

Health Education ความท้าทายในศตวรรษที่ 21 ในการยกระดับ Health Literacy แปลโดย นพ.ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล จากเอกสารของ Don Nutbean

Health Education เพื่อยกระดับ Health Literacy ¹

1. Health Literacy (HL) เป็นคำใหม่เมื่อใช้ใน concept ของ Health Promotion (แต่ไม่ใหม่ในกรณีที่ใช้ใน concept ของ Risk factor)² โดย Health Literacy เป็น ผลผลิตของกิจกรรมให้ความรู้และการสื่อสาร (Education & Communication Activities) เมื่อยึดตามความหมายนี้ การให้ความรู้จะส่งเสริมต่อการเพิ่ม Health literacy บทความนี้จะกล่าวถึงความไม่สำเร็จในอดีตของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อที่จะไปข้างหน้า ปัจจุบันกำหนดสุขภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ (social and economic determinant of health) จากการติดตามผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งได้มีการลดบทบาทของการให้สุขศึกษาลง บทความนี้ได้แสดง “Health Outcome Model” ซึ่ง model นี้ได้เน้นให้เห็นว่า Health Literacy นั้นเป็นผลลัพธ์ของการให้การให้สุขศึกษา และได้แสดงให้เห็นระดับต่างๆของ Health Literacy ได้แก่ Functional หรือ Basic Health literacy, Interactive Health Literacy และ Critical Health Literacy จากการวิเคราะห์ดังกล่าวจะพบว่า Health Literacy มีความหมายมากกว่าการส่งข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาทักษะในอ่านฉลากยา หรือการมาพบแพทย์ ตามนัดเท่านั้น แต่ Health Literacy เป็นการพัฒนาทักษะของประชาชนให้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และความสามารถในการใช้ข้อมูลข่าวสารดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนา Health Literacy คือการเสริมพลัง (empower) การประยุกต์ใช้ทั้งเนื้อหา (content) และวิธีการ (method) ในการให้สุขศึกษารวมถึงการสื่อสาร คือประเด็นที่ต้องนำมาพิจารณา เพื่อให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล การขยายการให้สุขศึกษาไปสู่ชุมชน (community base education outreach) รวมถึงการให้สุขศึกษาเพื่อสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อไปสู่การออกกฎหมายหรือข้อบังคับ เพื่อเอาชนะอุปสรรคเชิงโครงสร้างต่อสุขภาพ (overcome structural barriers to health) เป็นประเด็นที่ท้าทายของการให้สุขศึกษาเพื่อให้บรรลุถึงการสร้าง Health literacy ให้เกิดถึงระดับ Interactive หรือ Critical Health Literacy
2. ในศตวรรษที่ผ่านมา การให้สุขศึกษาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งในประเทศกำลังพัฒนา การรณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การควบคุมโรคติดต่อ และการให้ภูมิคุ้มกันในประเทศพัฒนาแล้ว และในปี 1960-1970 ได้มีการรณรงค์ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค NCD โดยเน้นที่การเผยแพร่ข่าวสารทางด้านสุขภาพเท่านั้น ซึ่งได้รับการพิสูจน์ว่าการรณรงค์โดยไม่ได้นำประเด็นทางเศรษฐกิจและสังคมมาพิจารณา ร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคลนั้น ไม่ประสบความสำเร็จในการบรรลุผลลัพธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากประสบผลสำเร็จเฉพาะในกลุ่มที่มีการศึกษาและรายได้สูงในชุมชนเท่านั้น โดยตั้งสมมุติฐานว่าที่กลุ่มนี้ได้ผลดี เนื่องจากการศึกษาทำให้อ่านออกเขียนได้ ทำให้สามารถตอบสนองต่อข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่ส่งไปให้ได้มากกว่า
3. ในส่วนของการควบคุมโรคนั้น ในปี 1980 ได้มีการพัฒนาโปรแกรมในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและทักษะทางสังคม เพื่อให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้สามารถป้องกันภัยจากเรื่องยาเสพติด และได้ขยายไปสู่กลุ่มเป้าหมายอื่นๆ มีการพัฒนาทฤษฎีเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วงนี้ ซึ่งทฤษฎีเหล่านี้ได้ช่วยอธิบายความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่าง ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยมทางสังคม และพัฒนา guideline ในการให้สุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน ในช่วงเดียวกันนี้ เกิด social marketing ซึ่งเป็นเทคนิคในการเปลี่ยนแปลงค่านิยมทางสังคม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในสังคม โดย social marketing เน้นที่การหาแนวทางที่สร้างสรรค์ในการวิเคราะห์ประเด็นต่างๆ จากนั้นพัฒนาโปรแกรมโดยเน้นการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มต่างๆ แม้จะมีการปรับเปลี่ยน

กระบวนการในการสื่อสารและการให้สุศึกษา แต่ก็ยังไม่สามารถที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน และไม่สามารถที่จะส่งผลกระทบต่อสู่สถานะสุขภาพอย่างเท่าเทียม

4. ในทศวรรษที่ 19 Public health action เน้นในเรื่องการจัดการสภาพความเป็นอยู่และสภาพการทำงาน อันเป็นผลจากการปฏิวัติอุตสาหกรรม Public health action มาเน้นเรื่องการพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social and environmental health determinant) ของประชาชน และในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 Public health action มีการปรับเปลี่ยนจุดเน้น โดยเน้นสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของแต่ละบุคคล จากการวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาในเรื่อง ความเจ็บป่วยหรือพิการของประชากรในประเทศพัฒนาแล้วยืนยันได้ว่า อิทธิพลของปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรค และผลแทรกซ้อนจากโรค (Townsend et al 1988 ; Harris et al 1999) สถานะสุขภาพถูกกำหนดจาก คุณลักษณะส่วนบุคคลและ lifestyle รวมไปถึง ปัจจัยทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ล้อมรอบตัวบุคคล แต่ intervention ส่วนใหญ่ไปเน้นในระดับบุคคลมากกว่าไปเน้นในระดับ public health intervention. โดยในช่วงปลายของศตวรรษที่ 20 นั้น ประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้รับรู้ถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้เกิดการสาธารณสุข ได้มีการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 1 และมีการประกาศ Ottawa charter ในปี 1986 และ Jakarta declaration (1997) ทำให้ health promotion ถูกนำมาใช้เป็น Public health action เพื่อให้สามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งไม่ได้จำกัดเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล แต่รวมถึงการกำหนด Public health policy การพัฒนา สิ่งแวดล้อมที่บ้านและที่ทำงาน ซึ่งมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรม (ก่อนหน้าปี 1986 นั้น public health intervention ที่ใช้ส่วนใหญ่เป็น Disease prevention หรือการป้องกันโรค)
5. Public health action ในปัจจุบัน จึงมีความซับซ้อนเนื่องจากได้คำนึงถึงมิติ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพด้วย และไม่สามารถใช้ approach เฉพาะบุคคล เหมือนสมัยก่อนได้ ขอยกตัวอย่างเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ จำเป็นต้องสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจถึงประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ แต่การขาดมาตรการสนับสนุน เพื่อบังคับหรือทำให้การหยุดสูบบุหรี่อย่างยั่งยืนได้ ทำให้การรณรงค์ไม่ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องมี comprehensive approach โดยคำนึงถึงอิทธิพลทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีต่อการพฤติกรรมกรรมการไม่สูบบุหรี่ และสื่อสารให้กับประชาชนและสังคมได้รับทราบ แทนที่จะสื่อสารเฉพาะประโยชน์ที่ได้จากการไม่สูบบุหรี่ ต้องมีกลยุทธ์เพื่อลดอุปสงค์ของการสูบบุหรี่ ได้แก่ การออกกฎหมายบังคับไม่ให้มีการโฆษณาบุหรี่ การเก็บภาษีบุหรี่ เพื่อเพิ่มราคาบุหรี่ การลดภาคอุปทาน เช่น การไม่ให้ขายบุหรี่รอบโรงเรียนเพื่อคุ้มครองเด็ก การใช้มาตรการทางสังคม (social ban) การกำหนดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เพื่อคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่า Comprehensive approach ไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะพฤติกรรมส่วนบุคคล แต่รวมถึงปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่จะมีผลต่อพฤติกรรมเหล่านั้นด้วย หรือจะกล่าวว่า public health action ในศตวรรษที่ 21 ต้องมุ่งเน้นสุขภาพของสาธารณะ (Public health) ไม่ใช่สุขภาพส่วนบุคคล (Individual Health) ตัวอย่างในเรื่องการห้ามการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดความเข้าใจและขยายไปสู่การควบคุมเรื่อง การควบคุมอุบัติเหตุ เรื่องยาเสพติด และความท้าทายที่สำคัญคือเรื่องความไม่เท่าเทียม (Inequity) ในด้านสุขภาพ ซึ่งการให้สุศึกษาอย่างเดียวจะไม่สามารถที่บรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการไม่เท่าเทียมได้
6. Education program ไม่ประสบความสำเร็จในอดีต เนื่องจากเน้นการให้ความรู้ และความเชื่อส่วนบุคคลถึงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคต่างๆ โดยหวังผลสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลที่จะหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว โดยไม่ได้คิดว่า ศักยภาพของการให้สุศึกษานั้นไม่ใช่หวังผลเฉพาะตัวบุคคล แต่มันเป็น public health action ที่สามารถเปลี่ยนแปลงสังคมได้ บทเรียนที่ได้จากความไม่ประสบความสำเร็จในอดีต คือการมองสุขภาพในมิติส่วนบุคคล ทำให้การวิเคราะห์สาเหตุแบบ

ง่ายขึ้น ไม่ครอบคลุมบริบททั้งหมด และการตั้งเครื่องชี้วัดที่ไม่เหมาะสมที่จะไปวัด outcome (ไปวัด Health outcome ไม่ได้ไปวัด Health promotion outcome)

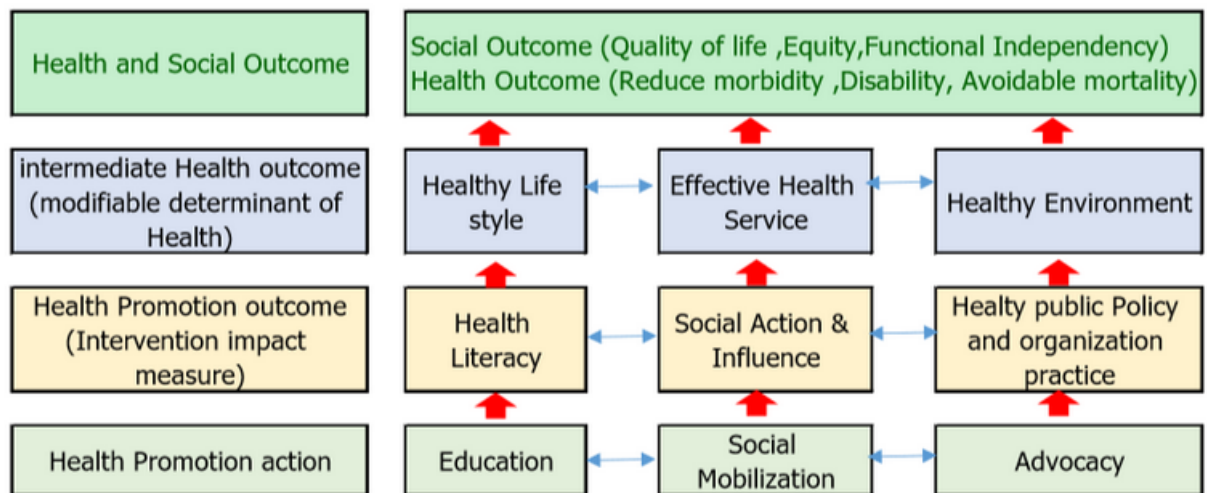
Health Literacy as the Health promotion outcome

ปัจจุบันได้สนใจในการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการให้นิยามผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion Activity) Health Promotion outcome model นี้ (Nutbeam 1996) ได้ลำดับขั้นของผลลัพธ์ในระดับต่างๆ เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่าง Health Promotion action กับ Determinant of health และต่อเนื่องไปถึง Health and social outcome ในท้ายที่สุด โดย Health promotion outcome นั้นเป็นตัวที่อยู่ตรงกลางระหว่าง Health promotion action กับ Intermediate Health outcome ซึ่งจะอธิบายหัวข้อต่างๆใน Model ได้ดังนี้

1. Social Outcome and Health Outcome ประกอบด้วย
 1. Social Outcome ได้แก่ Quality of Life , Equity , Functional Independency.
 2. Health Outcome ได้แก่ Reduce morbidity disability , Avoidable mortality
2. Intermediate Health outcome (Modifiable determinant of health) คือปัจจัยที่จะเป็นตัวกำหนด หรือไปสู่อะไรของ Social & Health outcome ได้แก่
 1. Personal behaviors เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การติดยาเสพติด การเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ และการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อการเพิ่มหรือลดความเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดรวมเรียกว่า Healthy Lifestyle
 2. Effective health Services การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น บริการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และปลอดภัยเป็นต้น
 3. Healthy Environment คือสภาวะทางสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ซึ่งจะมีผลทั้งโดยตรงต่อสุขภาพ เช่น สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย หรือส่งผลทางอ้อมไปสนับสนุนให้เกิด Healthy Lifestyle เช่น สิ่งแวดล้อมที่ทำให้เข้าถึง บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาเสพติด อาหารที่เป็นประโยชน์ การออกกำลังกาย หรือการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่ายหรือยากขึ้นเป็นต้น
3. Health promotion outcome (intervention impact measures) คือปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และปัจจัยเชิงโครงสร้าง ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยกำหนดสุขภาพ (ซึ่งก็คือ intermediate health outcome) Health promotion outcome ได้แก่
 1. Health literacy หมายถึง ทักษะส่วนบุคคลทางด้านปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อที่จะส่งเสริมหรือดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี Health Literacy เป็นผลลัพธ์ของการให้การศึกษาระดับ outcome ดังกล่าวรวมถึงการพัฒนาความรู้และความเข้าใจปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงทัศนคติหรือแรงจูงใจที่จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการเพิ่ม self efficacy ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่จะส่งผลต่อสุขภาพ กล่าวโดยสรุป Health Literacy คือ ผลลัพธ์ของกิจกรรมการให้การศึกษา (Health Education activities)

2. Social Action & Influence คือผลลัพธ์จากความพยายามที่จะส่งเสริมให้เกิดการกระทำหรือการควบคุม ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ของ กลุ่มทางสังคม(Social group) ตัววัดได้แก่ community participation ,community empowerment,social norm,Public opinion
3. Healthy public policy and organization practice คือ ผลลัพธ์จากความพยายามที่จะเอาชนะข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ขัดขวางเกิดมีสุขภาพดี เช่น ผลจากการ Lobby และการทำ Public advocacy อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผ่านกฎหมายการควบคุมการสูบบุหรี่ เป็นต้น ตัววัดได้แก่ Policy statement ,legislation,regulation,resource allocation,organization practice
4. Health promotion action โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต้องประกอบ 3 เรื่องนี้ โดยบูรณาการการดำเนินการไปด้วยกัน เช่น โปรแกรมในเรื่องการส่งเสริมในเรื่อง Healthy Eating ต้องบูรณาการ Health promotion activities ทั้ง 3 เรื่องไปด้วยกันดังนี้
 1. Health Education การให้ความรู้ในเรื่อง อาหาร 5 หมู่ การพัฒนาทักษะในการเตรียมอาหารและการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ กิจกรรมการให้สุขศึกษา เช่น patient education ,School education, broadcast media and print media communication.
 2. Social Mobilization การดำเนินการเพื่อพัฒนาการเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ตลอดห่วงโซ่อาหาร การให้เกิดอาหารกลางวันในเด็กนักเรียนโดยเฉพาะในพื้นที่ที่ห่างไกล ให้ได้อาหารเพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพภายในโรงเรียน เช่น Community development ,group facilitation, targeted mass media communication.
 3. Advocacy ในที่นี้เน้นการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือเชิงมาตรการต่อ Policy Maker ในส่วนของการเมืองและข้าราชการประจำทั้งในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น (Lobbying political organization and activism) , การเสนอแนะเพื่อแก้ปัญหาความเฉื่อยเนือยหรือความล่าช้าของระบบการบริหารจัดการแบบราชการที่มีลำดับชั้นของการบังคับบัญชา (overcoming bureaucratic inertia)

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



remark : ตัวอย่างของมาตรการของแต่ละหัวข้อ

Healthy Life style : Tobacco use,Food choice ,Physical activity ,Alcohol ,Drug Abuse

Effective Health Service : Provision of preventive service,Access to an appropriate health services

Health Environment : Safe Physical Env,Good food supply,restriction for access tobacco/alcohol

Health Literacy : Personal skill ,self efficacy ,Health related knowled attitude,behavioral intention.

Social action and influence : Community participation,Empowerment ,social norm,public opinion.

Healthy public policy and organization practice : Policy statement ,regislation,regulation,Resource allocation,Organization practice

Education : Patient education ,School education ,broadcast media and print media communication

Social Mobilization : Community development ,group falitation,targeted mass communication.

Advocay : Lobbying ,Polliitcal organization and activism ,Overcoming bureaucratic inertia

What is Health Literacy

1. มีการพูดถึง Health literacy เมื่อ 30 ปีก่อน ใน USA โดยได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของระดับ Literacy ของผู้ป่วย กับความสามารถในการอ่านฉลากยา และการมารับการติดตามการรักษา ซึ่งตรงกับความหมายของ Functional Literacy ซึ่งก็คือความสามารถในการประยุกต์ใช้ literacy skill ในการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น โปสเตอร์ การอ่านฉลากยา การมาโรงพยาบาลตามนัดหมาย และความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น (Parker et al 1995) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า Poor functional health literacy ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอาจจะส่งผลให้ต้นทุนการรักษาสูงขึ้น เนื่องจากการรับประทานยาไม่ถูกต้อง
2. การนิยาม Health literacy ตามความหมายแคบเพียง Functional Health literacy หรือทักษะในการอ่านออกเขียนได้เพื่อใช้ประกอบชีวิตประจำวันเท่านั้น ทำให้ไม่ทราบเป้าหมายที่แท้จริงของ Health literacy ตามนิยามตามความหมายกว้าง ซึ่งรวมถึง interactive & critical Health literacy ด้วย Health Literacy แบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่
 - 2.1. Functional Literacy ทักษะพื้นฐานในการอ่านออก เขียนได้ เพื่อสามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นความหมายแคบของคำว่า Health Literacy.

- 2.2. Communicative / Interactive Health Literacy คือทักษะทางปัญญา (Cognitive skill) ขั้นสูงขึ้นไป และรวมถึงทักษะทางด้านสังคม (social skill) ทำให้สามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันทั้งเชิงรุกและเชิงรับอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถที่จะสกัดความรู้จากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมา และสามารถที่จะนิยามความหมายจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายได้ รวมถึงการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้มาใหม่ เพื่อปรับให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ได้
- 2.3. Critical Health Literacy คือทักษะทางปัญญาขั้นสูงและซับซ้อน ร่วมกับทักษะทางด้านสังคม ในการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารได้อย่างลึกในเชิงวิพากษ์วิจารณ์ (critical analysis) และสามารถที่จะประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆได้
3. ระดับของ Health Literacy จะส่งผลต่อระดับของการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการจัดการตนเอง และระดับของการเสริมพลังให้กับบุคคล ซึ่งความก้าวหน้าของระดับ Health Literacy ไม่ได้ขึ้นกับทักษะทางด้านปัญญาเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับการเนื้อหา (content) และวิธี (method) การได้รับข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร อีกทั้งการตอบสนองของผู้รับสื่อ ซึ่งขึ้นกับทักษะด้านปัญญาและสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self efficacy) ในเนื้อหาหรือประเด็นของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาด้วย
4. WHO ได้ให้ความหมายของ Health Literacy ในความหมายที่กว้างกว่า Functional Health Literacy อย่างมาก โดยนิยาม Health Literacy หมายถึง ทักษะทางด้านปัญหาหรือสังคม ที่จะไปกำหนดแรงจูงใจ หรือความสามารถของบุคคลในการ เข้าถึง และเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ สามารถที่ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาในการส่งเสริม และดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี Health literacy ไม่ได้จำกัดเฉพาะการอ่านและเข้าใจฉลากยา หรือการมารับการรักษาตามนัดของแพทย์ การที่จะให้ประชาชนมี health literacy เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลเพื่อสุขภาพที่ดีได้ จำเป็นต้องได้รับการเสริมพลัง (empowerment)
5. ได้กล่าวมาก่อนหน้าแล้วว่า Health Literacy เป็นผลผลิตของ Health Education เมื่อความหมายของ Health literacy ได้ขยายนิยามไปมากกว่า Functional Health Literacy ขอบเขตของ Health Education ก็ต้องถูกขยายขอบเขตของความหมายตามไปด้วย Health education ต้องให้ได้ทั้งประโยชน์ส่วนบุคคล (personal benefit) และประโยชน์ต่อสังคม (Social benefit) และต้องรวมในเรื่อง Education และ Communication ไปด้วยกัน ทั้งในส่วนที่เป็น Content และ ส่วนที่เป็น method ในส่วนของ Content ของ Health education ต้องทุ่มเทความพยายามในการพัฒนาความรู้ และความเข้าใจ และต้องไม่จำกัดเฉพาะการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือพฤติกรรมส่วนบุคคล หรือการใช้ระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น การให้สุขศึกษาต้องขยายไปสู่การสร้างวัฒนธรรมที่ ปักจายกำหนดสุขภาพทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องเกิดการปรับเปลี่ยนทั้งด้านส่วนบุคคล และปักจายกำหนดสุขภาพเหล่านั้นไปด้วยกัน และการมี health literacy (ตามความหมายของ WHO หรือตามความหมายกว้าง) จะส่งผลต่อสังคมและประชาชนในวงกว้าง และส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของ Community action for health เกิดการพัฒนาทุนทางสังคม (Social capital) ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ ในส่วนของ Method ของ Health education and communication นับเป็นประเด็นที่ทำหาย การพัฒนาการสื่อสารที่จะเพิ่ม interaction , participation จนสามารถที่จะวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลในเชิงวิพากษ์ได้ (Critical analysis) การจะเกิด Critical conscious ได้ จำเป็นต้องยกระดับ literacy จาก Functional มาเป็น Interactive และจาก interactive มาเป็น Critical Health literacy ซึ่ง Functional health literacy มาจากพื้นฐานการอ่านออกเขียนได้ คำนวณเป็น (literacy & numeracy) แต่การแตกฉานในการอ่านออกเขียนได้ และคำนวณเป็น ไม่ได้รับประกันว่าจะเกิด critical health literacy ฉะนั้นจึงเป็นประเด็นที่ทำหายของ Health education & communication ในศตวรรษที่ 21 ว่าจะทำอย่างไรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพทั้งด้าน content & method เพื่อที่จะเสริมพลังให้ประชาชนไปสู่ Critical health literacy. ยกระดับการปรับเปลี่ยนจาก personal benefit มาสู่การปรับเปลี่ยนเพื่อให้ได้ทั้ง personal และ population and social benefit.

Model of Health Literacy

1. ระดับที่ 1 Function Literacy ซึ่งเป็น output ของ Health Education แบบดั้งเดิม ที่เน้นการให้ความจริงเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และวิธีการไปรับบริการสาธารณสุข เป้าหมายของ Functional Health Literacy เพื่อที่จะเพิ่มความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และเพื่อให้ทราบการไปรับบริการในระบบสาธารณสุข และมีส่วนร่วมในการแผนการรักษาของแพทย์ โดยทั่วไปแล้วจะได้เพียง personal benefit ส่วน public benefit ที่ได้ค่อนข้างน้อย ที่จะมีได้เช่น การมีส่วนร่วมในเรื่องการคัดกรอง หรือการได้รับวัคซีน วิธีการสื่อสารไม่ได้เน้นการสื่อสาร 2 ทางแบบ interactive และไม่ได้ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะและการจัดการตนเอง เพื่อสุขภาพได้ ยกตัวอย่างการให้สุศึกษาในระดับนี้ คือ การจัดทำแผ่นพับเพื่อให้สุศึกษา หรือการให้สุศึกษาแบบดั้งเดิม (Classical Health Education)
2. ระดับ 2 Interactive Health Literacy ซึ่งเป็น output ของ Health education เมื่อ 20 ปีที่ผ่านมา โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การให้สุศึกษาในระดับนี้ เพื่อเพิ่มความสามารถที่จะใช้ความรู้ อย่างอิสระ เพื่อสร้างแรงจูงใจหรือและความมั่นใจในตนเองว่าสามารถทำตามคำแนะนำได้ ประโยชน์ที่ได้มักเป็น Personal benefit มากกว่า population benefit ตัวอย่างของกิจกรรมได้แก่ การให้สุศึกษาในโรงเรียนเพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและสังคม โดยหวังผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. ระดับ 3 Critical Health Literacy คือ ผลผลิตของการพัฒนาทักษะทางด้านปัญญาและสังคม การดำเนินการมุ่งเน้นการสนับสนุนกิจกรรมทางด้านสังคมและการเมือง ร่วมกับ กิจกรรมส่วนบุคคล ตามกรอบแนวคิดนี้ การให้สุศึกษา ประกอบด้วย การสื่อสารข้อมูล และการพัฒนาทักษะที่จะตรวจสอบความเป็นไปได้ในภาคการเมือง หรือความเป็นไปได้ที่องค์กรจะดำเนิน กิจกรรมที่หลากหลายเพื่อจัดการปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมที่จะมีผลต่อสุขภาพ Health literacy ในระดับนี้ มุ่งเน้นที่ population benefit ซึ่งจะส่งต่อ Personal benefit อีกต่อหนึ่ง การให้สุศึกษาจึงหวังผลต่อการส่งเสริมบุคคลและ ชุมชนให้สามารถที่จะปรับปรุงปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง Health Literacy กับ outcome model ในรูปที่ 1 จะพบความสัมพันธ์ทั้งในแนวตั้งและแนวนอน ยกตัวอย่างการมีความสัมพันธ์ในแนวตั้ง Health Literacy จะสัมพันธ์กับ Healthy lifestyle ในแนวตั้ง การเพิ่ม health literacy ทำให้เกิด Healthy lifestyle choice และสนับสนุนการไปรับบริการสุขภาพ และให้ความร่วมมือกับแผนการรักษาของ แพทย์ ในแนวนอนนั้น การพัฒนา health literacy จนถึงระดับ critical health literacy จะทำให้ชุมชนมีความสามารถในการ พัฒนา social action จนถึงระดับของการกำหนดนโยบายสาธารณะ และเปลี่ยนการปฏิบัติขององค์กร (organization practice) ที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งโปรแกรมการพัฒนาชุมชนมากมายที่พัฒนาตามแนวทางดังกล่าว จะเห็นได้ว่า Health education ในรูปแบบ ใหม่ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของทุกคนใน ชุมชน

ตารางเปรียบเทียบการสอนสุขศึกษาเพื่อให้บรรลุ Health Literacy ระดับต่างๆ

Topic	Function HL(1)	Interactive HL(2)	Critical HL(3)
Goal	เพื่อการสื่อสารและให้ความรู้	เพื่อเพิ่มทักษะส่วนบุคคล	เสริมพลังให้กับบุคคลและชุมชน
เนื้อหา	การส่งข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและการใช้บริการสุขภาพ	เหมือน (1) และเพื่อโอกาสในการพัฒนาทักษะในเรื่องของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	เหมือน (2) และเพิ่มการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และโอกาสที่จะสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติขององค์กร (Organization Practice)
Individual Benefit Outcome	เพิ่มความรู้ในเรื่องความเสี่ยงและการใช้ระบบบริการ ความร่วมมือในการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์	เพิ่มความสามารถในการใช้ข้อมูลเพื่อการจัดการตนเอง เพิ่มแรงจูงใจและความมั่นใจในตนเองในการจัดการสุขภาพตนเอง	เพิ่มความสามารถส่วนบุคคลที่จะฟื้นคืนปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพให้กลับมาดีเหมือนเดิม
Social & Community Benefit Outcome	เพื่อการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการรักษาในระดับประชากร เช่น เรื่องการคัดกรองโรค การไปรับวัคซีน	เพิ่มความสามารถในการสร้างและใช้มาตรการทางสังคม (social norm) การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มทางสังคมต่างๆ	เพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และเพิ่มการเสริมพลังชุมชน
ตัวอย่างกิจกรรมการเรียนรู้สุขศึกษา	การส่งข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางปกติ เพิ่มโอกาสการติดต่อโดยตรงถึงผู้ป่วย มีสื่อในการให้สุขภาพที่พร้อมใช้	การสื่อสารที่เฉพาะเจาะจงต่อความต้องการของชุมชน เป็นผู้สนับสนุนให้เกิด Self Help group , Social Support Group และการสร้างช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย	จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน การให้ข้อเสนอแนะต่อผู้นำชุมชน และนักการเมืองท้องถิ่น สนับสนุนการพัฒนาชุมชน

สรุป

1. Health Literacy เป็น Concept ทั้งใหม่และเรื่องเก่าอยู่ในตัว Education for health แบบ interactive เพื่อไปสู่ Critical Health Literacy นั้นไม่ใช่เรื่องใหม่ และเป็นส่วนที่อยู่ในแผนงานที่เกี่ยวกับ social mobilization มาเป็นเวลาหลายปีแล้ว ซึ่งมีตัวอย่างของการทำ social mobilization ในกลุ่มด้วยโอกาสต่างๆทั้งในประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา โดยไปแก้สาเหตุรากเหง้าด้านการศึกษา
2. เป็นเรื่องที่น่าผิดหวัง ที่ไม่ได้ใช้ศักยภาพของ Health Education สำหรับเป็นเครื่องมือเพื่อเปลี่ยนแปลงสังคม หรือให้ภาคการเมืองสร้างนโยบายสาธารณะ หรือเปลี่ยนแนวปฏิบัติขององค์กรเพื่อสุขภาพ ซึ่งส่วนนี้มีการดำเนินการน้อยมาก จนเกือบจะ

หายไปสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ จึงควรที่จะพุ่งความสนใจในเรื่อง ผลกระทบของนโยบายสาธารณะต่อสุขภาพ และความจำเป็นในการที่ต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

3. การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งต้อง Work on หรือ work to the people มากกว่าที่จะ work by หรือ work with the people และ Health education แบบดั้งเดิม ก็จำกัดตัวเองเพียงเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนบุคคล หรือการไปใช้บริการในระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น
4. เป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับ health education ในศตวรรษที่ 21 ที่ต้องเพิ่มทั้งสาระและวิธีการ เพื่อพัฒนาประชาชนไปถึงระบบ Critical Health Literacy ไม่ใช่หยุดอยู่แค่ Functional Health Literacy เท่านั้น
5. การอ่านออกเขียนได้ คำนวณเป็น (Literacy and numeracy) เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่ Health Literacy จึงต้องมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างภาคการศึกษา กับ สาธารณสุข ในระดับนานาชาติ เป็นเรื่องที่ต้องประสานความร่วมมือระหว่าง WHO & Unicef ส่วนในระดับประเทศจำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ กระทรวงศึกษาธิการ จนลงไปถึงระดับพื้นที่
6. เพื่อให้บรรลุ health literacy ตามนิยามของ WHO กระบวนการ Health Education ในศตวรรษที่ 21 ต้องแตกต่างจาก Health education ดั้งเดิมที่เคยทำมา ทั้ง Content & Method โดยต้องขยายขอบเขตของ content และใช้ method ใหม่ ๆ ในการสื่อสาร เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และมีการสื่อสาร 2 ทางเพื่อสร้างความเข้าใจในระดับที่สามารถใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจเลือกทางเลือกเพื่อสุขภาพ (healthy choice) ได้ด้วยตนเอง การพัฒนา Health literacy นั้นต้องเกิดผลลัพธ์ไปถึงระดับ population ไม่ใช่เพียงการส่งข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล และสามารถใช้บริการในระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ต้องไปถึงในระดับที่ประชาชนมีความมั่นใจว่าสามารถใช้ข้อมูลและความรู้ ในการตัดสินใจ ในการเลือกทางเลือกเพื่อสุขภาพได้ด้วยตนเอง และ key word สำหรับในเรื่อง Health literacy คือ การเสริมพลังให้ประชาชน และชุมชน เพื่อให้ประชาชนและชุมชนสามารถจัดการตนเองได้ โดยเฉพาะจัดการปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และ สิ่งแวดล้อม ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ ซึ่งการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างหรือเชิงระบบ นั้นจำเป็นต้องอาศัยภาคการเมืองในการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อแก้ปัญหาเชิงโครงสร้าง ซึ่งเกินกว่ามาตรการทางสังคมที่ภาคประชาชนเป็นผู้กำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. *Health Education ความท้าทายในศตวรรษที่ 21 ในการยกระดับ Health Literacy (context)*
2. *Health Literacy มี 2 concept โดย Concept แรกมอง Health Literacy เป็นความเสี่ยง ส่วนใหญ่ใช้ใน Hospital base ในเรื่อง Disease Prevention ส่วนอีก concept มอง Health Literacy เป็นทุนหรือทรัพย์สิน (Asset) มักใช้ใน Community base ในเรื่อง Health Promotion รายละเอียดในเอกสาร The Evolving Concept of Health Literacy: Don Nutbeam (context)*