากกว่า Task base เพื่อให้ใช้ทักษะดังกล่าว นำไปจัดการประเด็นที่กำลังเผชิญอยู่ตรงหน้า (Task base)
3. แนวคิดที่มอง HL As Asset นั้น Health Education ไม่ได้เป็น Intervention ที่จะไปจัดการกลุ่มที่มี Low HL แต่ HL คือ ผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่เกิดจาก Health Education (Health Education → HL)
4. Universal HL Precaution คือแนวคิดที่มองว่า ทุกคนควรได้รับ Information ,Education and Communication (IEC) ที่ง่ายต่อการเข้าใจ ไม่มีความจำเป็นต้องคัดกรองเพื่อหาคนที่ Low HL
5. เมื่อมอง HL คือความ Asset เครื่องมือวัด HL รวมถึง Indicators ต่างๆที่เกี่ยวกับ HL ก็ออกแบบเพื่อรองรับแนวคิด HL as Asset. โดยเน้น Health Promotion Approach เพื่อเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพของตน ครอบครัว และสังคม

Question : 2

1. การควบคุมน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ควรใช้แนวคิด HL as Risk หรือ HL as Asset มากกว่ากัน
2. ที่ รพ.ใช้ HA เป็นระบบคุณภาพ แม้จะได้รับการ Accredited แล้ว Readmission Rate ,และ Unit cost โดยรวมสามารถลดจากก่อนหน้านี้ที่ทำ HA จากนั้นก็คงที่มาตลอด เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย พบว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่มาด้วยโรค NCD แพทย์และทีมสุขภาพเน้นให้การให้ยา ส่วน การให้สุขศึกษาที่ทำกันมานานแล้วใน รพ. ไม่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) และระดับความดันโลหิตได้ดีเท่าที่ควร คุณควรมีแนวคิดในการปรับปรุงระบบการทำงานอย่างไร เพื่อให้สามารถลด Readmission Rate และ Unit Cost
3. คุณทำงานใน รพช. คิดว่าระหว่างมาตรฐาน Ten Attributes of Health Literate Healthcare Organization (HLHCO) กับ Viena Health Literate Organization (V-HLO) มาตรฐานไหนเหมาะสมกับบริบทของ รพ.มากกว่า พร้อมระบุเหตุผล

Educate

Functional HL

Social Mobilize

Interactive HL

Advocate

Critical HL

Process of Enabling People

Health Promotion Outcome(Skill)

The background features a light gray base with large, organic, overlapping shapes in muted olive green and dusty rose. In the top left corner, there is a stylized, light gray illustration of a plant with many thin, radiating leaves.

HL Movement ในประเทศต่าง ๆ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถนำ HL ไปประยุกต์ใช้

1. ทราบ HL Movement ทั้งในระดับ Top Down และ ระดับ Grass Root ของประเทศต่างๆ
 1. USA
 2. EU
 3. Australia
 4. Thailand
2. นำบทเรียนจากต่างประเทศ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย
3. เข้าใจ Strategic Movement to HL Society in Thailand เพื่อที่จะพัฒนา HL ในพื้นที่ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว

การขับเคลื่อน HL ในสหรัฐอเมริกา

1. Top Down ออกกฎหมาย

1. Patient Protection and Affordable Act (ACA หรือ Obama Care) ทำให้คนจนที่มี Low HL ได้มีสิทธิการเข้าถึงบริการ
2. National Action Plan to Improve Health Literacy.
3. Plain Writing Act 2010.
4. Healthy People 2020 มีเป้าหมายการยกระดับ HL ด้วย

2. Bottom up หรือ Grass Root

1. IOM ออกมาตรฐาน Ten Attributes of Health Literate Healthcare Organization
2. หน่วยงานของรัฐได้ร่วมในการพัฒนา HL เช่นออก Tools และ Guideline ต่างๆ เกี่ยวกับ HL

การขับเคลื่อน HL ในยุโรป

1. พัฒนา Comprehensive Model of Health Literacy (Soresen) และสร้างเครื่องมือวัด HL ระดับ Population เพื่อใช้ร่วมกันใน EU (HLS-EU-Q47)
2. HLS-EU ในปี 2011 ทำให้ขยาย Comprehensive Model of HL ไปทั่ว EU ก่อนจากนั้นขยายออกนอก EU
3. HL ใน EU เน้นแนวคิด HL As Asset ขยายจาก Individual Base เป็น Population Base จาก Healthcare Setting ไปสู่ Setting อื่นๆ ได้แก่ School , Workplace ,Community
4. WHO Collaboration Center Health promoting Hospital (HPH) Network ศูนย์กลางอยู่ที่ยุโรป และได้ Update V-HLO ให้เป็น International Organizational Health Literate Organization (Responsiveness) Hospital หรือ OHL-hos หรือจะกล่าวได้ว่า HL เกิดในอเมริกา พัฒนาและเติบโตในยุโรป และจะขยายผลไปประเทศต่างๆนอก EU
5. V-HLO ขยายขอบเขตจาก
 1. Patient → ผู้ป่วย ผู้รับบริการและญาติ
 2. Healthcare Setting ไปสู่ Community
 3. ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทำ KM เพื่อขยายผลไปสู่องค์กรอื่นๆ

การขับเคลื่อน HL ในออสเตรเลีย

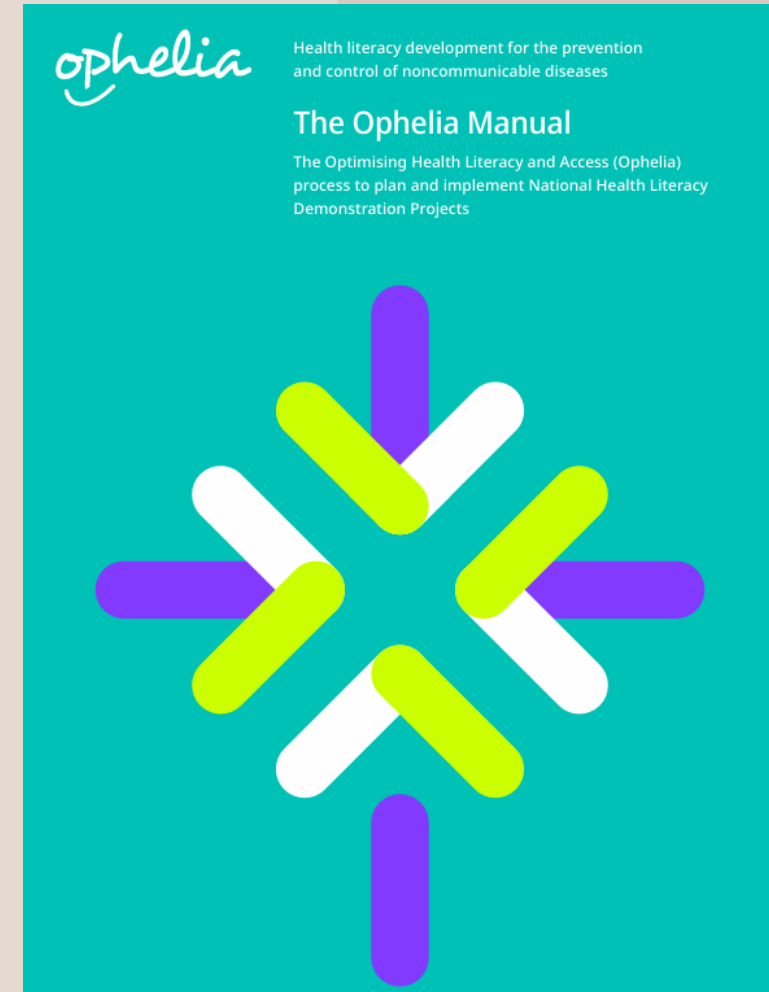
1. 2019 ออกนโยบาย HL เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่าง บุคคล กับ สถานบริการสุขภาพ
2. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) รับผิดชอบในการพัฒนาและธำรงรักษามาตรฐานที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการและความปลอดภัย ACSQHC's ได้กำหนด National statement on health literacy (2014) ส่งผลให้นโยบายที่เกี่ยวกับ HL ได้ถูกนำมาสู่การปฏิบัติทั่วทั้งประเทศ
3. เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายของ HL ขึ้นใน Australia จาก health promotion Approach ธรรมดา เป็น health system reform approaches ซึ่งต้องเสริมสมดุลระหว่าง 2 Approaches ในระดับนโยบาย และความพยายามในดำเนินการในเรื่อง การกำกับติดตาม/ประเมินผล ในเรื่อง HL ในระดับชาติ พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร สาธารณสุขและสมรรถนะของระบบสุขภาพเพื่อ implement HL programs อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในเรื่องสุขภาพและการเพิ่มความสามารถในเรื่อง HL ให้กับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

การขับเคลื่อน HL ในประเทศไทย

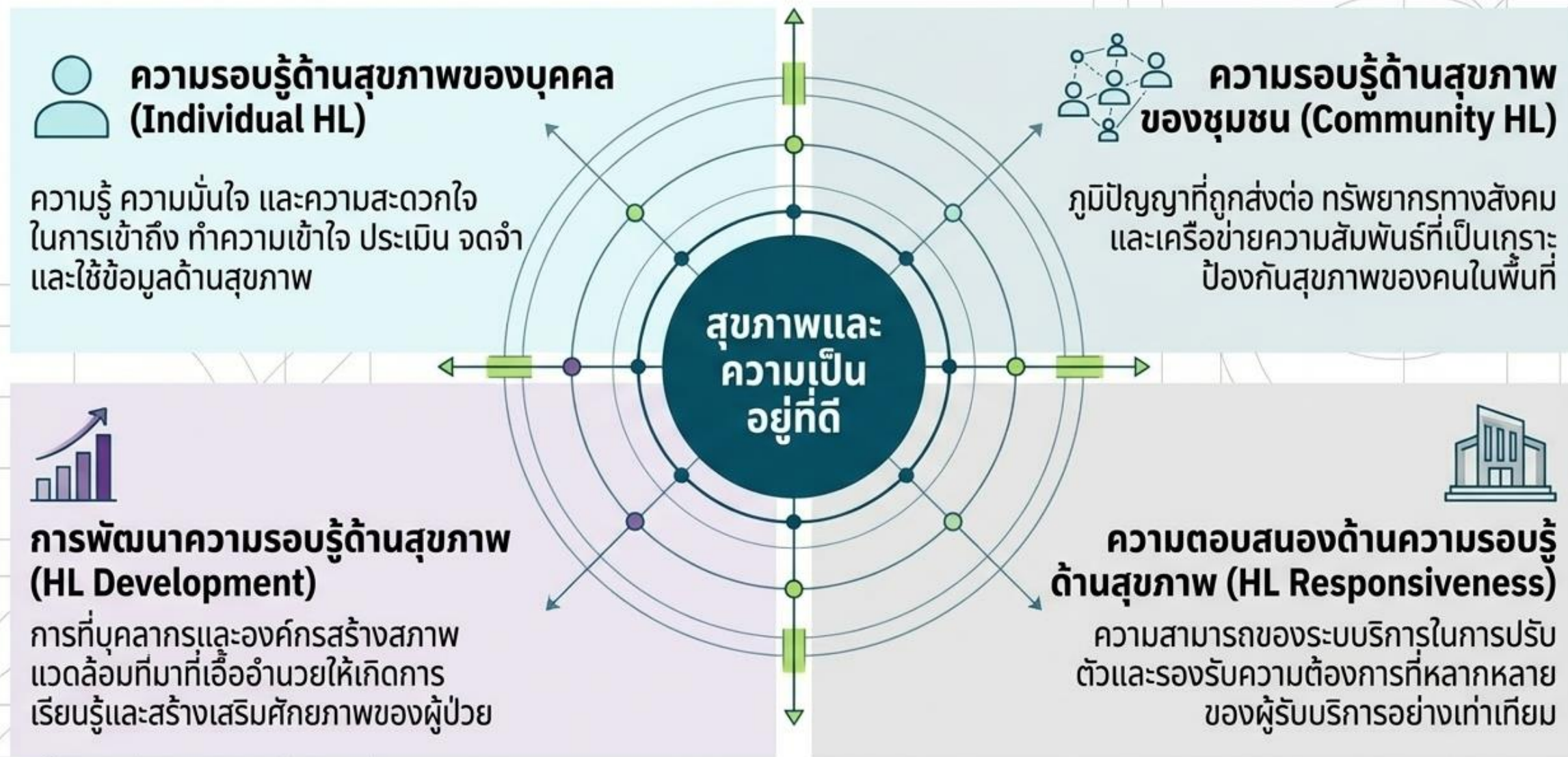
1. นโยบายจากบนลงล่าง (Top down)
 1. บรรจุ HL ในแผนปฏิรูปแห่งชาติ (ด้านสาธารณสุข)
 2. แผนของส่วนราชการระดับกระทรวง เช่น กสธ,ศธ.ต้องสอดคล้องกับแผนปฏิรูป ดังกล่าว และถูกกำกับติดตามโดย สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
2. จากล่างขึ้นบน (Grass Root Bottom up)
 1. สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย (THLA) เป็นผู้ประสานงานหลักของประเทศในการประสานองค์กรทั้งในและต่างประเทศ (,IHLA,AHLA) ทั้งภาครัฐและเอกชน ในการผลักดัน HL
 2. พัฒนา Tools ,Standard ,Guideline เกี่ยวกับ HL โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทของไทย
 3. พัฒนา HLS-TH-Q87 เพื่อทำการสำรวจ HL ในระดับประชากรของประเทศไทย
 4. ผลักดันแผนยุทธศาสตร์ชาติ HL โดยพัฒนาคนให้มี HL , พัฒนาองค์กรให้เป็น HLO, พัฒนาชุมชนให้เป็น HL Community ,พัฒนาสังคมให้เป็น HL Society.

Ophelia (Optimizing Health Literacy and Access) : WHO

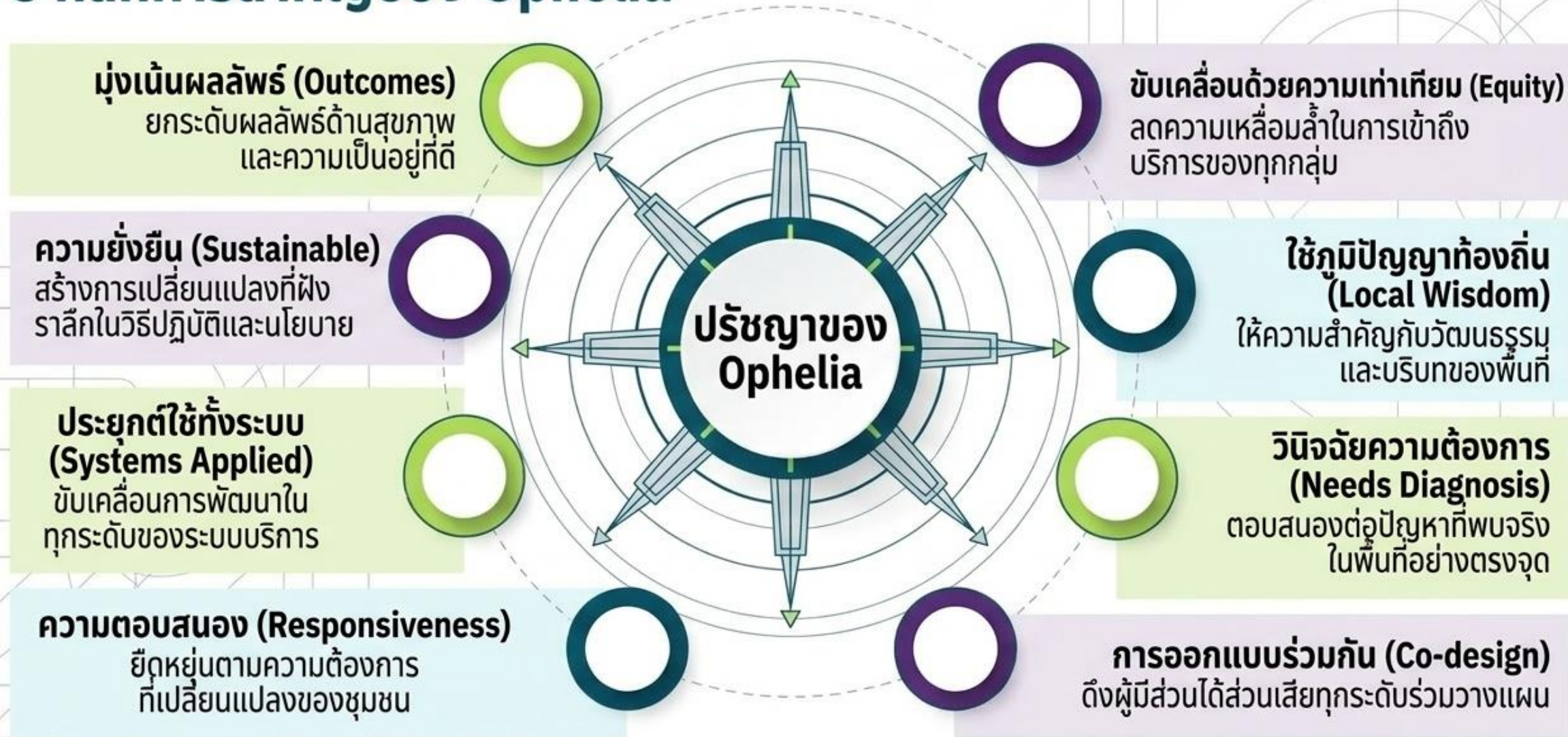
- National Health Literacy Demonstration Project (NHLDP) for prevent and control NCDs.
- Ophelia Manual เขียน Process to plan an implement NHLDP.



4 มิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (The 4 Facets of Health Literacy)



เข็มทิศการนำทาง: 8 หลักการสำคัญของ Ophelia



แผนผังกระบวนการ Ophelia (The Ophelia Roadmap)



Health Literacy Questionnaire (HLQ) 9 Scales 44 Items

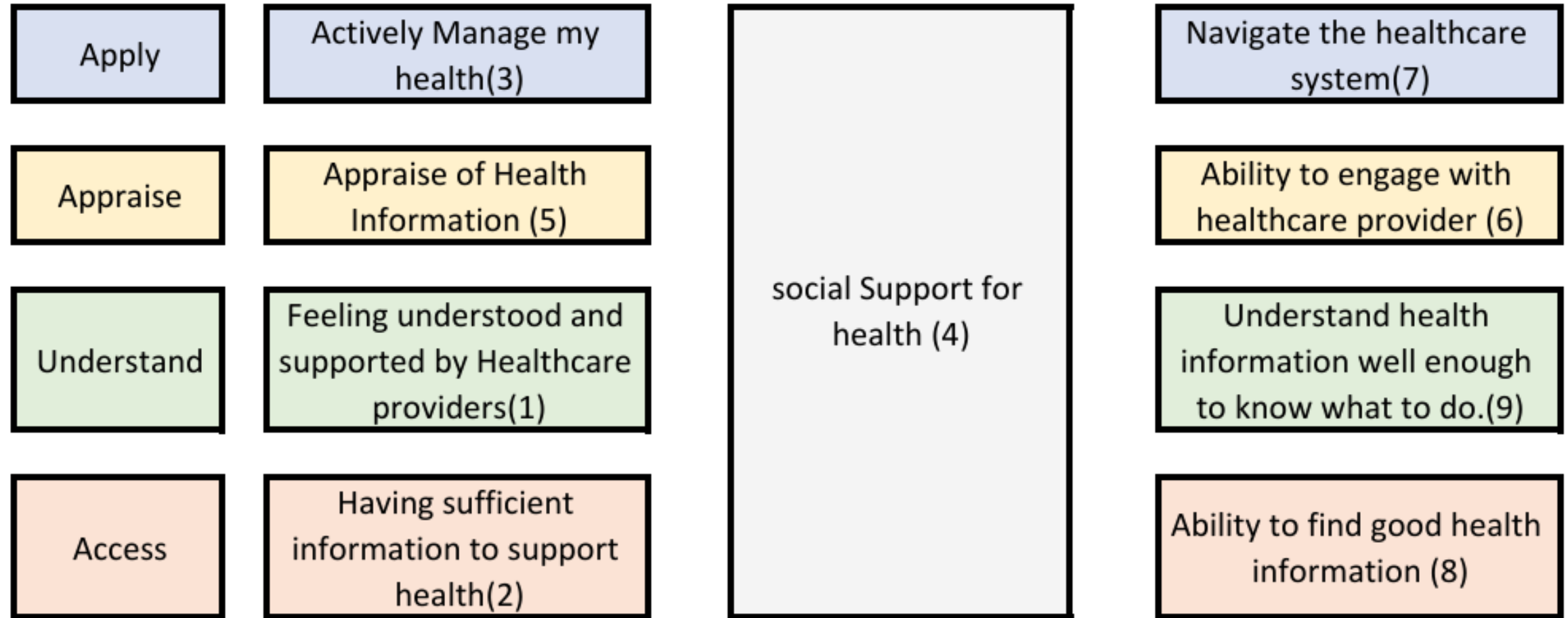
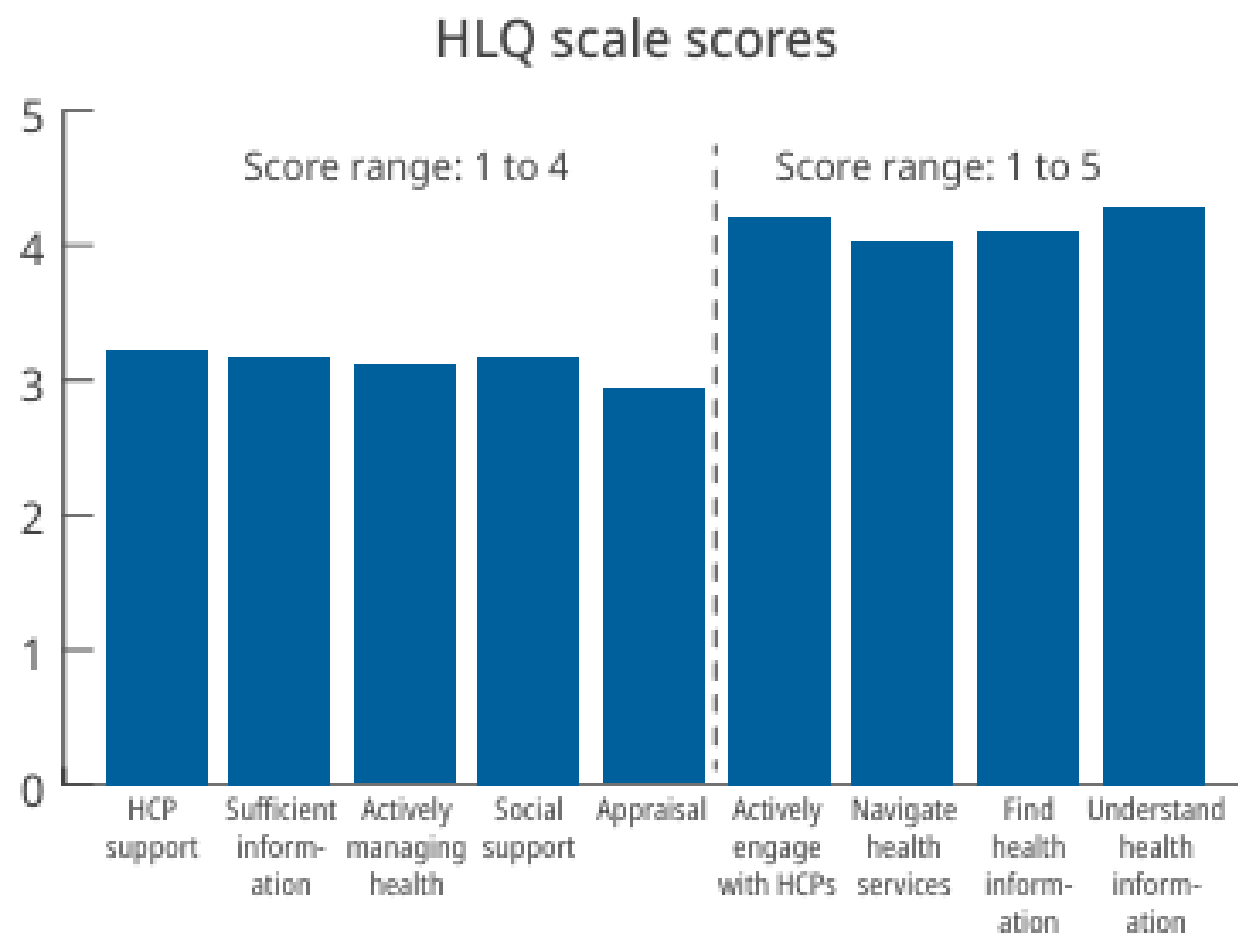


Figure 4. Exam



The mean scores for each of the nine scales can be presented for an overall group of people.

Box 10. Example of a cluster analysis result identifying five clusters with different patterns of health literacy strengths and needs

Cluster number	% of sample in each cluster	Scales 1 to 5 (score range: 1 to 4)					Scales 6 to 9 (score range: 1 to 5)			
		1. Feeling understood and supported by healthcare providers	2. Having sufficient information to manage health	3. Actively managing my health	4. Social support for health	5. Appraisal of health information	6. Ability to actively engage with healthcare providers	7. Navigating the healthcare system	8. Ability to find good health information	9. Understand health information well enough to know what to do
1	22%	3.68	3.45	3.40	3.50	3.16	4.55	4.40	4.26	4.46
2	24%	3.17	3.01	2.93	2.98	2.76	4.10	4.00	3.83	4.00
3	20%	3.35	2.91	3.08	3.12	2.84	3.74	3.47	2.96	2.83
4	20%	2.72	2.49	2.74	2.54	2.43	3.44	3.32	3.31	3.71
5	14%	2.83	2.39	2.70	2.68	2.23	2.38	2.19	1.94	2.24

Note: A 'traffic light' colour code is used. For each scale, cells in the green range represent higher scores: the yellow range represents medium scores and the red range represent lower scores.

Cluster

Cluster number 1

Interpretation

People in this cluster have good healthcare (Scales 1, 6 and 7) and social support (Scale 4). They have good access to health information and can understand information well (Scales 2, 8 and 9). They are also taking control of their health (Scale 3).

Cluster number 2

People in this cluster generally have a good relationship with their healthcare providers (Scales 1 and 6) but do not always have good access to health information (Scales 2 and 8) and they sometimes struggle with appraising health information (Scale 5).

Cluster number 3

People in this cluster usually see a regular healthcare provider whom they find helpful (Scale 1). However, they may have somewhat passive engagement with them (Scale 6) and they sometimes find it difficult to work out where to go or what to do for their care (Scale 7). They generally make plans to stay healthy (Scale 3) and they have good support from their social network (Scale 4).

Cluster number 4

People in this cluster tend not have a regular healthcare provider they can communicate well with (Scale 1) and frequently have limited social support (Scale 4). They do not know where to find good information (Scale 8) and what they find is only sometimes helpful (Scale 2). They sometimes struggle to manage their health in an active manner (Scale 3).

Cluster number 5

People in this cluster have limited healthcare and social support (Scales 1, 4 and 6) and have a limited understanding of the healthcare resources available (Scale 7). They really struggle to find and understand information (Scales 2, 5, 8 and 9).

เครื่องยนต์วิเคราะห์ข้อมูล: การจัดกลุ่ม (Cluster Analysis)

ค่าเฉลี่ยโดยรวมซ่อนปัญหาของผู้ที่เปราะบางที่สุด

การจัดกลุ่ม (Cluster Analysis) ช่วยเผยให้เห็น 'กลุ่มย่อย' ที่มีรูปแบบความต้องการที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน

 = จุดแข็ง
(Strengths)

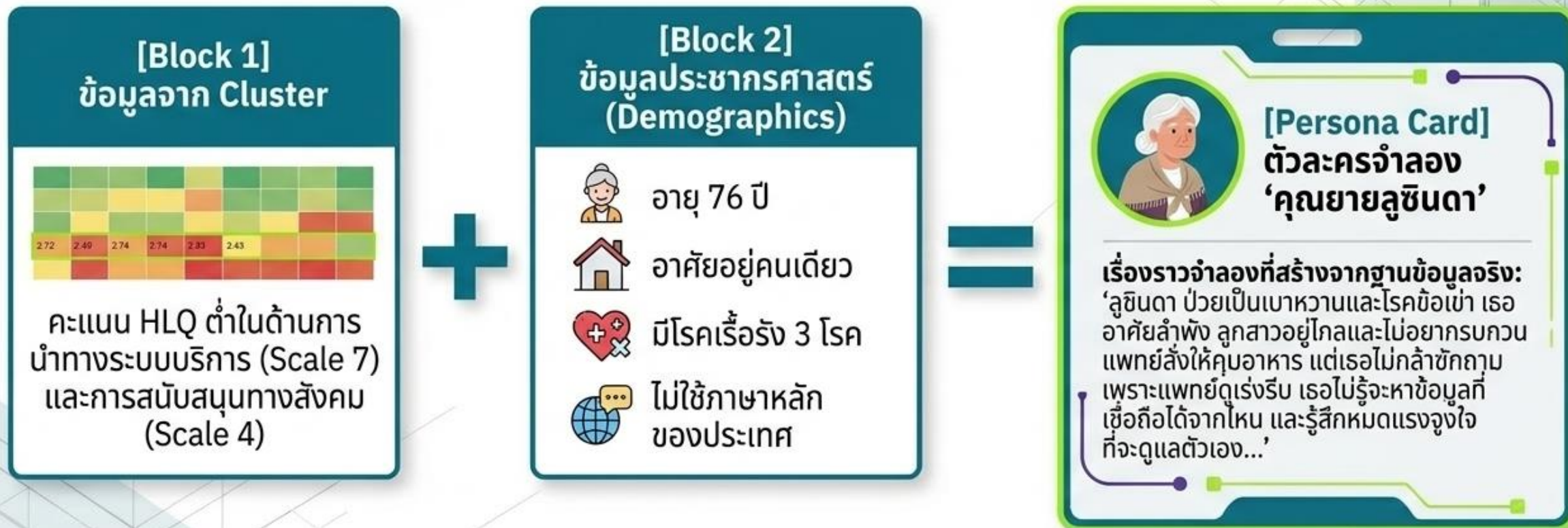
 = ความต้องการ/
จุดอ่อน
(Needs)

3.68	3.45	3.40	3.50	3.16	4.55	4.40	4.26	4.46
3.17	3.01	2.93	2.98	2.76	4.10	4.00	3.83	4.00
3.35	2.91	3.08	3.12	2.84	3.74	3.47	2.96	2.83
2.72	2.49	2.74	2.54	2.43	3.44	3.32	3.31	3.71
2.83	2.39	2.70	2.68	2.23	2.38	2.19	1.94	2.24

กลุ่มที่ 4 (20% ของตัวอย่าง):
ไม่มีผู้ดูแล ขาดความรู้
และนำทางระบบไม่ได้
หากใช้โปรแกรมมาตรฐาน
คนกลุ่มนี้จะหลุดออกจาก
ระบบทันที

เราไม่ได้แก้ปัญหาคำเฉลี่ย แต่เราออกแบบวิธีแก้ปัญหาคำคน

จากตัวเลขสู่เรื่องราวมนุษย์: การสร้าง 'Vignette'



Vignette คือสะพานเชื่อมระหว่าง 'สถิติที่แข็งกระด้าง' กับ 'ความเห็นอกเห็นใจ'
ทำให้ชุมชนมองเห็นปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม

ระยะที่ 1 (ขั้นที่ 3): การออกแบบร่วมกันด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น (Co-Design)



เครื่องยนต์เวิร์กชอป (The Workshop Engine)

นำ Vignette ที่ได้ไปสู่เวิร์กชอปที่รวมตัวผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (บุคลากรการแพทย์, ผู้นำชุมชน, อสม., และผู้ป่วย)

ตั้งคำถามหลัก: ‘ถ้าคุณยายลูชันดาอยู่ในชุมชนของเรา เราจะช่วยเธอได้อย่างไร?’

ผลลัพธ์ (The Output)

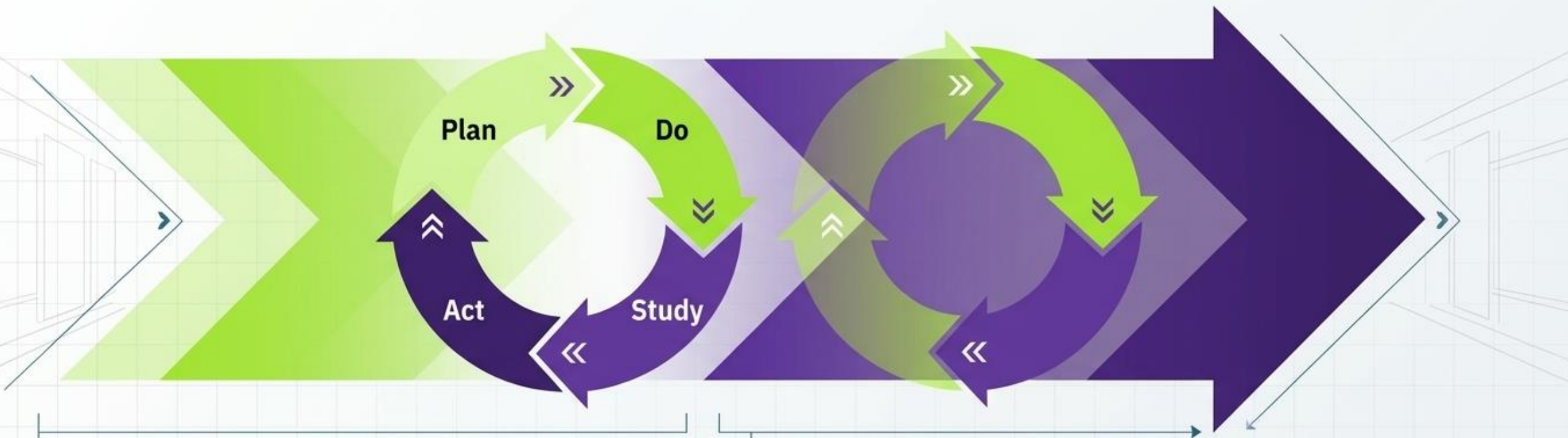
แปลงภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom)

ให้เป็นไอเดียการทำงาน

- คัดกรองไอเดียเหล่านั้นให้เป็นแนวทางที่ ‘เป็นที่ต้องการ (Wanted), จำเป็น (Needed), และมีประโยชน์ (Useful)’

แนวทางที่ถูกคิดค้นโดยคนในชุมชน ย่อมได้รับการยอมรับและมีความยั่งยืนมากกว่าโปรแกรมที่ถูกสั่งการมาจากส่วนกลาง (Top-down)

ระยะที่ 2 & 3: ลงมือทำ ทดสอบ และฟังรากลึก



ระยะที่ 2: วางแผนและทดสอบ (Plan & Test)

- สร้างแบบจำลองตรรกะของโปรแกรม (Program Logic) เพื่อผูกโอเดียเข้ากับผลลัพธ์ที่คาดหวัง
- ทดสอบนำร่องกระบวนการและสื่อต่างๆ ผ่านวงจรการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Cycles - PDSA)

ระยะที่ 3: ปฏิบัติจริงและประเมินผล (Implement & Evaluate)

- ประเมินผลลัพธ์ทั้งในด้านกระบวนการและผลสัมฤทธิ์ด้านสุขภาพ

เป้าหมายสูงสุด: สกัดเอาส่วนประกอบที่ประสบความสำเร็จ
ฝังเข้าไปใน “**แนวปฏิบัติประจำวัน**” (Usual Practice)
ขององค์กรเพื่อความยั่งยืน

เครื่องมือและแนวทางเกี่ยวกับ HL ในประเทศไทย

1. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สู้สังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Societies)
2. 66 Key Messages. (Task base)
3. Thai - Integrated Model of HL
4. HLS-TH-Q87
5. มาตรฐาน HLO ใน 4 Setting
 1. สถานบริการสุขภาพ
 2. โรงเรียน
 3. สถานประกอบการ.
 4. ชุมชน



กรอบแนวคิดและการดำเนินการ



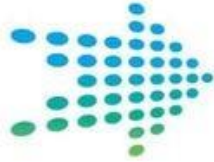
กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

HEALTH LITERACY เป็นฐานราก ของระบบสุขภาพ



Lift Course Approach (LCA)

ประกอบด้วย 4 concept



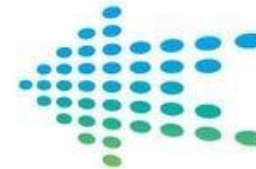
1. Timeline : “today’s experiences and exposures influence tomorrow health”



2. Timing * Health Trajectory

เส้นทางหรือถนนชีวิตและสุขภาพมีช่วงที่สำคัญและไวต่อการรับผลกระทบต่อสุขภาพ

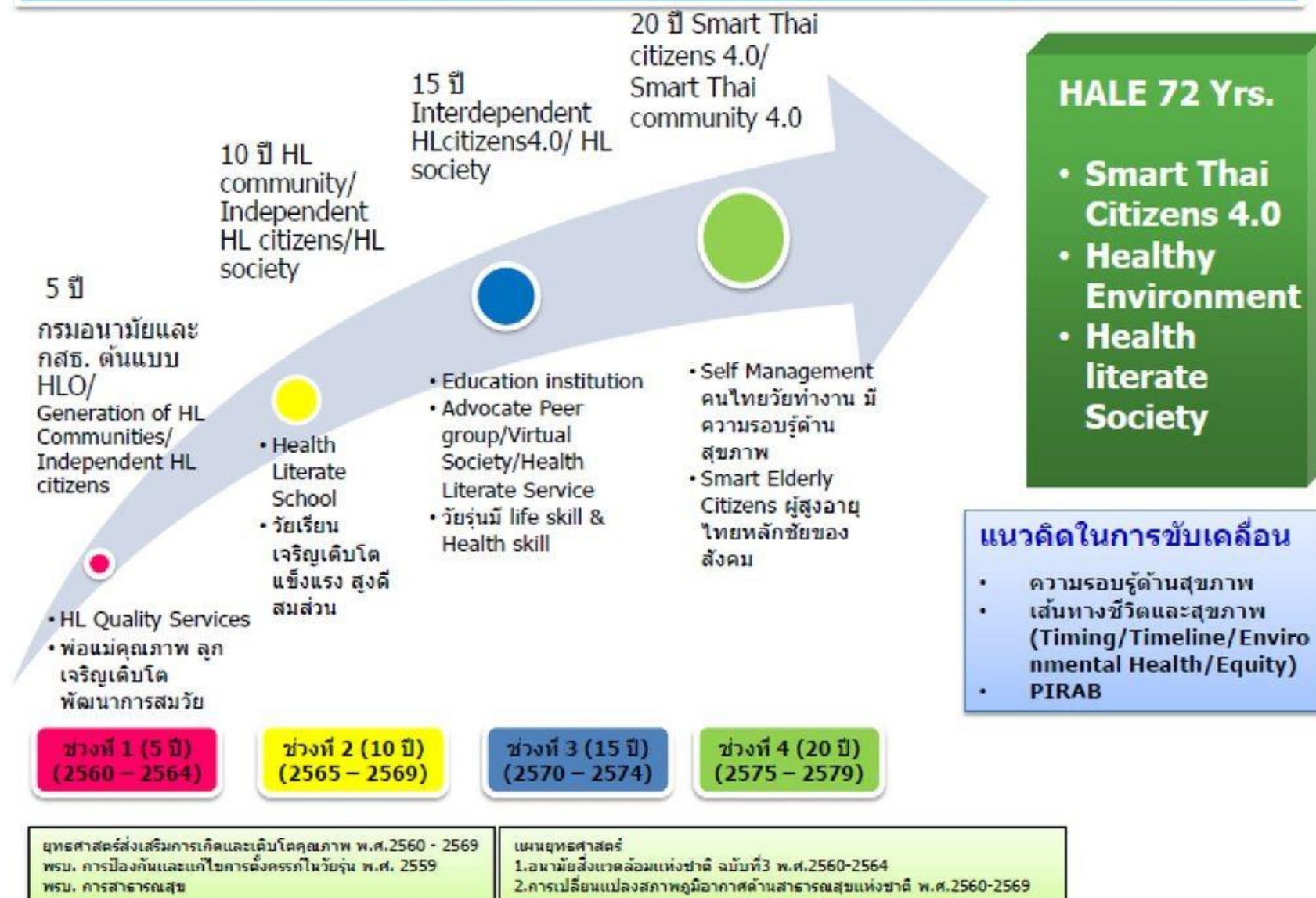
3. Environment รวมถึง community environment ทั้ง Biologic ,Physical and social มีผลมากต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

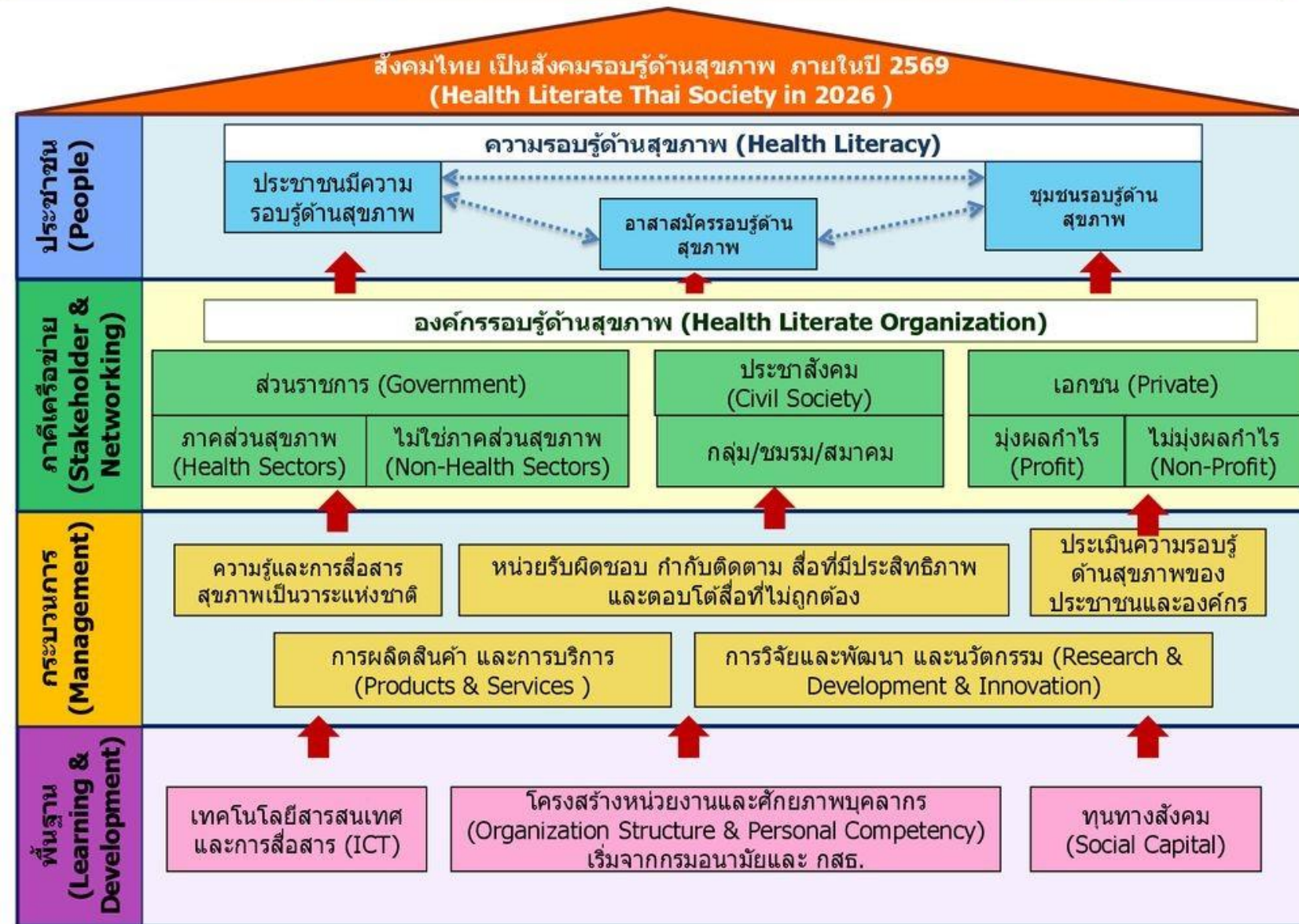


4. Equity – ความเหลื่อมล้ำส่งผลต่อสุขภาพ มากกว่าพันธุกรรม และการตัดสินใจส่วนบุคคล



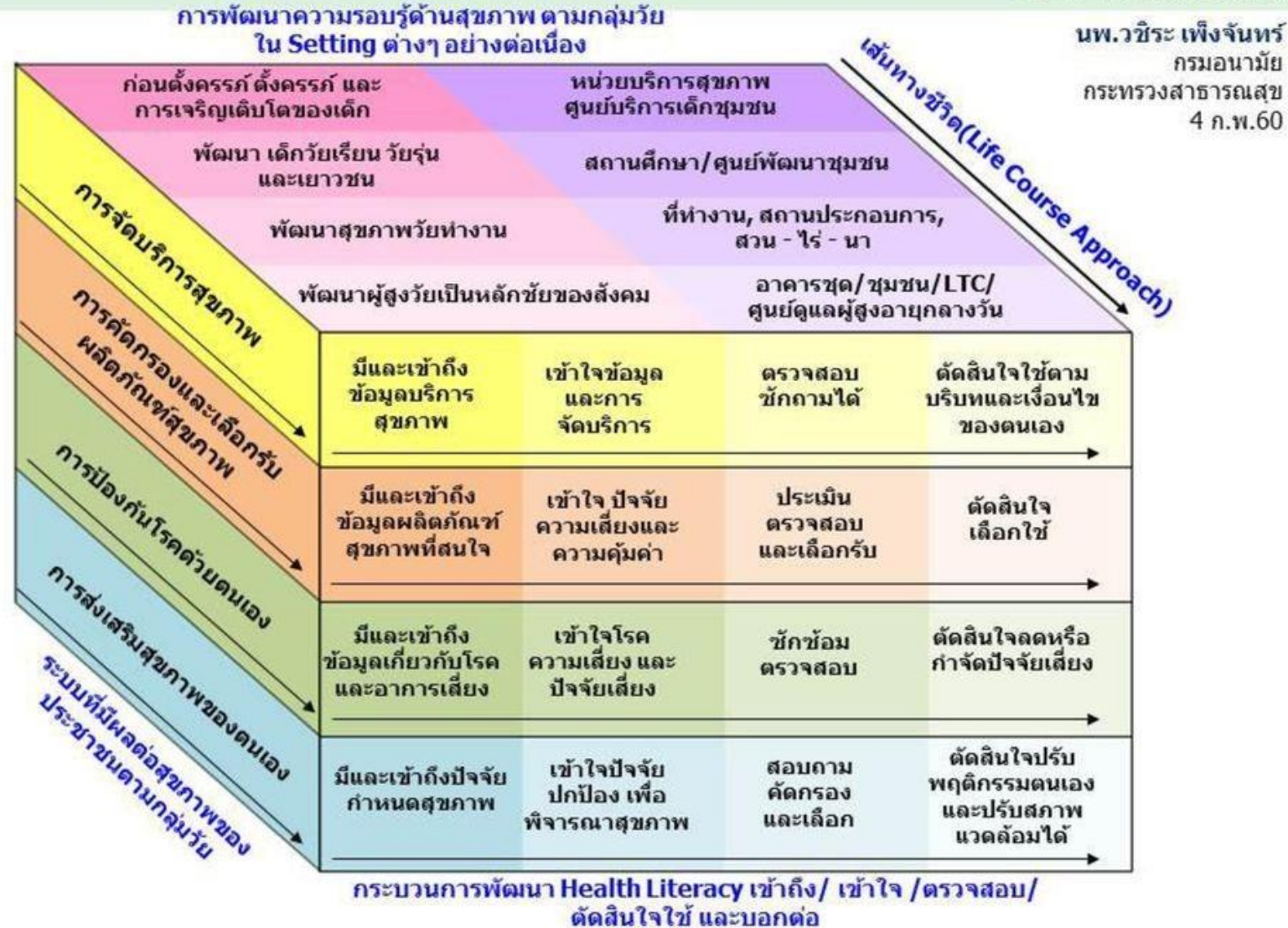
ROADMAP เป้าประสงค์ 20 ปี ของกรมอนามัยสู่คนไทย 4.0





ข้อเสนอ ระบบพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพไทยแบบบูรณาการ 3 มิติ (Health Literacy System – Thai HL Matrix-3 Dimensions)

3 มิติ 4 ประเด็น (4x4x4)





กรอบคิด Health Literacy ของกรมอนามัย



Decision Process

HL

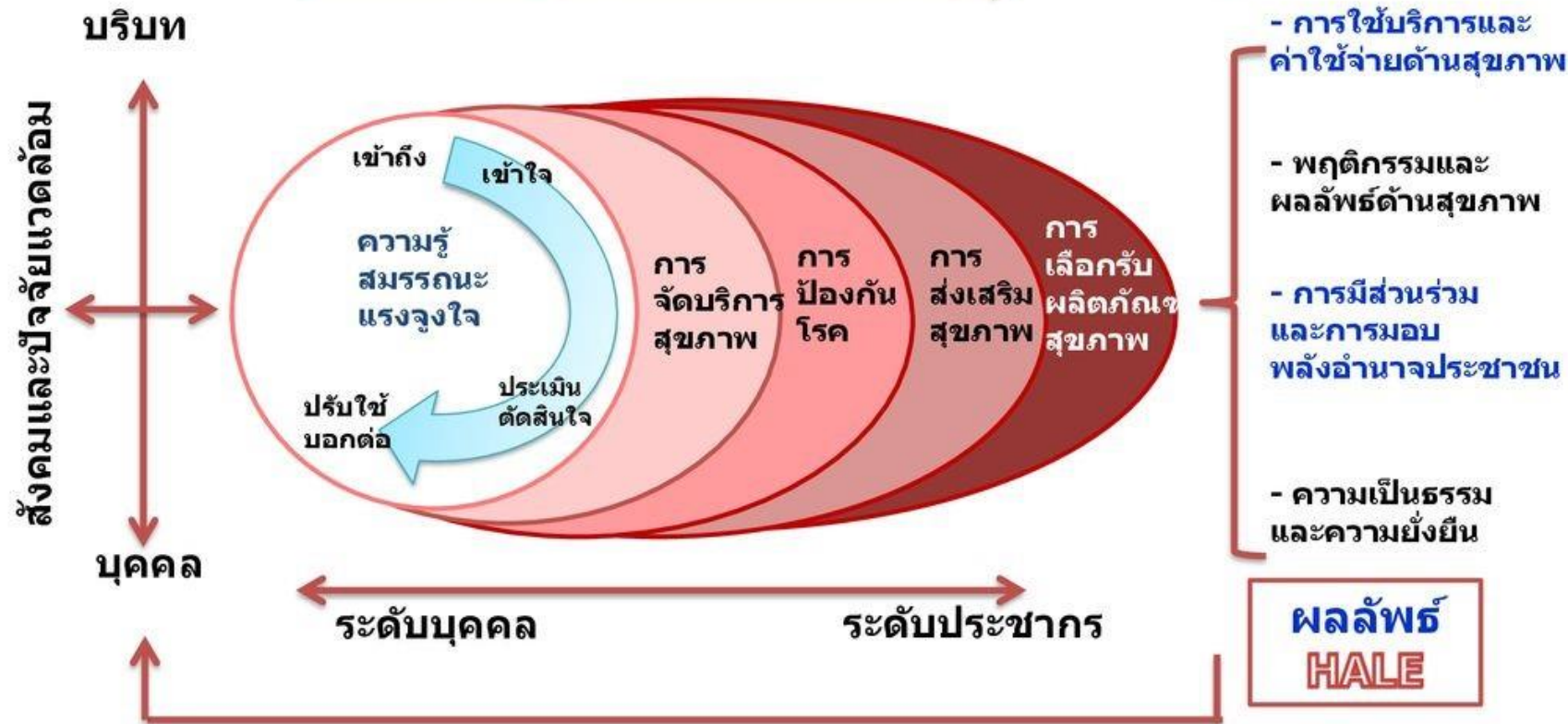
Output/Outcome of HL

CONCEPTUAL MODEL OF HEALTH LITERACY (ประเทศไทย)



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

เส้นทางชีวิต(Life Course Approach)



Source: Adapted from Sorenson K, Van den Broucke S, Fullam J, *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12(80):1-13.

เปรียบเทียบ HLS-EU-Q47 กับ HLS-TH-Q87

Compare HLS-EU-Q47 กับ HLS-TH-Q87

code	Dimesion	HLS EU	HLS TH
11	Healht Care - Access	4	2
12	Healht Care - Understand	4	7
121	Healht Care - Inquiry	0	6
13	Healht Care - Decision	4	2
14	Healht Care - Apply	4	1
21	Disease Prevention - Access	4	2
22	Disease Prevention - Understand	3	2
221	Disease Prevention - Inquiry	0	3
23	Disease Prevention - Decision	5	0
24	Disease Prevention - Apply	3	20
Apply(41 items) ; HC=1,DP=20,HP=15,Product=5			

code	Dimesion	HLS EU	HLS TH
31	Health Promotion - Access	5	2
32	Health Promotion - Understand	4	2
321	Health Promotion - Inquiry	0	6
33	Health Promotion - Decision	3	3
34	Health Promotion - Apply	4	15
41	Health Product - Access	0	2
42	Health Product - Understand	0	2
421	Health Product - Inquiry	0	3
43	Health Product - Decision	0	2
44	Health Product - Apply	0	5
รวม		47	87

Question : 3

1. 66 Key Messages นั้นเป็นการพัฒนา HL แบบ Task Base หรือ Skill Base
2. Healthy Behavior เป็น HL หรือ Output ของ HL
3. Continuum of care ที่ original มี 3 คือ Healthcare ,Disease Prevention , Health Promotion ส่วนของ Thai เพิ่มเป็น 4 คือเพิ่ม Consumer Protection มี ข้อดีหรือข้อเสียอย่างไร
4. V-shape มีข้อดีและข้อเสียอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบ Access ,Understand, Appraise Apply.
5. Strategic Route Map (SRM) to HL Society มีประเด็นอะไรบ้างที่คุณคิดว่า ควรเพิ่มเข้าไปใน SRM

Reference:

1. [Web Site ที่เก็บบทความต่างๆของ HL](#)
2. [66 Key Messages](#)
3. [Ten Attributes of Healthcare Organizations ; IOM 2012](#)
4. [Health Literacy – The solid fact ;WHO regional for Europe](#)
5. [Health Literacy – The solid fact แปลไทย](#)
6. [Review Literature Health Literate Healthcare Organization](#)
7. [วิวัฒนาการของ Health Literacy From Saranac Lake to Shanghai declaration](#)