

Module ที่ 1

What and Why Health Literacy



1. ความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (แปลจาก Solid Fact Part A)
2. Health Literacy จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในฐานะที่เป็นยุทธศาสตร์ในระดับประชากร
เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (แปลจากบทความของ Don Nutbeam)

บทนำ

ในสังคมที่มีความซับซ้อนและประชาชนกำลังถูกถาโถมด้วยข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง และประชาชนกำลังเผชิญกับระบบสุขภาพที่มีความซับซ้อน การจะพัฒนาสมรรถนะให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นประเด็นที่ท้าทาย จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การขาดความรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวหนึ่งที่จะทำนายสถานะสุขภาพ เช่นเดียวกับ อายุ รายได้ การมีงานทำ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ การสร้างสังคมที่เป็นมิตรต่อความรู้ด้านสุขภาพใน setting ต่างๆที่ประชาชนอยู่อาศัย เล่น หรือทำงานจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

ความรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นมิติที่สำคัญของสุขภาพในปี 2020 ซึ่งในปี 2012 ได้บรรจุเรื่องความรู้ด้านสุขภาพเข้าไปอยู่ในกรอบนโยบายด้านสุขภาพของยุโรป โดยความรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นทั้ง วิธีการ และ ผลลัพธ์ โดยมีเป้าประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างพลังและการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน รวมถึง บุคลากรในระบบสุขภาพ การเร่งให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมสำหรับองค์กรและบุคลากรในภาคส่วนด้านสุขภาพในการแสดงภาวะการนำ ที่จะทำให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคลตลอดจนทั้งชุมชน โดยบูรณาการการดำเนินการทั้งภาคด้านสุขภาพ ไปยังภาคส่วนนอกสุขภาพที่มีผลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น ภาคสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้สิ่งแวดล้อมง่ายต่อการเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่จะไปสนับสนุนให้มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

สถานการณ์ของปัญหา

สังคมความรู้ในศตวรรษที่ 21 นั้นต้องเผชิญกับความสับสนในการตัดสินใจทางด้านสุขภาพที่มีข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่หลากหลาย ทำให้ประเด็นที่ท้าทายว่า ประชาชนจะเลือกวิถีสุขภาพไปในทิศทางใด และจะจัดการกับความเป็นอยู่ของตนเอง และครอบครัวอย่างไรในสังคมและระบบบริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ในภาวะที่การเตรียมประชาชนยังไม่ได้พอที่จะเลือกทางเลือกทางสุขภาพที่มีความหลากหลาย ภายใต้สังคมที่ทันสมัย ตลาดสินค้าที่มีทั้งส่งเสริมและบั่นทอนสุขภาพ ระบบสุขภาพที่ซับซ้อนแม้คนที่มีการศึกษาดียังยากต่อการตัดสินใจว่าทางเลือกใดจะส่งผลดีต่อสุขภาพมากที่สุด และระบบการศึกษาก็ยังไม่สามารถที่จะสร้างทักษะเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง (Access) เข้าใจ (Understand) ข้อมูลข่าวสารจนสามารถที่จะประเมิน (Appraise) ว่าควรที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ ผลิตภัณฑ์ หรือบริการ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตไปในทิศทางใด (Apply) เพื่อให้เกิดสุขภาพและการกินอยู่ที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด จะทำให้มีทางเลือกทางสุขภาพที่จำกัดตามไปด้วย ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง สุขภาพไม่ดี และไม่สามารถที่จัดการสุขภาพด้วยตนเองได้ ทำให้ต้องเข้าโรงพยาบาลมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น

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, Roundtable on Health Literacy. Washington, DC: National Academies Press, 2009:91-98.

จากภาพ แสดงให้เห็นความต้องการหรืออุปสงค์ (Demands) ในด้านต่างๆ รวมถึงด้านสุขภาพมีมากขึ้น และสังคมและระบบบริการสุขภาพมีความซับซ้อน (Complexity) มากขึ้น ในขณะที่ทักษะและความสามารถของบุคคลไม่สามารถรองรับความต้องการและความซับซ้อนของระบบสุขภาพได้ ซึ่งจากสำรวจ 8 ประเทศในสหภาพยุโรป (EU) พบว่าในวัยผู้ใหญ่มากกว่าครึ่งที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ จึงเป็นความจำเป็นต้องเตรียม ทักษะและความสามารถทั้งระดับบุคคล องค์กร และทั้งชุมชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เท่าทันความต้องการที่หลากหลายและระบบสังคมและสุขภาพที่มีความซับซ้อน ซึ่งความสามารถหรือทักษะดังกล่าวก็คือความรอบรู้ด้านสุขภาพนั่นเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจัดเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ (determinant of Health) ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมอื่นๆ ได้แก่ การรู้หนังสือ การศึกษารายได้ และวัฒนธรรม และจะความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Document ประกอบด้วย 3 Part โดย

- Part A จะเป็นบททวนเพื่อให้เห็นเหตุผลความจำเป็นในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- Part B จะบททวนเกี่ยวกับการนำเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ใน Setting ต่างๆ
- Part C จะบททวนเกี่ยวกับข้อเสนอเชิงนโยบายแก่ภาคส่วนหรือหน่วยงานต่างๆ

Box 1. Note of clarification

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสาขาที่พัฒนาไปอย่างไม่หยุดยั้ง เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่ซับซ้อน และเป็นการยากที่จำทำการศึกษาแบบ randomized controlled trials หลักฐานเชิงประจักษ์จึงได้จากการที่ผู้ทบทวนวรรณกรรมแน่ใจว่า วิธีการที่นำมาใช้ (Intervention) สามารถยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ จึงกำหนดเป็น Promising interventions (มาตรการที่น่าจะนำไปใช้) โดยคำนี้มาจาก Institute of Medicine of the United States National Academies เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายลองนำไปใช้ และเมื่อนำไปใช้แล้วเห็นว่ามีประสิทธิผลถึงจะขยายผลไปใช้ในขอบเขตที่กว้างขวางขึ้น หนังสือเล่มนี้ตั้งใจเขียนกลุ่มต่างๆ ได้อ่าน ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้ให้ข้อเสนอแนะให้ผู้กำหนดนโยบาย สามารถที่นำประเด็นต่างๆ ที่ได้จากหนังสือเล่มนี้ เพื่อนำไปใช้ในการออกนโยบาย กฎหมาย หรือการจัดสรรทรัพยากร หรือนำไปพัฒนาโปรแกรม โดยใช้ข้อเสนอแนะที่ได้จากหนังสือเล่มนี้ไปใช้ในการลำดับความสำคัญกลุ่มเป้าหมายอื่นได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงภาคส่วนต่างๆ นอกภาคสาธารณสุข เพื่อพิจารณาว่าแนวปฏิบัติที่ได้ทำสอดคล้องกับแนวทางที่หนังสือเล่มนี้แนะนำหรือไม่ และอยากให้

1. แบ่งปันประสบการณ์ และร่วมกันสร้างคลังความรู้เกี่ยวกับแผนริเริ่มในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Inventory of Health Literacy Initiative)
2. ประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ที่ทำงานในลักษณะเดียวกัน เพื่อให้เกิดการรวมพลังข้ามภาคส่วน
3. สนับสนุนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อประเมินผล เพื่อตรวจสอบและเขียนเป็นเอกสารในส่วนของ Promising Practice (วิธีปฏิบัติที่น่าจะนำไปใช้)

Part A

ทำไมต้องลงทุนเพื่อสร้างความเข้มแข็งในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจุบันความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy หรือ HL) ได้รับความสนใจไปทั่วโลก การศึกษาวิจัยทั่วโลกเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพทำให้สามารถเข้าใจความรู้ด้านสุขภาพได้ลึกซึ้งมากขึ้น ได้ทราบถึงศักยภาพที่ยิ่งใหญ่ของความรู้ด้านสุขภาพในการทำให้สุขภาพและความอยู่ดีกินดีของประชาชนดีขึ้น และสามารถลดความเหลื่อมล้ำในด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มประชากรเล็กๆ และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน (Functional HL) ในผู้ป่วยเท่านั้น การสำรวจที่เรียกว่า European Health Literacy Survey (HLS-EU) ได้นำเสนอผลการศึกษาในอีกแง่มุมหนึ่งที่แตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่มี

Part A จะกล่าวถึงแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำสู่การปฏิบัติ รวมถึงการลงทุนในการพัฒนาประชากรให้มีทักษะความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงพัฒนาระบบให้มีความเป็นมิตรต่อการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในประชากรที่อยู่ใน Setting นั้น ๆ ที่ซึ่งประชาชนค้นหาและใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดย

- Topic แรกจะกล่าวถึง European Health Literacy Survey.
- Topic ที่ 2 จะพูดถึงเรื่องความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ ในฐานะที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ โดยความรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์อย่างสูงกับ ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมอื่นๆ เช่น การอ่านเขียนได้ การศึกษา รายได้ วัฒนธรรม และกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)
- Topic ที่ 3 จะพูดถึงผลการทำสำรวจ HLS-EU พบว่าประชากรประมาณครึ่งหนึ่งในยุโรปมีความรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) ความรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพอย่างไร
- Topic ที่ 4 จะพูดถึงความรู้ด้านสุขภาพสามารถฟื้นฟูบุคคลและชุมชนให้กลับมาดีดังเดิม (Resilience)

1. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศในยุโรป (HLS-EU)

ถ้าบุคคลไม่สามารถที่จะควบคุมปัจจัยที่กำหนดสุขภาพของตนได้แล้ว บุคคลนั้นย่อมไม่สามารถที่จะพัฒนาจนเต็มศักยภาพของตนได้

Ottawa Charter for Health Promotion:

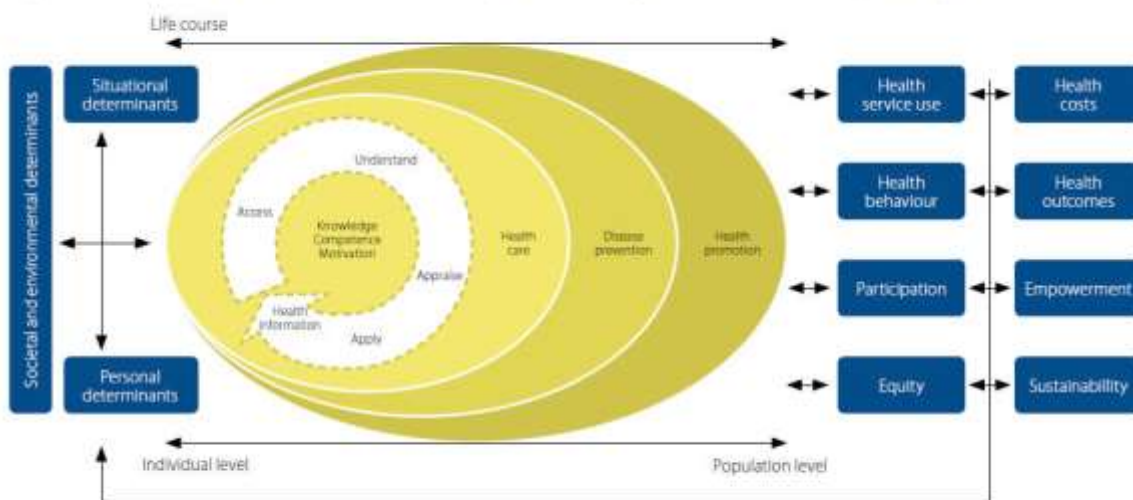
นิยามของ Health Literacy

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธ์กับการอ่านออกเขียนได้ของประชาชน และเป็นตัวกำหนดกรอบ ความรู้ แรงจูงใจของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข่าวสารด้านสุขภาพที่จะใช้ดุลพินิจในการตัดสินใจในการที่จะทำหรือไม่ทำอะไรในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพ (Healthcare) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เพื่อที่จะธำรงรักษาสุขภาพ (Maintain) หรือปรับปรุงสุขภาพตนเอง (Improve) เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดทุกช่วงวัยของชีวิต “ (European Health Literacy Consortium 2012)

Conceptual Model ของการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในยุโรป (HLS-EU)

ปี 2012 Sørensen ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ Health Literacy ทั่วโลก ผลจากการทบทวน สามารถกำหนด Integration model and Definition of Health Literacy ได้ดังรูป ซึ่ง Model ดังกล่าวถือเป็น Model ที่ได้รับการอ้างอิงมากที่สุด

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



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.

Model ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 12 มิติย่อย (4x3) โดยนำมิติกระบวนการ (การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสาร) คูณ มิติของ Continuum of care (บริการสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ) (Table 1) โดยพิจารณาทั้งมุมมองด้านการแพทย์และการสาธารณสุข โดยทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจาก 17 peer review และ 12 กรอบแนวคิด ประเทศใน EU รวม 8 ประเทศได้แก่ : Austria, Bulgaria, Germany, Greece,

Ireland ,Netherlands, Poland และ Spain.ได้ร่วมกันสร้างแบบสอบถามโดยใช้กรอบแนวคิดตาม Fig 2 เพื่อสร้างแบบสอบถามจำนวน 47 ข้อ ตัวอย่างของแบบสำรวจ

1. สามารถเข้าใจ สิ่งที่แพทย์ที่ให้การรักษได้พูดอะไรกับท่าน
2. ประเมินว่าข่าวสารในสื่อต่าง ๆ นั้นมีความถูกต้องน่าเชื่อถือหรือไม่
3. หาข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการสภาวะจิตใจของตนเองเช่น ความเครียดหรือซึมเศร้า
4. เข้าใจความหมายในฉลากยาหรือฉลากอาหาร
5. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการอยู่ดีมีสุขของชุมชนของตน

Table 1. The European Health Literacy Survey: the 12 subdimensions as defined by the conceptual model

Health literacy	Access or obtain information relevant to health	Understand information relevant to health	Appraise, judge or evaluate information relevant to health	Apply or use information relevant to health
Health care	1) Ability to access information on medical or clinical issues	2) Ability to understand medical information and derive meaning	3) Ability to interpret and evaluate medical information	4) Ability to make informed decisions on medical issues
Disease prevention	5) Ability to access information on risk factors	6) Ability to understand information on risk factors and derive meaning	7) Ability to interpret and evaluate information on risk factors	8) Ability to judge the relevance of the information on risk factors
Health promotion	9) Ability to update oneself on health issues	10) Ability to understand health-related information and derive meaning	11) Ability to interpret and evaluate information on health-related issues	12) Ability to form a reflected opinion on health issues

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.

การจัดประเภทความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ทำการวัดแล้วแบ่งคะแนนเป็น 0-50 คะแนน โดย 0 มี HL น้อย และ 50 มาก จากคะแนนจะแบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ inadequate (0-25 คะแนน), problematic(25-32 คะแนน), sufficient (34-42 คะแนน) ,Excellence health literacy (>42 คะแนน) โดยจัดกลุ่ม Inadequate และ Problematic อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ที่เรียกว่า Limited Health Literacy หรือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (0-33 คะแนน)

ก่อนหน้านี้มีการวัด Health Literacy ด้วยเครื่องมือที่หลากหลาย ซึ่งส่วนใหญ่นำไปใช้ในด้าน Healthcare ซึ่งสามารถนำไปวัด Health Literacy เฉพาะในแง่มุมใดแง่มุมหนึ่ง แต่แบบสำรวจที่เกิดจาก Integration Model & Definition of Health Literacy นั้นทำให้สามารถวัดได้ครอบคลุมได้มากกว่า จากนั้นนำแบบสอบถามไปถามในประเทศต่างๆใน EU การทำให้ Health Literacy ซึ่งเป็นนามธรรม สามารถทำให้เป็นรูปธรรมและวัดได้ และการใช้แบบสำรวจร่วมกัน จึงทำให้สามารถเปรียบเทียบระหว่างประเทศได้ ทำให้การศึกษาเกี่ยวกับ Health Literacy มีความก้าวหน้าไปจากเดิมมาก

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ (Health Literacy – a key determinant of health)

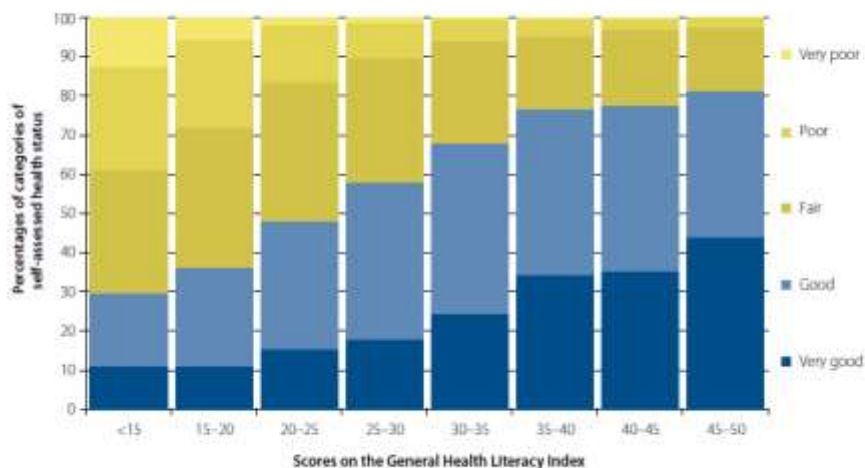
การอ่านออกเขียนได้ (Literacy) เป็นตัวทำนายสถานะสุขภาพที่ดีกว่า รายได้ การมีงานทำ ระบบการศึกษา เชื้อชาติ

Weiss *Health literacy and patient safety: help patients understand. Manual for clinicians*

What is known

1. การอ่านออกเขียนได้ของประชาชนส่งผลดีต่อสังคม ผู้ที่อ่านออกเขียนได้ จะมีรายได้สูงกว่า มีโอกาสได้งานทำมากกว่า และมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมของสังคม และมีความเป็นอยู่ที่ดีกว่า
2. กลุ่มที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) โดยวัดจากการอ่านออกเขียนได้ จะสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และกิจกรรมการค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่า เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานสูงกว่า ในกรณีที่ป่วยโรคไม่ติดต่อได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จะดูแลตนเอง และการประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเอง (self assessed health status) ได้ดีน้อยกว่า กลุ่มรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอัตราการเข้ารักษาซ้ำที่สูงกว่า

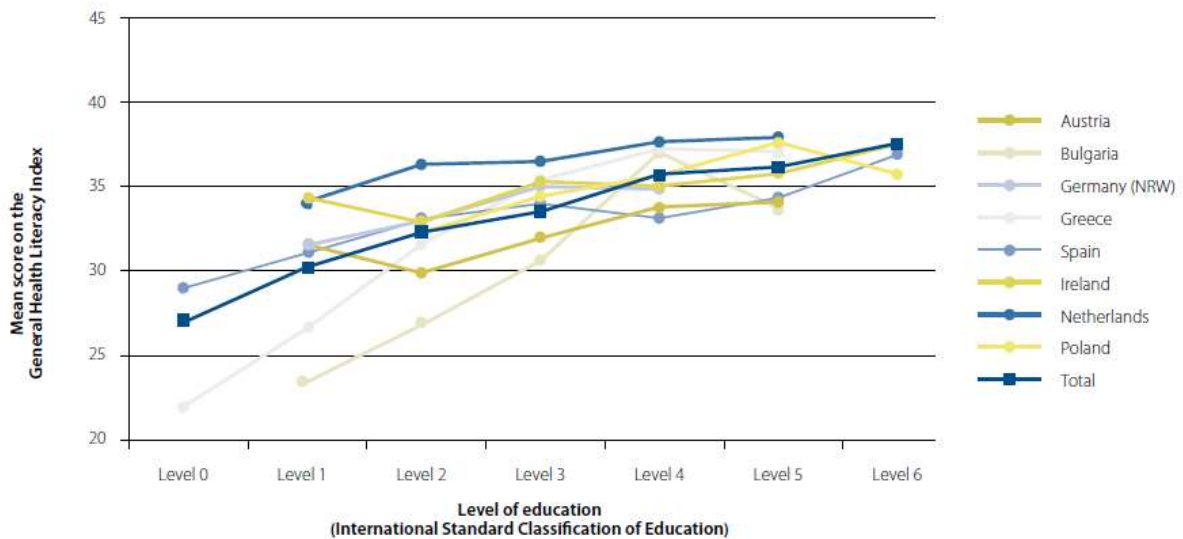
Fig. 3. Self-assessed health status according to scores on the General Health Literacy Index for the 7780 respondents in the European Health Literacy Survey



Source: adapted from: Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>, accessed 15 May 2013).

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) จะส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำทางสังคม และในสังคมที่ความไม่เสมอภาคทางสังคมสูงจะยิ่งขยายช่องว่างความเหลื่อมล้ำให้มากขึ้น โดยกลุ่มที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด ได้แก่ คนที่การศึกษาต่ำ ผู้สูงอายุ ผู้อพยพย้ายถิ่น และยากลำบากกว่า เพราะข้อจำกัดด้านการอ่านออกเขียนได้ เป็นตัวที่ส่งผลต่อสุขภาพ หรือเป็นข้อจำกัดด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากภาพที่ 4 จะเห็นภาพชัดว่า ระดับการศึกษาที่สูงจะส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงตามไปด้วย

Fig. 4. Mean scores on general health literacy by level of education in accordance with the International Standard Classification of Education (levels with $n > 10$) for each country and the 7770 respondents



Source: adapted from: *Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012*. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>, accessed 15 May 2013).

4. การสร้างทักษะและความสามารถในการเกิดความรู้ด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการสะสมที่จะต้องพัฒนาสมรรถนะตลอดช่วงชีวิต
5. ความสามารถในการด้านความรู้ด้านสุขภาพนั้นแตกต่างตามบริบท วัฒนธรรม และ setting โดยขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคลและระบบ ซึ่งปัจจัยต่างๆได้แก่ ปัจจัยในเรื่องความสามารถในการสื่อสาร ความรู้ในเรื่องสุขภาพ วัฒนธรรม และลักษณะเฉพาะของระบบสาธารณสุขและระบบที่เกี่ยวข้อง หรือพื้นที่ต่างๆที่จะเอื้ออำนวยต่อการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสาร ในพื้นที่ที่ระบบสาธารณสุขใช้ภาษาที่ยากต่อความเข้าใจของประชาชน จะส่งผลต่อความรู้ของประชาชน
6. ความรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) จะส่งผลให้ต้นทุนการรักษาที่สูงขึ้น ความรู้ด้านสุขภาพต่ำส่งผลต่อต้นทุนการรักษาที่สูงขึ้นไม่ต่ำกว่า 8 พันล้าน US ดอลลาร์ ต้นทุนในประเทศแคนาดาประมาณร้อยละ 3-5 ของงบประมาณทั้งหมดด้านสาธารณสุข National Academy on an Aging Society ประมาณการว่าต้องใช้ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มความรู้ด้านสุขภาพต่ำถึง 73 พันล้าน US ดอลลาร์

What is known – promising action areas

1. การดำเนินการ Health Literacy ต้องทำในระดับรัฐบาล และทั่วทั้งสังคม เรื่องความรู้ด้านสุขภาพ ไม่ใช่เป็นเรื่องของภาคส่วนสุขภาพเท่านั้น แต่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันทำ โดยต้องเน้นในด้านความรู้ในเรื่องพื้นฐานประจำวัน

2. การมีส่วนร่วมจากทุก Stakeholder ที่สำคัญในการทำเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Fig. 5. Major stakeholders involved in health literacy



3. พัฒนาการสื่อสารโดยใช้ภาษาพื้น ๆ (Box 2) ที่สื่อสารให้ผู้อ่านและผู้ฟังที่เป็นกลุ่มเป้าหมายต่างๆเข้าใจ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของอายุ เพศ วัฒนธรรม รวมถึงการแปลเป็นหลายภาษา เพื่อในกลุ่มต่างเชื้อชาติ โดยเป็นข้อมูลที่มีความถูกต้อง

Box 2. Plain-language initiatives

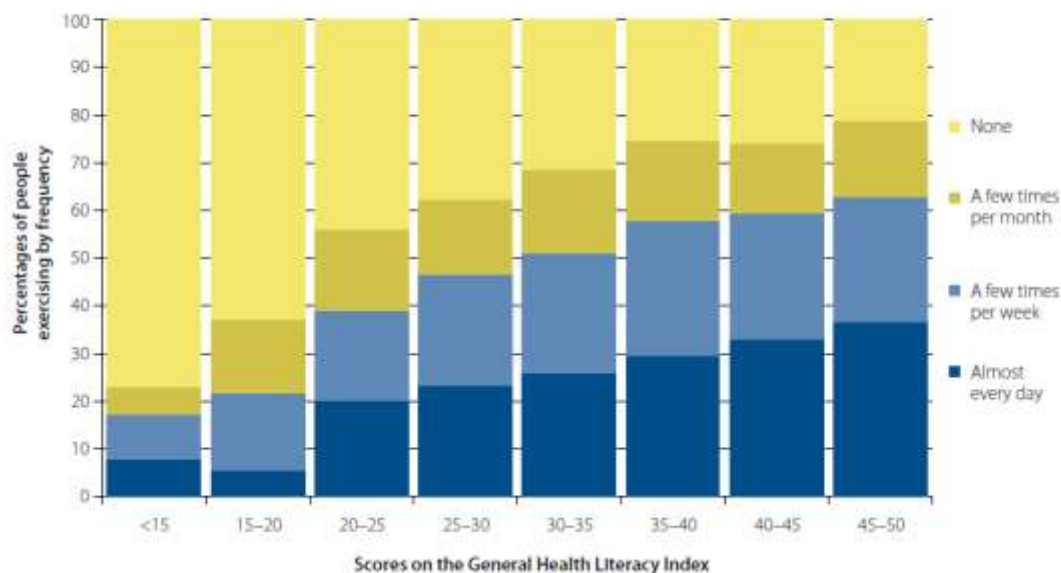
The European Commission ได้ทำการรณรงค์ที่เรียกว่า “Clear Writing campaign” ในปี 2010 เพื่อให้เอกสารทุกประเภท ทุกภาษา สั้นขึ้นและง่ายขึ้น ใน United Kingdom ได้มีการขับเคลื่อน “Plain-English movement “ ตั้งแต่ปี 1970s. สำนักงานภายใต้รัฐบาล เช่น Office of Fair Trading ได้สนับสนุนให้เขียนสัญญาต่างๆด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ และรัฐบาลท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพ บริษัท ทางด้านการเงินก็สนับสนุนในเรื่อง Plain English ในประเทศ Finland ก็สนับสนุนให้การใช้กฎหมาย การบริหารจัดการภาครัฐ การสื่อสารกับประชาชน ด้วย Plain language ส่วนประเทศ Sweden, the United States of America, Germany , Australia ก็ส่งเสริมการใช้ plain language

4. ลงทุนในเรื่องของการประเมินเพื่อวัดผลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือวัดความเป็นมิตรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการวิจัยเพื่อหาวิธีการที่จะพัฒนาให้ประชาชนหรือองค์กรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กรณีตัวอย่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

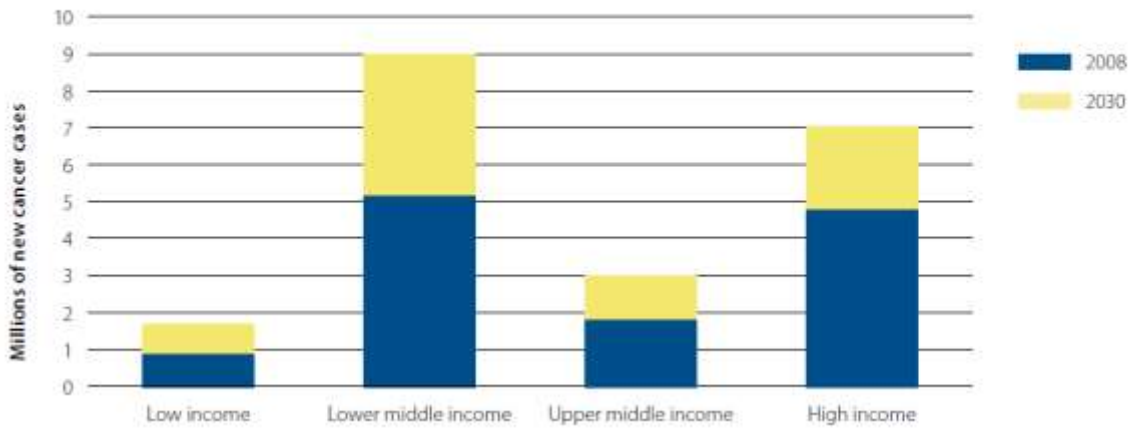
1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสาเหตุตายที่สำคัญ โดยร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตเกิดจากสาเหตุ 4 โรคได้แก่ มะเร็ง โรคหัวใจ เบาหวานและโรคของระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นสามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ (self Management) โดยร้อยละ 52 ของผู้ป่วยอายุน้อยกว่าอายุ 65 ปี กลุ่มที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลการดูแลตนเองหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันโรคติดต่อ โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงได้แก่ อาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่หรือสุรา จาก Fig 7 จะพบว่า กลุ่มที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีร้อยละการไม่ออกกำลังกายต่ำด้วย เนื่องจากการออกกำลังกายสัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้กลุ่มที่รอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Fig. 7. Frequency of physical exercise according to scores on the General Health Literacy Index for the 7767 respondents in the European Health Literacy Survey



3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสัมพันธ์กับรายได้ จากการศึกษาพบว่า โรคมะเร็งรายใหม่นั้นจะพบรายใหม่เพิ่มขึ้นในกลุ่มที่เป็น Low middle income มากกว่าที่มีรายได้สูง

Fig. 6. Estimated annual number of new cancer (in millions) cases by World Bank income groups, 2008 and predicted for 2030



4. สรุป มาตรการในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องเน้นที่การเพิ่มระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และต้องใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อที่จะเพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชน

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด : ปัญหาที่ประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง และเป็นประเด็นท้าทายเรื่องความไม่เท่าเทียม

เกือบครึ่งหนึ่งของประชากรในยุโรป มีทักษะด้านความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ และระดับที่มีปัญหา

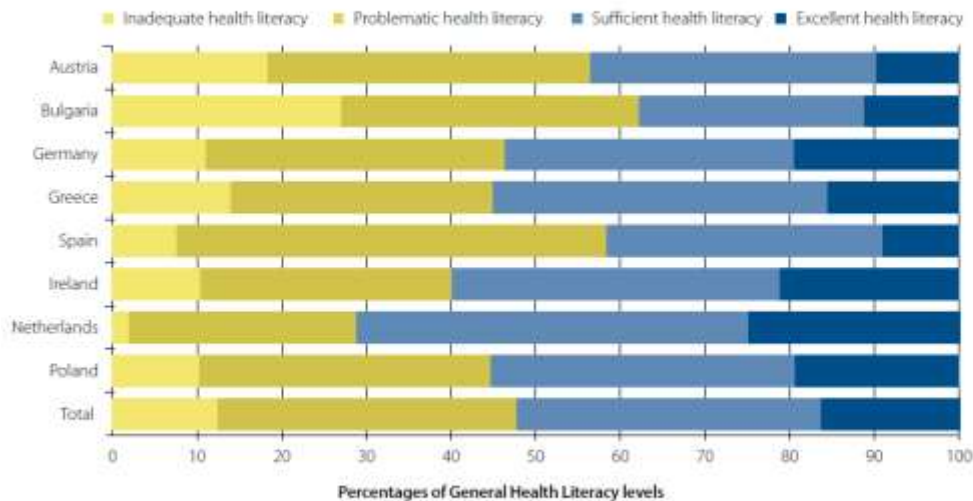
What is known

1. กลุ่มเด็กและวัยรุ่น คือกลุ่มที่มักพบความรู้ด้านสุขภาพจำกัด แม้ประเทศร่ำรวยที่มีระบบการศึกษาที่ดีก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน
2. จากการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในยุโรป พบว่าร้อยละ 12 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (Inadequate) และร้อยละ 35 อยู่ในกลุ่ม Problematic หรือร้อยละ 47 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) โดยความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด พบโดยทั่วไปไม่ได้จำกัดวงอยู่ที่กลุ่มชนกลุ่มน้อย (Minority) เท่านั้น
3. มีความแตกต่างของความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละประเทศอย่างมาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (Inadequate HL) แปรผัน ระหว่างร้อยละ 2-27% (8 ประเทศใน EU) ส่วนความรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) แปรผัน ระหว่าง ร้อยละ 29-62
4. กลุ่มเปราะบาง ที่พบสัดส่วนของความรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) ที่สูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปได้แก่
 - 4.1. Low social status การศึกษาต่ำ รายได้ต่ำ ผู้สูงอายุ
 - 4.2. กลุ่มที่สถานะสุขภาพไม่ดี โดยวัดจาก self perceived health หรือมีโรคเรื้อรัง กลุ่มที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาสุขภาพ
 - 4.3. กลุ่มผู้สูงอายุ
 - 4.4. กลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่น หรือ คนชนกลุ่มน้อยในสังคม

What is known to work – promising areas for action

1. การสร้างความเข้มแข็งในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ ช่วยชูประเด็นเรื่องความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) มักพบในกลุ่มผู้สูงอายุ ครอบครัวของชนกลุ่มน้อย กลุ่มรายได้ต่ำ กลุ่มที่ไม่สามารถพูดภาษาถิ่นได้ กลุ่มที่ไม่มีหลักประกันด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งกลุ่มที่ได้กล่าวมาทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับเรื่อง การขาดความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพที่จะนำไปสู่การตัดสินใจภายใต้ข้อมูลที่ได้รับ การเน้นหนักกลุ่มเปราะบางในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ จะทำให้เห็นช่องว่างของความไม่เท่าเทียม และกลุ่มหลักที่ต้องเน้นหนักคือกลุ่มวัยเด็ก

Fig. 8. Percentage distributions of general health literacy for each country and the 7795 respondents



Source: adapted from: *Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012*. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>, accessed 15 May 2013).

- ลงทุนในการวัดผล โดยผลของการดำเนินการมาตรการต่างๆ การลงทุนในการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับประชากร จะช่วยในการพัฒนาและประเมินผลนโยบาย จะเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า บริการที่จัดให้ได้เข้าถึงและตอบสนองต่อกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) การลงทุนในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยหวังผลในระยะยาวต้องใช้ข้อมูลข่าวสารเชิงประจักษ์ซึ่งครอบคลุมทุกกลุ่มอายุและทุกกลุ่มเป้าหมาย และการกำกับติดตามและประเมินผลนั้นต้องประเมินไม่เฉพาะเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ครอบคลุมถึงเงื่อนไขที่จำเป็นที่จะทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยติดตามประเมินผลตลอดช่วงอายุถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

Table 2. Percentage of people with limited (inadequate or problematic) health literacy in specific very vulnerable groups for countries and the total sample

Indicator	Category	Austria	Bulgaria	Germany	Greece	Spain	Ireland	Netherlands	Poland	Total
Social status	Very low	78	80	59	80	84	64	50	60	74
Self-perceived health	Poor or very poor	86	83	56	83	78	56	41	72	73
Education (International Standard Classification of Education level)	Level 0 or 1	63	76	58	77	74	51	41	100	68
Able to pay for medication	Very difficult	78	81	40	66	55	60	57	62	67
Able to afford doctor	Fairly difficult or very difficult	76	80	56	61	68	56	42	74	66
Limited activities because of health problems	Severely limited	82	81	55	80	77	56	35	66	66
Monthly household income	Less than €800	38	84	56	70	70	58	38	62	66
Able to pay for medication	Fairly difficult	67	72	66	60	72	51	35	67	64
Difficulty in paying bills	Most of the time	67	75	47	61	62	61	33	42	63
Long-term illness	Yes, more than one	78	83	58	74	69	45	33	54	61
Age	76 years or older	73	75	54	72	71	46	29	65	61
Social status	Low	59	62	64	57	59	53	48	64	60

Source: adapted from: Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>, accessed 15 May 2013).

3. ต้องวัดผลเป็นระยะๆ การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระยะๆ จะทำให้ทราบว่า แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้ดำเนินการมีประสิทธิภาพหรือไม่ โดยในสหภาพยุโรป นั้นจะทำการสำรวจที่เรียกว่า HLS-EU อย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งเพิ่มประเทศในการทำการสำรวจ
4. สนับสนุนการศึกษาวิจัยที่จะช่วยขยายหรือปรับปรุงแผนงาน/โครงการ/มาตรการที่ดำเนินการอยู่ โดยเฉพาะการศึกษาวิจัยในสนามจริง (Real world Implementation) ในระดับประชากร โดยภาคส่วนสาธารณสุข ต้องเป็นตัวกลางในการประสานงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมกันพัฒนา ดำเนินการ และติดตามประเมินผล แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมหรือมาตรการในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ มี 3 แนวทาง ซึ่งแต่ละแนวทางมีข้อจำกัดที่แตกต่างกันแล้วแต่วัตถุประสงค์ของผู้ทำการสำรวจ

3 วิธีในการวัดความรู้ด้านสุขภาพ

ประเภท	วัตถุประสงค์และข้อจำกัด
การสำรวจทางคลินิก : การอ่าน ความเข้าใจ การรู้จักคำ การ คำนวณ	บ่งชี้ความยากลำบากและการเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการอ่านสลาก ยาและข้อแนะนำ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการตีตราหรือทำให้เกิดความอับอายใน กลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำกัด โดยการสัมภาษณ์โดยตรง และไม่ ครอบคลุมทุกประเด็นของความรู้ด้านสุขภาพ
ใช้การสำรวจความรู้ด้าน สุขภาพโดยใช้ตัวแทน (Proxy)	โดยทำการประมาณสัดส่วนของกลุ่มที่คาดว่าจะมีทักษะไม่เพียงพอที่จะตอบสนอง ต่อความต้องการหรืออุปสงค์ที่ซับซ้อนที่ต้องเผชิญในชีวิตประจำวัน แนวทางนี้ ไม่ครอบคลุมทุกประเด็นเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และข้อมูลที่ได้ไม่ สามารถนำไปกำหนดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เพื่อยกระดับความรู้ด้าน สุขภาพ
การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ โดยตรง โดยวัดความสามารถใน การ เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ ข้อมูลนั้นเพื่อการตัดสินใจและใช้ บริการสุขภาพ	เป็นแนวทางที่ก้าวหน้า โดยวัดในระดับกลุ่มหรือประชากร ซึ่งผู้ใช้ข้อมูลไม่ว่าจะ เป็นผู้ปฏิบัติ องค์กร หรือนักวางแผน สามารถนำไปใช้ในการ ออกแบบการ บริการที่มีประสิทธิภาพในการยกระดับความรู้สุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มที่มี ความรู้ด้านสุขภาพจำกัด

Table 3. Ways of measuring health literacy

Type of measure	Purpose and limitations
Clinical screening tests: reading comprehension, word recognition and numeracy	Identifying difficulties when attempting to understand and use health information, including medical labels and instructions. They may result in a sense of shame and stigma among people with limited literacy. They are applied at the individual level in face-to-face interviews and incompletely cover health literacy concepts.
Proxy measures of health literacy using population literacy surveys	Provides an estimate of the proportion of the population who may have inadequate skills to meet the complex demands of everyday life. Incomplete coverage of health literacy concepts. Provide little guidance for developing or applying interventions.
Direct survey measures a person's ability to understand, access, appraise and use health information and health services	This is a rapidly advancing field. New scales applied to groups or populations can provide information to enable practitioners, organizations and planners to provide better services for people with limited health literacy and inform policy responses.

กรณีตัวอย่าง : ผู้อพยพและชนกลุ่มน้อย

“ 1 คน ใน 33 คน ในยุโรป เป็นผู้อพยพ และร้อยละของผู้อพยพแตกต่างกันระหว่างประเทศ โดย WHO European Region ประเมินการว่ามีผู้อพยพจำนวน 75 ล้านคน เท่ากับร้อยละ 8 ของประชากร “

What is known

1. ผู้อพยพโดยทั่วไปจะมีระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าประชาชนทั่วไป โปรแกรมการให้การศึกษาและข้อมูลข่าวสารจะเข้าถึงกลุ่มผู้อพยพได้บางส่วนเท่านั้น เนื่องจากอุปสรรคทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และขาดหลักสูตรการสอนภาษาที่ 2 ให้กับผู้อพยพอย่างเพียงพอ
2. ผู้อพยพสามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลข่าวสารในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และบริการสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป โปรแกรมที่จะเพิ่มความครอบคลุมในเรื่องการคัดกรองมะเร็ง บริการทางด้านสุขภาพจิต การให้สุศึกษาในเรื่องเบาหวาน การหยุดสูบบุหรี่ การป้องกัน HIV และการให้ภูมิคุ้มกัน มักจะไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งรวมถึงชนกลุ่มน้อยด้วย
3. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ HLS-EU นั้นกลุ่มตัวอย่างเฉพาะประชากร EU เท่านั้นไม่รวมผู้อพยพ

What is known to work – promising areas for action

1. พัฒนากลยุทธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เฉพาะสำหรับกลุ่มผู้อพยพ โดยบริการที่เป็นมิตรสำหรับกลุ่มผู้อพยพ จะตอบสนองความต้องการของกลุ่มนี้ได้มากกว่า และให้โอกาสให้ชุมชนของผู้อพยพมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และการประเมินผล โดยคำนึงถึงประเด็นของความแตกต่างทางสังคมวัฒนธรรม
2. การจัดสิ่งแวดล้อมเอื้อ ได้แก่ การจัดให้มีคนนำทางเพื่อไปรับบริการ (Navigators) การมีล่ามแปลภาษา การแปลเอกสารหรือป้ายนำทาง หรือการสื่อสารด้วยภาพ หรือเสียง หรือ video ด้วยภาษาของผู้อพยพ
3. การอบรมผู้ให้บริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และคำนึงถึงมิติของวัฒนธรรม ผู้อพยพต้องได้รับการที่สอดคล้องกับมิติ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา และสื่อสารกันด้วยภาษาที่ผู้อพยพต้องการ การทำหัตถการต่างๆต้องได้รับความยินยอม (inform consent) โดยกระบวนการสื่อสารให้ยินยอมในการรักษาต้องเชื่อมั่นว่ามีความเข้าใจตรงกัน
4. ภาควิชาสุขภาพ ควรเป็นตัวกลางในการทำให้เครือข่ายในการให้บริการแก่กลุ่มผู้อพยพ ให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับผู้อพยพ (Box 3)

Box 3. Case studies

The Bradford Teaching Hospitals Foundation Trust ใน UK ได้สื่อสารอย่างเป็นทางการกับ Patients Steering Group เพื่อพัฒนาแนวทางสำหรับให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย และมีพันธมิตรที่เป็น NGO ได้ทำการอบรม Health mediators ที่ทำงานในชุมชน Roma เพื่อที่พัฒนาสุขภาพเด็กในชุมชน Roma.

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : สามารถฟื้นคืนสุขภาพของบุคคลและชุมชน (Resilience)

สุขภาพสร้างจากบริบทของการดำเนินชีวิตในทุกๆวัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากบริบทของสังคมวัฒนธรรม และสามารถที่จะกำหนดกรอบให้กับสังคมและวัฒนธรรมของคนในพื้นที่นั้นด้วย การเสริมพลังให้ประชาชน ความเท่าเทียม การสร้างผลผลิตร่วมกัน และทุนทางสังคม ทั้งหมดที่กล่าวมา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ

What is known

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นทรัพย์สินของบุคคลและสังคม การลงทุนเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเกิดผลตอบแทนให้ทั้งกับตัวบุคคลและสังคมโดยรวม ปัจเจกชนได้หรือใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมทางสังคมเป็นตัวทำให้เกิด ในขณะเดียวกัน กิจกรรมทางสังคมจะเป็นตัวช่วยเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดความรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อผนวกรวมกับทรัพยากรทางสังคม จะเป็นทรัพย์สินที่จะสนับสนุนให้ประชาชนสามารถที่จะปรับตัวเพื่อธำรงสุขภาพ หรือฟื้นฟูสุขภาพให้กลับมาดีเหมือนเดิม เช่นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเรียกร้องสิทธิของผู้ป่วย และการเข้าไปทำกิจกรรมทางสังคม เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนแบบยั่งยืน
2. ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทุนทางสังคมรูปแบบหนึ่ง โดยชุมชนจะได้ประโยชน์จากการที่คนในชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในขณะเดียวกัน คนในชุมชนก็ได้ประโยชน์จากทรัพยากรและการสนับสนุนจากชุมชนด้วยเช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น self help group หรือการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงถือเป็นทุนทางวัฒนธรรมอย่างหนึ่งที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ การใช้ประโยชน์จากทุนทางวัฒนธรรมได้แก่ ภูมิปัญญา ค่านิยม และทักษะ จะส่งผลต่อการมีวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี รวมถึงทักษะในการจัดการตนเอง การเสริมพลังจึงเป็นทั้งกระบวนการที่จะไปควบคุมความเป็นอยู่ สุขภาพ และปัจจัยกำหนดสุขภาพ และเป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนความสามารถของบุคคลและชุมชนในการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่จะมีผลต่อสุขภาพ และแผนงานการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจะส่งเสริมประชาธิปไตยในระบบสุขภาพ โดยเป็นระบบสุขภาพที่เป็นของประชาสังคม
3. ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือการเสริมพลัง (Health Literacy means empowerment) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีรากฐานมาจากการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมพลัง ประชาชน สมาชิกในที่ทำงาน ผู้บริโภค หรือผู้ป่วย เพื่อให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้ดีขึ้น และเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองทางสุขภาพ การเสริมพลังคือกระบวนการที่ทำให้ประชาชนสามารถควบคุมการดำเนินชีวิตประจำวันของตนได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการควบคุมสุขภาพและปัจจัยสุขภาพ รวมถึงผลลัพธ์ที่สะท้อนความสามารถของบุคคล หรือชุมชน ในการควบคุมปัจจัยเหล่านั้น แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพทำโดยประชาชน เพื่อประชาชนเพื่อบรรลุผลลัพธ์การมีสุขภาพดีของชุมชนและสังคม ไม่เพียงสุขภาพของบุคคลเท่านั้น (Box 4)

Box 4 คุณลักษณะของบุคคลที่รอบรู้ด้านสุขภาพ

1. เข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาด้วยตนเอง รวมถึงการดูแลตนเองที่มีความซับซ้อน
2. สามารถวางแผนและปฏิบัติตามแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้
3. เมื่อเผชิญหลายทางเลือกที่ต้องตัดสินใจ ก็สามารถเลือกทางเลือกที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
4. เมื่อจำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพ รู้ว่าจะไปรักษาที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร
5. สามารถแลกเปลี่ยนและแบ่งปันเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับผู้อื่นในชุมชน และสามารถที่จะกำหนดประเด็น

What is known to work – promising areas for action

1. กำหนดเป็นนโยบายสาธารณะว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชน การอ่านออกเขียนได้ (Literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือความสามารถพื้นฐานที่จำเป็นต้องมีในการดำเนินชีวิตในสังคมสมัยใหม่ ไม่เพียงมีสิทธิพื้นฐานในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโดยทั่วหน้าเท่านั้น แต่ต้องรวมถึงการเข้าถึงบริการที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยทั่วหน้าด้วย และตระหนักว่า การสร้างความเข้มแข็งในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นประเด็นที่สำคัญในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ กรณีตัวอย่างในประเทศเนเธอร์แลนด์ ประชากร 1.5 ล้านคน (ร้อยละ 10 ของประชากรวัยผู้ใหญ่) ได้ถูกพัฒนาให้สามารถอ่านออกเขียนได้ ในปี 2004 โดยตั้ง Foundation Reading and Writing เพื่อดำเนินแผนงาน National Literacy Program โดยการมีส่วนร่วมของทุกกระทรวง และทุกภาคส่วนในสังคม โดยดำเนินการภายใต้หลักการของสิทธิมนุษยชน เน้นการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะร่วมกับการเรียนรู้เพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น เรื่องสุขภาพ การดูแลเด็ก และเรื่องโภชนาการ
2. การดำเนินงานเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงความหลากหลาย แผนงาน/โครงการต่างๆ ที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเกิดผลสำเร็จต้องใช้แนวทางเฉพาะสำหรับแต่ละบุคคล (Customized approach) ไม่สามารถใช้แนวทางรวมเพื่อใช้กับทุกคนหรือทุกชุมชน ต้องเข้าใจความแตกต่างของแต่ละบุคคลหรือชุมชน และทราบว่าแต่ละบุคคล/ชุมชน มีวิธีการอย่างไรเพื่อให้มาซึ่งสุขภาพะ เข้าใจบริบทและบทบาทของครอบครัว และชุมชน สังคม วัฒนธรรมและการศึกษา แล้วนำปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นมาเป็นปัจจัยนำเข้าในการกำหนดเนื้อหาที่จะสื่อไปยังแต่ละบุคคลหรือชุมชน หรือนำมากำหนดแผนงาน/โครงการ

กรณีตัวอย่าง
พันธมิตรในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประเทศเนเธอร์แลนด์

Fig. 9. National Alliance for Health Literacy



1. ความสำเร็จของประเทศเนเธอร์แลนด์ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ใช้วิธีพัฒนาระบบการสื่อสารของสถานบริการสุขภาพ (Health care sector) ไปสู่ประชาชน เน้นสิทธิของผู้ป่วยในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แผนงานการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในระดับชาติ เน้นสร้างความรู้ด้านสุขภาพในระดับทั่วไป โดยแผนงานดังกล่าวสร้างการประสานงานของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านระบบการศึกษาออกโรงเรียน และเน้นการเสริมพลังให้กับกลุ่มที่มีความจำกัดในความรู้ด้านสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มแผนงานในปี 2012 มีพันธมิตรที่ร่วมดำเนินการ 60 กลุ่มองค์กร ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย ผู้ให้บริการ สถาบันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ บริษัทประกันสุขภาพ สถาบันการศึกษา กลุ่มงานอุตสาหกรรม บริษัทเอกชน โดยมีเป้าหมายร่วมกันในการที่จะเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนให้เข้าไปอยู่ในชีวิตประจำวัน มีการแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ และกำหนดกิจกรรมที่จะกระทำร่วมกันของพันธมิตร สร้าง web site ร่วมกัน และมีการประชุมร่วมกันเป็นประจำ และสนับสนุนในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคลและชุมชน
2. วิธีการของประเทศเนเธอร์แลนด์
 - 2.1. ระดับชาติ การจัดตั้งกลุ่มของผู้ป่วยขึ้นอย่างเป็นทางการ โดยกลุ่มนี้จะเป็นตัว Lobby ที่สำคัญเพื่อให้เกิดสิทธิของผู้ป่วยในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
 - 2.2. ในระดับหน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาล สภาผู้ป่วยในระดับพื้นที่ (Patient council) จะเจรจาต่อรองกับผู้บริหารสถานบริการ เพื่อให้เกิดมาตรการในการให้บริการแบบเป็นมิตร สิทธิของผู้ป่วยจะถูกกำหนดแต่แรกในใบเห็นชอบให้การรักษา (Informed consent) ซึ่งจะผูกพันให้ผู้ให้บริการต้องสื่อสารทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นและแนวทางการรักษา และต้องให้ผู้ป่วยเห็นชอบก่อนทำการรักษา สภาผู้ป่วยในระดับชาติก่อตั้งเมื่อปี 2011 โดยแนะนำกระทรวงสุขภาพ ให้ชี้เป้ากลุ่มที่ความรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเปราะบางและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

- 2.3. มีการดำเนินการมาเป็นสิบๆปีในประเทศเนเธอร์แลนด์ ที่จะเพิ่มช่องทางการสื่อสารพิเศษให้กับกลุ่มผู้ป่วยหรือชนกลุ่มน้อย โดยเฉพาะกลุ่มที่พูดภาษาอื่น เพื่อให้มั่นใจได้ว่า กลุ่มเหล่านั้นสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการที่เพียงพอที่จะสร้างความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจบนฐานของข้อมูลด้านสุขภาพได้
- 2.4. สถานบริการสาธารณสุข โรงพยาบาล การดูแลผู้รับบริการที่บ้าน ระบบประกันสุขภาพได้ปรับปรุง web site แผ่นพับ ด้วยข้อมูล หรือสัญลักษณ์ทั้งในสื่อและในสถานที่ให้บริการ โดยใช้หลักการสื่อสารมืออาชีพซึ่งทำงานใกล้ชิดกับกลุ่มที่มีข้อจำกัดในความรอบรู้ด้านสุขภาพ และประยุกต์ใช้เครื่องมือได้แก่ การใช้ Tablet PC , โทรศัพท์ การเตือนให้มารับบริการตามนัด ถูกลำนำใช้ด้วยระบบการสื่อสารแบบ interactive รุ่งถึงการเพิ่มสมรรถนะให้กับบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Health Literacy From Concept to Practice

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

06 Sep 2023



Agenda

วิวัฒนาการของ Health Literacy

3

การประยุกต์ใช้ HL

35

HL Movement ในประเทศต่างๆ

47

Reference

63

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 มีน้อยประเทศมากที่รับหลักสูตรเพื่อตอบสนองบทบาทของ 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



Don Nutbeam

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

×

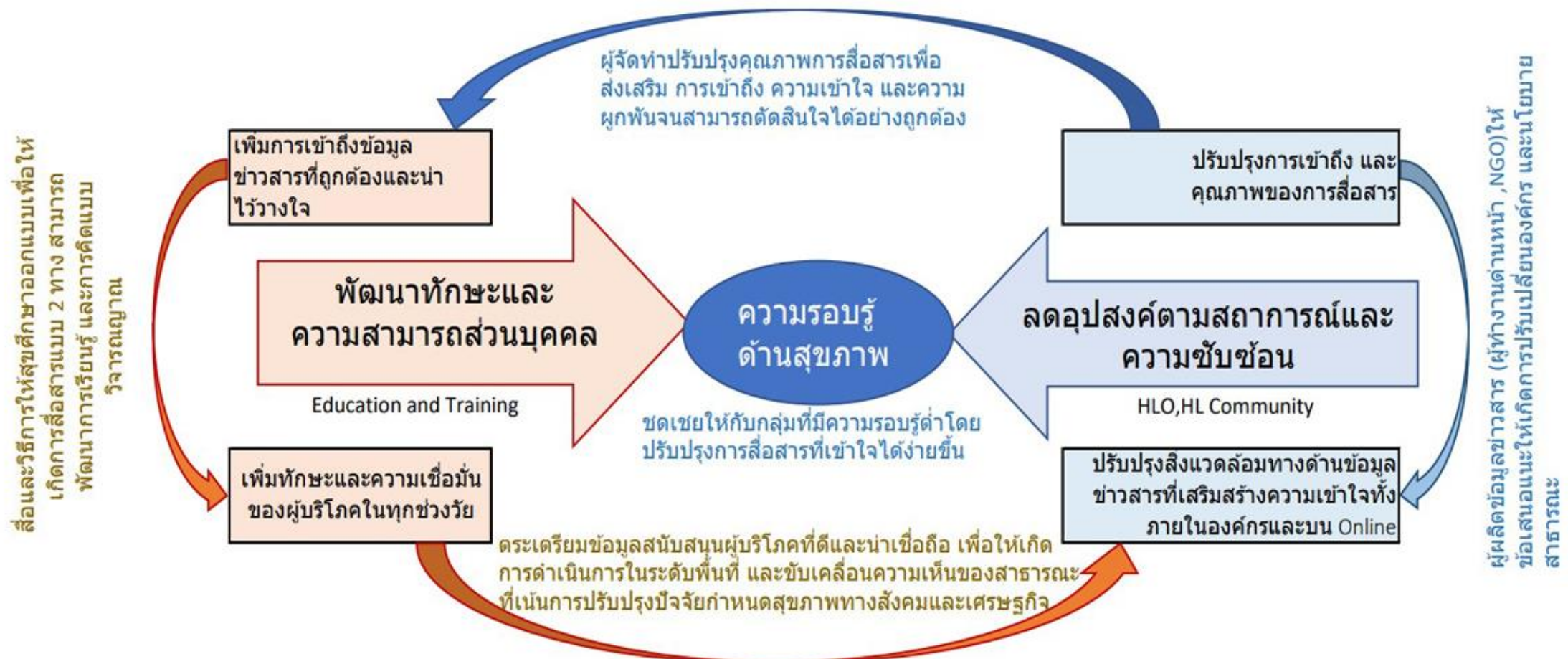
HL related Demand and
Complexity of Healthcare System



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

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).

การยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในสถานการณ์ของระบบข้อมูลข่าวสารที่มีความพลวัตและซับซ้อน



Source : Adapted From D.Nutbean Presentation to The 9th AHILA international Conference 16 May 2023 Phuket

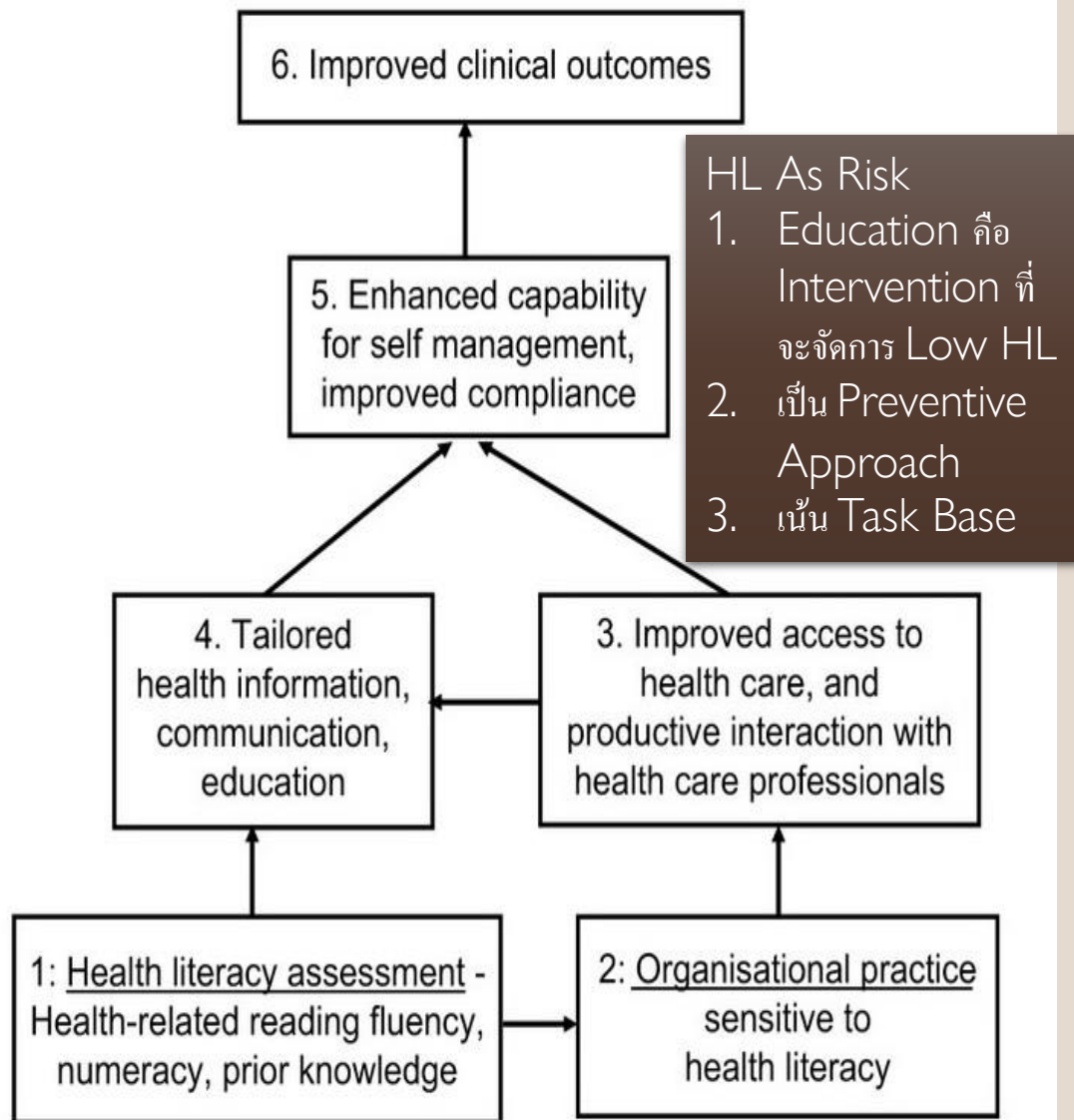
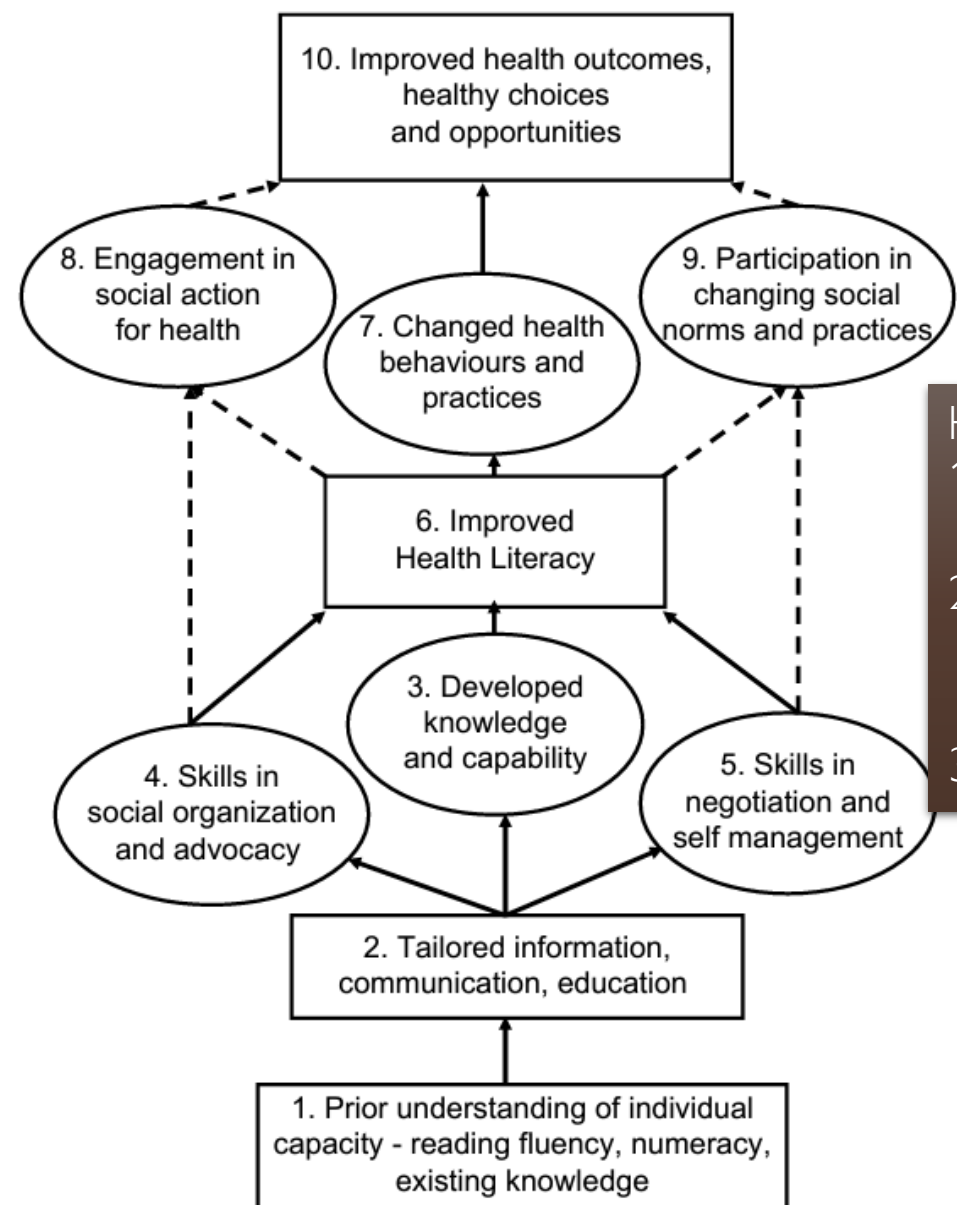


Fig. 1. Conceptual model of health literacy as a risk.



HL Level (Purposed By Don Nutbean)

HL Level	ระดับความรู้และทักษะ	พฤติกรรมเชิงประจักษ์
Functional (ระดับพื้นฐาน)	ความรู้ในเรื่องโรคและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค	สามารถปฏิบัติตามตามแผนการรักษา และไปรับการรักษตามนัดได้
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 (ระดับวิจารณ์ญาณ)	เพื่อจากระดับ Interactive โดยทราบถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) ที่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่ต้องใช้ นโยบายสาธารณะ จากส่วนบนในการจัดการปัญหา	สามารถให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อจะยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง และมีความผูกพัน (Engage) ในการทำให้ทุกกิจกรรมเพื่อสุขภาพ (Social action for Health)

2 Type of Health Education

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

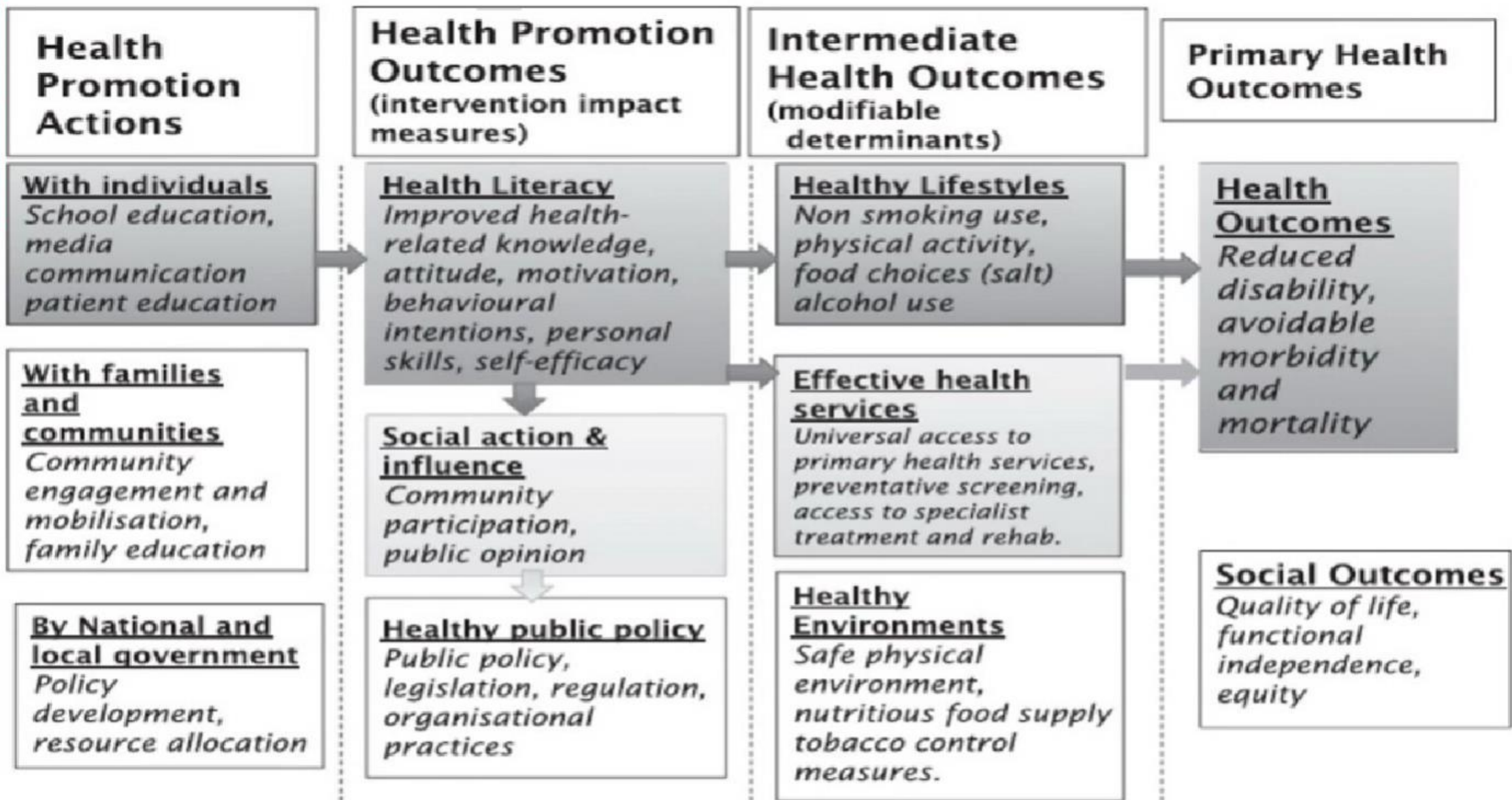
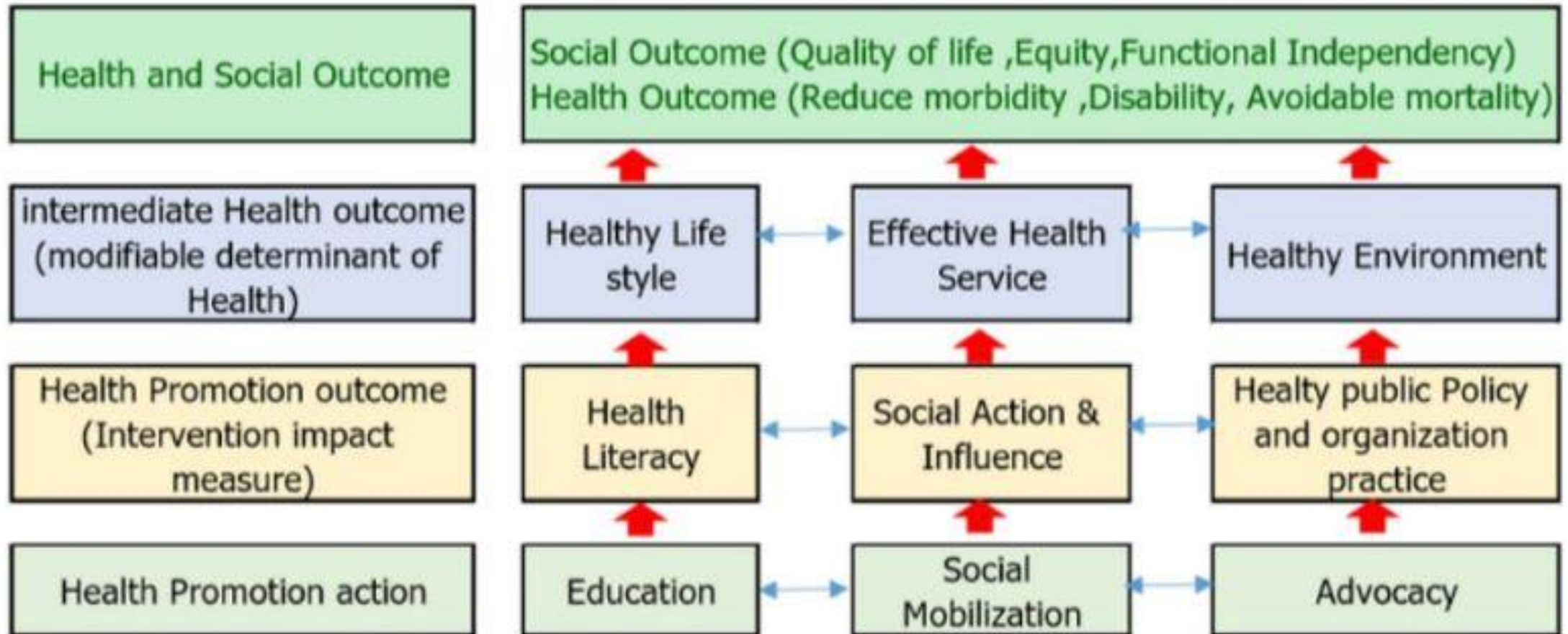


Figure 2 Logic model for prevention planning

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





Sørensen, 2022

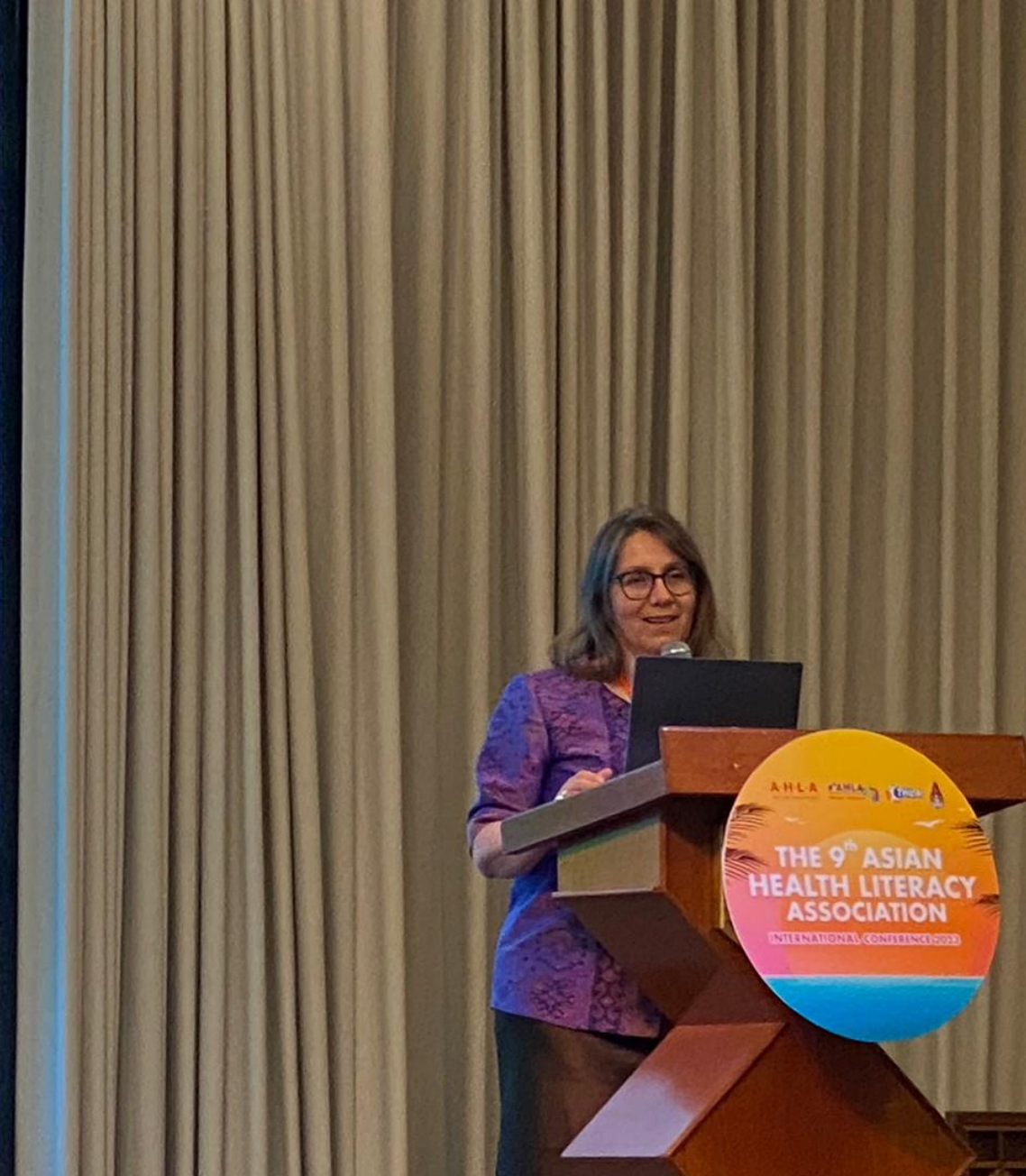
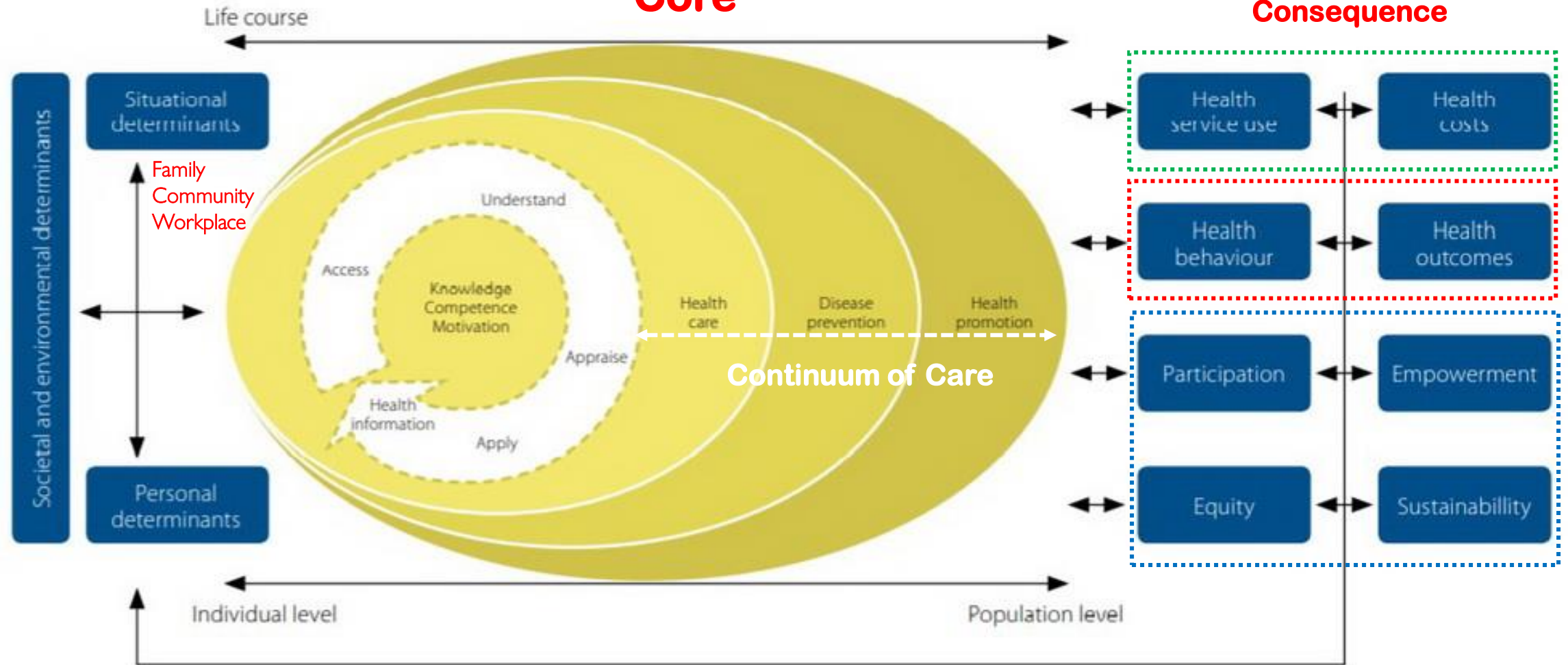


Fig. 2. Conceptual model of health literacy of the European Health Literacy Survey

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





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

The nine standards of V-HLO (1)

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

The nine standards of 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)

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 = $(\text{Mean}-1) * 50/3$

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)

Belikan Hainhong short form 9-11-2016

Comprehensive HL-Index(CHL)

1. CHL มีการกระจาย

เป็น Bell Shape

ใกล้เคียงกับ

Normal

Distribution

2. สามารถนำมา

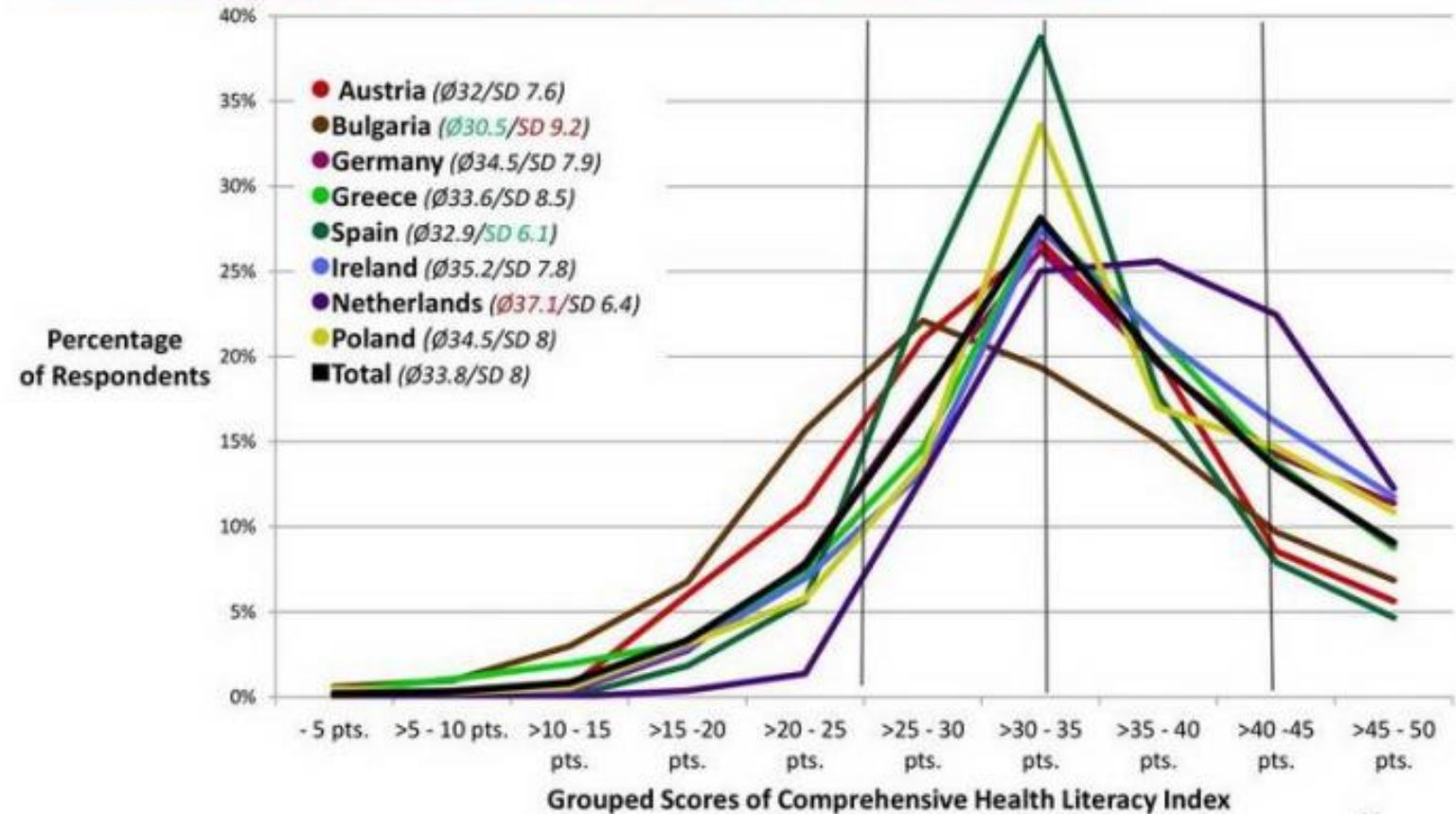
เปรียบเทียบระหว่าง

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!*



Pelikan Haiphong short form 9-11-2016

11

HLS-EU-Q16

การให้คะแนน

1 = ง่าย/ง่ายมาก

0 = ยาก / ยากมาก

การแบ่งระดับ HL

0-8 = Likely Inadequate

9-12 = Likely Problematic

13-16 = Likely Sufficient



WHO Collaborating Centre
for Health Promotion
in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich
GmbH

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? (1 of 3)	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)		

Pelikan Hainhong short form 9-11-2016

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



WHO Collaborating Centre
for Health Promotion
in Hospitals and Health Care

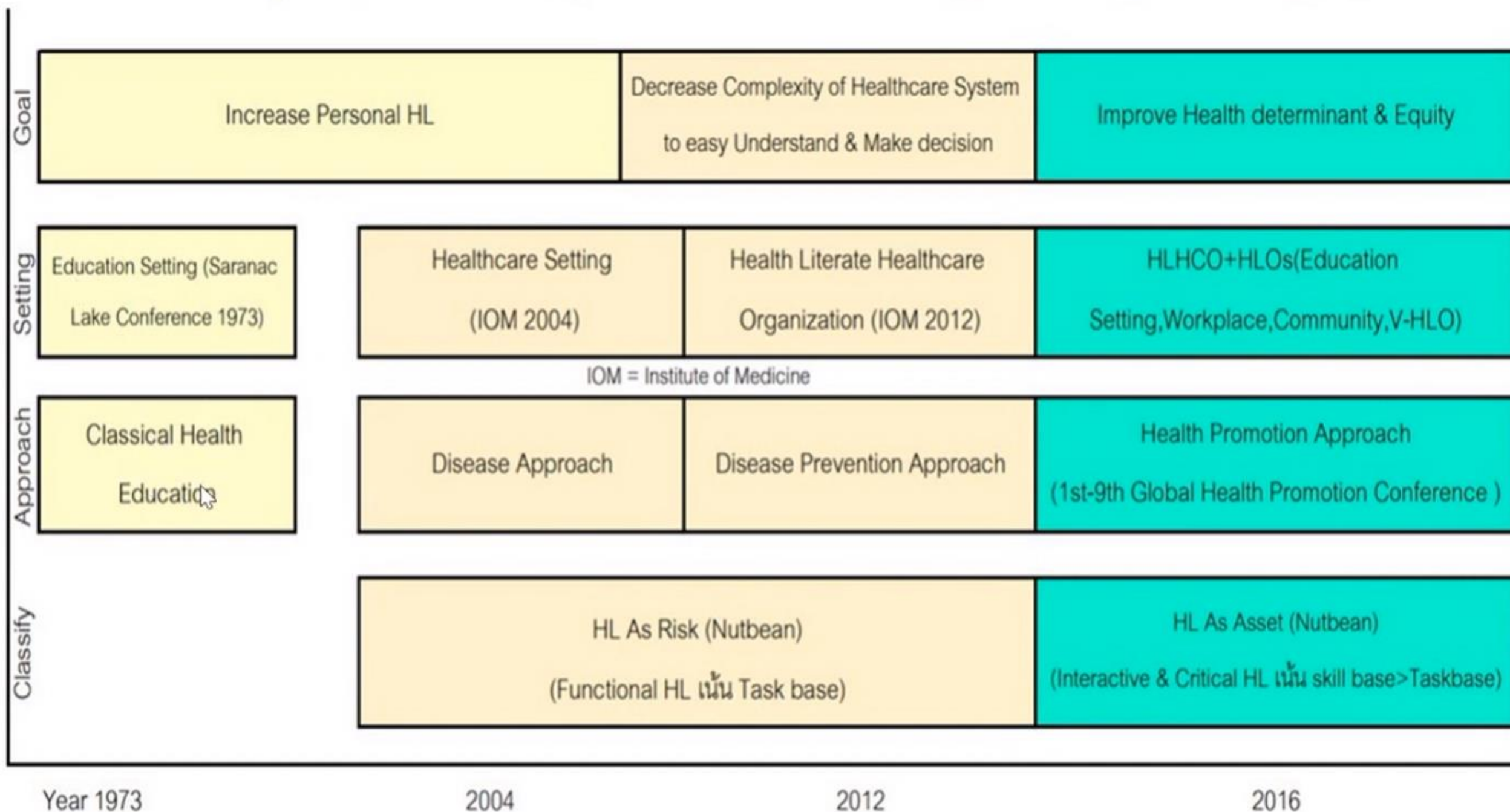
Gesundheit Österreich
GmbH

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			

36

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



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

Improve
Health
Outcome

Intervention

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

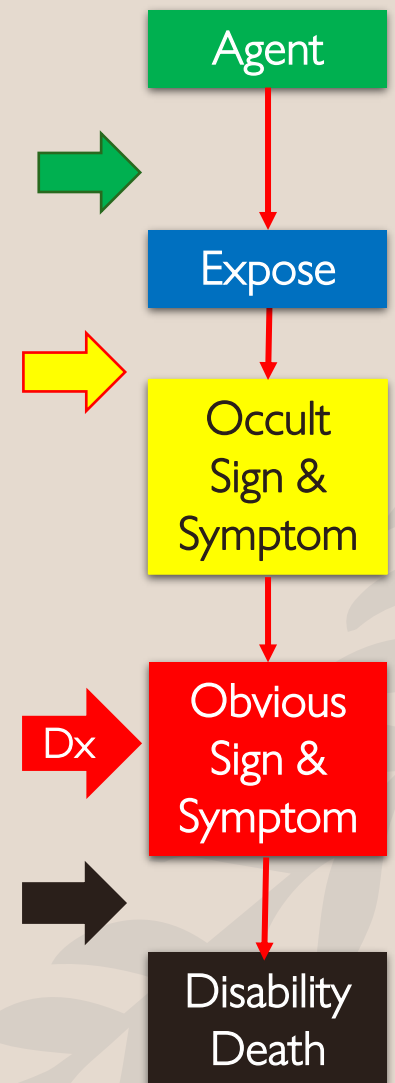
Disease Prevention Definition

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 ต้องลดระดับความซับซ้อนขององค์กรรวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารให้ง่ายต่อความเข้าใจโดยทำเป็นระบบทั่วทั้งองค์กร (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

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 faint, stylized silhouette of a palm tree. Two thin, white, wavy lines curve across the bottom right portion of the image.

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

HL Movement in USA

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

HL Movement in EU

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

HL Movement in Australia

1. 2019 ออกนโยบาย HL เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่าง บุคคล กับ สถานบริการสุขภาพ
2. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) รับผิดชอบในการพัฒนาและธำรง รักษามาตรฐานที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการและความปลอดภัย 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

HL Movement in Thailand

1. Top down

1. บรรจุ HL ในแผนปฏิรูปแห่งชาติ (ด้านสาธารณสุข)
2. แผนของส่วนราชการระดับกระทรวง เช่น กสธ,ศธ.ต้องสอดคล้องกับแผนปฏิรูป ดังกล่าว และถูกกำกับติดตามโดย สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

2. Grass Root

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.

HL Tools and Guideline in Thailand

1. Strategic Route Map – HL Society in 2026
2. 66 Key Messages. (Task base)
3. Thai - Integrated Model of HL (Thai HL Matrix)
4. HLS-TH-Q87
5. Standard of HLO in 4 Setting
 1. Healthcare Setting
 2. School Setting
 3. Workplace (Factory) Setting.
 4. Community Setting



กรอบแนวคิดและการดำเนินการ



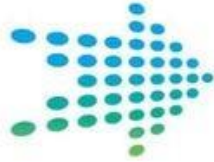
กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

HEALTH LITERACY เป็นฐานราก ของระบบสุขภาพ



Lift Course Approach (LCA)

ประกอบด้วย 4 concept



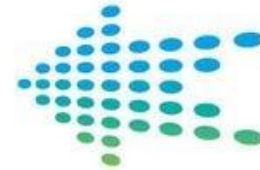
1. Timeline : “today’s experiences and exposures influence tomorrow health”



2. Timing * Health Trajectory

เส้นทางหรือถนนชีวิตและสุขภาพมีช่วงที่สำคัญและไวต่อการรับผลกระทบต่อสุขภาพ

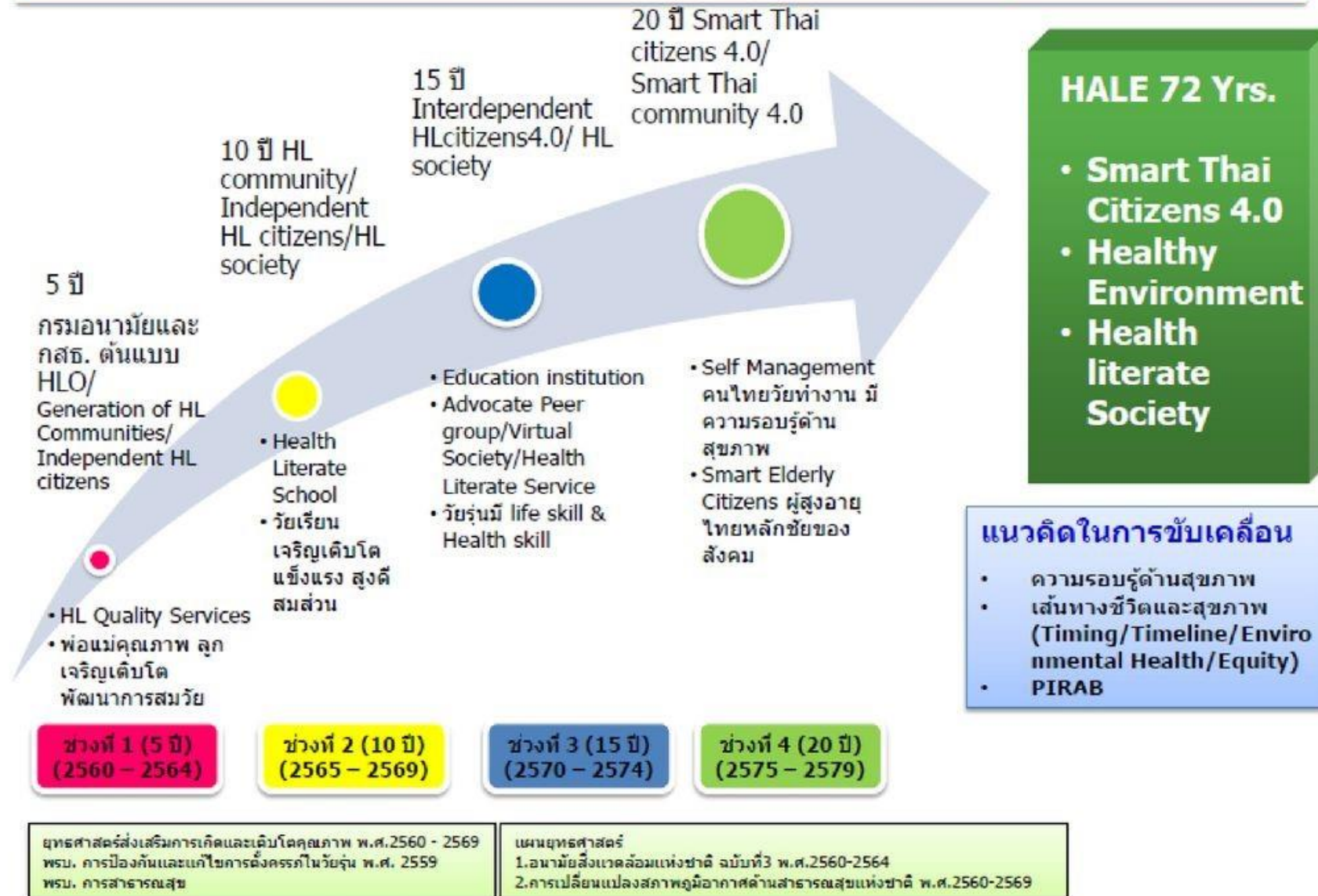
3. Environment รวมถึง community environment ทั้ง Biologic ,Physical and social มีผลมากต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

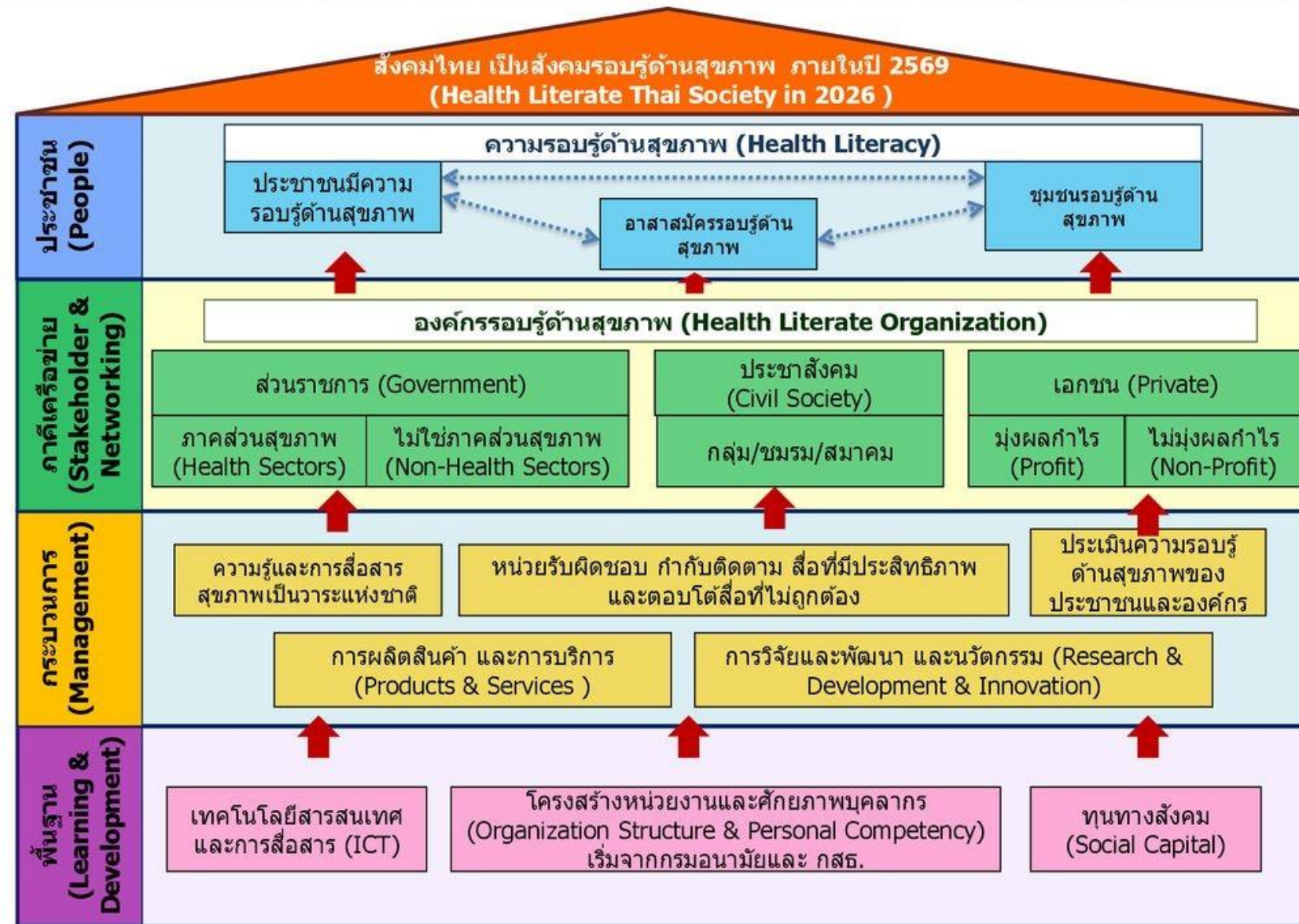


4. Equity – ความเหลื่อมล้ำส่งผลต่อสุขภาพ มากกว่าพันธุกรรม และการตัดสินใจส่วนบุคคล



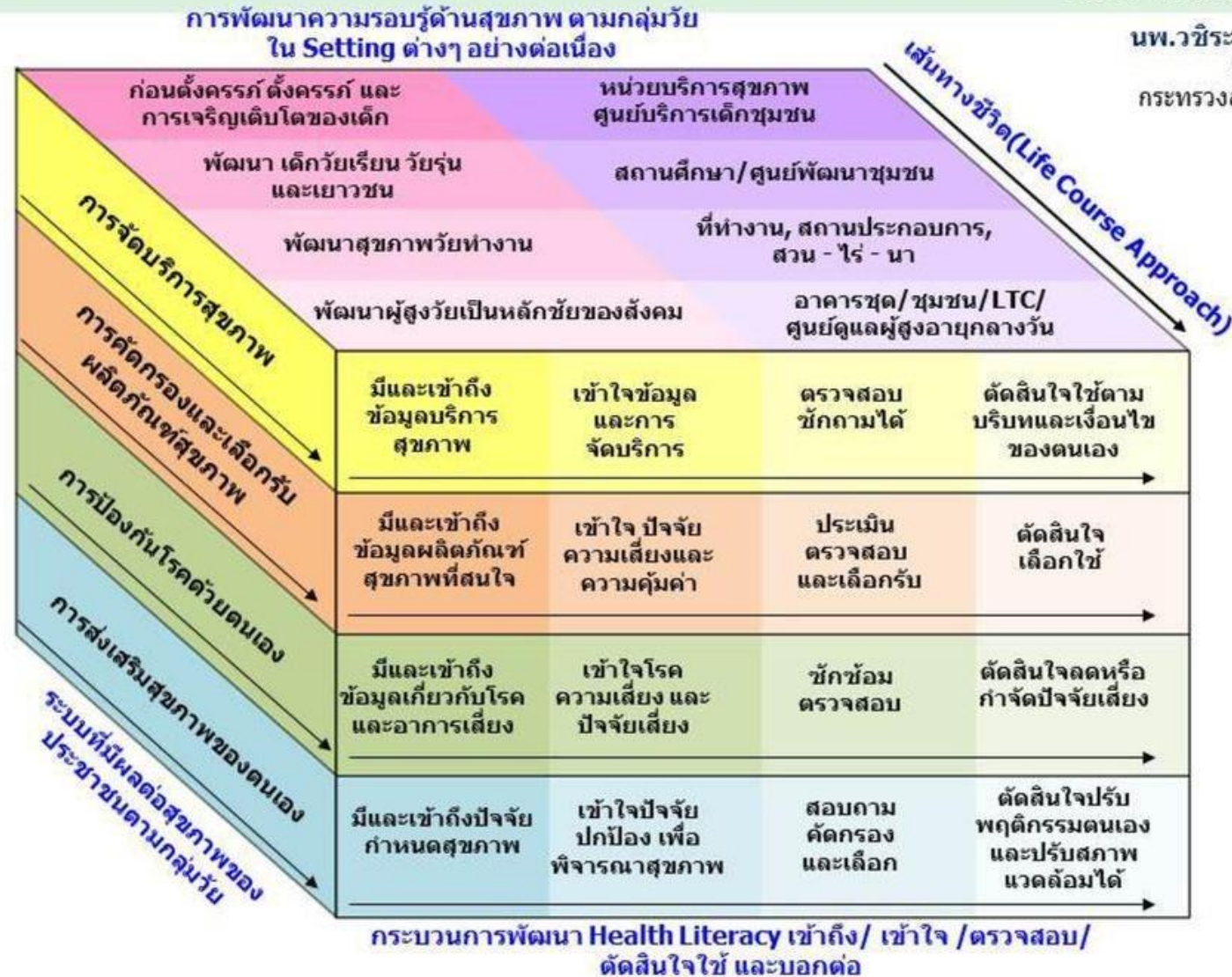
ROADMAP เป้าประสงค์ 20 ปี ของกรมอนามัยสู่คนไทย 4.0





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

3 มิติ 4 ประเด็น (4x4x4)





กรอบคิด Health Literacy ของกรมอนามัย



Decision Process

HL

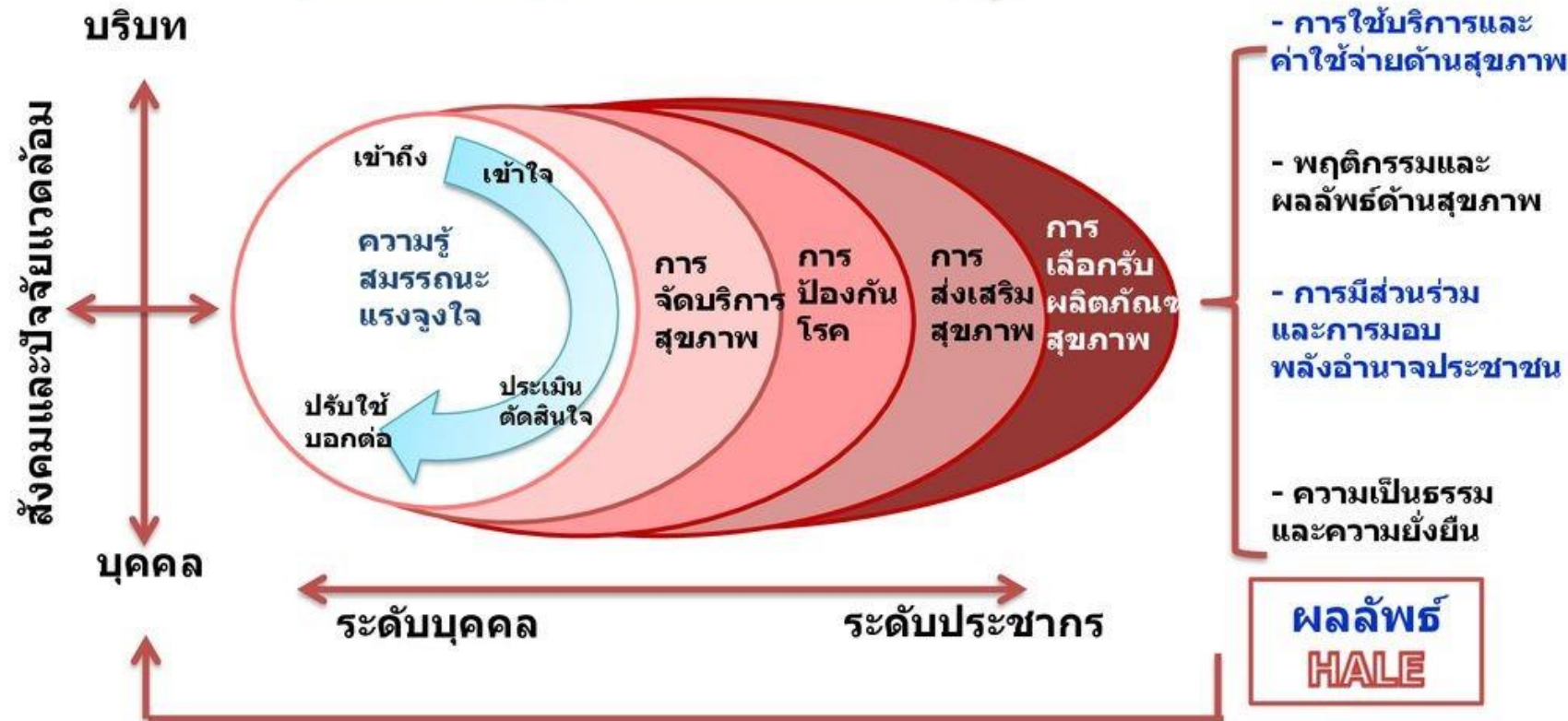
Output/Outcome of HL

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](#)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในฐานะที่เป็นยุทธศาสตร์ระดับพลเมืองเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

แปลแบบถอดความจาก Health literacy as a population strategy for health promotion : Don NUTBEAM

วัตถุประสงค์ :

เพื่อปูแนวคิดและประเด็นที่เกี่ยวกับนิยาม วิธีการวัด Health Literacy ก่อนที่จะกล่าวถึงแนวทางในการพัฒนา Health Literacy ไปถึงระดับพลเมือง (Population) และการนำไปใช้ระดับนโยบายและการปฏิบัติ

เนื้อหา :

Health Literacy เป็นทักษะประจำตัวเพื่อใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพภายใต้สถานการณ์ต่างๆ(ที่บ้าน ในชุมชน ที่ทำงาน หรือในสถานบริการสาธารณสุข) ซึ่งทักษะดังกล่าวมีความแตกต่างกันระหว่างบุคคล และกลุ่มที่มี Health Literacy ต่ำ จะสัมพันธ์กับ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี วิธีการยกระดับ Health Literacy ทำโดยการให้รู้ ศึกษา และการสื่อสาร (Health Education and Communication)อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในช่วงของการสื่อสาร ในทางคลินิก มีหลายการศึกษาสรุปได้ว่า การคัดกรองกลุ่มที่มี Health Literacy ต่ำ จากนั้นให้การให้รู้ ศึกษาที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น ในบริบทระดับชุมชน การพัฒนา Health Literacy โดยทำแค่เพียงการสื่อสารข้อมูลสุขภาพเท่านั้นไม่เพียงพอ ต้องเพิ่มการเสริมพลังประชาชนในชุมชนให้มีทักษะส่วนบุคคลในการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อปกป้องและพัฒนาสุขภาพทั้งของตนเองและของชุมชนด้วย เทคโนโลยีการสื่อสารสมัยใหม่เป็นทั้งความท้าทายและโอกาสสำหรับการให้รู้ ศึกษา กล่าวโดยสรุป การสื่อสารด้วยรูปแบบที่จำเพาะเจาะจงสำหรับแต่ละบุคคล และการขยายการให้รู้ ศึกษาแบบเชิงรุกไปสู่ชุมชนเป็นการสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของการตัดสินใจเพื่อสุขภาพด้วยตนเองที่ดีที่สุด ซึ่งต้องเข้าใจศักยภาพของการให้การศึกษว่าสามารถเพิ่มความเข้มแข็งของ personal and social action เพื่อพัฒนาและยกระดับสุขภาพได้ การใช้ทฤษฎีและรูปแบบที่เหมาะสมจะทำให้การเลือกเนื้อหา การจัดลำดับเพื่อส่งมอบโปรแกรมการให้รู้ ศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Key words: Health literacy, patient education, health education, consumer health information

ในรอบ 25 ปีที่ผ่านมา Health Literacy ได้รับความสนใจอย่างมาก รัฐบาลในประเทศยุโรป ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกาและจีนได้พัฒนายุทธศาสตร์ระดับชาติและเครื่องชี้วัดเพื่อยกระดับ Health Literacy ของประชากร ถ้า Search ข้อมูลของคำว่า Health literacy จะพบว่า ก่อนปี 1990 จะไม่พบการตีพิมพ์บทความเกี่ยวกับ Health Literacy แต่ในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมาจะมีบทความเกี่ยวกับ Health Literacy ตีพิมพ์เป็นหลายร้อยบทความต่อปี โดยความสนใจที่เพิ่มขึ้นนั้นส่วนใหญ่เน้นในประเด็นของนิยามและวิธีการวัด Health Literacy และหลายบทความพิสูจน์ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่าง Health Literacy กับสุขภาพและผลลัพธ์ทางสังคม (health and social outcome) การศึกษาที่มีจำนวนน้อยแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นได้แก่ ประเด็นของการลงทุนในนโยบายหรือโปรแกรมที่จะยกระดับ Health Literacy ในประชากร บทความนี้จะปูพื้นฐานของแนวคิด นิยาม และการวัด Health Literacy ในฐานะที่เป็นกลยุทธ์ระดับพลเมืองเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนที่จะกล่าวถึงแนวทางในการยกระดับ Health Literacy ในประชากร การนำนโยบาย และวิธีปฏิบัติไปใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ

เหตุผลที่ Health Literacy ได้รับความสนใจเป็นเรื่องที่ไม่ยากต่อความเข้าใจ เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีมาอย่างยาวนานแล้วว่า Literacy ของประชากรต่ำสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี ในทางอ้อม Health Literacy ต่ำ สัมพันธ์กับเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำด้วย และเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดีอีกทอดหนึ่ง WHO Commission on the Social Determinants of Health ได้ระบุว่า Health Literacy ส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมในด้านสุขภาพ (inequity in health) ทั้งในกลุ่มประเทศที่ร่ำรวยและยากจน การศึกษาวิจัยในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา สามารถพิสูจน์ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับของ Health Literacy ต่ำ กับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่ต่ำด้วย ซึ่งรวมถึงบริการ การให้สุศึกษา บริการทางด้านการป้องกันโรค และการจัดการตนเองสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนวคิดเกี่ยวกับ การอ่านออกเขียนได้ (Literacy) กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยทั่วไปจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นงาน (Task-base) กับส่วนที่เป็นทักษะ (skill base) เราสามารถวัดได้ว่า คนนี้มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้มากกว่าอีกคนหนึ่ง และสามารถวัดได้ว่าคนนี้มีทักษะในการทำงานที่ต้องใช้ ความรอบรู้ (literacy) หรือทักษะการคำนวณ (numberacy) มากกว่าอีกคนหนึ่ง คนที่มี General Literacy (ทักษะในการอ่านออกเขียนได้ คำนวณเป็น และการเข้าใจความหมายของคำ) สามารถที่จะประยุกต์ทักษะที่ตนมีในสถานการณ์ที่ต้องใช้ความรู้เฉพาะในเรื่องนั้นๆ หรือในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยประสบมาก่อน General Literacy เป็นทรัพย์สินหรือทุนที่มีอยู่ในแต่ละบุคคลที่ไม่คงที่ มันสามารถที่จะเพิ่มพูนขึ้นได้ผ่านการศึกษา และ literacy มีความจำเพาะทั้งด้านเนื้อหา (content specific) และด้านบริบท (Context specific) แม้การมีทักษะการอ่านออกเขียนได้ และเข้าใจความหมายจะสามารถเพิ่มความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และนำสู่การปฏิบัติตามข้อมูลข่าวสารใหม่ที่ได้รับ แต่นั่นไม่ใช่หลักประกันว่าบุคคลนั้นจะประยุกต์ใช้ทักษะนั้นได้อย่างคงเส้นคงวาได้ในทุกสถานการณ์ที่ต้องการใช้ความรู้เฉพาะนั้น หรือในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยประสบหรือไม่คุ้นเคยมาก่อน สำหรับบริบทดังกล่าว ความรู้และทักษะที่เฉพาะเป็นสิ่งที่ต้องการ การเข้าใจพลวัตของธรรมชาติของความรอบรู้นำไปสู่การยอมรับที่ว่า ความรอบรู้ที่จำเพาะ เช่น ความรอบรู้ด้านการเงิน (Financial Literacy ความรอบรู้ด้านวิทยาศาสตร์ (Science literacy) หรือความรอบรู้ด้านสื่อ (media literacy) ของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ทำให้แต่ละบุคคลมีความสามารถที่จะประยุกต์ใช้ General Literacy ของบริบทต่างๆ ได้แตกต่างกัน สำหรับบริบทของความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy ประกอบด้วย ทักษะทั่วไปในการอ่านออกเขียนได้ คำนวณเป็น และความสามารถในการปฏิบัติที่ต้องใช้ฐานความรู้ในด้านสุขภาพ (ได้รับ เข้าใจและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ) อันจะนำไปสู่การตัดสินใจในแต่ละสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไป (ที่บ้าน ในชุมชนหรือในสถานบริการสาธารณสุข) Health Literacy จึงเป็นชุดของทักษะที่สังเกตได้ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยทักษะดังกล่าวสามารถพัฒนาได้ผ่าน Health Education and Communication ที่มีประสิทธิภาพ โดยความแตกต่างของทักษะของ Health Literacy แบ่งได้เป็น 3 ระดับคือ Functional ,Interactive และ Critical Health Literacy.

- 1) Functional Health Literacy คือทักษะระดับพื้นฐานของบุคคลในการได้รับข้อมูลข่าวสาร (เช่น ข้อมูลว่าอะไรคือปัจจัยเสี่ยง และสามารถไปใช้ระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างไร) และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้เหล่านั้นเฉพาะในส่วนของการรับประทายยาและการไปรับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์) บุคคลที่มีเฉพาะ Functional health literacy จะสามารถทำการตอบสนองได้ดีขึ้น ด้วยการให้ความรู้และสื่อสารในเรื่องของปัจจัยเสี่ยง การไปรับบริการสาธารณสุข และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยการสื่อสารดังกล่าวมีเป้าหมายค่อนข้างจำกัด และประโยชน์ที่ได้รับเป็นเพียงประโยชน์ส่วนบุคคล (personal Benefit) แต่ไม่ได้ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อ

ชุมชนหรือประชากร (population benefit) ตัวอย่างของประโยชน์ต่อชุมชน เช่น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการคัดกรองหรือได้รับภูมิคุ้มกันโรค โดยทั่วไปแล้วการสื่อสารเพื่อให้เกิด Functional Literacy มักไม่ใช้การสื่อสารแบบ 2 ทางที่มีปฏิสัมพันธ์ (Interactive) ทำให้ได้เพียงความรู้แต่ไม่สามารถที่จะส่งมอบทักษะ (Transferable skill) และไม่สามารถเพิ่มระดับการตัดสินใจด้วยตนเองทางด้านสุขภาพได้ (self decision for health)

- 2) Interactive Health Literacy คือทักษะที่มีก้ำกึ่งมากกว่าระดับพื้นฐาน เป็นทักษะที่เพิ่มความสามารถของบุคคลในการสกัดข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพและสังเคราะห์ความหมายขึ้น ซึ่งจะทำให้สำเร็จจำเป็นต้องใช้การสื่อสารในหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ใหม่ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรือการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในท้ายที่สุด ซึ่งการจะให้บุคคลพัฒนาได้ถึงระดับ Interactive Health Literacy ได้นั้นต้องได้รับการศึกษาและสื่อสารที่เฉพาะเพื่อพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Personal Skill) มากกว่าสื่อสารให้รู้เนื้อหา (Content) เพื่อให้บุคคลสามารถที่จะตัดสินใจทำเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้อย่างอิสระบนพื้นฐานของข้อมูล/ความรู้ และเป็นการสื่อสารที่ออกแบบอย่างมีกลยุทธ์ (Strategic design) เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ (motivation) และให้เกิดความมั่นใจในตนเอง (self confidence) ในการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลและความรู้ที่ได้มา การสื่อสารและการให้สุศึกษาเพื่อให้เกิด Interactive Health Literacy จำเป็นต้องใช้การสื่อสาร 2 ทางที่สามารถสอบถามและโต้ตอบกันได้อย่างอิสระ และส่วนใหญ่ต้องอาศัยการออกแบบโครงสร้างการสื่อสารแบบเฉพาะไม่สามารถใช้แบบธรรมดาได้ (เช่น การให้สุศึกษาในโรงเรียนโดยใช้ Interactive web base) เป็นการสื่อสารเพื่อที่มีปฏิสัมพันธ์ และตอบโต้กันได้ เช่น การให้คำปรึกษาโดยตรงแก่ผู้ป่วยแบบ online โดยแพทย์หรือผู้ให้บริการอื่นๆ
- 3) Critical Health Literacy เป็นทักษะที่มีความก้ำกึ่งกว่าระดับ interactive โดยมีความสามารถในการที่จะวิเคราะห์ข้อมูลจากหลากหลายแหล่งและสามารถที่วิจารณ์หรือแยกแยะได้ถึงความแตกต่าง ข้อดี ข้อเสีย ข้อจำกัด และความเหมาะสมที่จะนำแต่ละวิธีมาใช้ในแต่ละสถานการณ์หรือแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้จะทราบเกี่ยวกับโรคหรือปัจจัยเสี่ยงแล้ว ยังต้องทราบถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง และสิ่งแวดล้อม (Social determinant) และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการควบคุมวิถีชีวิต หรือจัดการเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆที่จะมีผลต่อสุขภาพได้ Critical Health นอกจากจะเกิดประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Benefit) แล้ว ยังเกิดประโยชน์ไปถึงระดับชุมชนและประชากร (Population benefit)

การแบ่งระดับ Health Literacy จะช่วยแบ่งระดับทักษะ เพื่อใช้ในการตัดสินใจด้วยตนเองในแต่ละระดับที่แตกต่างกันด้วย รวมถึงการมีส่วนร่วม เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล (personal behavior) เท่านั้นไม่เพียงพอ ต้องเพิ่มเรื่อง Social หรือ Community Action ในการไปจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ (ด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษาและสิ่งแวดล้อม) ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เนื่องจากความแตกต่างของบุคคล ทำให้ต้องใช้วิธีการสื่อสารที่แตกต่างกันทั้งเนื้อหาและวิธีการที่ใช้ เพื่อที่จะสร้างความมั่นใจว่าตนสามารถทำได้ (Self Efficacy) ในการตอบสนองข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่ได้รับ ซึ่งสิ่งแวดล้อมก็มีผลช่วยอย่างมากในการสร้างให้เกิด Self efficacy.

ในส่วนของการให้สุศึกษานั้น บุคคลจะรับรู้หรือตอบสนองต่อการให้สุศึกษามากน้อยขึ้นกับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น การแยกให้เห็นเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกคือการสื่อสารและการให้สุศึกษานั้นเป็นงานในการสร้างทักษะเฉพาะ

(Task base) ในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์ (การกินยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งผลดีต่อการรักษา) และส่วนที่ 2 เป็นงานที่สร้างทักษะ (skill base) ที่ออกแบบเพื่อถ่ายทอดทักษะทั่วไปในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนได้อย่างอิสระ (Autonomous decision) รวมถึงการปรับเปลี่ยนในแต่ละสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

สรุป Health Literacy เป็นเป็นยุทธศาสตร์ระดับพลเมือง (Population strategy) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยเป้าหมายสุดท้ายที่คาดหวังให้เกิดคือ การตัดสินใจและจัดการทางสุขภาพตนเองได้ (Self Decision & Management) โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สิ่งแวดล้อมและปัจจัยกำหนดสุขภาพ แนวคิดของ Interactive และ Critical Health Literacy ตรงกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพร่วมสมัย (Contemporary Health Promotion) โดยมอง Health literacy คือทรัพย์สินหรือทุนที่อยู่ในตัวบุคคล หรือ ประชากร (personal or population asset) ที่จะสร้างช่องทางในการตัดสินใจที่อิสระและสามารถควบคุมการตัดสินใจ อันจะส่งผลให้สุขภาพดีในท้ายที่สุด การที่จะพัฒนาทักษะส่วนบุคคล จนเกิด Health literacy ในระดับต่างๆได้นั้นต้องใช้การให้สุศึกษาและการสื่อสาร และการออกแบบการให้สุศึกษาและการสื่อสาร ทั้งด้านเนื้อหาและวิธีการ ให้มีความแตกต่างกันขึ้นกับวัตถุประสงค์ ว่าต้องการที่จะพัฒนาทักษะให้ไปถึงระดับ Functional , Interactive หรือ Critical Health Literacy. และการให้สุศึกษาและการสื่อสารเพื่อให้เกิด Health Literacy นั้นจำเป็นต้องให้สุศึกษาและการสื่อสารแนวใหม่ ซึ่งแตกต่างจากการให้สุศึกษาแบบดั้งเดิมทั้งเป้าหมายประสงค์และวิธีการ โดยการให้สุศึกษาแบบดั้งเดิมนั้น เน้นเพื่อให้เกิดความรู้ โดยไม่ได้เน้นให้เกิดทักษะและการเสริมพลัง และส่วนใหญ่ใช้การสื่อสารทางเดียวไม่ได้เป็นแบบ Interactive)

Health Literacy ถูกกำหนดโดยสถานการณ์ที่มีความต้องการที่หลากหลายและซับซ้อน (Situation demand & Complexity) ที่บุคคลนั้นประสบ ยกตัวอย่างเช่น การได้รับข่าวสารทางหลากหลายจากการถือเป็นประสบการณ์ใหม่ เนื่องจากมีคำศัพท์ใหม่ที่ไม่คุ้นเคย การไปรับการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ที่ได้เอกสารและคำแนะนำที่ยากต่อการเข้าใจ แม้กระทั่งคนที่มี Health literacy ในระดับที่สูง เมื่อเจอสถานการณ์จริงก็เป็นเรื่องท้าทายสำหรับคนๆนั้นว่าจะมีทักษะในการตัดสินใจด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (เช่นโรงพยาบาล) นอกจากนั้นการสื่อสาร ชักถาม ตอบโต้กับบุคคลที่ไม่รู้จักมาก่อน (เช่นแพทย์) ก็ถือเป็นความท้าทายสำหรับผู้มารับบริการต้องประสบในระบบสุขภาพที่มีซับซ้อน Health Literacy คือทักษะที่จะนำมาใช้เพื่อการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ ในสถานการณ์ที่มีความต้องการที่หลากหลายและซับซ้อนนั้น (Situation Demand & Complexity) การจัดการสถานการณ์ในสถานบริการสาธารณสุขที่มีความต้องการที่หลากหลายและซับซ้อนนั้น หลายองค์กรใช้การพัฒนาองค์กรให้เป็น “Health Literate organization “ โดยการลดความซับซ้อนทางสถานการณ์ที่ผู้รับบริการมาใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุข ด้วยวิธีการต่างๆเช่น การใช้ภาษาที่อ่านและเข้าใจง่าย การสื่อสารด้วยหลากหลายช่องทาง การปรับระบบบริหารและบริการ ที่ให้ความสำคัญในเรื่องการสื่อสารที่เป็นมิตรและการให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการ ร่วมกับการพัฒนาการบริการที่สามารถเพิ่มทักษะส่วนบุคคลเมื่อมารับบริการแต่ละครั้ง เป็นต้น

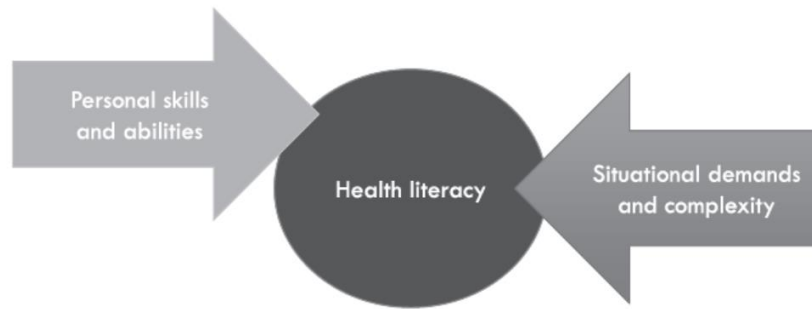


Figure 1 Health literacy is determined by personal skills and environmental context (community, school, clinic)

Figure 1 (adapted from a model proposed by Parker) เป็นการสรุป ความสัมพันธ์ที่เป็นพลวัต โดย Health Literacy เป็นผลคุณระหว่าง ทักษะ/ความสามารถส่วนบุคคล กับ บริบททางสิ่งแวดล้อม(ที่มีความต้องการที่หลากหลายและซับซ้อน) ที่ผู้เน้นเผชิญอยู่ในขณะนั้น model นี้ช่วยอธิบายว่า Health Literacy นั้นเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลนั้นได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อด้วยวิธีการต่างๆ แล้วออกแบบที่จะปรับปรุงทักษะและความสามารถส่วนบุคคล โดยที่ทักษะและความสามารถดังกล่าวถูกปรับแต่งให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในขณะที่บุคคลนั้นกำลังประยุกต์ใช้ทักษะความรู้ กล่าวโดยสรุป Health Literacy ในความหมายนี้ การเสริมพลังบุคคลให้มีทักษะจนถึงระดับ interactive & Critical Health Literacy คือเป้าหมายของการสื่อสารและการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการที่ Health literacy ถูกกำหนดโดยทักษะส่วนบุคคลและบริบททางสิ่งแวดล้อม การให้รู้ศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้และความเข้าใจและสามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อการปฏิบัติมากกว่าการสอนให้กินยาและปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น การให้รู้ศึกษาต้องสามารถเพิ่มความตระหนักต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม และต้องส่งเสริมให้เกิด personal & social action ที่จะปรับเปลี่ยนปัจจัยกำหนดสุขภาพเหล่านั้นได้ด้วย และเนื้อหาของการศึกษาต้องรวมถึงการกำหนดทางเลือกสำหรับการจัดการตนเองด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์และการเจรจาต่อรองถึงแผนการรักษา ที่มีเสมอภาคระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ

การวัด Health Literacy

การวัด Health Literacy ขึ้นกับนิยามว่าจะนิยาม health literacy ในระดับใด (Function ,Interactive , Critical Health Literacy) เครื่องมือวัดที่มีในขณะนี้สามารถวัดระดับของ Cognitive & social skill และวัดความสามารถส่วนบุคคลที่จะประยุกต์ใช้ทักษะนั้นเพื่อให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน มีเครื่องมือวัด Functional Health literacy หลายเครื่องมือที่ผ่านการ validate ความเที่ยงในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นเครื่องมือคัดกรอง Health literacy อย่างง่ายในคลินิก ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้ดีทางคลินิก เพราะเหมาะสำหรับวัดด้านความรู้ (Knowledge) แต่ไม่เพียงพอที่จะไปวัดด้านทักษะ (skill) หรือการปฏิบัติจริง (practice) ปัจจุบันในหลายประเทศกำลังพัฒนาการวัด health literacy ในระดับชุมชนหรือประชากร โดยเฉพาะการประเมินการเปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนบุคคลและประชากรหลังจากได้นำแผนงาน/โครงการต่างๆไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยสามารถที่จะหาความสัมพันธ์ระหว่าง Health Literacy กับ determinant of health หรือความไม่เท่าเทียมในกลุ่มที่ low health literacy และการประเมินผลโครงการเกี่ยวกับการยกระดับ Health Literacy ในประชากร งานวิจัยในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการวิจัยทางคลินิกเพื่อพิสูจน์สมมุติฐานที่ว่า low health literacy สัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี จากการศึกษาพบว่า low health literacy คือกลุ่มที่มี low

socioeconomic ด้วย และสัมพันธ์กับความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ (equity in health) กลุ่มอ่อนไหวดังกล่าวคือกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก และโรงพยาบาลต้องปรับองค์กรเพื่อที่จะลดสถานการณ์ที่มีความต้องการที่หลากหลายและซับซ้อนนั้น ในทางคลินิกได้นำเครื่องมือวัด Health Literacy เช่น REALM ,NVS มาใช้และสามารถที่จะบ่งชี้กลุ่มที่มี low health literacy และปรับระบบการให้รู้ศึกษาและการสื่อสารเพื่อให้เข้ากับกลุ่มอ่อนไหวดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนั้นการนำเทคนิค Teach back มาใช้ทางคลินิก จะเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารและเพิ่ม health Literacy โดยเทคนิค Teach back คือหลังจากที่ผู้ให้บริการได้ให้รู้ศึกษาแก่ผู้รับบริการแล้ว ให้ผู้รับบริการเล่าว่า ข้อมูลที่ตนได้รับมีอะไรบ้าง และจะปฏิบัติตัวอย่างไร Teach back จะทำให้ตรวจสอบได้ว่า ผู้รับบริการเข้าใจในสิ่งที่ผู้ให้บริการพยายามให้มากนักน้อยเพียงไร และสามารถที่จะทำความเข้าใจประเด็นที่ผู้ป่วยเข้าใจไม่ถูกต้องได้ โดยเทคนิค Teach back สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในห้องฉุกเฉินภายหลังจากจำหน่าย ห้องผู้ป่วยนอก กระบวนการให้การยินยอมในการรักษาพยาบาล (inform consent) การให้รู้ศึกษาและการสื่อสารนอกจากได้ประโยชน์ในเรื่อง Health Literacy แล้ว ยังสามารถเพิ่มความพึงพอใจและการบรรลุความคาดหวังของผู้รับบริการได้อีกด้วย

Health literacy ในฐานะที่เป็นยุทธศาสตร์ระดับพลเมืองเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

โครงสร้างการให้รู้ศึกษาที่เป็นแบบแผน (formally organized education) เป็นวิธีการหลักที่นำมาใช้ในการยกระดับ Health Literacy ของประชากร การให้รู้ศึกษาจะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการยกระดับ health literacy ต้องทำแบบ Tailor made ผ่านสื่อ ที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่มวัย (พ่อแม่ วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ) Figure 2 เป็น logic model สำหรับ Health promotion โดยแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง Health Education กับ Health Literacy และการใช้ Health education และ Health Literacy เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

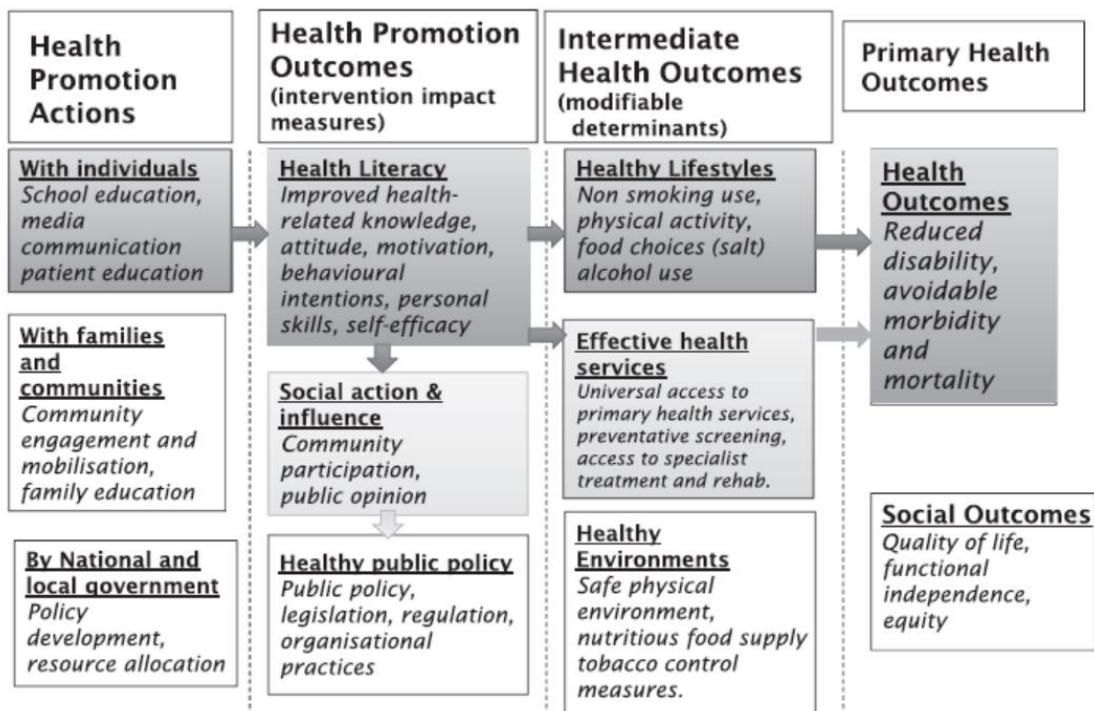


Figure 2 Logic model for prevention planning

1. Health and social outcome เป็น Ultimate goal ของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(ดำเนินการโดย Health & Non Health sectors) คือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพและทางสังคมดีขึ้น โดยเครื่องชี้วัดที่ใช้ส่วนใหญ่คือ การลดอัตราการป่วย/การตายหรือความพิการ สำหรับเป้าหมายทางสังคม เช่น ความเท่าเทียม (equity) หรือคุณภาพชีวิตที่ดี
 2. Intermediate Health outcome (Modifiable health determinant) คือตัวกลางที่อยู่ระหว่าง Health and social outcome กับ Health Promotion outcome ประกอบด้วย
 - 2.1. **พฤติกรรมส่วนบุคคล**เช่น สูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลต่อการเพิ่มหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทั้งหมดรวมเรียกว่า Healthy lifestyle (ใน Figure 2)
 - 2.2. **Healthy Enviroment** (ใน Figure 2) ประกอบด้วย เงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคมที่จะส่งผลไม่ทางตรงก็ทางอ้อมต่อสุขภาพ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้เกิด Healthy lifestyle เช่นการทำให้เข้าถึงง่ายหรือยากขึ้นในเรื่องการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย อาหารเพื่อสุขภาพ
 - 2.3. **Effective health services** คือการเข้าถึงและการบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและมีคุณภาพ ซึ่งจะปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อสถานะสุขภาพ
 3. Health Promotion Outcome ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัย ระดับบุคคล (Personal) ระดับสังคม (social) และระดับโครงสร้าง (Structure) ซึ่งจำเป็นต้องทำการปรับปรุงเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ intermediate health outcome (Health Determinant) ซึ่ง Health promotion outcome คือ outcome ที่เกิดจาก Health Promotion activities ที่ได้ออกแบบไว้ ในส่วนของ Health promotion outcome ได้แก่ Health Literacy , 2.Social Action and influence และ 3.Healthy Public Policy ซึ่งเป็น Outcome ที่เกิดจาก Health Promotion activities ได้แก่ Education , Social Mobilization และ Advocacy ตามลำดับ โดย
 - 3.1. **Health literacy** คือ ทักษะทางด้านปัญญาหรือสังคมซึ่งทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพ ซึ่งเป็นผลจากการกิจกรรมการให้สุศึกษา
 - 3.2. **Social Action and Influence** คือผลลัพธ์ที่เกิดจากการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อส่งเสริมหรือควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยกลุ่มทางสังคม (Social group) ตัวอย่างเช่น การสร้างมีส่วนร่วม(participation) ของกลุ่มทางสังคมต่างๆ การเกิดความเห็นสาธารณะ (public opinion) ในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องใช้การให้สุศึกษาและการสื่อสารรวมกับการพัฒนาชุมชนในด้านอื่นๆ
 - 3.3. **Healthy public policy and organization practice** คือผลลัพธ์ของความพยายามในการเอาชนะอุปสรรคเชิงโครงสร้างในด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ภาคการเมือง (ระดับชาติและระดับท้องถิ่น) การ lobby เพื่อนำไปสู่ นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ หรือการปรับแก้หรือออกกฎหมายหรือระเบียบที่เอื้อต่อสุขภาพ ยกตัวอย่าง การควบคุมการสูบบุหรี่ที่ประสบผลสำเร็จในหลายประเทศเกิดจากการออกกฎหมาย ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากกิจกรรม Advocacy
- การส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคที่ประสบผลสำเร็จเกิดจากการบูรณาการ Health Promotion actions เข้าด้วยกันเพื่อให้ได้ Health Promotion outcome ทั้ง 3 ตัว ตัวอย่างเช่น โปรแกรม Healthy Eating ควรประกอบด้วยการศึกษาโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับเรื่องอาหารหลัก 5 หมู่ เพื่อให้เกิดทักษะในการเตรียมและเลือกอาหารที่รับประทาน ในเวลาเดียวกัน Community action และการออกกฎหมายหรือ

กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องก็ต้องทำควบคู่กันไปด้วย เช่นการเพิ่มการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ การพัฒนาห่วงโซ่อาหารตลอด supply chain ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมที่มีการปรับเปลี่ยน organization practice ได้แก่ การปรับปรุงเมนูอาหารในโรงเรียนเพื่อให้เด็กนักเรียนได้รับอาหารที่เพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ การพัฒนาโรงอาหารและโรงครัวของโรงเรียน การออกกฎระเบียบเพื่อควบคุมร้านค้าภายในรวมถึงรั้วของโรงเรียนให้ขายอาหารเพื่อสุขภาพ และห้ามขายอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดย model นี้แสดงให้เห็นสะพานเชื่อมระหว่าง Intervention (Health promotion action) ไปสู่ผลลัพธ์ของ intervention (Health Promotion Outcome) และเป้าหมาย (Goal) ของ Intervention (Intermediate health outcome) ที่จะเชื่อมไปสู่ Ultimate goal คือ Health and social Outcome.

4. Health promotion actions (ใน figure 2) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

- 4.1. ระดับบุคคลได้แก่ การ School education & patient Education ระดับ ครอบครัว/ชุมชน ได้แก่ Family education
- 4.2. การมีส่วนร่วมของชุมชนและการเคลื่อนไหวสังคม (Community engagement and mobilization)
- 4.3. ระดับโครงสร้างในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ได้แก่ การให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา นโยบายหรือกฎหมาย และการกระจายทรัพยากร (policy development and resource allocation) สรุป 3 Health Promotion Actions ได้แก่ Education ,Social mobilization และ Advocacy.

การใช้ model ตาม figure 2 นั้นกำหนดให้ Health education อยู่ในบริบทของการส่งเสริมสุขภาพร่วมสมัย และให้ความสำคัญของ Health literacy ในฐานะที่เป็นผลลัพธ์ของ Health education และลูกศรใน model แสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่าง Health education กับ Health Literacy และ Healthy behavior นอกจากนี้ Health education สามารถที่จะส่งผลต่อการพัฒนาทักษะระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคม (interpersonal and social skill) ได้อีกด้วยการที่บุคคลมี health literacy นอกจากจะทำให้มี Personal action เช่นตัวเองไม่สูบบุหรี่แล้ว ยังสามารถทำให้เกิด Community action for health เช่น ชักจูงให้ผู้อื่นเลิกบุหรี่ หรือการสร้างความตระหนักในชุมชนในโปรแกรมการคัดกรองความเสี่ยงเป็นต้น Health Education จนเกิด Health Literacy นอกจากจะส่งผลต่อ Health Outcome แล้วยังเป็นการเพิ่มทางเลือกและเพิ่มโอกาสทางด้านสุขภาพด้วย

Health Education เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่า 1 ศตวรรษ หลายการรณรงค์เน้นการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอย่างง่าย การเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้เกิดความชัดเจนว่า การรณรงค์ที่มีเป้าหมายเพื่อเผยแพร่ข้อมูลจะส่งผลแค่ระดับ Functional health literacy แต่จะไม่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมการให้สุศึกษาที่มีประสิทธิภาพนั้นจะเป็นการให้สุศึกษาโดยเลือกชุมชนที่เหมาะสม เช่นชุมชนที่มีเศรษฐกิจสังคมและการศึกษาที่ดี ระดับการศึกษาที่ดี ส่งผล ต่อระดับของ literacy ต่อทักษะส่วนบุคคล และต่อโอกาสทางเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมานี้ มีผลต่อการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการรับและตอบสนองต่อข่าวสารทางด้านสุขภาพที่ส่งมาพร้อมกับสื่อต่างๆ

Health Education and Communication เป็นเครื่องมือของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค Health education ต้องพัฒนาไปสู่ Health Education ร่วมสมัย ที่มีความซับซ้อน เป็น intervention ที่พัฒนาโดยมีทฤษฎีใหม่ๆ

รองรับ (Theory informed intervention) เป็นโปรแกรมที่ไม่ได้พุ่งเป้าไปที่การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพียงอย่างเดียว (การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารยังเป็นเรื่องที่สำคัญ แต่ต้องทำอย่างอื่นควบคู่ไปด้วย) แต่ต้องพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและสังคมที่จะสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โปรแกรมดังกล่าวต้องเน้นบริบททางสังคมที่จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเน้นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและสังคมโดยเสนอทางเลือกของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก มีหลายทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ช่วยอธิบายความซับซ้อนระหว่าง ความรู้ ความเชื่อ และ perceived social norm และกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับเนื้อหาในโปรแกรมการให้สุศึกษา เพื่อที่จะพัฒนาให้ไปถึงระดับ interactive และ Critical Health literacy และการสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนในสถานการณ์ต่างๆ โดยทฤษฎีหรือ model ต่างๆนอกจากจะแนะนำ เนื้อหาในการให้สุศึกษาแล้ว ยังบอกลำดับขั้นตอนและวิธีการให้สุศึกษาและประเมินเน้นหนัก โดยประเมินเน้นหนักได้แก่

- ความสำคัญของความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ทุกรูปแบบกล่าวถึง Health education เป็นบทบาทหลักในการพัฒนาความรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ และเน้นความสำคัญของ ข้อมูลข่าวสารที่จำเพาะสำหรับบุคคลนั้น (Personalized health information) การจะให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ต้องระบุพฤติกรรมที่จะเกิดตามมาในกรอบเวลาที่ไม่นานนัก และต้องเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางด้านสุขภาพของบุคคลนั้น
- ความสำคัญของ self efficacy หรือความเชื่อของบุคคลนั้น ว่าสามารถที่จะทำสิ่งนั้นได้ด้วยตนเอง Health education ต้องสามารถพัฒนาให้บุคคลมีทักษะและเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถทำสิ่งนั้นได้ด้วยตนเอง โดยสิ่งที่สำคัญที่รับประกันความยั่งยืนได้แก่ ความสามารถติดตามความก้าวหน้าด้วยตนเอง การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ การทำซ้ำอย่างสม่ำเสมอ
- ความสำคัญของบรรทัดฐานทางสังคม (social norm) และอิทธิพลทางสังคม (social influence) ที่เกี่ยวข้องกับคุณค่า (values) ของบุคคลที่จะได้รับการยอมรับจากกลุ่มทางสังคมอื่นๆ การใช้ Social role model อิทธิพลจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน การใช้ peer to peer ในการให้สุศึกษาเป็นสิ่งที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผล
- การให้สำคัญและยอมรับในความแตกต่างของบุคคล และระยะของการเปลี่ยนแปลง (stage of change) มีความแตกต่างกันขึ้นกับแต่ละบุคคล การให้สุศึกษานั้นจึงต้องทำให้ ถูกคน ถูกเวลาและถูกสถานที่
- ข้อจำกัดของ intervention ที่ไม่สามารถที่จะรองรับได้ทุกกลุ่มทางสังคม ที่มีเศรษฐกิจ การศึกษา เงื่อนไขการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน ซึ่งจะมีผลต่อการเข้าถึงบริการและทรัพยากรที่แตกต่างกันไปด้วย
- ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือการรับรู้ของประชาชน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับ health education

การใช้เครื่องมือและวิธีการสื่อสารที่หลากหลาย ที่สอดคล้องกับวิวัฒนาการทางด้านเทคโนโลยี เช่นการสื่อสารทาง internet และ mobile phone . ทำให้การสื่อสารด้านสุขภาพเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว สะดวก และครอบคลุมพื้นที่ได้กว้างขวางด้วยต้นทุนที่ต่ำ ในขณะที่เดียวกันก็เพิ่มความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น การสืบค้นเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพทำได้ง่ายและสะดวกขึ้น และมีช่องทางการสื่อสารมากขึ้นและสามารถที่จะสื่อสาร 2 ทางได้ ทำให้เพิ่มโอกาสในการทำการสื่อสารเฉพาะบุคคล (personalized and tailor made communication) แต่การได้รับข้อมูลที่มากมายและจากหลายแหล่งก็มีข้อเสีย คือ ทำให้การแยกแยะความแตกต่าง หรือแยกว่าข้อมูลใดจริง ข้อมูลใดเท็จจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันทำได้ยากขึ้น

ปัจจุบันการทำ online health education program ทั้ง mHealth และ eHealth มีมากขึ้น เช่นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการป้องกัน เป็นต้น โดยเนื้อหาและวิธีการสื่อสารก็มีความซับซ้อนมากขึ้น จำนวนการ ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ Health literacy มีมากขึ้น แต่ intervention ที่เกี่ยวกับการสื่อสารและการให้สุขศึกษาจนถึงระดับมีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังน้อยอยู่ และยังไม่สามารถปิด gap ที่จะทำให้อาณานิคมสุขภาพดีขึ้น การให้สุขศึกษาเป็นเครื่องมือ ที่สำคัญในงานสาธารณสุข แต่หลักฐานจากหลายการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการให้สุขศึกษาเพื่อการพัฒนาชุดของ ทักษะในการเสริมพลังบุคคลเพื่อป้องกันหรือเพื่อหวังผลต่อการรักษาโรคใดโรคหนึ่งให้ดีขึ้นเท่านั้น ยังไม่ก้าวถึงระดับที่จะ ให้สุขศึกษาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อปกป้องหรือส่งเสริมสุขภาพทั้งส่วนบุคคลและชุมชน Intervention ของ Health Literacy ที่เป็นโปรแกรม online ที่พบจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ Adult education online ,โปรแกรม Multimedia ในโรงเรียนหรือในศูนย์การค้า โดยทั้งหมดเป็นใช้การสื่อสารและให้การศึกษาในการพัฒนา Functional Health literacy skills เพื่อที่จะเพิ่มความรู้และความเข้าใจในประเด็นเฉพาะโดยหวังว่าจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนบุคคล สำหรับวิธีการให้สุขศึกษาที่มีความแตกต่างจากเดิม เช่นใช้การเยี่ยมบ้าน ใช้สื่อ Multimedia , eHealth หรือ mHealth โดยเน้นการให้สุขศึกษาเพื่อการสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่มหรือแต่ละช่วงวัย เช่น กลุ่มพ่อแม่ วัยทำงานหรือผู้สูงอายุ และเนื้อหาเฉพาะสอดคล้องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เช่น โภชนาการและกิจกรรมทาง กายที่เหมาะสมของแต่ละกลุ่มวัย บทสรุปของผู้ศึกษาวิจัย คือ **“แนวคิดและวาทศิลป์ที่เกี่ยวกับ Health literacy ได้ สร้างความตื่นตัวและความน่าสนใจให้กับนักวิจัย ผู้ให้บริการและผู้กำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุข แต่ ความน่าสนใจดังกล่าว ยังไม่สามารถเปลี่ยนเป็น intervention ทางด้านสาธารณสุขที่ก้าวหน้าอย่างมีรูปธรรม** “Overall, the authors report that the concept and rhetoric relating to health literacy has excited the interest of public health researchers, practitioners and policy makers, but that this interest has not yet been converted into substantive advances in public health interventions. “

สรุป

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ นั้นเป็นมากกว่าการส่งผ่านข้อมูลด้านสุขภาพไปสู่ผู้รับ (แม้มันจะเป็นงานพื้นฐานที่ จะต้องทำ) การช่วยให้ประชาชนพัฒนาความมั่นใจที่จะลงมือทำภายใต้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และความสามารถที่จะ ทำงานร่วมกับผู้อื่น หรือสนับสนุนผู้อื่นได้นั้นต้องใช้การสื่อสารที่มีความเฉพาะสำหรับแต่ละบุคคล และสื่อสารผ่านไปยัง กลุ่มประชากร โดยขยาย Health Education ไปสู่ฐานชุมชน (Community based education outreach) ถ้าเป้าหมาย ของ Health Literacy คือการส่งเสริมบุคคลให้สามารถตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างอิสระ จำเป็นที่อย่างย่งที่ต้องเข้าใจ ศักยภาพของการให้สุขศึกษาในการเพิ่มความเข้มแข็งของ personal & community Action เพื่อพัฒนาสุขภาพ Health literacy สามารถสนับสนุนในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการตนเองด้านสุขภาพ โดยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา Health Literacy เป็นที่สนใจของ stakeholder กลุ่มต่างๆ โดยกลุ่มผู้ให้บริการทางคลินิก สนใจในเรื่องโรค และสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค โดย Health Literacy ต่ำ ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรค (Health Literacy as risk) ซึ่ง การศึกษาต่างๆที่ผ่านมา ได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า การพัฒนา Health Literacy ในทางคลินิกและในทางสาธารณสุข ส่งผล ให้การมีส่วนร่วมในการรักษา (engagement) และการจัดการตนเองสำหรับโรคเรื้อรัง (Self Mangement) ดีขึ้น สำหรับ นักการสาธารณสุขที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพ ให้ความสนใจ Health literacy ตามแนวคิดที่ว่า Health Literacy เป็นผลลัพธ์

ของ Health Education and Communication ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพแบบร่วมสมัย (Contemporary Health Promotion) โดยมอง Health Literacy คือทรัพย์สินหรือทุนที่อยู่ในแต่ละบุคคล (Health literacy as asset) ซึ่งสามารถที่จะเพิ่มทุนนี้ได้โดยให้การให้การศึกษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับ intervention อื่นๆเพื่อสนับสนุนบุคคลและชุมชนให้สามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพซึ่งส่งผลต่อสุขภาพบุคคลและชุมชนได้ สำหรับผู้กำหนดนโยบาย Health Literacy เป็นแนวคิดที่มีความยืดหยุ่นที่สามารถนำไปใช้ในการวางตำแหน่งทางนโยบาย ความตั้งใจที่จะทำเรื่อง Health literacy ทั้งในกลุ่มของผู้ให้บริการสาธารณสุข (การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ) ผู้กำหนดนโยบาย และนักการศึกษาวิจัย ทำให้ความรู้และแนวคิดของ Health Literacy ถูกขยายไปอย่างกว้างขวาง Health Literacy มีความสำคัญในฐานะที่เป็นได้ทั้ง Risk (Disease prevention approach) หรือ Asset (Health Promotion Approach) และมีศักยภาพที่จะใช้เป็นตัวชี้วัดสำหรับการให้บริการทางคลินิก(การป้องกันโรค) หรือการสาธารณสุข(การส่งเสริมสุขภาพ) และการกำหนดนโยบายสาธารณะ สำหรับนักวิชาการหรือนักวิจัยนั้นประเด็นที่น่าสนใจ ที่เป็น Knowledge gap คือการพัฒนา Intervention และเครื่องมือวัด Health Literacy ในบริบทของ population based

**** The End ****

บทสรุปของผู้แปล

1. Health Promotion Actions ตาม Article ของ Nutbean ประกอบด้วย 3 Action คือ Health Education , Social Mobilization และ Advocacy
2. Health Literacy ตาม Article ของ Nutbean มี 3 ระดับคือ Functional , Interactive และ Critical Health Literacy อะไรคือเกณฑ์ในการจัด Health Literacy ในแต่ละระดับ จะใช้อะไรเป็น Cutoff Point ในการแบ่งระดับถ้านำ Health Literacy Level มา Crosstab กับ Health Promotion Action จะได้ Matrix ดังรูป ซึ่งสามารถจะระบุ Cut off point ของ Health Literacy แต่ละระดับได้

Matrix of Health Literacy Level & Health Promotion Actions

Health Literacy Level	Health Promotion Actions		
	Health Education (Personal Factor)	Social Mobilization (Social Factor)	Advocacy (Structural Factor)
Functional			
Interactive			
Critical			

Remark : Cut off Point ในการตัดสิน Health Literacy ระดับต่างๆ

- 1.Functional HL ส่วนใหญ่ใช้ cognitive skill อ่านเอกสารหรือฟังโดยไม่ต้องซักถาม ก็สามารถเข้าใจได้
- 2.Interactive HL ต่อยอดจาก Functional HL ใช้ Cognitive skill อย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องใช้ social skill ในการทำปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพื่อให้เข้าใจปัญหาสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ และสังเคราะห์ความรู้ใหม่ที่เกิดจากการเรียนรู้ นำมาใช้ในตัดสินใจแก้ปัญหาที่ไม่เคยประสบมาก่อน ด้วยตนเองได้ (Autonomous Decision)
- 3.Critical HL ต่อยอดจาก Interactive HL ต้องรู้ทั้งปัญหาสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพอย่างผู้รู้จริง จึงจะสามารถให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อแก้ปัญหาเชิงโครงสร้าง (policy , Law ,Regulation) ให้แก่ผู้กำหนดนโยบายได้

3. Health Education แบบเดิมนั้น พัฒนาได้แค่ Functional Health Literacy ถ้าจะให้ถึง interactive and critical Health Literacy ต้องใช้ การสื่อสารแบบมีปฏิสัมพันธ์ หรืออาจต้องใช้กระบวนการทางสังคมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ (Socialization Learning) และรูปแบบของการให้สุศึกษาต้องเปลี่ยนมาเป็น Contemporary Health Education (4.0) เป็น Personalized ,tailor made ,interactive ,rapid response and socialized communication ถึงจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล & และการปรับเปลี่ยน Health determinant ของชุมชน/สังคมได้ ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ยากเนื่องจากการแก้ไขปัญหเชิงโครงสร้าง ซึ่งต้องอาศัยข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งข้อเสนอแนะจะยอมรับจนถึงการปรับเปลี่ยน นโยบาย หลักเกณฑ์ กฎหมายที่เป็นอุปสรรค หรือออกนโยบาย หลักเกณฑ์ กฎหมายที่เอื้อต่อสุขภาพได้ จำเป็นต้องอาศัยการเคลื่อนไหวทางสังคมที่แรงพอที่จะให้ผู้กำหนดนโยบายเห็นถึงความสำคัญหรือความจำเป็น