

Part 4.

Standard of Health Literate Healthcare Organization (HLHCO)

	หน้า
1. Executive Summary	117
2. Health Literate Healthcare Organization (HLHCO) Jürgen M. Pelikan	123
3. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations ;Cindy Brach.	139
4. V-HLO, International OHL-Hos, Org-HLR Framework	166
5. ภาคผนวก	
5.1. แบบประเมินตนเองตาม International Assessment Tools for OHL-Hos	181

Executive Summary

- การเปรียบเทียบ Organization Health Literate Responsiveness Framework (Org-HLR) จากการศึกษาของ Trezona⁽¹⁾ และ Angela⁽¹⁾ กับ Baldrige Excellence Framework⁽³⁾ ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ประเทศต่าง ๆ นิยมใช้ในปัจจุบัน มาตรฐานในประเทศไทยที่นำ Baldrige Excellence Framework มาเป็นแม่แบบได้แก่ TQA , PMQA , HA โดยโรงพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่พัฒนาเพื่อการรับรองด้วย HA Standard จากการเปรียบเทียบพบว่า Baldrige Excellence Framework ครอบคลุมหัวข้อได้มากกว่า Org-HLR Framework ที่ได้จาก 2 การศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งทั้ง 2 การศึกษาไม่ได้พูดถึง Result เพราะฉะนั้นต่อไปจะใช้ Baldrige Excellence framework เป็นกรอบเพื่อจะวาง Ten Attribute of HLHCO ของ IOM , V-HLO ของ Vienna Study , และ International OHL-hos ของ CC-HPH เข้าไปในกรอบดังกล่าว โดย ในส่วนของ Process Management ในหมวด 6 จะประกอบด้วย Process ที่เกี่ยวกับ HL ดังนี้
 - 1.1. Communication Practice and Structure
 - 1.2. Ease Access to services and Process (Ease of Navigation)
 - 1.3. Patient engagement and self management support.
 - 1.4. Community engagement & Partnership

รูปที่ 1 เปรียบเทียบ Organizational Health Literate Responsiveness กับ Baldrige Excellence Framework

Compare Org_HLR Framework with Baldrige Excellence Framework		
Baldrige's	Trezona's study	Angela's Study
Organization profile	External Policy & Funding Environment	
1.Leadership	Leadership & Culture	Organization structure,policy and leadership
2.Strategic Management		
3.Focus of Customer		
4.IM & KM		
5.Staff focus	workforce	
6.Process Management	Communication practice & Structure	Communication
	Access to services and process	Ease of Navigation
		Patient enagement & Self management support
	Community engagement & Partnership	
7.Result		

- เปรียบเทียบ Baldrige Excellence Framework⁽³⁾ กับ Ten Attribute of HLHCO (IOM) ,V-HLO, International OHL-hos (CC-HPH)⁽⁴⁾ เนื่องจาก Concept ของ Health Literacy มีการวิวัฒนาการไป ทำให้ Model , นิยาม , เครื่องมือวัด HL , Tool , Intervention รวมถึง Standard Framework มีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย ในส่วนของ

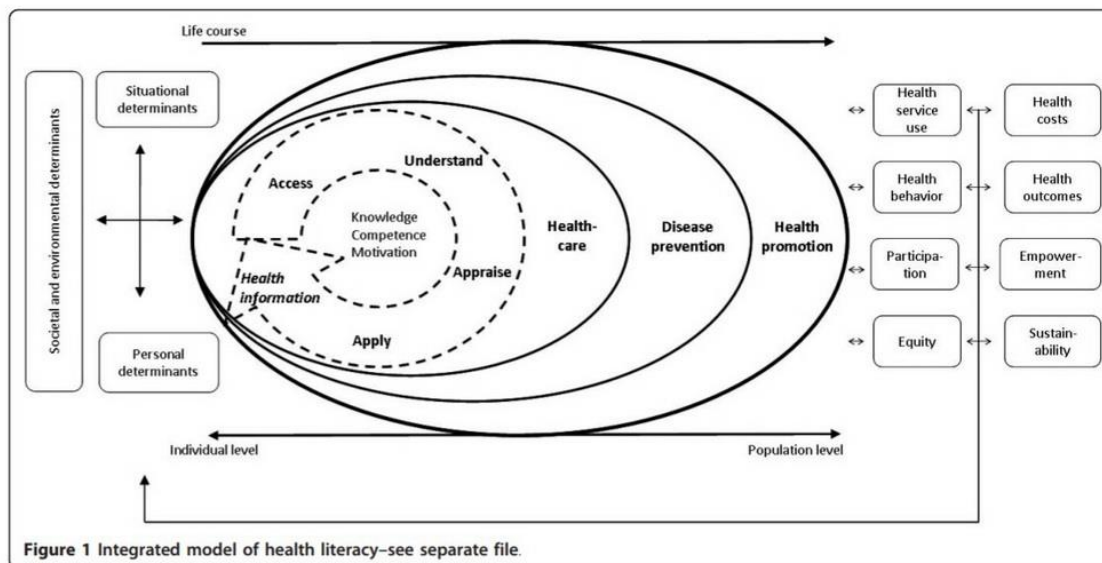
Standard Framework ก็เช่นเดียวกัน ใน USA Institute of Medicine (IOM) ได้รายงาน 10 Attribute of HLHCO เมื่อปี 2012 โดย Framework พัฒนาจาก Healthcare context เมื่อทางนำประยุกต์ใช้ยุโรปที่ Health Literacy Concept พัฒนาไปสู่เรื่อง Health Promotion โดยมอง HL เป็นเรื่องซึ่ง beyond individual Health แต่เป็นเรื่อง Public Health ในปี 2014/2015 WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (WHO-CC-HPH) จึงพัฒนา V-HLO (Vienna Health Literate Organization) ซึ่งประกอบด้วย 9 standard ,22 sub-standard ,160 indicator V-HLO ได้ปิดช่องว่างของ 10 Attribute HLHCO ในเรื่อง Health promotion โดย stand ที่ 8 เพิ่มเรื่องการสนับสนุน HL ให้แก่ องค์กร ชุมชน และประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (Contribute HL in the region) และ standard ที่ 9 ในเรื่องการเผยแพร่การดำเนินการ best practice ผลลัพธ์การ ดำเนิน HL ให้กับองค์กร ชุมชน หรือประชาชนในเขตรับผิดชอบ ภายใต้แนวคิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับองค์กร ภายนอกจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในขององค์กร และเป็นการสร้าง Network & Partnership ด้วย เนื่องจากทีมพัฒนา V-HLO คือ Network ที่ทำเรื่อง Health Promoting Hospital (HPH) ในปี 2016 The international Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) ได้ตั้ง International Working Group on Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (HPH & HLO) ได้ปรับ V-HLO เป็น International version ใหม่ประกอบด้วย 8 standard (เดิมมี 9 ปรับเหลือ 8 standaard โดยบูรณาการ Sub-standard 8.1 เดิมเข้ากับ standard 6 และบูรณาการ sub-standard 8.2 และ standard 9 เดิม เข้าไปเป็นใน stand ใหม่เป็น Standard ที่ 8) โดย 8 standard ใหม่ จะประกอบด้วย 23 sub-standard , 156 Indicators และจัดทำแบบประเมินตนเอง [International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (OHL-Hos) ⁽⁴⁾] ซึ่งเครื่องมือที่ได้พัฒนาใหม่นำเสนอในที่ประชุม 27th International HPH conference in Warsaw May 31st 2019 โดย V-HLO และ International OHL-hos นั้นมีความ ใกล้เคียงกันมาก เพียงแต่ยกเลิก standard 9 ไปรวมกับ standard 8 และปรับ sub-standard และ indicators เพียง เล็กน้อย (ดังรูปที่ 2)

รูปที่ 2 เปรียบเทียบ Badrige Excellence Framework กับ 10 Attribute HLHCO , V-HLO และ OHS-Hos

Compare Baldrige's Framework with Ten Attribute(IOM),V-HLO and International OHL-Hosp

Baldrige's	Ten Attribute	V-HLO	International OHL-hos
1.Leadership	Leadership promote (1)	Management Policy and Organization Structure(1)	
2.Strategic Management	Plan ,Evaluate & Improve (2)		
3.Focus of Customer	Meet need of all (5)		
4.IM & KM	Include consumer (4)	Dissemination and further development (9)	
5.Staff focus	prepare workforce (3)	Development HL skill of staff for patient communication(3)	
		Promote of HL of staff (7)	
6.Process Management			
6.1 Communication practice & Structure	communicate effectively (6)	HL in Patient Communication (5)	
	design easy to use material(8)	Participative development of material and service(2)	
	explain coverage and cost (10)		
6.2 Ease Access to services and process	Ensure ease of access (7)	Navigation Assistance (4)	
6.3 Patient enagement & Self management support	Target high risk situation (9)	promote of HL in patient and relatives (6)	
6.4 Community engagement & Partnership		Contribute to HL in the region (8)	Contribute to promoting personal and organization HL in the region (8)
7.Result			

3. ทั้ง 10 Attribute ,V-HLO , International OHL-hos ตัว Standard ไม่ได้กล่าวถึง Result แต่ไปกล่าวในแบบประเมินตนเอง (Self Assessment) โดย International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (OHL-Hos) ⁽⁴⁾ โดย V-HLO จะมี 160 indicator ส่วน OHL-hos จะมี 156 indicator โดยสามารถเลือก indicators ให้เหมาะสมกับบริบท ถ้าพิจารณาจาก Integrated model of Health Literacy ⁽⁷⁾ Consequence คือ สิ่งที่จะตามหลัง Health Literacy แบ่งเป็น 4 คู่ได้แก่
- 3.1. อัตราการมาใช้บริการสุขภาพ (Health service use) ซึ่งจะสัมพันธ์กับ ต้นทุนของการมารับบริการ (Health cost) (Disease Approach ใน Healthcare Setting)
 - 3.2. พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) จะสัมพันธ์กับ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcome) – (Disease prevention & Health promotion approach)
 - 3.3. การมีส่วนร่วม (Participation) จะสัมพันธ์กับ ระดับการเสริมพลัง (Empowerment) – Health promotion Approach
 - 3.4. ความเท่าเทียม (Equity) จะสัมพันธ์กับ ความยั่งยืน (Sustainable) – Health promotion approach.



4. การกำหนดเครื่องชี้วัดจะขึ้นกับการนำมาตรการมาใช้ ถ้าทราบมาตรการใดที่ส่งผลต่อการปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement) ก็จะทำให้สามารถเลือก Indicators ที่จะเป็น Consequence กับมาตรการนั้นๆได้ จากการศึกษาเกี่ยวกับมาตรการที่มีผลต่อ Quality Improvement โดยใช้ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ⁽⁸⁾ พบว่า มาตรการที่ส่งผลต่อ Quality Improvement ได้แก่

TABLE 3.

Domains and Themes Addressed by Consensus Organizational Health Literacy Quality Improvement Measures

Organizational Health Literacy Domain and Measurement Theme	Number of Consensus Measures (%) ^a
Organizational Structure, Policy, & Leadership	4 (18%)
Leadership support for organizational health literacy activities	1 (5%)
Staffing and structures to enhance patient and family engagement	1 (5%)
Structured methods for encouraging patient and family engagement	2 (9%)
Communication	6 (27%)
Serving patients with limited English proficiency	3 (14%)
Using the Teach-Back method to ensure patient comprehension	2 (9%)
Medication review to improve accuracy and patient understanding	1 (5%)
Ease of Navigation	2 (9%)
Simplifying the process of scheduling appointments	1 (5%)
Ensuring referral completion	1 (5%)
Patient Engagement & Self-Management Support	7 (32%)
Improving access to patient education	1 (5%)
Addressing patients' nonmedical needs	2 (9%)
Setting self-management goals	1 (4%)
Self-management support before, during, and after an inpatient stay	3 (14%)
Measures that cut across domains	3 (14%)

Note. ^aBecause of rounding error, percentages related to each measurement theme may not sum to the total percentage of measures within a given domain.

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. Concept ของ Health Literacy นั้นต้องครอบคลุมทั้ง Healthcare , Disease Prevention และ Health Promotion ฉะนั้น 10 Attributes Framework for HLHCO เน้นในเรื่อง Healthcare จึงไม่ครอบคลุมในมิติของ Health promotion เพราะฉะนั้น V-HLO หรือ OHL-Hos จึงมีความเหมาะสมกว่า เนื่องจาก OHL-Hos คือ updated version ของ V-HLO และมีแบบประเมินตนเองที่พร้อมใช้และผ่านความเห็นชอบจาก International HPH conference in Warsaw May 31st 2019 โดย HPH มี International Network ที่จัดประชุมทุกปี เพื่อนำสาระจากประชุม Global Health Promotion Conference มาสู่การปฏิบัติ และหา Best practice มาแลกเปลี่ยนกันในที่ประชุม ฉะนั้นควรที่จะเลือก OHL-hos มาเป็นตัวตั้ง แล้วนำหัวข้ออื่นๆ มาเติมเต็มได้แก่
 - 1.1. เลือกหัวข้อใน Ten Attributes ที่เห็นว่าสำคัญเข้ามาเสริมในส่วนที่ OHL-hos ไม่มีในสาระสำคัญ
 - 1.2. นำหัวข้อที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ Healthcare setting ที่อยู่ในระดับ best practice เข้ามาเสริม เพราะจะทำให้สอดคล้องกับบริบทจริงของ Setting ที่จะมามาตรฐานไปใช้
2. โรงพยาบาลในประเทศไทยทั้งของรัฐ (1,000 แห่ง)และเอกชน (400 แห่ง) รวม 1,400 แห่ง ผ่านการรับรอง (Accredited) ด้วย HA 740 แห่ง (รพ.รัฐ 600 รพ.เอกชน 140 แห่ง) โดยโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านการประเมินอยู่ในช่วงของการพัฒนาเพื่อเข้าสู่การประเมิน⁽⁵⁾ โดย HA จะบูรณาการทั้ง HA และ HPH เข้าด้วยกัน การบูรณาการ HLHCO Standard เข้าไปใน HA Standard น่าจะเป็นทางเลือกที่จะทำให้ HLHCO standard ถูกนำไปใช้สำหรับโรงพยาบาลได้อย่างครอบคลุมในเวลาที่สุดเร็ว
3. การทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับ HLHCO Framework ในต่างประเทศทั้ง Ten Attribute for HLHCO , V-HLO และ OHL-hos เป็นการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ ยังไม่มีการศึกษาในสถานบริการสุขภาพ ระดับ รพ.สต. การนำ HLHCO Framework ไปใช้ใน รพ.สต.จำเป็นต้องปรับให้สอดคล้องกับบริบท โดยถอดบทเรียนจากรพ.สต.ที่เป็น best practice ในเรื่อง HL และเน้นในหัวข้อที่เกี่ยวกับ Health Promotion รวมทั้งบูรณาการไปพร้อมกับมาตรฐานของ รพ.สต. เช่น รพ.สต.ติดตามเป็นต้น เพื่อให้สามารถขยายผลได้รวดเร็ว และไม่เกิดความคิดว่าเป็นมาตรฐานใหม่ ทำให้เกิดแรงต่อต้านมาก

เอกสารอ้างอิง

1. Anita Trezona , Sarity Dodson,Richard H Osborne. Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. I. BMC Health Services Research (2017) 17:513.
2. Angela G. Brega, Mika K. Hamer,Karen Albright,Cindy Brach,Debra Saliba, Dana Abbey, R. Mark Gritz. Organizational Health Literacy: Quality Improvement Measures with Expert Consensus . HLRP: Health Literacy Research and Practice • Vol. 3, No. 2, 2019.

3. NIST.Baldrige Excellence Framework (Health Care) - [cited 2020 Sep 20] .available from <https://www.nist.gov/baldrige/publications/baldrige-excellence-framework/health-care>.
4. Jürgen M. Pelikan, Peter Nowak . Working Group on “HPH and Health Literate Health Care Organizations” - [cited 2020 Sep 20]. Available from : https://www.hphconferences.org/fileadmin/user_upload/Pelikan-Nowak_Warsaw-2019.pdf.
5. ไทยรัฐออนไลน์ .HA มาตรฐาน รพ.เกียรตินิยม มี 4 แห่ง - [cited 2020 Sep 20]. Available from : <https://www.thairath.co.th/news/local/1238141> .
6. International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO) (2019). International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals - SAT-OHL-Hos-v1.0-EN international. Vienna: WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (CC-HPH).
7. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J.M., Slonska, Z. and Brand, H. for HLS-EU Consortium European Health Literacy Project(2012) 'Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models', BMC Public Health, 12, 80.
8. Angela G. Brega, Mika K. Hamer,Karen Albright,Cindy Brach,Debra Saliba, Dana Abbey, R. Mark Gritz. Organizational Health Literacy: Quality Improvement Measures with Expert Consensus . HLRP: Health Literacy Research and Practice • Vol. 3, No. 2, 2019.

Health Literate Healthcare Organization (HLHCO) Jürgen M. Pelikan

Contents:

1. Health Literate Healthcar Organization (HLHCO)
2. การพัฒนาแนวคิดที่เป็นองค์รวมเชิงระบบของ HLHCOs
3. Terminology and definitions of organisational health literacy
4. Concepts, models and frameworks of organisational health literacy
5. Institute of Medicine's Ten attributes of HLHCOs
6. Vienna concept of health-literate hospitals and healthcare organisations (V-HLO)
7. Guides and toolkits เพื่อการประเมินหรือปรับปรุง organisational health literacy
8. วิจัยเชิงประจักษ์ ในการสำเนาความคิด (Concepts) และแนวทาง (Guide) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ
 1. 13 common key barriers (or facilitators) for implementing organisational health literacy.
 2. Key Success Factors
9. Conclusion & Summary
10. Reference

Health Literate Healthcare Organization (HLHCO)

มีเอกสารตีพิมพ์เกี่ยวกับ Health Literate Organizatin (HLOs) ซึ่งแนวคิด HLOs เริ่มที่สหรัฐอเมริกา แต่ได้ถูกพัฒนาโดยประเทศต่างๆ ได้แก่ Australia, Austria, Belgium, Canada, Germany, Italy, Israel, Norway, Taiwan และ New Zealand, และมีการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับ HLOs (Palumbo, 2016⁽³⁶⁾; Brach, 2017⁽⁹⁾; Meggetto et al, 2017⁽³¹⁾; Farmanova et al, 2018⁽²⁰⁾; Lloyd et al, 2018⁽³⁰⁾) ทำให้เห็นวิวัฒนาการแนวคิด นโยบาย และการนำสู่การปฏิบัติ เริ่มจากการสร้างเครื่องวัด Health Literacy และการพัฒนาวิธีการให้สุขศึกษา ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่ม Functional Health literacy ซึ่งได้เริ่มที่ USA ตั้งแต่ปี 1990 และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพให้ความสำคัญในเรื่อง Health Literacy โดย มีการเพิ่มขึ้นของสถานบริการสุขภาพที่การเน้นการดูแลกลุ่มที่มี Low or Limited Health Literacy มากขึ้น (Parker et al, 2008⁽⁴⁰⁾).
2. กลุ่มที่มี Health Literacy ต่ำหรือจำกัด มีอัตราการมารับบริการสุขภาพสูงกว่า และผลลัพธ์ทางสุขภาพแย่กว่า (Berkman et al, 2011⁽⁸⁾; Brach et al, 2012⁽¹⁰⁾).
3. ต้นทุนการรักษาพยาบาลสูงกว่า (Eichler et al, 2009⁽¹⁸⁾).

ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้เป็นที่ทราบกันดีในสถาบันที่ให้บริการสุขภาพ และรัฐบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาให้การสนับสนุนนโยบาย เพื่อชี้แนะให้ผู้ให้บริการและนักวิจัยมาให้ความสำคัญของกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดในระบบสุขภาพ เดิมใช้กลยุทธ์แบบแยกส่วน ขึ้นกับว่าองค์กรใดจะนำประเด็นได้มาใช้ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มที่มี Low

health literacy เพื่อนำกลุ่มดังกล่าวมาให้ความรู้ เพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสาร การพัฒนาสื่อเพื่อให้ง่ายต่อการอ่าน และความเข้าใจ พัฒนาผู้ให้บริการเพื่อให้สื่อสารกับผู้รับบริการด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย พัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เข้าถึงได้ง่ายขึ้น และพัฒนาระบบการนำทางเพื่อให้ผู้รับบริการไปรับบริการตามห้องต่างๆ ได้สะดวกขึ้น รวมถึงการใช้เทคนิคเพื่อทดสอบความเข้าใจเช่น Teach back ,Ask me three เป็นต้น ปัจจุบันได้บูรณาการกลยุทธ์แยกส่วนที่ได้กล่าวมาข้างต้นเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบมากขึ้น และทำแบบครบวงจร (Nielsen-Bohlman et al, 2004 ⁽³³⁾ ; Paasche-Orlow et al, 2006 ⁽³⁵⁾ ; Rudd and Anderson, 2006 ⁽⁴⁵⁾ ; Andrulis and Brach, 2007 ⁽⁴⁾ ;Schillinger and International handbook of health literacy Keller, 2011 ⁽⁴⁸⁾), ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมคือ Ten attributes of health literate health care organizations (see Brach et al, 2012 ⁽¹⁰⁾). เงื่อนไขก่อนหน้าในการกำหนดนิยามและแนวคิดของ HLO เกิดจากวิวัฒนาการของความเข้าใจว่า Health literacy เป็นเรื่องของ ความสัมพันธ์ (relational) & ปฏิสัมพันธ์ (Interactive) (Pelikan and Ganahl, 2017(43)) จากแนวคิดที่ว่า Health literacy เป็นเรื่องส่วนบุคคล (individual) มาสู่แนวคิดเชิงระบบที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน (Baker,2006 ⁽⁵⁾ ; Rudd and Anderson, 2006 ⁽⁴⁵⁾), ขึ้นกับบริบท (contextual (Nutbeam, 2008 ⁽³⁴⁾) or dual (Parker, 2009 ⁽³⁸⁾), ความรู้ความเข้าใจใหม่นี้ทำให้ทราบว่า Actual health literacy ของแต่ละบุคคลไม่ได้ขึ้นกับทักษะส่วนตัวเท่านั้น แต่ขึ้นกับความซับซ้อนของระบบสุขภาพที่ประชาชนต้องเผชิญ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตัดสินใจของประชาชนด้วย ซึ่งเป็นอุปสงค์หรือทรัพยากรของสถานการณ์ การไปวัด Health Literacy ของบุคคลเท่านั้นจึงไม่เพียงพอ ต้องวัดและปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้องกับ Health Literacy ที่เรียกรวมๆว่า Health literacy sensitivity

ความหมายของ Health Literacy ได้ถูกขยายให้กว้างขวางขึ้น จากเดิมที่เน้นเฉพาะโรคในสถานบริการสุขภาพมาเป็นเรื่องสุขภาพของประชาชน (well being) หรือเป็นเรื่องของสาธารณสุข (Public Health) ที่เน้นเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยรวมพลังทุกส่วนของสังคมมาร่วมดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ของกินดีอยู่ดีและมีชีวิตยืนยาว เมื่อความหมายถูกขยายออกไป การเข้าถึง เข้าใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงการประเมินและตัดสินใจในการปฏิบัติที่ต้องถูกขยายไปสู่มิติของการป้องกันโรค (Disease Prevention) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ด้วยไม่ใช่เฉพาะในเรื่องการรักษาพยาบาล (Healthcare) เท่านั้น (Sorensen et al, 2012 ⁽⁵⁰⁾ ; Pelikan and Ganahl,2017 ⁽⁴³⁾). ดังนั้น Health Literacy และ HLOs จึงเกี่ยวข้องกับประชาชนในหลายบทบาทนอกเหนือจากผู้ป่วยเท่านั้น หรือต้องใช้คำว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) แทนคำว่าผู้ป่วย(patients) เช่น สำหรับ ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการ (workers), ผู้บริโภค (Consumer) และ ประชาชนที่เป็นพลเมือง (Citizen) ซึ่งอยู่ภายใน องค์การ หรือ setting หรือระบบ ในทุกส่วนของสังคมสมัยใหม่ในปัจจุบัน (Kickbusch and Maag, 2008 ⁽²⁶⁾). และแนวคิดเรื่อง HLOs สามารถนำไปใช้ในองค์กรของ เมือง (city) โรงเรียน (scholl) สถานที่ทำงานเช่น สถานประกอบการโรงงาน (Workplace) และอื่นๆได้อีกด้วย ไม่เฉพาะสำหรับสถานบริการสุขภาพเท่านั้น อ่านเพิ่มเติมได้ใน the World Health Organization's (WHO) Health literacy: The solid facts (Kickbusch et al, 2013 (27))

ประเด็นคำถามในบทนี้คือ

1. ทำไม Healt Literate Healthcare Organizations (HLHOs) ถึงต้องไปเกี่ยวข้องกับ ระบบบริการสุขภาพ
2. ใช้เครื่องมืออะไรในประเมินและปรับปรุงเพื่อให้เป็น HLHOs
3. มีประสบการณ์ตรงจากการดำเนินการโดยนำแนวคิดและเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ในสถานบริการสุขภาพที่มีบริบทที่แตกต่างกันและอะไรคืออุปสรรค หรือคือตัวสนับสนุนการดำเนินการเพื่อให้เป็น HLHOs

การพัฒนาแนวคิดที่เป็นองค์รวมเชิงระบบของ HLHOs

แนวคิด HLHOs ที่พัฒนาในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยนักวิชาการหลายท่าน (Adams and Corrigan, 2003⁽²⁾; Nielsen-Bohlman et al, 2004⁽³³⁾; Rudd et al, 2005⁽⁴⁷⁾; Paasche-Orlow et al, 2006⁽³⁵⁾; Rudd and Anderson, 2006⁽⁴⁵⁾; Andrulis and Brach, 2007⁽⁴⁾; Schillinger and Keller, 2011⁽⁴⁸⁾) ก่อนที่จะบูรณาการเป็น comprehensive framework โดยคณะทำงานจาก Institute of Medicine of the National Academies in the US (IOM) ในรูปแบบของ Ten attributes Health-literate healthcare organisations of health literate health care organizations (see Brach et al, 2012⁽¹⁰⁾). ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมิน Health literacy ในระดับองค์กรของสถานบริการสุขภาพ รวมถึงกล่องเครื่องมือที่ถือเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการพัฒนาองค์กรให้เป็น HLHOs โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพอื่นๆได้นำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติ และในสหรัฐอเมริกา แนวคิดนี้ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพได้แก่ โรงพยาบาล ร้านขายยา และสถานบริการปฐมภูมิอื่นๆ (primary healthcare)

Terminology and definitions of organisational health literacy

ความหมายและนิยามของ Health Literacy ก็มีวิวัฒนาการ โดยไม่ได้หยุดนิ่ง (Nutbeam, 2008 (34)) รวมถึงเรื่อง HLHOs ด้วย, สำหรับความหมายของ Health Literacy นั้นนอกจากจะมีความหมายหลักที่ส่วนใหญ่ใช้กันแล้ว ยังมีความหมายอื่นๆอีกที่แตกแขนงออกจากความหมายหลักดังกล่าวแล้วแต่ผู้ที่น่าสนใจ ซึ่งบางครั้งผู้ที่เสนอก็ก็นำเสนอทำให้ผู้อ่านเข้าใจความแตกต่างและความหมายที่ชัดเจนได้ Meggetto et al (2017)⁽³¹⁾ ได้ทำการทบทวนความหมายของ HLHOs พบว่ามีมากถึง 19 terms ที่แตกต่างกัน ซึ่งยังไม่รวม Term อื่นๆ 'health-literate settings', 'health literacy-friendly settings', 'health literacy-friendly organisations' (Kickbusch et al, 2013⁽²⁷⁾), 'health-literate society' (Paasche-Orlow et al, 2006⁽³⁵⁾) or 'health-literate America' (Nielsen-Bohlman et al, 2004⁽³³⁾). โดย Term ที่เรียกแตกต่างกันนั้น ขึ้นกับการใช้ภาษาของแต่ละพื้นที่ ซึ่งไม่สำคัญเท่าการเข้าใจ นิยามและความหมายของคำดังกล่าว และความแตกต่างระหว่าง ประชาชนกับสถานการณ์ (people vs situations) หรือ ผู้รับบริการแต่ละคนกับสถานการณ์ (personal vs situational) ตามที่ Kurt Lewin (1982)⁽²⁹⁾ ได้นำเสนอ โดย สถานการณ์หมายถึงวัตถุ (Object) ซึ่งก็คือ สิ่งต่างที่มีความเฉพาะเจาะจงและมีความหลากหลายที่องค์กร ได้ส่งมอบให้กับผู้รับบริการแต่ละคนหรือประชาชน โดยคำว่าองค์กรในที่นี้ อาจจะพูดในความหมายกว้างๆ ว่า Environment หรือ Organization ,Workplace , Setting ,System ,Society หรือจะกระบวนการเช่น Practice ก็ได้ หรือจะใส่คำนำหน้า organization เพื่อเป็นคำขยาย (Adjective) ว่าจะใช้สำหรับ Setting ไດ ก็ได้ เป็น Healthcare organization หรือ Education Organization นิยามของ HLHOs ได้แก่

1. นิยามที่ใช้แต่แรกใช้ Health Literate Environment ของ Healthcare setting หมายถึงด้านอุปสงค์ของสมการที่เสนอโดย IOM (2004) หมายถึงความคาดหวัง ความซับซ้อน และทักษะในการสื่อสารหรือบริการ (Rudd and Anderson, 2006, p1⁽⁴⁵⁾).
2. นิยามที่สอง มีผู้นิยมใช้มากที่สุด HLHOs คือองค์กรที่พัฒนาระบบที่ง่ายต่อประชาชนในการค้นหา เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Brach et al, 2012, p 1⁽¹⁰⁾).

3. นิยามที่สาม คือนิยามที่เป็นปัจจุบันที่ได้บูรณาการเนื้อหาที่กำหนดในนิยามของ Brach et al (2012) (10) กับ นิยามเชิงองค์รวมของ Health Literacy ของ HLS-EU Consortium (Sorensen et al, 2012, p 3⁽⁵⁰⁾) HLHOs คือ องค์การที่พัฒนาระบบเพื่อให้การเข้าถึง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม (ผู้ป่วยและญาติ บุคลากร/ ผู้บริหาร ใน สถานบริการสุขภาพ ประชาชนทั่วไป)ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหรือข้อมูล สุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้เพื่อการยกระดับ Health literacy ทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพในทุกๆ วัน โดยใช้การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ เพื่อการรักษาและ ยกระดับคุณภาพชีวิตตลอดทุกช่วงชีวิต เพื่อให้สามารถบรรลุแนวคิดที่เป็นองค์รวมเชิงระบบและยั่งยืน สถาน บริการสุขภาพจำเป็นต้องประยุกต์ใช้หลักการและเครื่องมือของ การบริหารคุณภาพ (Quality Management) การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ร่วมกับการ เสริมสมรรถนะขององค์กร ทั้งเรื่องโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรเพื่อให้เป็นองค์กรที่ Health Literate มากขึ้น (Pelikan and Dietscher, 2015b, slide 16⁽⁴²⁾)

Concepts, models and frameworks of organisational health literacy

บทความที่เป็นปัจจุบันที่สุดที่ได้ทบทวนเกี่ยวกับ HLHOs (Farmanova et al, 2018, based on Farmanova, 2017) ในกรอบของภาคทฤษฎี HLHOs มี 15 conceptual papers ที่กล่าวถึงว่า HLHOs คืออะไร (What) เช่น การ กำหนดวิสัยทัศน์ และกล่าวถึงว่าดำเนินการอย่างไร (How) โดยการเสนอกรอบแนวทางในการดำเนินการ

1. ในประเด็นของการทำอะไร (What) มีการพัฒนา 7 ทฤษฎีขึ้นมาเพื่อตอบคำว่า What (Paasche-Orlow et al, 2006⁽³⁵⁾; Andrulis and Brach, 2007⁽⁴⁾; Coughlan et al, 2013⁽¹⁵⁾; Kickbusch et al, 2013⁽²⁷⁾; Frosch and Elwyn, 2014⁽²¹⁾; Pelikan and Dietscher, 2015b⁽⁴¹⁾; Trezona et al, 2017⁽⁵¹⁾) โดย 2 ใน 7 ทฤษฎี ได้กำหนด Framework ได้แก่ (Pelikan and Dietscher, 2015a⁽⁴¹⁾; Trezona et al, 2017⁽⁵¹⁾) และ Kickbusch et al (2013)⁽²⁷⁾ โดยได้เน้นว่า การกำหนดวิสัยทัศน์เกี่ยวกับ Health Literacy นั้นเป็น ปรากฏการณ์ที่มีซับซ้อน The Vienna concept of health-literate hospitals and healthcare organisations (V-HLO) (Pelikan and Dietscher, 2015a⁽⁴¹⁾) มอง Health literacy เป็นเรื่องของการ สร้างสุขภาพ คุณภาพบริการ ความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพ และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อ สุขภาพร่วมกัน (coproduction of health, quality, and safety; health promotion; and “healthy settings) ซึ่ง Kickbusch et al (2013)⁽²⁷⁾ ซึ่งเป็นผู้เขียนเกี่ยวกับ V-HLO ว่าการนำ Health literacy ไป ประยุกต์ใช้นั้นเกินกว่าคำว่าบริการสุขภาพ (healthcare) Farmanova et al, 2018, p 4⁽²⁰⁾ และ Trezona and colleagues (2017)⁽⁵¹⁾ ได้พัฒนา HLHOs จริงในพื้นที่ด้วย Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) framework, โดยมอง Health Literacy ในประเด็นของการตอบสนองของ ระบบบริการเพื่อให้ประชาชนและผู้มารับบริการเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Farmanova et al, 2018, p 4)⁽²⁰⁾. ทั้ง V-HLO and Org-HLR มุ่งเน้นให้องค์กรพัฒนาสมรรถนะ โครงสร้าง และกระบวนการขององค์กร เพื่อสนับสนุนการดำเนินการเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Farmanova et al, 2018, p 4)⁽²⁰⁾.

2. ในประเด็นของการทำอย่างไร (How) พบการศึกษาเกี่ยวกับกรอบในการดำเนินการ (Framework) จำนวน 9 กรอบการดำเนินการ (Andrulis and Brach, 2007 ⁽⁴⁾; Schillinger and Keller, 2011 ⁽⁴⁸⁾; Brach et al, 2012 ⁽¹⁰⁾; Hernandez, 2012; Parker and Hernandez, 2012 ⁽²³⁾; Koh et al, 2013 ⁽²⁸⁾; Rudd et al, 2013 ⁽⁴⁶⁾; ACSQHC, 2014 ⁽¹⁾; Frosch and Elwyn, 2014 ⁽²¹⁾; Palumbo and Annarumma, 2014 ⁽³⁷⁾; Dietscher and Pelikan, 2017 ⁽¹⁷⁾; Trezona et al, 2017 ⁽⁵¹⁾) ซึ่งได้บูรณาการได้เป็น conceptual map of organisational health literacy. โดยหลักการพื้นฐานของทั้ง 9 กรอบการดำเนินการได้แก่ พฤติกรรมขององค์กร (organisational behaviour) การบริหารจัดการ (healthcare management) ,ศาสตร์ของการนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ (implementation science), การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (quality improvement) (Farmanova et al, 2018, p 4 ⁽²⁰⁾), หรือเป็นกรอบแนวทางการดำเนินการเกี่ยวกับ Balanced Scorecard, Model การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (the Chronic Care Model) หรือ Model การดูแลที่เน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health-Literate Care Model) (Koh et al, 2013 ⁽²⁸⁾), ซึ่งในที่นี้จะขกกล่าวเพียง 2 Framework คือ Institute of Medicine (IOM) Ten Attribute และ Viena Health Literate Organization V-HLO

Institute of Medicine's Ten attributes of HLHCOs

Institute of Medicine (IOM) ได้พัฒนา Ten attributes of health literate health care organizations (Brach et al, 2012, p 19 ⁽¹⁰⁾), โดยกำหนด 10 คุณลักษณะของ HLHCOs ควรนำไปใช้และลงทุนในระบบนี้เพื่อช่วยให้ทุกคนได้ประโยชน์สูงสุดจากระบบการดูแลสุขภาพ (see Box 1).

Box 1: Ten attributes of health-literate healthcare organisations A health-literate healthcare organisation:

1. ผู้นำได้บูรณาการเรื่อง Health Literacy เข้าไปใน พันธกิจ โครงสร้าง และการดำเนินการขององค์กรหรือไม่
2. บูรณาการเรื่อง Health Literacy เข้าไปในการวางแผน การวัดผลการดำเนินการ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และเรื่องปรับปรุงคุณภาพ
3. เตรียมบุคลากรเพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการวัดความก้าวหน้าของการดำเนินการ
4. รวมเรื่องการตอบสนองในระดับประชากรเข้าไปในขั้นตอนของการออกแบบ การดำเนินการ และประเมินผล ทั้งระบบข้อมูลข่าวสารและการบริการ
5. ตอบสนองความต้องการของประชาชนซึ่งมีความหลากหลายของระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยหลีกเลี่ยงการตีตรา (ปฏิบัติเหมือนกัน เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าตนอยู่ในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ)
6. ใช้กลยุทธ์สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเน้นการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพและแน่ใจได้ว่าจะเกิดความเข้าใจในทุกจุดสัมผัสของการบริการ
7. จัดเตรียมระบบข้อมูลข่าวสารและบริการที่ง่ายต่อการเข้าถึง และมีระบบช่วยในการนำทางไปรับบริการในจุดต่างๆ
8. ออกแบบและกระจายสื่อสิ่งพิมพ์ รวมถึงวิดีโอ หรือ social media ที่ง่ายต่อการเข้าใจและเน้นการปฏิบัติ

9. เน้นหนักในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพเป็นพิเศษในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ในช่วงรอยต่อของการบริการ หรือการสื่อสารเกี่ยวกับการรับยา
10. สื่อสารให้เข้าใจอย่างละเอียดเกี่ยวกับการครอบคลุมของชุดสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ และค่าบริการที่ต้องจ่ายนอกเหนือจากสิทธิการรักษา

10 Attributes of HLHCs *Institute of Medicine*

โดยในแต่ละคุณลักษณะจะอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็น และรายละเอียด รวมถึงวิธีการประเมิน และการนำสู่การปฏิบัติ เมื่อพิจารณาคุณลักษณะทั้ง 10 ประการ พบว่า

1. ข้อที่ 5-8 จะกล่าวถึงเนื้อหาเฉพาะของ HLHCs เช่น การเข้าถึง การออกแบบช่องทางการสื่อสารและการบริการ รวมถึงสื่อที่ใช้สำหรับการสื่อสาร
2. คุณลักษณะที่ 1-3 เป็นการกำหนดคุณลักษณะพื้นฐานที่องค์กรจำเป็นต้องมีเพื่อให้เกิดการจัดการอย่างเป็นระบบและบูรณาการเข้าไปกับระบบคุณภาพขององค์กร ซึ่งเป็นแง่มุมของการบริหารการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาองค์กร
3. คุณลักษณะที่ 4 นั้นเกี่ยวกับการเน้นคุณค่าของการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นหัวใจของการบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นหัวใจของการบริหารคุณภาพ และเป็นหัวใจของการส่งเสริมสุขภาพ
4. คุณลักษณะข้อที่ 9-10 เน้นหนักในเรื่องสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดความไม่เข้าใจ และเป็นจุดที่สำคัญที่ต้องเน้นหนักเป็นพิเศษใน ข้อ 9 และระบบบริการสุขภาพในสหรัฐอเมริกาที่มีการประกันสุขภาพที่หลากหลายจึงต้องเน้นในเรื่องการครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพในข้อ 10

Brach et al, 2012, p 19⁽¹⁰⁾ สรุปว่า สถานบริการสุขภาพต้องปิดช่องว่างระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล กับ อุปสงค์ด้านระบบบริการสุขภาพที่มีซับซ้อน การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต้องออกแบบระบบข้อมูลข่าวสารและระบบบริการสุขภาพใหม่ โดยบูรณาการหลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปในเป้าประสงค์ โครงสร้างพื้นฐาน นโยบายและแนวปฏิบัติขององค์กร รวมถึงการพัฒนาบุคลากรและการกลยุทธิ์การสื่อสาร ขององค์กร ถ้าสถานบริการสุขภาพนำ 10 คุณลักษณะของ HLHCs ไปประยุกต์ใช้ จะสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของผู้บริการมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด และจะขยายผลไปสู่การพัฒนาสุขภาพในระดับประชากรได้ด้วย

Vienna concept of health-literate hospitals and healthcare organisations (V-HLO)

Ten attributes ได้ถูกใช้ในสหรัฐอเมริกาทั้งผู้ปฏิบัติและนักวิจัย (Brach, 2017⁽⁹⁾). ส่วนในทวีปยุโรปที่มีของ Vienna/Austria (Pelikan and Dietscher, 2015a⁽⁴¹⁾; Dietscher and Pelikan, 2017⁽¹⁷⁾) ก็เริ่มพัฒนาเพื่อที่จะขับเคลื่อนไปสู่ HLHCO แบบเป็นองค์รวม โดยเน้นหนักที่โรงพยาบาล ถ้าจะเปรียบเทียบกับ Ten attributes แล้ว V-HLO จะมุ่งเน้นที่จะใช้ Health promotion Setting Approach อย่างชัดเจน โดยนำ 18 กลยุทธ์ของ Health Promotion Hospital (HPH) มาใช้ (Pelikan et al, 2005⁽⁴⁴⁾). โดยแทนที่คำว่า ผู้ป่วย ด้วยคำว่า Stakeholder หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหมายถึง ครอบครัว บุคลากรในโรงพยาบาล และประชาชนในพื้นที่ดูแลของโรงพยาบาล (Catchment area) ด้วย V-HLO ได้ขยายขอบเขตที่จะพัฒนา Health literacy เฉพาะผู้ป่วย มาเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม ขยายขอบเขตจากการบริการสุขภาพ(Healthcare) เท่านั้น มาเป็นทั้งการบริการสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาวิถีชีวิต โดยนำนิยามเชิงองค์รวมของ Health Literacy ของ HLS-EU Consortium (Sorensen et al, 2012⁽⁵⁰⁾), มาใช้ โดย health Literacy ครอบคลุมทั้งเรื่อง ค้นหา เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลที่ได้รับมา ประกอบการตัดสินใจทางเลือกต่อสุขภาพของทุกวันที่เกี่ยวกับเรื่องของการบริการสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ

V-HLO health literacyไม่ได้ถูกเข้าใจในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น ซึ่งไม่ต่างจากการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ได้เน้นเฉพาะกลุ่มคนที่ยังไม่ป่วย แต่เป็นประเด็นสำคัญในเรื่องคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน ฉะนั้นการนำ health literacy ไปสู่การปฏิบัติใน healthcare setting ต้องได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์และสอดคล้องกับระบบบริหารจัดการ รวมถึงระบบการสนับสนุนการดำเนินการอย่างเป็นระบบ International Society for Quality in Healthcare (ISQua) ได้พัฒนา 9 มาตรฐาน และ 22 มาตรฐานย่อยซึ่งประกอบด้วยเครื่องชี้วัด 160 ตัวสำหรับการประเมินตนเองสำหรับองค์กร(see Box 2).ซึ่งถือเป็นขั้นตอนแรกในการพัฒนาองค์กรเพื่อให้เป็น HLO เครื่องมือนี้ได้นำร่องไปใช้ในโรงพยาบาลของประเทศออสเตรเลีย (dietscher and pelikan 2017⁽¹⁷⁾) ในขณะเดียวกันก็ได้นำเครื่องมือนี้แปลเป็นภาษาอังกฤษ ฝรั่งเศส อิตาลี และจีน และทดสอบความเที่ยงเพื่อนำไปใช้ในบริบทที่มีความแตกต่างของภาษาและระบบการดูแลสุขภาพ และ International Working Group ซึ่งอยู่ในเครือข่ายของ Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) ได้ทำการพัฒนาต่อยอด เป็น OHL-hos (8 standard, 23 substandard, 156 indicators)⁽⁵⁶⁾

Box 2: The nine standards of a health-literate organisation (V-HLO)

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

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

Sources: Pelikan and Dietscher (2015b)⁽⁴²⁾; Dietscher and Pelikan (2017)⁽¹⁷⁾

Guides and toolkits เพื่อการประเมินหรือปรับปรุง organisational health literacy

Farmanova et al (2018)⁽²⁰⁾ ได้บ่งชี้ 20 health literacy guides โดยประเมินภายใต้ 6 dimension ได้แก่

1. การเข้าถึงและการนำทาง(access and navigation)
2. การสื่อสาร (communication)
3. การมีส่วนร่วมของผู้บริโภค (consumer involvement)
4. บุคลากร (workforce)
5. การนำองค์กรและการบริหารจัดการ (leadership and management)
6. การตอบสนองความต้องการของประชากร (meeting the needs of the population)

การปรับปรุงคุณภาพ 8 เรื่องคือ

1. การตั้งทีม (form team)
2. การกำหนดเป้าหมาย (set aims)
3. การเข้าถึง (assess)
4. การกำหนดตัววัด (establish measures)
5. การสื่อสารและการยกระดับความตระหนัก (communicate and raise awareness)
6. การพัฒนาแผนปฏิบัติการ (develop action plan)
7. การทดสอบการเปลี่ยนแปลง (test changes)
8. การติดตามความก้าวหน้า และรักษาความมุ่งมั่นอย่างต่อเนื่อง

Farmanova et al (2018, p 6)⁽²⁰⁾ สรุปว่าแนวทาง (Guide) มีความแตกต่างทั้ง scope (single- to multiple-issue) และบริบทที่จะนำแนวทางนั้นไปสู่การปฏิบัติ โดยแนวทางส่วนใหญ่พัฒนาสำหรับสถานบริการสุขภาพ โดย 6 แนวทางพัฒนาสำหรับสถานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล และร้านยา หรือพัฒนาแนวทางสำหรับการให้บริการของพยาบาล แนวทางจะมีแนวทางการประเมินว่าอะไรคืออุปสรรค และแผนปฏิบัติการในการพัฒนาให้เป็น HLOs สรุป สำหรับระดับองค์กรแล้วขณะนี้ มีแนวทางที่หลากหลายที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาองค์กรให้เป็น HLOs ในบริบทที่หลากหลาย แต่สำหรับระดับบุคลากรที่เป็นวิชาชีพจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางให้เหมาะสมกับแต่ละวิชาชีพ รวมถึงการบูรณาการและทำให้เป็นมาตรฐาน

วิจัยเชิงประจักษ์ ในการสำเนาความคิด (Concepts)และแนวทาง (Guide) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ

วิจัยเชิงประจักษ์ สำหรับแนวคิด (Concepts)และแนวทาง (Guide) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ สรุปได้ว่า

1. Farmanova et al (2018, p 12) ⁽²⁰⁾สรุปว่า ในปี 2008-2017 มี 13 การศึกษาที่นำแนวทาง (guide)ไปใช้ (Barrett et al, 2008 ⁽⁶⁾;Groene and Rudd, 2011 ⁽²²⁾; Weaver et al, 2012 ⁽⁵²⁾; Callahan et al, 2013 ⁽¹³⁾; Shoemaker et al, 2013 ⁽⁴⁹⁾; R.O. White et al, 2013 ⁽⁵⁴⁾; Zanchetta et al, 2013 ⁽⁵⁵⁾; Batterham et al, 2014 ⁽⁷⁾; A. Johnson, 2014 ⁽²⁵⁾; Palumbo and Annarumma, 2014 ⁽³⁷⁾; Briglia et al, 2015 ⁽¹²⁾; Adsul et al, 2017 ⁽³⁾; Brach, 2017 ⁽⁹⁾).
2. ส่วนใหญ่รายงานการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินอุปสรรค (barrier) ของการดำเนินการความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Groene and Rudd, 2011 ⁽²²⁾; Weaver et al, 2012 ⁽⁵²⁾; A. Johnson, 2014) ⁽²⁴⁾;
3. มี 2-3 การศึกษาที่รายการเกี่ยวกับรายละเอียดการดำเนิน HLOs (Callahan et al, 2013 ⁽¹³⁾; Briglia et al, 2015 ⁽¹²⁾; Brach, 2017 ⁽⁹⁾).
4. แม้ว่าการศึกษาที่มีอยู่ไม่สามารถประเมินอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงผลการพัฒนา HLOs โดยใช้แนวทางที่กำหนด แต่ guide มีประโยชน์คือ
 1. นำแนวทางไปช่วยในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Groene and Rudd, 2011 (22); Weaver et al, 2012 (52); Brach, 2017 ⁽⁹⁾; Dietscher and Pelikan, 2017 ⁽¹⁷⁾)
 2. สามารถนำเอาแนวปฏิบัติเฉพาะที่หน่วยงานต้องการมาใช้ (Callahan et al, 2013 ⁽¹³⁾; Briglia et al, 2015; ⁽¹²⁾ Brach, 2017 ⁽⁹⁾),
 3. สามารถเข้าใจความซับซ้อนขององค์รรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการนำความรอบรู้ด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ (Weaver et al, 2012 ⁽⁵²⁾; Batterham et al, 2014; Brach, 2017 ⁽⁹⁾).
5. การนำ Guide ไปใช้ สรุปได้ดังนี้
 1. องค์การนำแนวทางไปใช้ในบริบทของพื้นที่ (Local Context) (Callahan et al, 2013(13); Brach, 2017 ⁽⁹⁾) และใช้ 2-3 แนวทางในเวลาเดียวกัน (Weaver et al, 2012 ⁽⁵²⁾, Breglia et al, 2015 ⁽¹²⁾)
 2. Health literacy universal precautions toolkit (DeWalt et al, 2010 ⁽¹⁶⁾; Breglia et al, 2015 ⁽¹²⁾; Cifuentes et al, 2015 ⁽¹⁴⁾) นิยมนำไปใช้ในการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง (Callahan et al, 2013 ⁽¹³⁾)
 3. Health promotion and disease prevention interventions (M. White et al,2013 ⁽⁵³⁾)
 4. To inspire the adoption of system-wide policies and procedures across healthcare organisations (Brach, 2017 (9)).
 5. The use of assessment tools provided with the guides was regarded as a useful and feasible exercise to provide direction for improvement (Groene and Rudd, 2011 ⁽²²⁾; Weaver et al, 2012 ⁽⁵²⁾; M. Johnson, 2014 ⁽²⁵⁾);
 6. ใช้ทรัพยากรขององค์กรไม่มาก และไม่ได้แย่งทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย (Groene and Rudd, 2011 ⁽²²⁾).
 7. แนวทางมีความซับซ้อนและมีคุณค่าจำกัด (Shoemaker et al, 2013 ⁽⁴⁹⁾).

8. การนำ Health Literacy guide จะมีประโยชน์ถ้า guide นั้นมีประโยชน์อย่างเด่นชัด ง่ายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ และสามารถสนับสนุนการดำเนินการของผู้ให้บริการหรือสามารถกำจัดอุปสรรคต่อการพัฒนา Health Literacy ได้ (Shoemaker et al, 2013 ⁽⁴⁹⁾).

common key barriers (or facilitators) for implementing organisational health literacy.

ประกอบด้วย

1. ปัจจัยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับ HLOs
2. ความตระหนัก
3. การเห็นประโยชน์,
4. ความมุ่งมั่น,
5. ลำดับความสำคัญในเรื่อง Health Literacy
6. การสนับสนุนของผู้บริหารสนับสนุน
7. การฝึกอบรมในเรื่อง Health Literacy
8. การจัดสรรทรัพยากร
9. เวลาที่จะดำเนินการเรื่อง Health Literacy
10. ระเบียบปฏิบัติ หรือนโยบายหรือ Protocol ในการดำเนินการ Health Literacy
11. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change champions) ในด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ
12. วัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลงและการสร้างนวัตกรรม
13. ความซับซ้อนของเครื่องมือและแนวทางการดำเนินการเพื่อไปสู่ HLOs

ปัจจัยสู่ความสำเร็จที่จะ Health Literacy สู่การปฏิบัติ

1. ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
2. การสนับสนุนจากผู้บริหาร โดยรวมถึงการสนับสนุนในระดับโครงสร้างองค์กร วัฒนธรรมสำหรับการสร้างนวัตกรรมหรือการปรับปรุงคุณภาพ ส่วนการบ่งชี้ Barriers หรือ facilitators เป็นเรื่องที่ไม่เฉพาะสำหรับการดำเนินการเพื่อไปสู่ HLOs แต่จำเป็นสำหรับเรื่องการบริหารการเปลี่ยนแปลง
3. การบูรณาการ HLOs เข้าไปในเรื่องการบริหารคุณภาพของสถานบริการสุขภาพ โดยการศึกษาส่วนใหญ่ระบุว่า เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะองค์กรมุ่งมั่นที่จะขับเคลื่อนไปสู่ HLOs อย่างจริงจัง ไม่เพียงแต่เห็นว่าเรื่อง Health literacy นั้นเป็นแค่เรื่องที่น่าสนใจและกำลังเป็นปัญหาสำหรับการบริการสุขภาพเท่านั้น นอกจาก Brach (2017) ในอเมริกาแล้ว Lloyd et al (2018) ⁽³⁰⁾ ใน Australia และ Pelikan and Dietscher (2015a) ⁽⁴¹⁾ ใน Austria, ได้กล่าวว่าเพื่อให้ Health Literacy นำไปสู่การปฏิบัติจนเกิดผลสำเร็จในระดับกลาง (Meso level) จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายในระดับบนอย่างเพียงพอในระดับบน วิธีการหนึ่งที่จะทำได้คือการ รวมมาตรฐาน HLOs หรือเครื่องมือวัด เข้าไปในระบบประกันคุณภาพของสถานบริการสุขภาพ (Meggetto et al, 2017 ⁽³¹⁾).

Summary and conclusion

1. ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป มีปัญหาในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าบุคลากรทางสุขภาพได้คาดการณ์ไว้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออัตราการใช้บริการทางสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ
2. เนื่องจากสังคมมีความเหลื่อมล้ำ (social gradient) health literacy ในฐานะที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ และเป็นตัวทำให้เกิดช่องว่างทางสุขภาพ (Health gap) การดูแลกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด โดยลดความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการให้ผู้ที่ศึกษาจะสามารถเพิ่มคุณภาพการบริการและทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น และสามารถที่จะลดช่องว่างทางสุขภาพลงได้
3. การใช้มาตรการต่างๆในการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพนั้นมักไม่ค่อยได้ผลเท่าที่ควร จึงแนะนำให้ใช้แนวทางเชิงองค์รวมและบูรณาการทั้งระบบ แนวคิด HLHOs จึงเป็น model ที่พร้อมใช้ และมีเครื่องมือต่างๆที่ช่วยอำนวยความสะดวกเพื่อให้การนำสู่การปฏิบัติกระทำได้ง่ายและสะดวกขึ้น ตั้งแต่การประเมินตนเองอย่างเป็นระบบในเรื่อง HLOs เงื่อนไขเบื้องต้นที่จำเป็นต้องมีเพื่อจะพัฒนาองค์กรไปสู่ HLOs กระบวนการเรียนรู้และการบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อไปสู่ HLOs
4. จากการศึกษพบว่า การจะนำแนวคิดที่ซับซ้อนไปสู่การปฏิบัติในโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กรและกระบวนการทำงานแบบเดิมที่เป็นอยู่นั้นเป็นเรื่องที่มีความท้าทายเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งยังเป็นคำถามการวิจัยที่จะหาคำตอบต่อไป แต่จากประสบการณ์ใน สหรัฐอเมริกา หรือประเทศอื่นๆ เช่น ออสเตรเลีย ออสเตรีย แคนาดา และเยอรมัน พบว่า การนำ Health Literacy ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างกว้างขวางในระดับกลาง (meso level) เช่น ในสถานบริการสุขภาพ ต้องการการสนับสนุนทางนโยบาย กฎระเบียบ แรงจูงใจ และทรัพยากรจากนโยบายสุขภาพระดับบน (societal macro level of health policy)
5. นโยบายสุขภาพรวมถึง การกำหนดให้ HLOs เป็นเป้าหมาย หรือแผนปฏิบัติการระดับชาติ และบูรณาการมาตรฐาน HLOs หรือเครื่องชี้วัดเข้าไปในระบบประกันคุณภาพสถานบริการสุขภาพ (Accreditation)
6. และเพื่อให้เกิดความเข้าใจและการนำ HLOs ไปใช้โดยนักการเมืองหรือวิชาชีพทางด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องตกลงร่วมกันให้เกิดฉันทามติเกี่ยวกับความหมาย แนวคิด นิยาม Model และตัววัด แม้จะยอมให้เกิดความแตกต่างกันได้บ้าง
7. ปัจจุบันก็ได้เกิดเครือข่ายในการวัดความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนและการองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพคือ Measuring of Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) ⁽³²⁾ ซึ่งอยู่ภายใต้ร่มของ European Health Information Initiative (EHII) of WHO-Europe (<https://m-pohl.net/>).

Reference

1. ACSQHC (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care) (2014) NSQHS standards in 2013: Transforming the safety and quality of health care, Sydney, NSW: ACSQHC.
2. Adams, K. and Corrigan, J.M. (eds) (2003) Priority areas for national action: Transforming health care quality, Washington, DC: Institute of Medicine, Board on Health Care Services, Committee on Identifying

Priority Areas for Quality Improvement, National Academies Press. International handbook of health literacy

3. Adsul, P., Wray, R., Gautam, K., Jupka, K., Weaver, N. and Wilson, K. (2017) 'Becoming a health literate organization: Formative research results from healthcare organizations providing care for underserved communities', *Health Services Management Research*, 30, 4, 188-96.
4. Andrulis, D.P. and Brach, C. (2007) 'Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations', *American Journal of Health Behavior*, 31, Suppl 1, 122-33.
5. Baker, D.W. (2006) 'The meaning and the measure of health literacy', *Journal of General Internal Medicine*, 21, 8, 878-83.
6. Barrett, S.E., Puryear, J.S. and Westpheling, K. (2008) *Health literacy practices in primary care settings: Examples from the field*, Washington, DC: The Commonwealth Fund (www.commonwealthfund.org).
7. Batterham, R.W., Buchbinder, R., Beauchamp, A., Dodson, S., Elsworth, G.R. and Osborne, R.H. (2014) 'The Optimising Health Literacy (Ophelia) process: Study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform', *BMC Public Health*, 14, 1, 694.
8. Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J. and Crotty, K. (2011) 'Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review', *Annals of Internal Medicine*, 155, 97-107.
9. Brach, C. (2017) 'The journey to become a health literate organization: A snapshot of health system improvement', *Studies in Health Technology and Informatics*, 240, 203-37.
10. Brach, C., Keller, D., Hernandez, L.M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B. et al (2012) *Ten attributes of health literate health care organizations*, Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies.
11. Brega, A.G., Barnard, J., Mabachi, N.M., Weiss, B.D., DeWalt, D.A., Brach, C. et al (2015) *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit (2nd edn)*, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
12. Briglia, E., Perlman, M. and Weissman, M.A. (2015) 'Integrating health literacy into organizational structure', *Physician Leadership Journal*, 2, 2, 66-9.
13. Callahan, L.F., Hawk, V., Rudd, R., Hackney, B., Bhandari, S., Prizer, L.P. et al (2013) 'Adaptation of the health literacy universal precautions toolkit for rheumatology and cardiology – Applications for pharmacy professionals to improve self-management and outcomes in patients with chronic disease', *Research in Social Administrative Pharmacy*, 9, 5, 597-608.
14. Cifuentes, M., Brega, A.G., Barnard, J. and Mabachi, N.M. (2015) *Implementing the AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit: Practical ideas for primary care practices*, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

15. Coughlan, D., Turner, B. and Trujillo, A. (2013) 'Motivation for a healthliteratehealthcare system – Does socioeconomic status play a substantial role? Implications for an Irish health policy-maker', *Journal of Health Communication*, 18, Suppl 1, 158-71.
16. DeWalt, D.A., Callahan, L.F., Hawk, V.H., Brouckson, K.A. and Hink, A. (2010) *Health Literacy Universal Precautions Toolkit*, Prepared by North Carolina Network Consortium, the Cecil G. Sheps Center for Health Services Research, the University of North Carolina at Chapel Hill, Under Contract No HHS290200710014, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
17. Dietscher, C. and Pelikan, J.M. (2017) 'Health-literate hospitals and healthcare organizations – Results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals', in D. Schaeffer and J.M. Pelikan (eds) *Health Literacy Forschungsstand und Perspektiven*, Bern: Hogrefe, 303-13.
18. Eichler, K., Wieser, S. and Brugger, U. (2009) 'The costs of limited health literacy: A systematic review', *International Journal of Public Health*, 54, 313-24.
19. Farmanova, E. (2017) *Organization of health services for minority populations: The role of organizational health literacy and an active offer of health services in French in Ontario, Ottawa*.
20. Farmanova, E., Bonneville, L. and Bouchard, L. (2018) 'Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues', *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 1-17.
21. Frosch, D.L. and Elwyn, G. (2014) 'Don't blame patients, engage them: Transforming health systems to address health literacy', *Journal of Health Communication*, 19, Suppl 2, 10-14.
22. Groene, R.O. and Rudd, R. (2011) 'Results of a feasibility study to assess the health literacy environment: Navigation, written, and oral communication in 10 hospitals in Catalonia, Spain', *Journal of Communication in Healthcare*, 4, 4, 227-37.
23. Hernandez, L.M. (2012) *How can health care organizations become more health literate? Workshop summary*, Population health and public health practice, Washington, DC: Institute of Medicine. Institute of Medicine. (2004) *Health literacy: A prescription to end confusion*, Washington, DC: National Academies of Science.
24. Johnson, A. (2014) 'First impressions: Towards becoming a health literate health service', *Australian Health Review*, 38, 2, 190-3.
25. Johnson, M. (2014) *Tackling barriers to integration in health and social care*, London: Housing LIN, Viewpoint 69 (www.housinglin.org.uk/_library/Resources/Housing/Support_materials/Viewpoints/HLIN_Viewpoint69_Integration.pdf).

26. Kickbusch, I. and Maag, D. (2008) 'Health literacy', in K. Heggenhougen and S. Quah (eds) *International encyclopedia of public health* (Vol 3), San Diego, CA: Academic Press, 204-11.
27. Kickbusch, I., Pelikan, J.M., Apfel, F. and Tsouros, A.D. (eds) (2013) *Health literacy: The solid facts*, Copenhagen: World Health Organization – Regional Office for Europe.
28. Koh, H.K., Brach, C., Harris, L.M. and Parchman, M.L. (2013) 'A proposed "health literate care model" would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care', *Health Affairs* (Millwood), 32, 2, 357-67.
29. Lewin, K. (ed.) (1982) *Kurt Lewin Werkausgabe*, vol. 4, *Feldtheorie*, Bern: Huber, 66-196.
30. Lloyd, J.E., Song, H.J., Dennis, S.M., Dunbar, N., Harris, E. and Harris, M.F. (2018) 'A paucity of strategies for developing health literate organizations: A systematic review', *PLoS One*, 11 April.
31. Meggetto, E., Ward, B. and Isaccs, A. (2017) 'What's in a name? An overview of organizational health literacy terminology', *Australian Health Review*, 42, 1, 21-30
32. M-POHL (no date) *WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy* (<https://m-pohl.net/>).
33. Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M. and Kindig, D.A. (eds) (2004) *Health literacy: A prescription to END Confusion*, Washington, DC: National Academies Press.
34. Nutbeam, D. (2008) 'The evolving concept of health literacy', *Social Science & Medicine*, 67, 12, 2071-8.
35. Paasche-Orlow, M.K., Schillinger, D., Greene, S. and Wagner, E. (2006) 'How health care systems can begin to address the challenge of limited literacy', *Journal of General Internal Medicine*, 21, 884-7.
36. Palumbo, R. (2016) 'Designing health-literate health care organization: A literature review', *Health Services Management Research*, 29, 3, 79-87.
37. Palumbo, R. and Annarumma, C. (2014) 'The importance of being health literate: An organizational health literacy approach, in 17th Toulon-Verona International Conference, Liverpool (England), Conference Proceedings.
38. Parker, R.M. (2009) *WHCA action guide: Health literacy, Part 1, 'The basics'*, Little Harborne: World Health Communication Association.
39. Parker, R.M. and Hernandez, L.M. (2012) 'What makes an organization healthliterate?', *Journal of Health Communication*, 17, 624-7.
40. Parker, R.M., Wolf, M.S. and Kirsh, I. (2008) 'Preparing for an epidemic of limited health literacy: Weathering', *Journal of General Internal Medicine*, 23, 8, 1273-6
41. Pelikan, J.M. and Dietscher, C. (2015a) 'Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern?' ['Why should and how can hospitals improve their organizational health literacy?'], *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 58, 9, 989-95.

42. Pelikan, J.M. and Dietscher, C. (2015b) 'Promoting health literacy by implementing the concept of the health literate health care organization', in Geneva Global Health Literacy Forum, Geneva, Switzerland.
43. Pelikan, J.M. and Ganahl, K. (2017) 'Measuring health literacy in general populations: Primary findings from the HLS-EU Consortium's health literacy assessment effort', in R.A. Logan and E.R. Siegel (eds) *Health literacy. New directions in research, theory and practice*, Amsterdam: IOS Press, pp 34-59 (see also <http://ebooks.iospress.nl/volume/health-literacy-new-directions-in-researchtheory-and-practice>).
44. Pelikan, J.M., Dietscher, C., Krajic, K. and Nowak, P. (2005) '18 core strategies for health promoting hospitals (HPH)', in O. Groene and M. Garcia-Barbero (eds) *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management*, Geneva: World Health Organization, 48-67.
45. Rudd, R.E. and Anderson, J.E. (2006) *The health literacy environment of hospitals and health centers – Partners for action: Making your healthcare facility literacy-friendly*, Harvard, MA: Harvard University School of Public Health, National Center for the Study of Adult Learning and Literacy and the Health and Adult Literacy and Learning Initiative.
46. Rudd, R.E., Groene, R.O. and Navarro-Rubio, M.D. (2013) 'On health literacy and health outcomes: Background, impact, and future directions', *Revista De Calidad Asistencial*, 28, 3, 188-92.
47. Rudd, R.E., Renzulli, D., Pereira, A. and Daltory, L. (2005) 'Literacy demands in health care settings: The patient perspective', in J.G. Schwartzberg, J.B. VanGeest and C.C. Wang (eds) *Understanding health literacy: Implications for medicine and public health*, Chicago, IL: AMA Press, 69-86.
48. Schillinger, D. and Keller, D. (2011) *The other side of the coin: Attributes of a health literate healthcare organization*, Commissioned by the Institute of Medicine Roundtable on Health Literacy.
49. Shoemaker, S.J., Staub-DeLong, L., Wasserman, M. and Spranca, M. (2013) 'Factors affecting adoption and implementation of AHRQ health literacy tools in pharmacies', *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 9, 5, 553-63.
50. Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J.M., Slonska, Z. and Brand, H. for HLS-EU Consortium European Health Literacy Project (2012) 'Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models', *BMC Public Health*, 12, 80.
51. Trezona, A., Dodson, S. and Osborne, R.H. (2017) 'Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals', *BMC Health Services Research*, 17, 513.
52. Weaver, N.L., Wray, R.J., Zellin, S., Gautam, K. and Jupka, K. (2012) 'Advancing organizational health literacy in healthcare organizations serving high-needs populations: A case study', *Journal of Health Communication*, 17, Suppl 3, 55-66.

53. White, M., Garbez, R., Carroll, M., Brinker, E. and Howie-Esquivel, J. (2013) 'Is "teach-back" associated with knowledge retention and hospital readmission in hospitalized heart failure patients?', *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28, 2, 137-46.
54. White, R.O., Thompson, J.R., Rothman, R.L., McDougald Scott, A.M., Heerman, W.J., Sommer, E.C. and Barkin, S.L. (2013) 'A health literate approach to the prevention of childhood overweight and obesity', *Patient Education and Counseling*, 93, 3, 612-18.
55. Zanchetta, M., Taher, Y., Fredericks, S., Waddell, J., Fine, C. and Sales, R. (2013) 'Undergraduate nursing students integrating health literacy in clinical settings', *Nurse Education Today*, 33, 9, 1026-33.
56. International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO) (2019). *International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals - SAT-OHL-Hos-v1.0-EN international*. Vienna: WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (CC-HPH).

Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations

Cindy Brach, Agency for Healthcare Research and Quality; Debra Keller, University of California, San Francisco (UCSF) School of Medicine; Lyla M. Hernandez, Institute of Medicine (IOM); Cynthia Baur, Centers for Disease Control and Prevention; Ruth Parker, Emory University School of Medicine; Benard Dreyer, New York University School of Medicine; Paul Schyve, The Joint Commission; Andrew J. Lemerise, IOM; and Dean Schillinger, UCSF School of Medicine

บทความนี้กล่าวถึง คุณลักษณะ 10 ประการของสถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate health care organizations : HLHOs) หรือ สถานบริการที่ทำให้ผู้มารับบริการ มีความง่ายในการ ได้รับข้อมูลสารสนเทศ เข้าใจ และใช้ ข้อมูลสารสนเทศเหล่านั้นในการดูแลสุขภาพของตน สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถช่วยคนอเมริกัน 77 ล้าน คนที่มีความจำกัดในด้านความรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งช่วยคนอเมริกันส่วนใหญ่ที่มีความยุ่งยากในการทำความเข้าใจ ข้อมูลสารสนเทศ และการใช้บริการของสถานบริการสุขภาพ (ODPHP, 2008).

ส่วนใหญ่มักจะเข้าใจโดยทั่วไปว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล ในการที่จะได้รับ เข้าใจ ข้อมูลพื้นฐานและบริการด้านสุขภาพ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจที่เหมาะสม (Ratzan and Parker, 2000) แต่ความรู้ด้านสุขภาพหาใช่ขึ้นกับทักษะส่วนบุคคลอย่างเดียว (IOM, 2003). แต่ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นผลคุณระหว่าง ความสามารถส่วนบุคคล x อุปสงค์ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและ ความซับซ้อนของระบบสุขภาพ (Baker, 2006; Rudd 2003)

ระบบในสถานบริการสุขภาพจำเป็นต้องถูกปรับเปลี่ยน เพื่อให้อุปสงค์ของการบริการสุขภาพ สอดรับกับ ทักษะ และความสามารถของประชาชน (Parker, 2009; Rudd, 2007). ความรู้ด้านสุขภาพถูกจัดอยู่ในลำดับความสำคัญ ต้นๆของแผนระดับชาติ เริ่มต้นจาก Department of Health and Human Services ที่กำหนดเป้าหมาย Healthy People 2010 (HHS, 2000), และในปี 2003 Institute of Medicine (IOM) ได้รายงาน Health Literacy: A Prescription to End Confusion (IOM, 2004). ประเด็นเรื่องความรู้ด้านสุขภาพจะมีความสำคัญเพิ่มขึ้นทั้งภาครัฐและเอกชน (Parker and Ratzan, 2010), โดยรวมเข้าไปใน National Action Plan to Improve Health Literacy (ODPHP, 2010). และความรู้ด้านสุขภาพจะเป็น New Normal สำหรับสถานบริการสาธารณสุข (Koh et al., 2012).

จากความตระหนักที่ว่า ความรู้ด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะส่งมอบบริการสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยแต่ละ คน และการดำเนินเพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้ด้านสุขภาพ จำเป็นต้องกระทำที่ระบบขององค์กร เพื่อให้เกิดความ มั่นใจได้ว่า ผู้รับบริการสามารถที่จะตัดสินใจบนข้อมูลสารสนเทศที่มีเข้าใจอย่างชัดแจ้ง(AHIP, 2011; AMA, 2007; NQF, 2009; ODPHP, 2010; DeWalt et al., 2012;). และเป็นเรื่องเร่งด่วนสำหรับกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด (Martin and Parker 2011). ที่ประสบปัญหาต่างๆ ได้แก่ เรื่องความผิดพลาดทางยาที่รุนแรง (Schillinger et al., 2005), การไปรับบริการที่ห้องฉุกเฉินหรือโรงพยาบาลในอัตราที่สูงกว่า (Baker et al., 2002),การไม่มีการป้องกันโรคจนทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดีสำหรับเด็กในความดูแล (Sanders et al., 2009), การเพิ่มอัตราการตาย (Sudore et al., 2006; Bostock and Steptoe, 2012; Yaffe et al., 2006) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ

ความรู้ด้านสุขภาพ ได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการส่งมอบบริการที่คำนึงถึงมิติของ ภาษาและสังคม โดย National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services แนะนำให้บูรณา

การความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปคุณภาพการบริการที่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มและทุกคน (HHS OS, 2000). สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพตระหนักว่า การสื่อสารที่ผิดพลาดจะเกิดผลทางลบทั้งต่อการดูแลผู้ป่วยและต่อผลลัพธ์สุขภาพ และเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อย การสื่อสารที่ผิดพลาดไม่ได้เกิดเฉพาะการดูแลผู้ป่วย เช่น ช่วงการรักษาผู้ป่วย หรือช่วงของการบริหารยา แต่รวมถึงขั้นตอนการขอความยินยอมในการรักษา (inform consent) การจ่ายเงินค่าบริการ สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพตระหนักว่าแม้กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพก็ยังประสบปัญหายุ่งยากเมื่อไปโรงพยาบาล เกิดความกลัวและบรรยากาศที่ไม่เป็นมิตร เพราะฉะนั้นระบบของสถานบริการต้องออกแบบใหม่โดยสามารถรองรับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด เนื่องจากเราไม่สามารถคาดเดาได้ว่าใครจะอยู่ในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Rudd, 2010).

สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพตระหนักว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ นั้นสัมพันธ์กับเรื่องของภาษาและวัฒนธรรม อย่างแยกกันไม่ออก และความพยายามในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และปรับปรุงในเรื่องการสื่อสารเพื่อให้สอดคล้องกับมิติของภาษาและวัฒนธรรม (Andrulis and Brach, 2007; Sudore et al., 2009). ภายใต้การดูแลของ สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มุ่งมั่นที่จะยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน และให้ทุกการสื่อสาร เป็นที่เข้าใจอย่างชัดเจน

เอกสารนี้ประกอบด้วยคุณลักษณะ 10 ประการของสถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้มารับบริการสามารถ เข้าถึงบริการและได้ประโยชน์สูงสุดจากการรับบริการ โดยได้สังเคราะห์องค์ความรู้และแนวปฏิบัติ โดยคาดหวังว่า เอกสารชิ้นนี้จะก้าวข้ามขององค์กรที่จะนำไปสู่องค์กรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในแต่ละคุณลักษณะจะอธิบายสั้นๆเกี่ยวกับความหมาย ตามด้วยชุดของแนวปฏิบัติ กลยุทธ์ที่สามารถนำไปใช้เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ของแต่ละองค์ประกอบ โดยกลยุทธ์ที่ได้ยกตัวอย่างมาเป็นแค่ตัวอย่าง ซึ่งความเป็นจริงยังมีอีกหลากหลายวิธีที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของแต่ละคุณลักษณะ ซึ่งต้องทำการทดสอบหลังการปฏิบัติในกลุ่มเป้าหมายที่กลยุทธ์นั้นได้กำหนดไว้ว่าประสบผลสำเร็จหรือไม่ และแบ่งปันผลการดำเนินการให้กับหน่วยงานอื่น และองค์กรต้องเลือกว่าจะทบทวนองค์ประกอบใดก่อนหลัง ก่อนที่จะขยายไปทำองค์ประกอบอื่น

คุณลักษณะทั้ง 10 นั้นเหมาะแก่หน่วยงานที่ให้บริการสาธารณสุข เช่น คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยในคลินิกเฉพาะทาง โรงพยาบาล สถานีอนามัยในชุมชน บริการเภสัชกรรม เป็นต้น และองค์ประกอบทั้ง 10 ยังเกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยแพทย์ หรือผู้ช่วยพยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักสุขภาพ ล่าม และผู้บริหาร รวมถึง ศูนย์ประกัน ผู้ซื้อบริการ (สปสช กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม) และผู้ส่งมอบสินค้าหรือบริการเกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ หรือเครื่องมือในการให้สุขภาพศึกษา และ องค์กรที่รับรองคุณภาพบริการด้วย

รายละเอียดของ 10 คุณลักษณะได้แก่

1. ผู้บริหารได้บูรณาการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้ากับ พันธกิจ โครงสร้าง และการปฏิบัติงานขององค์กร
2. บูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปในเรื่องการวางแผน มาตรการในการประเมินผล ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความเป็นธรรม และการปรับปรุงคุณภาพ
3. เตรียมบุคลากรในองค์กรให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

4. รวมเรื่องการตอบสนองประชาชนเข้าสู่การกระบวนการออกแบบ การนำแผนสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลในเรื่องข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพ
5. ตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีทักษะด้านความรู้สุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน โดยหลีกเลี่ยงการตีตรา
6. ใช้กลยุทธ์ความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคล และทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการสื่อสารนั้นสามารถสร้างความเข้าใจในทุกจุดสัมผัสของการบริการ
7. เตรียมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและบริการสุขภาพให้ง่ายต่อการเข้าถึง รวมถึงการช่วยเหลือในด้านการนำทางในการรับบริการ
8. ออกแบบและเผยแพร่สิ่งพิมพ์ สื่อวิดีโอ หรือสื่อสังคม (Social media) ด้วยเนื้อหาที่ง่ายต่อความเข้าใจ และง่ายต่อการนำไปสู่การปฏิบัติ
9. จัดการเรื่องความรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการดูแลในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการบริการ (เช่นการส่งต่อ หรือการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน) และการสื่อสารด้านการใช้จ่าย
10. สื่อสารเกี่ยวกับ การครอบคลุมของสิทธิของการรักษาและบริการอะไรที่สิทธิไม่ครอบคลุมที่ต้องชำระเงินเอง

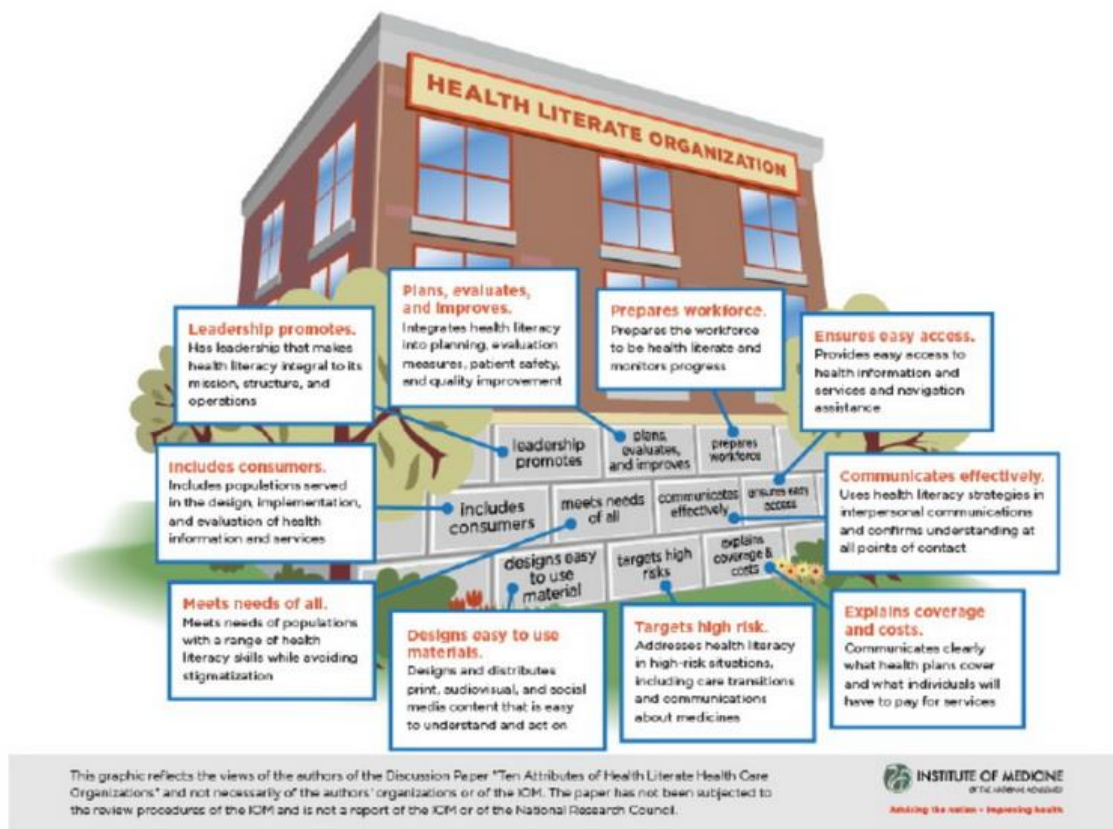


FIGURE 1B Elaborations on the Foundations of a Health Literate Organization

รายละเอียดของแต่ละหัวข้อเป็นดังนี้

1. ผู้บริหารได้บูรณาการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้ากับ พันธกิจ โครงสร้าง และการปฏิบัติงานขององค์กร หรือไม่

การเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นมากกว่าการริเริ่มโครงการที่เน้นหนักในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่หมายถึง การสร้างคุณค่าให้กับองค์กร โดยได้นำกลยุทธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพซึมซับเข้าไปในทุกระดับขององค์กร จนเป็น core business ขององค์กร ซึ่งภาวะผู้นำมีส่วนสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมองค์กร โดยผ่านทางภาษา ความคาดหวัง และรูปแบบของพฤติกรรม (Schryve, 2009) และผ่านการออกแบบกระบวนการส่งมอบบริการ (Rice, 2007). การนำองค์กรอย่างต่อเนื่องเป็นกุญแจที่สำคัญที่จะรับรองความสำเร็จในการนำสู่การปฏิบัติ และธำรงรักษาคุณลักษณะขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์กรประกอบย่อยในหัวข้อนี้ได้แก่

- 1.1. ให้ความสำคัญกับการสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพในทุกระดับภายในองค์กร และผ่านสื่อหลายช่องทาง
- 1.2. สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ให้คุณค่ากับผู้ป่วยและลูกค้า และมุ่งเน้นการสื่อสารแบบสองทางอย่างมีปฏิสัมพันธ์ และมีความเท่าเทียม
- 1.3. มีความมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์กรให้ปรากฏอย่างชัดเจน และมีพันธกิจที่จะสร้างวัฒนธรรมที่ให้คุณค่ากับผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ
- 1.4. มอบหมายความรับผิดชอบรวมถึงมอบอำนาจในการดำเนินการในภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เช่น มีการแต่งตั้ง Health Literacy Officers หรือกำหนดความรับผิดชอบใน Job description ให้แก่ หัวหน้าหน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์)
- 1.5. กำหนดเป้าหมายของการปรับปรุงความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีระบบเสริมแรงจูงใจเมื่อผลงานบรรลุเป้าหมาย ดังกล่าว และกำหนดความรับผิดชอบให้แก่บุคลากรในทุกระดับในการบรรลุผลลัพธ์ของการดำเนินการในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 1.6. จัดสรรทรัพยากรทั้งด้านการเงินและบุคลากร ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการ หรือการปรับปรุงเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพ (เช่น งบประมาณในการแก้ไขหรือตรวจสอบสื่อต่างๆว่าเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายหรือไม่ ให้เวลาเพื่อสนับสนุนบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น หรือการสนับสนุนสนับสนุนงบประมาณและเวลาสำหรับการฝึกอบรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 1.7. ปลุกฝังหรือสร้างให้เกิด Health Literacy Champion ทั่วทั้งองค์กร

- 1.8. ออกแบบระบบ เพื่อพัฒนาคนให้เกิดศักยภาพสูงสุด ในการเรียนรู้เพื่อธำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพดี และสามารถจัดการโรคต่างๆได้ สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และเกิดผลดีต่อสุขภาพ
 - 1.9. ออกแบบสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดที่ที่เป็นส่วนตัวเพื่อให้ปรึกษาในเรื่องการใช้ยา
 - 1.10. ส่งเสริมให้องค์กรอื่นให้มาดำเนินการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เช่น การส่งหน่วยงานได้บังคับบัญชา หรือใช้อำนาจซื้อ (purchasing power) หรือใช้ประสานเครือข่าย
 - 1.11. มีส่วนร่วมกับระดับ ท้องถิ่น/จังหวัด/ประเทศ ในการพัฒนาองค์กรเพื่อตอบสนองความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เช่น เข้าร่วมเป็นภาคีเครือข่ายความ รอบรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับชุมชนหรือระดับประเทศ)
 - 1.12. ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยหรือกิจกรรมอื่นๆ เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ถึง มาตรการที่มีประสิทธิผลในการลดความเหลื่อมล้ำ ระหว่างกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ กับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างจำกัด
2. **บูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้ากับเรื่องการวางแผน มาตรการในการประเมินผล ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความเป็นธรรม และการปรับปรุงคุณภาพ**

HLHOs ทำให้มั่นใจว่าได้บูรณาการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปในกิจกรรมของสถานบริการ ทั้งในรูปของแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติงาน มาตรการในการประเมินการดำเนินการในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ถูกพัฒนาและดำเนินการ การวัดความสำเร็จของผลการดำเนินการโดยรวมโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด มีโอกาสที่จะได้รับการดูแลในด้านการป้องกันโรค น้อยกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ ในเรื่องการรู้วิธีในการดูแลตนเอง การรับประทานยาได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย และความสามารถที่จะดูแลและเลี้ยงดูเด็กในความดูแลได้ (Sanders et al., 2009; Sarkar et al., 2008, 2011; Sudore et al., 2006). สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อจะติดตามกำกับประเด็นความไม่เท่าเทียม และใช้กระบวนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จัดบริการเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมมากขึ้น นอกเหนือจากนั้น สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพยังได้ปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประโยชน์สำหรับทุกคน และต้องทำให้เกิดความมั่นใจว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับจำกัดควรได้ประโยชน์มากกว่า

ความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องเป็นศูนย์กลางของการวางแผนและทำกิจกรรมในเรื่องความปลอดภัย การสื่อสารที่ผิดพลาดสามารถทำให้เกิดภัยคุกคามต่อผู้ป่วย (IOM, 2006). มีตัวอย่างจากการศึกษาหนึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ภาษาอังกฤษและพบมีผลแทรกซ้อน จะพบว่าผลแทรกซ้อนดังกล่าวมีโอกาสที่จะเกิดภัยคุกคามผู้ป่วย (harm) และภัยคุกคามนั้นจะรุนแรงกว่าด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีปัญหาการใช้ภาษาอังกฤษ (Divi et al., 2007). เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย และเพื่อให้เกิดคุณภาพสูงสุด สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องนำมาตรฐานที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้และพัฒนาจนผ่านการรับรอง (e.g., National Quality Forum Safe Practices²; The Joint Commission's primary care medical home option additional requirements³; National Committee for Quality Assurance⁴; and URAC⁵). องค์ประกอบย่อยในหัวข้อนี้ได้แก่

- 2.1. นำเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปอยู่ในทุกกิจกรรมของการวางแผน
- 2.2. ทำการประเมินผลการดำเนินการในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสภาพแวดล้อมทางกายภาพ โดยการประเมินประกอบด้วย
 - 2.2.1. สภาพแวดล้อมของความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงพยาบาล หรือ สถานีนอนามัย (Ruddand Anderson, 2006);
 - 2.2.2. CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and System) Item Set for Addressing Health Literacy (AHRQ, 2007a)
 - 2.2.3. ตอบคำถามการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สำหรับการดูแลระดับปฐมภูมิ)(DeWalt et al., 2010);
 - 2.2.4. ใช้เครื่องมือในการประเมิน บรรยากาศของการสื่อสาร (สำหรับบริการทางการแพทย์ และโรงพยาบาล (Wynia et al., 2010);
 - 2.2.5. การประเมินการวางแผนด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Gazmararian et al., 2010);
 - 2.2.6. ใช้เครื่องมือการประเมินความรอบรู้ด้านเภสัชกรรม ว่า ห้องยาและการจ่ายยาสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ A Pharmacy Health LiteracyAssessment Tool User's Guide (Jacobson et al., 2007).

3. เตรียมบุคลากรในองค์กรให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

The Joint Commission and the American Medical Association เรียกร้องให้มีการฝึกอบรมบุคลากรในเรื่อง Health Literacy บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่สามารถใช้กลยุทธ์การสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Schwartzberg et al, 2007; Turner et al., 2009; Rozier et al, 2011). การฝึกอบรมนอกจากจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความตั้งใจที่จะใช้เทคนิคการสื่อสารที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยแล้ว (Mackert et al., 2011). การเข้าอบรมยังสามารถเพิ่มทักษะการเรียนรู้และการสื่อสารด้วย (Kripalani et al, 2006; Martin et al, 2009; Blake et al, 2010). นอกจากนั้น ยังมีรายการการศึกษาว่ามาตรการที่รวมเรื่องการฝึกอบรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มอัตราการคัดกรองมะเร็ง และเพิ่มอัตราความพึงพอใจด้วย (Clark et al., 1998; Ferreira et al., 2005).

แม้การศึกษายังไม่สามารถที่จะพิสูจน์ความสัมพันธ์ทางตรงระหว่าง การฝึกอบรมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่การอบรมความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้บรรลุผลลัพธ์ด้านการศึกษา(Coleman, 2011)

สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพตระหนักว่า บุคลากรทุกคนในองค์กรจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรม เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรในการส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ แม้จะมุ่งเน้นที่จะฝึกอบรมแพทย์ แต่การฝึกทักษะด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับสายอาชีพอื่นที่ทำงานสัมผัสผู้ป่วยก็มีความจำเป็นเช่นกัน เช่น พนักงานต้อนรับ พนักงานเก็บเงิน นอกจากนั้นบุคลากรที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรงแต่ทำงานเกี่ยวกับผลิตสื่อ หรือผู้บริหารระดับสูงที่มีส่วนสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้บุคลากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องรอบรู้ด้านสุขภาพ ก็เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการอบรมด้วย

ทีมให้บริการสุขภาพที่มีบทบาทเกี่ยวกับการให้สุศึกษา จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเฉพาะในเรื่องเทคนิคด้าน การศึกษา สมาชิกในทีมได้แก่ แพทย์ นักสุศึกษา พยาบาล ผู้ช่วยแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล เกสเซอร์ ,health coaches , นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ที่นำทางผู้ป่วย (patient navigators) และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน องค์ประกอบ ย่อย ประกอบด้วย.

- 3.1. จ้างบุคคลที่มีความชำนาญในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ.
- 3.2. กำหนดเป้าหมายและทำให้บรรลุเป้าหมายในการฝึกอบรมบุคลากรอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เกี่ยวกับเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ แก่บุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กร
- 3.3. ประเมินทักษะความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และให้การฝึกอบรมในรายที่ผลการประเมิน ยังไม่ผ่านมาตรฐานที่กำหนด รวมถึงการประเมินผลกระทบของการฝึกอบรมดังกล่าว
- 3.4. บรรจุเรื่องความรู้ด้านสุขภาพเข้าไปอยู่ในโปรแกรมของการปฐมนิเทศ และการฝึกอบรมอื่นๆ (ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย วัฒนธรรมองค์กร การดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง)
- 3.5. เตรียมให้บุคลากรให้ได้ประโยชน์จากสื่อ online เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (เช่น AHRQ, 2007b; AMA, 2007; CDC, 2011 ODPHP, 2007; DeWalt et al., 2010; HRSA, 2012; New York New Jersey Public Health Training Center, 2011).
- 3.6. สนับสนุนบุคลากรให้เข้ารับการอบรมหลักสูตรภายนอกเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ
- 3.7. เชิญผู้เชี่ยวชาญภายนอก มาทำการอบรมบุคลากรภายในเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ.
- 3.8. พัฒนาให้มีการนำการศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญ (Expert educators) ที่มีทักษะในด้านการให้การศึกษา และเป็นแบบอย่าง (Role model) เป็นพี่เลี้ยง (Mentor) และเป็นครูที่สอนทักษะความรู้ด้านสุขภาพ
- 3.9. บ่งชี้หลักสูตรใหม่ที่เป็น และดำเนินการให้มีการอบรมตามหลักสูตรนั้น
- 3.10. ประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยที่มีความสามารถในการพูดหรือบรรยายและสามารถที่จะมาเป็นผู้ฝึกสอนได้ (Garcia and Brach, 2008).

4. รวมเรื่องการตอบสนองระดับประชาชนเข้าสู่การกระบวนการออกแบบ การนำแผนสู่การปฏิบัติ และการ ประเมินผลในเรื่องข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพ

จะพบเสมอว่า การออกแบบข้อมูลสารสนเทศและการบริการ ไม่ค่อยได้ปรึกษาสมาชิกในชุมชน แต่ข้ามไป ปรึกษาในช่วงประเมินผล เป็นเรื่องที่จำเป็นมากที่จะต้องฟังเสียงของกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำกัดในช่วงที่ ออกแบบโปรแกรม และเตรียมจัดทำสื่อเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มนี้

ตัวอย่าง รูปแบบของการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนตั้งแต่การออกแบบและการวางแผนได้แก่ Iowa Health System and the New Readers of Iowa. สมาชิกของ New Readers of Iowa ได้นำผู้ป่วยเดินชมสถานบริการ สาธารณสุข ได้พบทวนเกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์ และเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางสร้างการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learner) ในการเข้าถึงบริการภายในสถานบริการสาธารณสุข

การออกแบบบริการแบบมีส่วนร่วม ทำให้ตอบสนองความต้องการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ยกตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุหรือผู้พิการมีส่วนร่วมในการจัดทำ คู่มือแนะนำการใช้บริการในรูปของภาษาอังกฤษ สเปน จีน เพื่อเพื่อประสิทธิภาพของการสื่อสาร ทำให้ทราบ ทางเลือกในการรับการรักษา การประเมินผลการใช้คู่มือแนะนำ โดยครอบคลุมประเด็นทางสังคมและวัฒนธรรม ทำให้เพิ่มความเข้าใจ และสามารถเลือกทางเลือกในการรับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น. (Neuhauser et al., 2009). องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ได้แก่

- 4.1. มีตัวแทนของประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้ามาอยู่ในคณะกรรมการบริหาร (governing bodies.)
- 4.2. จัดตั้ง
 - 4.2.1. ทีมที่ปรึกษา เพื่อที่จะให้คำปรึกษาเกี่ยวกับจัดบริการสำหรับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด การศึกษาสำหรับผู้ใหญ่
 - 4.2.2. ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ
- 4.3. ประสานความร่วมมือกับสมาชิกในชุมชนเป้าหมายในการออกแบบ และทดสอบ โครงการหรือกิจกรรม รวมถึงการจัดทำสื่อต่างๆ
- 4.4. มีระบบในการรับ Feedback เกี่ยวกับ สารสนเทศและบริการ สุขภาพ จากผู้ใช้บริการ
- 4.5. กำหนดบุคคลที่เป็นสมาชิกในชุมชนเป้าหมาย เพื่อร่วมเป็นทีมประเมินผลความสำเร็จของแผนงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพองค์กร

5. **ตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีทักษะด้านความรู้สุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน โดยหลักเลี้ยงการตีตรา**

ผู้รับบริการบางคนสามารถที่เข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศที่ซับซ้อน และสามารถให้ข้อมูลนั้นในการแก้ปัญหาได้ แต่ผู้รับบริการบางคนไม่สามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความและที่ปรากฏในฉลากยาได้ (Kutner et al., 2006). เป็นการยากสำหรับผู้ให้บริการในการที่คาดเดาว่าบุคคลใดจะมีปัญหา (Bass et al., 2002; Kelly and Haidet, 2007; Seligman et al., 2005). นอกจากนั้นบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด อาจจะรู้สึกอาย (Wolf et al., 2007) และไม่ยอมเปิดเผยตัวเองว่าตนมีปัญหาในการอ่านฉลากยา (Parikh et al., 1996).

สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงต้องออกแบบระบบเพื่อให้สามารถตอบสนองในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพสำหรับทุกคนอย่างถ้วนหน้าได้ (health literacy universal precautions.) หรือการสื่อสารที่ได้รับพิสูจน์ว่าทุกคนสามารถเข้าใจได้ เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาได้ว่าผู้รับบริการอยู่ในกลุ่มไหน และไม่ควรใช้เอกสารสิ่งพิมพ์เพื่อสื่อสารข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ โดยตั้งสมมุติฐานว่า ทุกคนต้องอ่าน และเมื่อได้อ่านแล้วทุกคนต้องเข้าใจ และการช่วยเหลือหรืออธิบายให้กับทุกคนโดยไม่เลือกที่จะลดปัญหาเรื่องการตีตราเฉพาะกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดเท่านั้น สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องมีระบบในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาอย่างมากในการสื่อสาร และไม่สามารถที่จะหาห้องตรวจได้ด้วยลำพัง. ยกตัวอย่างการใช้ IT เพื่ออธิบายแทนการอ่านเอกสารสิ่งพิมพ์ และใช้ข้อมูลสารสนเทศมาตรฐานและจัดทำขึ้นเฉพาะสำหรับความต้องการเฉพาะกลุ่ม

แม้การดำเนินการในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพได้บูรณาการเข้าไปในบริการปกติแล้ว บางครั้งก็จำเป็นต้องใช้เวลา หรือ บุคลากร หรือเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นกว่าปกติ และแต่ละพื้นที่อาจจะมีปัญหาไม่เหมือนกัน จึงจำเป็นต้องจัดสรรทรัพยากรที่แตกต่างกันตามสภาพของพื้นที่ด้วย ซึ่งมีวิธีการในการประเมินระดับของความรู้ด้านสุขภาพเพื่อที่จะระบุพื้นที่ที่คาดว่าจะมีปัญหา (Hanchate et al., 2008; Martin et al., 2009). องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ ได้แก่

- 5.1. ใช้แนวทางเชิงป้องกันปัญหาจากความรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมในทุกคนอย่างถ้วนหน้า (health literacy universal precautions)
- 5.2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่ต้อนรับทุกคน และไม่ทำการสื่อสารที่ทำให้เกิดความยุ่งยากต่อการทำความเข้าใจโดยเฉพาะในการกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด (เช่น การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ที่พิมพ์ข้อความมากมายด้วยภาษาที่ยากต่อการเข้าใจ)
- 5.3. ปรับปรุงการเก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นและรวบรวมอยู่แหล่งเดียว
- 5.4. ใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อเอาชนะอุปสรรคต่อการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำกัด
- 5.5. เตรียมความช่วยเหลือเพิ่มเติม (เช่น นักการศึกษา (Educator) เจ้าหน้าที่ช่วยนำทางผู้ป่วย (Patient navigator) ,เจ้าหน้าที่ที่จะมาช่วยอธิบายหรือชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิการรักษา ,การนัดหมายการมารับการรักษาครั้งต่อไป) (Schillinger et al., 2008; Dewalt et al., 2010).
- 5.6. สอบถามเกี่ยวกับปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านยา และให้การช่วยเหลือโดยให้ใช้ยาเฉพาะในรายการที่ครอบคลุมตามสิทธิการรักษา และส่งต่อหน่วยงานที่จะสงเคราะห์ค่ายา (DeWalt et al. 2010).
- 5.7. ใช้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อขึ้นนำให้การสื่อสารด้วยการพูดนั้นตรงกับข้อความที่เป็นตัวหนังสือ และใช้สื่อเช่น video ที่มีทั้งรูปและเสียงแทนเอกสารที่มีแต่ตัวหนังสือให้อ่านเอง ซึ่งยากต่อการทำความเข้าใจในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด
- 5.8. จัดสรรทรัพยากรโดยมุ่งเน้นช่วยเหลือกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำกัด

6. ใช้กลยุทธ์ความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคล และทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการสื่อสารนั้นสามารถสร้างความเข้าใจในทุกจุดสัมผัสของการบริการ

จากการสำรวจในผู้ใหญ่พบว่า เกือบร้อยละ 8 รายงานว่า ผู้ให้บริการไม่ได้อธิบายจนทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ (AHRQ, 2010). โดยกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดจะรายงานตัวเลขที่แย่กว่ากลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่พอเพียง (Schillinger et al., 2004). ยิ่งกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ภาษาท้องถิ่นยิ่งรายงานตัวเลขที่แย่กว่า กลุ่มที่ใช้ภาษาท้องถิ่น (Schenker et al., 2010). และจะพบว่ากลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดจะถามคำถามน้อยกว่ากลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่พอเพียง (Katz et al., 2007).

ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพได้บ่งชี้ แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) ในการส่งเสริมการสื่อสาร 2 ทางที่มีประสิทธิภาพ (Schillinger et al., 2003; AMA, 2007; Sudore and Schillinger, 2009; Baker et al., 2011; DeWalt et al., 2012) และบางแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศได้ถูกใช้ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (NQF, 2005, 2010; The Joint Commission, 2007). ดังที่กล่าวในรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง การปฏิสัมพันธ์ที่มีผลดี ภาพจำเป็นต้องให้การกระตุ้นผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ (Informe activated Patient) และ ทีมปฏิบัติเชิงรุก (Proactive practice team) (Bodenheimer, Wagner, and Grumbach 2002).

กลยุทธ์ความรู้ด้านสุขภาพ ไม่ได้จำเพาะแค่ปฏิสัมพันธ์ทางคลินิกเท่านั้น การสื่อสารที่ชัดเจนในการอธิบาย เกี่ยวกับ ค่ารักษาพยาบาล การบอกทางที่จะไปรับบริการตามห้องต่างๆ การนัดหมายให้มาติดตามการรักษา สถาน บริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่สามารถส่งเสริมและสนับสนุนกลยุทธ์ดังกล่าว รวมถึงกลยุทธ์ในการ ให้ความสำคัญในมิติของวัฒนธรรมและภาษาด้วย องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ได้แก่

6.1. สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Health Care Organization :HLHOs)

- 6.1.1. สนับสนุนวัฒนธรรมที่จะมุ่งเน้นให้สอบถามเพื่อให้มั่นใจว่าทุกการสื่อสารมีความเข้าใจที่ตรงกัน
- 6.1.2. ให้เวลาอย่างพอเพียงสำหรับทุกปฏิสัมพันธ์
- 6.1.3. ทำการสอบถาม และปรับให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
- 6.1.4. วางแผนที่จะมีล่ามที่จะมาช่วยในการแปลภาษา โดยเฉพาะชาวต่างชาติที่ไม่ได้ใช้ภาษาถิ่น
- 6.1.5. เตรียมเทคโนโลยีที่จะมีช่วยเหลือเพื่อการสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น (e.g., video interpreters, talking touch screens).
- 6.1.6. รมวรงค์เพื่อสนับสนุนให้เกิดการสอบถามมากขึ้น โดยให้บุคลากรทุกคนกระตุ้นให้ผู้รับบริการสอบถาม เช่น กระตุ้นให้คิดคำถามล่วงหน้าก่อนเข้าห้องตรวจ หรือใช้เทคนิค Ask me three (1.อะไรคือปัญหาที่ทำให้ต้องมา 2.ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร 3.จะเกิดอะไรตามมาถ้าไม่ปฏิบัติตัวตามนั้น)
- 6.1.7. ให้ถือว่า ความล้มเหลวของการสื่อสาร เป็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ทำการจัดการความเสี่ยง

6.2. บุคลากรในสถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHOs)

- 6.2.1. ห้ามมีสมมุติฐานในใจว่า ทุกคนมีความรู้และทักษะในด้านความรู้ด้านสุขภาพ และความเชื่อทางสุขภาพที่ดี
- 6.2.2. ตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ ในระดับที่แสดงออกให้เห็นได้
- 6.2.3. ฟังอย่างตั้งใจ และไม่ขัดจังหวะการสนทนา
- 6.2.4. ใช้ศัพท์ชาวบ้านในการสื่อสาร หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์
- 6.2.5. จำกัดประเด็นหลัก (Key message) ในการสนทนาเพียง 2-3 ประเด็นหลักเท่านั้น
- 6.2.6. สอบถามความเข้าใจ โดยใช้เทคนิค เช่น teach-back (ให้พูดด้วยความเข้าใจตนเอง ที่ฟังมาเข้าใจว่าอย่างไร โดยใช้ภาษาของตน) , show-me, teach to goal (Baker et al., 2011), chunk and check.(แบ่งเรื่องเป็นตอนๆ (Chunk) แล้วถามเพื่อตรวจสอบความเข้าใจในแต่ละตอน)

6.2.7. พูดซ้ำๆ และชัดเจน

6.2.8. กระตุ้นให้เกิดคำถาม และตรวจสอบว่าคนฟังมีความเข้าใจในทุกคำตอบที่ถาม

6.2.9. มุ่งเน้นข้อมูลสารสนเทศที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ

6.2.10. ใช้ภาพประกอบ หรือ video (e.g., draw pictures, use illustrations, demonstrate with 3-D models, show on computer screens).

6.2.11. ห้ามตั้งสมมุติฐานในใจว่า สื่อโดยเฉพาะสิ่งพิมพ์จะได้รับการอ่านอย่างละเอียดทุกบันทึกจนเป็นที่เข้าใจ และสามารถชี้แทนการสนทนาได้ รวมถึงการทบทวนเอกสารที่เป็นสิ่งพิมพ์ ว่าอ่านง่าย ทำให้เข้าใจตรงกันหรือไม่

6.2.12. ร้องขอบริการล่าม มาช่วยเหลือในการแปลภาษา ในกรณีที่ประสบปัญหาด้านการสื่อสาร

7. เตรียมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและบริการสุขภาพให้เข้าถึง รวมถึงการช่วยเหลือในการนำทางในการรับบริการ

การไปรับบริการโรงพยาบาลที่ต้องติดต่อจากห้องหนึ่งไปยังอีกห้องหนึ่ง จะยากง่ายขึ้นกับ การออกแบบเชิงโครงสร้างภายในสถานบริการ บ้ายบอกทาง ยิ่งสถานบริการที่ให้บริการที่มีความซับซ้อน ย่อมมีห้องต่างๆมากมาย รวมถึงป้ายหน้าคลินิกหรือห้องต่างๆ ก็เป็นศัพท์เฉพาะที่ยากต่อความเข้าใจ (เช่นห้องฉุกเฉิน ห้องผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น). ซึ่งสร้างความสับสนแม้กระทั่งกลุ่มที่มีความสามารถในการอ่าน และยังสร้างปัญหาสำหรับกลุ่มที่มีความรอบรู้สุขภาพที่จำกัด (Rudd, 2004; Rudd et al., 2005). สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพนอกจากจะปรับปรุงและเพิ่มป้ายบอกทางให้เพียงพอแล้ว จำเป็นต้องออกแบบเพื่อให้มีเจ้าหน้าที่ที่แนะนำขั้นตอนการบริการและบอกเส้นทางที่จะไปรับบริการตามห้องต่างๆ (Groene and Rudd 2011). องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ได้แก่

- 7.1. ออกแบบสถานที่เพื่อให้ประชาชนที่ไปรับบริการสุขภาพ สามารถหาช่องทางไปรับบริการด้วยตนเองได้จากป้ายบอกทาง
- 7.2. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และใช้ระบบสัญลักษณ์หรือป้ายบอกทาง
- 7.3. ฝึกอบรมบุคลากรที่จะตอบคำถามเกี่ยวกับการถามช่องทางการให้บริการ ด้วยท่าทีที่สุภาพและเป็นมิตร โดยไม่ตั้งสมมุติฐานในใจว่า ทุกคนมีทักษะในการอ่านแผนที่
- 7.4. บูรณาการและออกแบบบริการที่ต้องใช้สิ่งอำนวยความสะดวกร่วมกันให้อยู่ใกล้กัน (บริการปฐมภูมิ บริการพิเศษ บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, Heath and Wellness Service, บริการทางสังคม)
- 7.5. ช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัวเพื่อให้เข้าใจว่าจะได้รับบริการอะไร และจะได้ประโยชน์อะไรจากการรับบริการ และการเข้าสมัครเข้าร่วมโปรแกรมบริการต่างๆ เช่น wellness, case management, and disease management programs.

- 7.6. จัดเตรียมผู้นำทางเพื่อไปรับบริการ (community health workers [promotores], lay health advisors, peer coaches) เพื่อให้ความช่วยเหลือโดยการตอบข้อสงสัยต่างๆ รวมถึงการแก้ปัญหาต่างๆ และช่วยเหลือเพื่อให้สามารถเข้าถึง ข้อมูลสารสนเทศและบริการได้
 - 7.7. ช่วยเหลือในการกำหนดตารางนัดหมายมาติดตามการรักษา โดยเฉพาะรอยต่อการบริการ จาก บริการปฐมภูมิ กับบริการจากแพทย์เฉพาะทาง หรือ Home care กับบริการปฐมภูมิ)
 - 7.8. ผู้ให้บริการต้องไม่รีรอที่ให้อบรมสารสนเทศแก่ผู้ป่วย โดยไม่คาดหวังว่าผู้ป่วยจะไปค้นหาสารสนเทศเอง.
 - 7.9. กำหนดรายชื่อของเครือข่ายบริการ ได้แก่ หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ Community health ,หน่วยงานที่ยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ,หน่วยบริการที่ให้บริการทางสังคม เพื่อส่งต่อการบริการกับหน่วยงานดังกล่าว และปรับปรุงรายชื่อของเครือข่ายบริการให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ
 - 7.10. ติดตามการส่งต่อและการติดตามมารับบริการ เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีการผัดผ่อนการรักษา หรือไปไม่ถึงหน่วยงานที่ส่งต่อ
 - 7.11. มีและธำรงรักษาระบบให้บริการทางโทรศัพท์ที่เป็นมิตร และกำหนดระเบียบปฏิบัติให้กับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับกติกามารยาทในการสนทนาทางโทรศัพท์
 - 7.12. การเคลมค่ารักษาตามสิทธิ และการยื่นอุทธรณ์ในกรณีที่ไม่เห็นกับการปฏิเสธการเคลม
 - 7.13. จัดหาหรือพัฒนาการให้บริการผ่าน Application (เช่น ช่องทางให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับโรงพยาบาลหรือผู้ให้บริการได้ (patient portals) ,คู่มือให้อบรม ,เครื่องมือช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ อุปกรณ์ในการกำกับติดตาม) โดยออกแบบอย่างเป็นมิตร และได้รับการทดสอบแล้วว่าสามารถใช้ได้กับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด
 - 7.14. อบรมผู้ป่วยหรือผู้รับบริการถึงวิธีการใช้ Application ที่องค์กรจัดทำขึ้น
 - 7.15. ทำให้ Application ที่เกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศ (ทั้งบันทึกทางการแพทย์และช่องทางที่ให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับโรงพยาบาลหรือผู้ให้บริการ (Patient portal)ง่ายต่อการเข้าใจ และข้อมูลสารสนเทศที่สามารถปฏิบัติได้
 - 7.16. จัดหาหรือพัฒนา application ที่สามารถจะเชื่อมต่อไปยังสื่อสุขภาพต่างๆตามความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อทำการค้นหาค้นหาที่เกี่ยวกับทางการแพทย์
 - 7.17. คุณลักษณะของโปรแกรม ที่สนับสนุนและสามารถติดตามการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ สามารถบันทึกด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์เข้าไปในบันทึกทางการแพทย์ ร่วมกับการอบรมการใช้งานให้กับผู้ใช้โปรแกรม
8. **ออกแบบและเผยแพร่สิ่งพิมพ์ สื่อวิดีโอ หรือสื่อสังคม (Social media) ด้วยเนื้อหาที่ง่ายต่อความเข้าใจ และง่ายต่อการนำไปสู่การปฏิบัติ**
- ข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์นั้นซับซ้อนเกินไปที่ประชาชนทั่วไปเข้าใจ (Walsh and Voisko, 2008). และบุคลากรทางการแพทย์อาจจะไม่ยากทำให้เป็นเรื่องที่เข้าใจง่าย แม้ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอก็ยากจะ

ได้สื่อที่ชัดเจนและเรียบเรียงอย่างดี (Davis et al., 1998; Parker, 2000).

สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องประเมินสื่อที่จัดทำขึ้นให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย อ่านเข้าใจง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้ การจะประเมินว่าสื่อที่จัดทำขึ้นเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่ (ดูตัวอย่างที่, Medline-Plus's easy to read section) สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องพัฒนาสื่อให้เหมาะสม โดยต้องนำประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วม และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาเพื่อมาช่วยในการจัดทำสื่อ ทั้งด้านเนื้อหาและการออกแบบให้ง่ายต่อความเข้าใจ ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้

ข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ ไม่เฉพาะสื่อการให้สุศึกษาในการป้องกันโรค การวินิจฉัย และทางเลือกในการรักษา แต่รวมถึงข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับนโยบายเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ โดยอธิบายเกี่ยวกับผลประโยชน์ ค่ารักษา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องปฏิบัติตามหลักการของการสื่อสารที่ชัดเจนเกี่ยวกับแบบฟอร์มที่ผู้รับบริการต้องกรอกข้อมูล

กลยุทธ์เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การใช้ภาษาที่เรียบง่าย กำหนดหัวข้อ และมีรูปประกอบ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจมากขึ้น (Campbell et al., 2004). วิธีการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น โดยใช้การสาธิต (Delp and Jones, 1996) หรือการใช้ Pictograms (Yin et al., 2008) และ Social Media (Facebook, Twitter) ก็ทำให้การสื่อสารมีความชัดเจนมากขึ้น โดยสถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ควรละเลยที่จะใช้ social media เหล่านั้น (Kamel-Boulis, 2012).

สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ควรใช้แต่ สื่อสิ่งพิมพ์ แต่ต้องใช้สื่อ video ที่มีทั้งภาพเคลื่อนไหวและเสียง สำหรับโทรศัพท์มือถือ ก็มีข้อดีและข้อเสีย ข้อดีคือสามารถพกพาได้สะดวก และสามารถแสดงได้ทั้งภาพและเสียง แต่มีข้อเสียคือหน้าจอเล็ก ทำให้มองเห็นรายละเอียดได้ยาก มีการศึกษาว่าสื่อ Multimedia ไม่สามารถที่จะลดเหลื่อมล้ำระหว่าง กลุ่มที่ความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดและกลุ่มที่เพียงพอ (Kandula et al., 2009). สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องตระหนักในประเด็นที่ว่า กลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำกัด มักจะมีความรู้ด้าน e Health จำกัด ด้วย โดยจะมีความสามารถในการเข้าถึง ค้นหา ประเมิน และใช้ความรู้ที่ได้มาจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์เหล่านั้นเพื่อนำมาแก้ปัญหาสุขภาพ ได้อย่างจำกัดด้วย (Norman and Skinner, 2006).

ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อทั้งภาพและเสียง ต้องใช้ภาษาท้องถิ่นที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายใช้ การแปลภาษาแบบคำต่อคำ อาจจะไม่เพียงพอ โดยสื่อเหล่านั้นต้องปรับให้เข้ากับมิติของภาษาและวัฒนธรรมด้วย โดยแม้จะมีการใช้ภาษาที่แตกต่างกันแต่ความหมายต้องเหมือนกัน องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ได้แก่

- 8.1. ใช้สื่อการให้สุศึกษาเพื่อเป็นการเติมเต็มให้เกิดความสมบูรณ์ไม่ได้ใช้เพื่อการทดแทนการให้สุศึกษาส่วนบุคคล (Face to Face)
- 8.2. เก็บรวบรวมสื่อการสอนสุศึกษาที่มีคุณภาพสูง (เช่น โมเดล 3 มิติ หรือ สื่อ video) รวมถึงสื่อที่จัดทำเฉพาะสำหรับกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด (เช่น Photo-novellas, การนำเสนอในรูปแบบการ์ตูน , multimedia tutorials, podcasts) และใช้ช่องทางการสื่อสารในหลากหลายช่องทาง เช่น DVDs, patient portals.

- 8.3. ประเมิน สื่อการสอนสุขภาพ ที่ได้ทำการเผยแพร่ โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า state-of-the-art assessment tools และนำข้อมูลการสะท้อนกลับของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมาปรับปรุง เพื่อให้แน่ใจว่าสื่อดังกล่าวเหมาะสมสำหรับทุกคนในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
- 8.4. ใช้เครื่องมือที่จะช่วยให้การพัฒนาให้ง่ายต่อการเข้าใจทั้งสิ่งพิมพ์ หรือสื่อ Online เช่น
 - 8.4.1. เครื่องมือในการทำให้สิ่งพิมพ์ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ (CMS, 2011);
 - 8.4.2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ Online เช่น แนวทางในการเขียนหรือออกแบบเพื่อให้ง่ายต่อใช้ Web site ทางสุขภาพ(HHS, 2010);
 - 8.4.3. การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพ (Health IT) สำหรับประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับจำกัด เช่น แนวทางสำหรับผู้พัฒนาหรือผู้ซื้อ เทคโนโลยีข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (Eichner and Dullabh, 2007);
 - 8.4.4. การพัฒนาสื่อสิ่งพิมพ์ที่มีประสิทธิภาพ ง่ายและชัดเจนสำหรับผู้อ่านที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับจำกัด (NCI, 2003)
- 8.5. เลือกหรือผลิตสื่อที่
 - 8.5.1. มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน
 - 8.5.2. ใช้ภาษาทั่วไป ไม่ใช่ภาษาที่รู้กันเฉพาะกลุ่ม (no jargon);
 - 8.5.3. จำกัดประเด็นหลักไม่ให้มากเกินไป ไม่เกิน 2-3 ประเด็นหลัก
 - 8.5.4. ใช้ภาพประกอบที่ง่ายต่อการเข้าใจ
 - 8.5.5. ใช้ประโยคสั้นๆ และเขียนในรูป Active Voice (ประธาน กริยา กรรม) แทน Passive Voice(กรรมถูกกระทำ(กริยา) โดย ประธาน)
 - 8.5.6. สื่อที่ทำให้ผู้ฟังได้ยินคำพูดที่ชัดเจน (กรณีที่ใช้สื่อทั้งภาพและเสียง)
 - 8.5.7. การตอบแบบสอบถามต่างๆ ต้องมีช่องให้ตอบว่าไม่ทราบ ด้วย เพื่อไม่เป็นการบังคับผู้ตอบ เพราะถ้าบังคับให้ต้องตอบ อาจจะตอบในสิ่งที่ไม่ตรงกับความจริงได้
 - 8.5.8. ข้อมูลสารสนเทศที่ยาว ต้องทอนให้เป็นข้อๆ (manageable chunks) และทำเครื่องหมายเพื่อแยกแต่ละหัวข้อนั้นอย่างชัดเจน รวมถึงจัดลำดับให้สอดคล้องตามลำดับก่อนหลัง
 - 8.5.9. ข้อมูลสารสนเทศไม่ควรต้องให้ผู้อ่านต้องใช้การคำนวณ ในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงต้องใช้การคำนวณ ต้องระบุวิธีการคำนวณให้ชัดเจน
 - 8.5.10. สื่อสารอย่างชัดเจนว่าจะทำอะไร และให้กำหนดขั้นตอนการกระทำออกมาเป็นข้อ ๆ
- 8.6. ทำให้สื่อการสอนต่าง ๆ มีพร้อม โดยใช้ภาษาทั่วไปที่ทุกคนเข้าใจ
- 8.7. ให้ความสำคัญกับกระบวนการแปลภาษาในการผลิตสื่อที่ไม่ใช่ภาษาท้องถิ่น ตัวอย่างเช่น
 - 8.7.1. ใช้คนแปลภาษาที่ผ่านการอบรม 2 คน ซึ่งเป็นเจ้าของภาษาของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ภาษานั้น และเข้าใจวัฒนธรรมของผู้ฟังที่เป็นเจ้าของภาษานั้น

8.7.2. ปรับปรุงความแตกต่างของคนแปลภาษาของทั้ง 2 คน

8.7.3. ให้ทำการทบทวนการแปลภาษาโดยผู้ที่มีความชำนาญเนื้อหาที่เป็นเจ้าของภาษานั้น และปรับปรุงเพื่อลดความแตกต่างลง

8.7.4. ทดสอบความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมายที่จะนำสื่อขึ้นไปใช้

8.8. ว่าจ้างหรือใช้บุคลากรรวมถึงที่ปรึกษาที่เกี่ยวข้องเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ ในช่วงเวลาที่ทำกรผลิตสื่อใหม่

8.9. ให้กลุ่มเป้าหมายที่จะใช้สื่อ รวมถึงกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับจำกัด เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบ และทดสอบความเข้าใจของสื่อที่ได้ผลิตขึ้น

8.10. ทดสอบความเข้าใจในการรับรู้สื่อของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำกัด ก่อนที่จะส่งสื่อเหล่านั้นไปยังสื่อ Online หรือ social media

9. จัดการเรื่องความรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการดูแลในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการบริการ (เช่นการส่งต่อ หรือการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน) และการสื่อสารด้านการใช้จ่าย

เนื่องจากการสื่อสารในสถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพควรต้องสอดคล้องกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) สถานการณ์หรือการตัดสินใจที่มีความเสี่ยงสูง หรือช่วงรอยต่อของการบริการ (การส่งต่อ หรือ การจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อไปฟื้นฟูที่บ้าน) ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจเนื้อหาที่สื่อสารอย่างชัดเจน อีกตัวอย่างคือ หนังสือแสดงความยินยอมในการผ่าตัด การบริหารยาอันตรายที่มีศักยภาพที่จะทำให้เกิดอันตรายตามมา โดยเฉพาะถ้าไม่ได้บริหารยาอย่างถูกต้อง การให้รักษาในภาวะสุดท้ายของชีวิต หรือการดูแลในช่วงรอยต่อ เช่น การจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลกลับบ้าน สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องบ่งชี้ว่า สถานการณ์ใดที่จะต้องใช้มาตรฐานสูงหรือกระบวนการที่รัดกุมในการปกป้องผู้มารับบริการ เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่ปัญหาจากการสื่อสารที่ผิดพลาด

ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ การขอความยินยอมในการรักษา มุ่งหวังเพียงต้องการลายเซ็นของผู้มารับบริการ แทนที่จะมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์และความเสี่ยงจากการรักษาหรือการทำหัตถการต่างๆ. ยกตัวอย่างกรณีของ Toni Cordell ซึ่งไม่ได้อ่านและไม่ได้เข้าใจการรักษาของแพทย์ ว่าแพทย์จะทำการผ่าตัดมดลูกของเธอออก (Cordell, 2007). The National Quality Forum ได้บ่งชี้วิธีการที่เรียกว่า teach-back ในช่วงของการขอความยินยอมการรักษาว่าเป็นวิธีที่ปลอดภัยสูงสุดเพื่อป้องกันการสื่อสารที่ผิดพลาด (Teach back คือ การที่ผู้ให้การรักษาอธิบายเรื่องราวต่างๆให้ผู้รับบริการ จากนั้นบอกให้ผู้รับบริการ พูดตามความเข้าใจของตนว่า เข้าใจในสิ่งที่ผู้ให้บริการอธิบายมาอย่างไร)

การสื่อสารในเรื่องการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญในเรื่อง ความคลาดเคลื่อนทางยา (medicine errors (IOM, 2006)) มีการศึกษาพบว่า มีเพียงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่เข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Schillinger et al., 2005). และกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดจะมีโอกาสที่จะเกิดปัญหามากกว่า (Persell et al., 2007), โดยไม่สามารถที่จะเข้าใจข้อความในฉลากยาที่เขียนให้

ผู้ป่วย (Wolf et al., 2011), รวมถึงข้อระวังในการใช้ยา (Davis et al., 2006), และวิธีการรับประทานหรือบริหารยา (Lindquist et al. 2012). ถ้าใช้ video ซึ่งเป็นภาพประกอบเสียงเข้ามาช่วยในกระบวนการอธิบายวิธีการใช้ยา จะสามารถลดความผิดพลาดดังกล่าวได้ (Machtinger et al., 2007; Wolf et al., 2011; Yin et al., 2008). สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องให้ความสำคัญในการนำระบบดังกล่าวมาใช้ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา

การสื่อสารในช่วงวิกฤตในภาวะสุดท้ายของชีวิตก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญ การสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะดังกล่าว รวมถึงการรักษาแบบประคับประคองนั้นความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพยากรณ์ของโรค แม้การตัดสินใจในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตจะเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการตัดสินใจ การศึกษาพบว่า ความไม่แน่ใจหรือลังเลว่าจุดหมายปลายทางของระยะสุดท้ายของชีวิตอยากให้จบอย่างไร โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด สามารถลดลงได้โดยการให้ดูวิดีโอที่อธิบายสถานการณ์ให้เข้าใจได้อย่างชัดเจนมากขึ้น (Volandes et al., 2010). ซึ่งค่านิยมและวัฒนธรรม ความเชื่อ การศึกษามีผลต่อการกำหนดจุดหมายปลายทางของชีวิตในระยะสุดท้ายของชีวิต (Volandes et al., 2008a; Volandes et al., 2008b).

ต้องมั่นใจว่าช่วงรอยต่อของการรักษา เช่น ช่วงการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลกลับบ้าน และการลดการกลับมารักษาซ้ำ (Re admission) เป็นประเด็นที่อยู่ในความสนใจในระดับชาติ (Partnership for Patients Health literate health care organizations:). ความสำเร็จของการลดการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายผู้ป่วย ต้องอาศัยกลยุทธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการศึกษาแบบ randomized controlled trial โดยใช้กลยุทธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถลดการกลับมารักษาซ้ำภายหลังจำหน่ายได้ร้อยละ 30 (Jack et al., 2009). องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ได้แก่

9.1. ปังชี้สถานการณ์เสี่ยงและหัวข้อที่จำเป็นต้องใช้ความระมัดระวังหรือทรัพยากรที่มากขึ้น ในการวางแผน และนำแผนสู่การปฏิบัติ เพื่อให้มั่นใจถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยการดำเนินการประกอบด้วย

9.1.1. สนับสนุนวัฒนธรรมองค์กรที่ขอความยินยอมจากผู้รับบริการ เพื่อให้เป็นการให้ความยินยอมที่มีความหมาย และเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ .

9.1.2. ปรับปรุงให้ผู้รับบริการเข้าใจเนื้อหาในแบบฟอร์มการขอความยินยอม และมีการแปลเป็นภาษาอื่นสำหรับผู้ที่ไม่ใช้ภาษาท้องถิ่น

9.1.3. กระบวนการในการให้คำยินยอม ถ้ามีความจำเป็นต้องมีล่ามแปลภาษาก็ต้องใช้ ถ้าผู้รับบริการอ่านไม่ออก ต้องมีคนอ่านให้ฟัง และตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้รับบริการเข้าใจเนื้อหาในแบบฟอร์มคำยินยอมโดยการถามและให้เขาอธิบายตามความเข้าใจของตนว่าเข้าใจว่าอย่างไร เหตุผลของการทำหัตถการหรือการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ และคาดหวังประโยชน์จากการรักษาว่าอะไร ความสำเร็จในการรักษามีโอกาสเท่าไร และอะไรคือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ และเพื่อให้เกิดความมั่นใจ กระบวนการขอความยินยอมต้องปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ (AHRQ, 2009; Fleischer et al., 2009; NQF, 2005)

- 9.1.4. ใช้เครื่องมือช่วย เช่น กล้องใส่ยาเม็ด, Card หรือ chart ในการให้ยา, และเครื่องมือในการคำนวณขนาดของยา เพื่อเป็นเครื่องช่วยหรือเตือนให้รับประทานยาตามขนาดและเวลาที่กำหนด (DeWalt et al., 2012; Yin et al., 2010).
- 9.1.5. สร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการให้เวลากับ การให้ความสำคัญกับการให้ผู้ป่วยนำยาที่รับประทานทุกชนิด รวมถึงยาสมุนไพร หรือวิตามินต่างๆ ที่รับประทานประจำมาด้วย โดยให้ผู้ป่วยอธิบายว่า รับประทานยาแต่ละชนิดอย่างไร ขนาดเท่าไร รับประทานมานานเท่าไร และทำไมถึงต้องรับประทาน
- 9.1.6. จดลากยาแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสอดคล้องกับคำแนะนำของ U.S. Pharmacopeia (U.S. Pharmacopeial Convention, 2011).
- 9.1.7. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายเพื่ออธิบายกับผู้ป่วยและญาติ ในการตัดสินใจสำหรับการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต
- 9.1.8. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย และมั่นใจว่าทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจ ทั้งในช่วงที่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือกลับไปพักฟื้นรักษาตัวที่บ้าน โดยเขียนเป็นลายอักษรด้วยข้อความที่เข้าใจง่าย และแนะนำให้มารับการตรวจติดตามตามนัด ก่อนที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และทำการสรุปหลังจำหน่าย (Discharge Summary) ภายใน 24 ชั่วโมง และนัดติดตามหลังการรักษาภายหลังจำหน่าย (BUMC, 2011; The Joint Commission, 2007)

10. สื่อสารเกี่ยวกับ การครอบคลุมของสิทธิของการรักษาและบริการอะไรที่สิทธิไม่ครอบคลุมที่ต้องชำระเงินเอง

ผู้รับบริการตั้งตาคอยเกี่ยวกับความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ เนื่องจากมีข้อมูลสารสนเทศที่มากมายและซับซ้อนที่ยากต่อการเลือกว่าจะซื้อประกันสุขภาพแบบใด มีความจำเป็นที่จะต้องทำตารางเปรียบเทียบความครอบคลุมในแต่ละชุดสิทธิประโยชน์ The Center for Consumer Information and Insurance Oversight (CCIIO) ได้ทำการสรุปเกี่ยวกับตารางเปรียบเทียบดังกล่าวพร้อมทั้งนิยามศัพท์เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ

แม้ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับการครอบคลุมในแต่ละชุดสิทธิประโยชน์ แต่ก็มีหลายคนที่ต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมในการอธิบายแต่ละทางเลือก และ State Health Insurance Exchanges ก็ได้ทำแนวทางในการเลือกโดยทำสื่อให้สอดคล้องกับมิติของภาษาและวัฒนธรรม เพื่อให้ประชาชนได้ศึกษาเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกประเภทของการประกันสุขภาพ Navigators ไม่ได้เป็นแนวคิดใหม่ แต่เป็นเสมือนโปรแกรมที่ปรึกษา State Health Insurance Counseling and Assistance Programs (SHIP) สามารถเป็นที่ปรึกษาเฉพาะบุคคลได้ และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับความครอบคลุมของแต่ละชุดสิทธิประโยชน์ได้ อีกโปรแกรมหนึ่งคือ State-based Consumer Assistance Programs (CAPs) เป็นอีกโปรแกรมหนึ่งที่ช่วยในข้อประกันสุขภาพในกลุ่มที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ โดยมีระบบความช่วยเหลือ และระบบการยื่นอุทธรณ์กรณีที่ไม่ได้รับบริการตามสิทธิประโยชน์

ความโปร่งใส และเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่ายคือประเด็นที่สำคัญ ก่อนที่แพทย์จะวางแผนการรักษาและสั่งการรักษา ต้องทราบความต้องการโดยรวมของผู้ป่วย ณ จุดบริการ ว่าการรักษาหรือใช้ยานั้นอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยซื้อ ประกันสุขภาพหรือไม่ การรักษาอะไรที่ไม่ครอบคลุมที่ต้องจ่ายส่วนเกิน ก่อนที่จะตกลงการรักษา ไม่มีใครที่สั่งอาหาร ในภัตตาคารที่ไม่ได้กำหนดราคาในเมนูอาหาร และผู้ป่วยต้องการที่จะทราบราคาค่าบริการก่อนที่จะตัดสินใจรับการรักษา ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถเป็นตัวกลางในการทำรายการเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยจะต้องจ่าย ส่วนเกินเท่าไรโดยทันที ทำให้การตัดสินใจว่าจะรับการรักษาหรือไม่รับการรักษาได้รวดเร็วขึ้น องค์ประกอบย่อยใน คุณลักษณะข้อนี้ได้แก่

10.1. ผู้ทำประกัน ที่ให้ความสำคัญในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ : เตรียมข้อมูลสารสนเทศที่ง่ายต่อการเข้าใจ และมีตารางเปรียบเทียบสิทธิการรักษาประเภทต่างๆได้แก่ การครอบคลุมสิทธิประโยชน์ต่างๆ และเงินที่จะต้อง สมทบจ่ายเพิ่มเติม กรณีที่มีการถามว่าสิทธิการรักษา จะครอบคลุมการรักษาหรือหัตถการเฉพาะหรือไม่ ต้อง ตอบคำถามอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ปรับปรุงข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับความครอบคลุมเกี่ยวกับสิทธิการรักษา ประเภทต่างๆ รวมถึงจำนวนเงินที่ต้องร่วมจ่าย ให้เป็นปัจจุบัน

10.2. สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate health care organizations:)

10.2.1. จัดเตรียมเจ้าหน้าที่และทรัพยากรเพื่อสรุปสิทธิการรักษาประเภทต่าง และจำนวนเงินที่ผู้ป่วยต้องร่วม จ่าย รวมถึงสิ่งที่ปัญหาที่มักเกิดขึ้นในเรื่องการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

10.2.2. แจ้งเกี่ยวกับการรักษาและค่าล่วงหน้าให้ทราบก่อนการให้บริการ

10.2.3. ผู้ให้บริการเข้าใจสิทธิประโยชน์ต่างๆว่าครอบคลุมการรักษาประเภทใดบ้าง และเลือกบริการที่ เหมาะสมโดยพิจารณาถึงต้นทุนส่วนเพิ่มที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่มด้วย ก่อนที่จะสั่งการรักษา

10.2.4. ส่งต่อผู้ป่วยไปยัง health insurance consumer and navigator program

REFERENCES

1. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs American Medical Association. 1999. Health literacy. Journal of the American Medical Association 281(6):552-557.
2. AHIP (America's Health Insurance Plans). 2011. Health literacy and America's Health Insurance Plans: Laying the foundation and beyond. Washington, DC: America's Health Insurance Plans.
3. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). 2007a. CAHPS health literacy item set. www.cahps.ahrq.gov/content/products/HL/PROD_HL_Intro.asp (accessed August 15, 2007).
4. AHRQ. 2007b. Strategies to improve communication between pharmacy staff and patients training program for pharmacy staff. <http://www.ahrq.gov/qual/pharmlit/pharmtrain.htm> (accessed March 16,

- 2012). AHRQ. 2009. The AHRQ informed consent and authorization toolkit for minimal risk research. <http://www.ahrq.gov/fund/informedconsent/> (accessed March 16, 2012).
5. AHRQ. 2010. National healthcare disparities report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
 6. Allen, K., J. Zoellner, M. Motley, and P. A. Estabrooks. 2011. Understanding the internal and external validity of health literacy interventions: A systematic literature review using the RE-AIM framework. *Journal of Health Communication* 16(Suppl 3):55-72.
 7. AMA (American Medical Association). 2007. Health literacy and patient safety: Help patients understand (Manual for clinicians). <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/367/healthlitclinicians.pdf> (accessed March 16, 2012).
 8. Andrulis, D. P., and C. Brach. 2007. Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. *American Journal of Health Behavior* 31(Suppl 1):S122-S133.
 9. Baker, D. W. 2006. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 21(8):878-883.
 10. Baker, D. W., D. A. DeWalt, D. Schillinger, V. Hawk, B. Ruo, K. Bibbins-Domingo, M. Weinberger, A. Macabasco-O'Connell, and M. Pignone. 2011. "Teach to goal": Theory and design principles of an intervention to improve heart failure self-management skills of patients with low health literacy. *Journal of Health Communication* 16(Suppl 3):73- 88.
 11. Baker, D. W., J. A. Gazmararian, M. V. Williams, T. Scott, R. M. Parker, D. Green, J. Ren, and J. Peel. 2002. Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health* 92(8):1278-1283.
 12. Bass, P. F. I., J. F. Wilson, C. H. Griffith, and D. R. Barnett. 2002. Residents' ability to identify patients with poor literacy skills. *Academic Medicine* 77(10):1039-1041.
 13. Blake, S. C., K. McMorris, K. L. Jacobson, J. A. Gazmararian, and S. Kripalani. 2010. A qualitative evaluation of a health literacy intervention to improve medication adherence for underserved pharmacy patients. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 21(2):559-567.
 14. Bodenheimer T., E. H. Wagner, K. Grumbach. 2002. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 288(14):1775-1779.
 15. Bostock, S., and A. Steptoe. 2012. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: Longitudinal cohort study. *BMJ* 344:e1602.

16. BUMC (Boston University Medical Center). 2011. The new and improved RED toolkit.
<http://www.bu.edu/fammed/projectred/newtoolkit/index.html> (accessed March 16, 2012). 21
17. California HealthCare Foundation. 2010. One-e-App: One-stop access to health and social service programs. <http://www.chcf.org/projects/2007/oneeapp-onestop-access-to-healthcare> (accessed March 16, 2012).
18. Campbell, F. A., B. D. Goldman, M. L. Boccia, and M. Skinner. 2004. The effect of format modifications and reading comprehension on recall of informed consent information by low-income parents: A comparison of print, video, and computer-based presentations. *Patient Education and Counseling* 53(2):205-216.
19. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). 2011 Health literacy for public health professionals. <http://www.cdc.gov/healthliteracy/GetTrainingCE.html> (accessed June 20, 2012).
20. Clark, N. M., M. Gong, M. A. Schork, D. Evans, D. Roloff, M. Hurwitz, L. Maiman, and R. B. Mellins. 1998. Impact of education for physicians on patient outcomes. *Pediatrics* 101(5):831-836.
21. CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services). 2011. Toolkit for making written material clear and effective. <https://www.cms.gov/WrittenMaterialsToolkit/> (accessed March 16, 2012).
22. Coleman, C. 2011. Teaching health care professionals about health literacy: A review of the literature. *Nursing Outlook* 59(2):70-78.
23. Cordell, T. 2007. Chasing the monster. *North Carolina Medical Journal*. 68(5):331-332.
24. Davis T. C., D. D. Fredrickson, C. Arnold, P. W. Murphy, M. Herbst, and J. A. Bocchini. 1998. A polio immunization pamphlet with increased appeal and simplified language does not improve comprehension to an acceptable level. *Patient Education Counseling* 33(1):25- 37.
25. Davis, T. C., M. S. Wolf, P. F. Bass, M. Middlebrooks, E. Kennen, D. W. Baker, C. L. Bennett, R. Durazo-Arvizu, A. Bocchini, S. Savory, and R. M. Parker. 2006. Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *Journal of General Internal Medicine* 21(8):847-851.
26. Delp, C., and J. Jones. 1996. Communicating information to patients: The use of cartoon illustrations to improve comprehension of instructions. *Academic Emergency Medicine* 3(3):264-270.
27. DeWalt, D. A., L. F. Callahan, V. H. Hawk, K. A. Broucksou, A. Hink, R. Rudd, and C. Brach. 2010. Health literacy universal precautions toolkit. <http://www.ahrq.gov/qual/literacy/healthliteracytoolkit.pdf> (accessed March 16, 2012).
28. Divi, C., R. G. Koss, S. P. Schmaltz, and J. M. Loeb. 2007. Language proficiency and adverse events in US hospitals: A pilot study. *International Journal for Quality in Health Care* 19(2):60-67.

29. Eichner, J., and P. Dullabh. 2007. Accessible health information technology (health IT) for populations with limited literacy: A guide for developers and purchasers of health IT. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
30. Ferreira, M. R., N. C. Dolan, M. L. Fitzgibbon, T. C. Davis, N. Gorby, L. Ladewski, D. Liu, A. W. Rademaker, F. Medio, B. P. Schmitt, and C. L. Bennett. 2005. Health care provider-directed intervention to increase colorectal cancer screening among veterans: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology* 23(7):1548-1554.
31. Fleischer, L., S. Raivitch, S. M. Miller, Y. Partida, A. Martin-Boyan, C. Soltoff, and P. Courter. 2009. A practical guide to consent. <http://www.templehealth.org/ICTOOLKIT/html/ictoolkitpage1.html> (accessed March 16, 2012).
32. Garcia, C., and C. Brach. 2008. Integrating health literacy into patient safety partnerships. In *Engaging patients as safety partners: A guide for reducing errors and improving satisfaction*, edited by P. L. Spath. Chicago: Health Forum. Pp. 121-162. 22
33. Gazmararian, J. A., K. Beditz, S. Pisano, and R. Carreón. 2010. The development of a health literacy assessment tool for health plans. *Journal of Health Communication* 15(Suppl 2):93-101.
34. Hanchate, A., A. Ash, J. Gazmararian, M. Wolf, and M. Paasche-Orlow. 2008. The demographic assessment for health literacy (DAHL): A new tool for estimating associations between health literacy and outcomes in national surveys. *Journal of General Internal Medicine* 23(10):1561-1566.
35. HHS (U.S. Department of Health and Human Services). 2000. *Healthy people 2010: Understanding and improving health*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
36. HHS. 2010. *Health literacy online: A guide to writing and designing easy-to-use health web sites*. http://www.health.gov/healthliteracyonline/Web_Guide_Health_Lit_Online.pdf (accessed March 16, 2012).
37. HHS OS (U.S. Department of Health and Human Services Office of the Secretary). 2000. National standards on culturally and linguistically appropriate services (CLAS) in health care. *Federal Register* 65(247):80865-80879.
38. HRSA (Health Resources and Services Administration). 2012. *Effective communication tools for healthcare professionals*. <http://www.hrsa.gov/publichealth/healthliteracy/> (accessed May 31, 2012).
39. IOM (Institute of Medicine). 2003. *Priority areas for national action: transforming health care quality*. Washington DC: The National Academies Press
40. IOM. 2004. *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC: The National Academies Press.

41. IOM. 2006. Preventing medication errors: Quality chasm series. Washington, DC: The National Academies Press.
42. IOM. 2009. Health literacy, ehealth, and communication: Putting the consumer first: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press.
43. Jack, B. W., V. K. Chetty, D. Anthony, J. L. Greenwald, G. M. Sanchez, A. E. Johnson, S. R. Forsythe, J. K. O'Donnell, M. K. Paasche-Orlow, C. Manasseh, S. Martin, and L. Culpepper. 2009. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. *Annals of Internal Medicine* 150(3):178-187.
44. Jacobson, K., J. Gazmararian, S. Kripalani, K. McMorris, S. Blake, and C. Brach. 2007. Is our pharmacy meeting patients' needs? A pharmacy health literacy assessment tool user's guide. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
45. Kamel-Boulis, M. N. 2012. On social media and health literacy. *WebmedCentral Health Informatics* 3(1).
46. Kandula, N. R., P. A. Nsiah-Kumi, G. Makoul, J. Sager, C. P. Zei, S. Glass, Q. Stephens, and D. W. Baker. 2009. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient Education and Counseling* 75(3):321-327.
47. Katz, M., T. Jacobson, E. Veledar, and S. Kripalani. 2007. Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: A mixed-methods analysis. *Journal of General Internal Medicine* 22(6):782-786.
48. Kelly, P. A., and P. Haidet. 2007. Physician overestimation of patient literacy: A potential source of health care disparities. *Patient Education and Counseling* 66(1):119-122.
49. Kim-Hwang, J., A. Chen, D. Bell, D. Guzman, H. Yee, and M. Kushel. 2010. Evaluating electronic referrals for specialty care at a public hospital. *Journal of General Internal Medicine* 25(10):1123-1128.
50. Koh, H. K., D. M. Berwick, C. M. Clancy, C. Baur, C. Brach, L. M. Harris, and E. G. Zerhusen. 2012. New federal policy initiatives to boost health literacy can help the nation move beyond the cycle of costly "crisis care." *Health Affairs* 31(2):434-443. 23
51. Kripalani, S., L. E. Henderson, E. Y. Chiu, R. Robertson, P. Kolm, and T. A. Jacobson. 2006. Predictors of medication self-management skill in a low-literacy population. *Journal of General Internal Medicine* 21(8):852-856.
52. Kutner, M., E. Greenberg, Y. Jin, and C. Paulsen. 2006. The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: National Center for Education Statistics.

53. Lindquist, L.A., L. Go, J. Fleisher, N. Jain, E. Friesema, D.W. Baker. 2012. Relationship of health literacy to intentional and unintentional non-adherence of hospital discharge medications. *Journal of General Internal Medicine*. 27(2):173-178.
54. Machtinger, E. L., F. Wang, L. L. Chen, M. Rodriguez, S. Wu, and D. Schillinger. 2007. A visual medication schedule to improve anticoagulation control: A randomized, controlled trial. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 33(10):625-635.
55. Mackert, M., J. Ball, and N. Lopez. 2011. Health literacy awareness training for healthcare workers: Improving knowledge and intentions to use clear communication techniques. *Patient Education and Counseling* 85(3):e225-e228.
56. Martin, L., T. Ruder, J. Escarce, B. Ghosh-Dastidar, D. Sherman, M. Elliott, C. Bird, A. Fremont, C. Gasper, A. Culbert, and N. Lurie. 2009. Developing predictive models of health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 24(11):1211-1216.
57. Martin, L.T. and R.M. Parker. 2011. Insurance expansion and health literacy. *JAMA* 306(8):874-875.
58. NCI (National Cancer Institute). 2003. Clear & simple: Developing effective print materials for low-literate readers. [http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/clear-and-simple/ page1/AllPages](http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/clear-and-simple/page1/AllPages) (accessed March 16, 2012).
59. Neuhauser, L., B. Rothschild, C. Graham, S. L. Ivey, and S. Konishi. 2009. Participatory design of mass health communication in three languages for seniors and people with disabilities on Medicaid. *American Journal of Public Health* 99(12):2188-2195.
60. New York New Jersey Public Health Training Center. 2011. Health literacy & public health: Strategies for addressing low health literacy. [http://www.nynj-phtc.org/pages/ catalog/phlit02/](http://www.nynj-phtc.org/pages/catalog/phlit02/) (accessed March 16, 2012).
61. Norman, C. D., and H. A. Skinner. 2006. Ehealth: The ehealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research* 8(4):e27.
62. NQF (National Quality Forum). 2005. Improving patient safety through informed consent for patients with limited health literacy. Washington, DC: National Quality Forum.
63. NQF. 2009. Health literacy: A linchpin in achieving national goals for health and healthcare. Washington, DC: National Quality Forum.
64. NQF. 2010. Safe practices for better healthcare—2010 update. Washington, DC: National Quality Forum.
65. ODPHP (Office of Disease Prevention and Health Promotion). 2007. Quick guide to health literacy. <http://www.health.gov/communication/literacy/quickguide/> (accessed June 12, 2012).

66. ODPHP. 2008. America's health literacy: Why we need accessible health information. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
67. ODPHP. 2010. National action plan to improve health literacy. <http://www.health.gov/communication/HLActionPlan> (accessed March 16, 2012).
68. Paasche-Orlow, M., and M. Wolf. 2008. Evidence does not support clinical screening of literacy. *Journal of General Internal Medicine* 23(1):100-102.
69. Parikh, N. S., R. M. Parker, J. R. Nurss, D. W. Baker, and M. V. Williams. 1996. Shame and health literacy: The unspoken connection. *Patient Education and Counseling* 27(1):33- 39.
70. Parker, R. 2000. Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International* 15(4):277-283. 24
71. Parker, R., and S. C. Ratzan. 2010. Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication* 15(Suppl 2):20-33.
72. Parker, R. M. 2009. What? So what? Now what? Paper presented at Measures of Health Literacy Workshop, Washington, DC.
73. Persell, S., C. Osborn, R. Richard, S. Skripkauskas, and M. Wolf. 2007. Limited health literacy is a barrier to medication reconciliation in ambulatory care. *Journal of General Internal Medicine* 22(11):1523-1526.
74. Ratanawongsa, N., M. Handley, J. Quan, U. Sarkar, K. Pfeifer, C. Soria, and D. Schillinger. 2012. Quasi-experimental trial of diabetes self-management automated and real-time telephonic support (SMARTSteps) in a Medicaid managed care plan: Study protocol. *BMC Health Services Research* 12(1):22.
75. Ratzan, S. C., and R. M. Parker. 2000. Introduction. In *National Library of Medicine current bibliographies in medicine: Health literacy*, edited by C. Selden, M. Zorn, S. C. Ratzan and R. M. Parker. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
76. Rice, M. F. 2007. Promoting cultural competency in public administration and public service delivery: Utilizing self-assessment tools and performance measures. *Journal of Public Affairs Education* 13(1):41-57.
77. Rozier, R. G., A. M. Horowitz, and G. Podschun. 2011. Dentist-patient communication techniques used in the United States. *Journal of the American Dental Association* 142(5):518-530.
78. Rudd, R. 2003. Objective 11-2. Improvement of health literacy. In *Communicating health: Priorities and strategies for progress*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
79. Rudd, R. 2004. Navigating hospitals: Literacy barriers. *Literacy Harvest (Fall)*:19-24.

80. Rudd, R., and J. Anderson. 2006. The health literacy environment of hospitals and health centers. <http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/files/healthliteracyenvironment.pdf> (accessed March 16, 2012).
81. Rudd, R.E. 2007. Health literacy skills of U.S. adults. *Journal of Health Behaviors*. 31(S1):S8-18.
82. Rudd, R.E. 2010. Improving Americans' Health Literacy. *New England Journal of Medicine*, 363(24):2283-5.
83. Rudd, R., D. Renzulli, A. Pereira, and L. Daltory. 2005. Literacy demands in health care settings: The patient perspective. In *Understanding health literacy: Implications for medicine and public health*, edited by J. G. Schwartzberg, J. B. VanGeest and C. C. Wang. Chicago: AMA Press.
84. Sanders, L. M., S. Federico, P. Klass, M. A. Abrams, and B. Dreyer. 2009. Literacy and child health: A systematic review. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 163(2):131- 140.
85. Sarkar, U., A. J. Karter, J. Y. Liu, N. E. Adler, R. Nguyen, A. López, and D. Schillinger. 2010. The literacy divide: Health literacy and the use of an internet-based patient portal in an integrated health system—results from the Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Journal of Health Communication* 15(Suppl 2):183-196.
86. Sarkar, U., J. D. Piette, R. Gonzales, D. Lessler, L. D. Chew, B. Reilly, J. Johnson, M. Brunt, J. Huang, M. Regenstein, and D. Schillinger. 2008. Preferences for self-management support: Findings from a survey of diabetes patients in safety-net health systems. *Patient Education and Counseling* 70(1):102-110.
87. Sarkar, U., D. Schillinger, K. Bibbins-Domingo, A. Nápoles, L. Karliner, and E. J. Pérez-Stable. 2011. Patient–physicians' information exchange in outpatient cardiac care: Time for a heart to heart? *Patient Education and Counseling* 85(2):173-179. 25
88. Schenker, Y., A. J. Karter, D. Schillinger, E. M. Warton, N. E. Adler, H. H. Moffet, A. T. Ahmed, and A. Fernandez. 2010. The impact of limited English proficiency and physician language concordance on reports of clinical interactions among patients with diabetes: The DISTANCE study. *Patient Education and Counseling* 81(2):222-228.
89. Schillinger, D., A. Bindman, F. Wang, A. Stewart, and J. Piette. 2004. Functional health literacy and the quality of physician–patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling* 52(3):315-323.
90. Schillinger, D., H. Hammer, F. Wang, J. Palacios, I. McLean, A. Tang, S. Youmans, and M. Handley. 2008. Seeing in 3-D: Examining the reach of diabetes self-management support strategies in a public health care system. *Health Education & Behavior* 35(5):664-682.

91. Schillinger, D., E. L. Machtinger, F. Wang, L. L. Chen, K. Win, J. Palacios, M. Rodriguez, and A. Bindman. 2005. Language, literacy, and communication regarding medication in an anticoagulation clinic: Are pictures better than words? *Advances in patient safety: From research to implementation*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
92. Schillinger, D., J. Piette, K. Grumbach, F. Wang, C. Wilson, C. Daher, K. Leong-Grotz, C. Castro, and A. B. Bindman. 2003. Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine* 163(1):83- 90.
93. Schwartzberg, J. G., A. Cowett, J. VanGeest, and M. S. Wolf. 2007. Communication techniques for patients with low health literacy: A survey of physicians, nurses, and pharmacists. *American Journal of Health Behavior* 31(Suppl 1):S96-S104.
94. Schyve, P. 2009. *Leadership in healthcare organizations: A guide to Joint Commission leadership standards*. San Diego, CA: The Joint Commission.
95. Seligman, H. K., F. F. Wang, J. L. Palacios, C. C. Wilson, C. Daher, J. D. Piette, and D. Schillinger. 2005. Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 20(11):1001-1007.
96. Sheridan, S. L., D. J. Halpern, A. J. Viera, N. D. Berkman, K. E. Donahue, and K. Crotty. 2011. Interventions for individuals with low health literacy: A systematic review. *Journal of Health Communication* 16(Suppl 3):30-54.
97. Sudore, R. L., C. S. Landefeld, E. J. Prez-Stable, K. Bibbins-Domingo, B. A. Williams, and D. Schillinger. 2009. Unraveling the relationship between literacy, language proficiency, and patient-physician communication. *Patient Education and Counseling* 75(3):398-402.
98. Sudore, R. L., and D. Schillinger. 2009. Interventions to improve care for patients with limited health literacy. *Journal of Clinical Outcomes Management* 16(1):20.
99. Sudore, R. L., K. Yaffe, S. Satterfield, T. B. Harris, K. M. Mehta, E. M. Simonsick, A. B. Newman, C. Rosano, R. Rooks, S. M. Rubin, H. N. Ayonayon, and D. Schillinger. 2006. Limited literacy and mortality in the elderly: The health, aging, and body composition study. *Journal of General Internal Medicine* 21(8):806-812.
100. The Joint Commission. 2007. "What did the doctor say?" Improving health literacy to protect patient safety. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission.

101. Turner, T., W. L. Cull, B. Bayldon, P. Klass, L. M. Sanders, M. P. Frintner, M. A. Abrams, and B. Dreyer. 2009. Pediatricians and health literacy: Descriptive results from a national survey. *Pediatrics* 124(Suppl 3):S299-S305.
102. U.S. Pharmacopeial Convention. 2011. Proposed chapter 17 prescription container labeling. www.usp.org/sites/default/files/usp_pdf/EN/USPNF/M5531.pdf (accessed March 16, 2012).
103. Volandes A.E., M. Ariza, E.D. Abbo, M. Paasche-Orlow. 2008a. Overcoming educational barriers for advance care planning in Latinos with video images. *Journal of Palliative Medicine* (5):700-706.
104. Volandes A.E., M. Paasche-Orlow, M.R. Gillick, E.F. Cook, S. Shaykevich, E.D. Abbo, L. Lehmann. 2008b. Health literacy not race predicts end-of-life care preferences. *Journal of Palliative Medicine*. 11(5):754-762.
105. Volandes A.E., M.J. Barry, Y. Chang, M.K. Paasche-Orlow. 2010. Improving decision making at the end of life with video images. *Medical Decision Making* 30(1):29-34.
106. Walsh, T. M., and T. A. Volsko. 2008. Readability assessment of Internet-based consumer health information. *Respiratory Care* 53(10):1310-1315.
107. Wolf, M. S., T. C. Davis, L. M. Curtis, J. A. Webb, S. C. Bailey, W. H. Shrank, L. Lindquist, B. Ruo, M. V. Bocchini, R. M. Parker, and A. J. J. Wood. 2011. Effect of standardized, patient-centered label instructions to improve comprehension of prescription drug use. *Medical Care* 49(1):96-100, 110.1097/MLR.1090b1013e3181f38174.
108. Wolf, M. S., M. V. Williams, R. M. Parker, N. S. Parikh, A. W. Nowlan, and D. W. Baker. 2007. Patients' shame and attitudes toward discussing the results of literacy screening. *Journal of Health Communication* 12(8):721-732.
109. Wynia, M. K., M. Johnson, T. P. McCoy, L. P. Griffin, and C. Y. Osborn. 2010. Validation of an organizational communication climate assessment toolkit. *American Journal of Medical Quality* 25(6):436-443.
110. Yin, H. S., B. P. Dreyer, L. van Schaick, G. L. Foltin, C. Dinglas, and A. L. Mendelsohn. 2008. Randomized controlled trial of a pictogram-based intervention to reduce liquid medication dosing errors and improve adherence among caregivers of young children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 162(9):814-822.
111. Yin, H. S., A. L. Mendelsohn, M. S. Wolf, R. M. Parker, A. Fierman, L. van Schaick, I. S. Bazan, M. D. Kline, and B. P. Dreyer. 2010. Parents' medication administration errors: Role of dosing instruments and health literacy. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 164(2):181-186.

V-HLO, International OHL-Hos ,Org-HLR Framework

1. จากการศึกษาวิจัยพบว่า Health Literacy เป็นแนวคิดเชิงสัมพันธ์ (relational concept) (Kwan et al. 2006, Parker 2009, Rudd & Anderson 2006). หมายถึง ไม่ได้มอง Health Literacy ของแต่ละแบบสมบูรณ์ (Absolute) แต่มองแบบสัมพันธ์กับสถานการณ์ (demand and complexity of situation) รายรอบบุคคลนั้นที่มีผลต่อการตัดสินใจและเกิดการกระทำขึ้น ในปัจจุบันได้ยอมรับอย่างกว้างขวางของปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะส่วนบุคคลและความซับซ้อนของระบบสุขภาพ (Brach et al. 2012, DeWalt et al. 2013, Kickbusch et al. 2013, Koh et al. 2013). โดยมี Term ที่ใช้ ดังนี้ (Megetto et al. 2017, Farmanova et al. 2018)
 - 1.1. Health literate healthcare organizations” (HLHCO) (Brach et al. 2012), นิยาม “A health literate healthcare organization คือองค์กรที่จะทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกกลุ่ม (ผู้ป่วย/ญาติ/ บุคลากรขององค์กร/ผู้บริหารและประชาชน) เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับโรคหรือสุขภาพ ได้ง่ายขึ้น และพยายามที่จะพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อประเมินและตัดสินใจดำเนินการต่างๆในชีวิตประจำวันในทุกๆวันเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล(ผู้ป่วยรับผิดชอบร่วมกันกับผู้ให้บริการแบบ co-proudction) การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงรักษาหรือยกระดับสุขภาพตลอดช่วงชีวิต เพื่อให้การบรรลุแนวคิดเชิงองค์รวมอย่างเป็นระบบและมีความยั่งยืน HLHCO ต้องนำหลักการและเครื่องมือของการบริหารคุณภาพ การบริหารการเปลี่ยนแปลง และการส่งเสริมสุขภาพ และการเพิ่มสมรรถนะเฉพาะขององค์กร (โครงสร้างพื้นฐาน และทรัพยากร) เพื่อให้องค์กรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น (Pelikan 2017)
 - 1.2. Health literacy friendly settings” : Kickbusch et al. 2013),
 - 1.3. Organizational health literacy” (OHL) (Dietscher & Pelikan 2015)
 - 1.4. Organizational health literacy responsiveness” (Org-HLR) (Trezona et al. 2017). นิยาม Health Literacy Responsiveness หมายถึง “ การจัดเตรียมบริการ แผนงาน/กิจกรรม และข้อมูลสารสนเทศ ที่สามารถเข้าถึงหรือสร้างความผูกพันได้อย่างเท่าเทียม สามารถสนองความต้องการและความชอบของทุกคน แม้จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลายแตกต่างกัน และสนับสนุนบุคคลหรือชุมชนในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและความสุขสบาย (Well being) ซึ่งจะสำเร็จได้โดยการสนับสนุนทางด้านวัฒนธรรมและการนำองค์กร รวมถึงระบบสนับสนุน นโยบาย แนวปฏิบัติ และทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพ “ (Trezona et al. 2017, p. 9)
2. ความเข้าใจดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการสาธารณสุข นักวิจัย และผู้กำหนดนโยบายได้เสนอแนะว่าจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับระบบที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Brach 2017, Trezona et al. 2017, 2018, Pelikan 2019). โดยสถานบริการสุขภาพต้องให้การพัฒนาศักยภาพ หรือการบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพขององค์กร ซึ่งสามารถเรียกได้หลากหลายแต่มีความหมายเดียวกัน ได้แก่ Health literate

Healthcare organization (HLHCO) Health literacy Friendly setting, Organizational Health Literacy (OHL)
Organization Health Literacy Responsiveness (Org-HLR)

3. การเปลี่ยนมุมมองจากระดับบุคคลมาเป็นระดับองค์กร คณะทำงานของ Institute of Medicine of the National Academies ใน USA จึงได้นิยาม “ten attributes of health literate healthcare organizations “ เพื่อทำให้ระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อน ง่ายต่อการ เข้าถึงช่องทางบริการ (navigate) ง่ายต่อการทำความเข้าใจและตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลสารสนเทศที่ได้รับเพื่อการดูแลสุขภาพของตน (Brach et al. 2012). ซึ่งได้มีการพัฒนาเครื่องมือต่างๆมากมายเพื่อรองรับ เพื่อปรับระบบของโรงพยาบาลให้เป็นไปตามที่ 10 Attributes of HLHCO กำหนด โดยเครื่องมือแรก ที่พัฒนาคือ “Comprehensive self-assessment tool for hospitals” ซึ่งพัฒนาและทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ในปี 2014/2015 โดยทีมพัฒนาของ Vienna/Austria (Dietscher et al. 2015, 2017, Dietscher & Pelikan 2016, Pelikan & Dietscher 2015, Pelikan 2019). ได้แก่ The Vienna WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (WHO-CC-HPH) โดยประสานความร่วมมือกับ Austrian Network of Health Promoting Hospitals and Healthcare Institutions (ONGKG) เพื่อพัฒนาและนำไปใช้นำร่อง โดยใช้ Vienna Concept of Health-Literate Hospitals and Healthcare Organizations“ (V-HLO) และแบบประเมินตนเอง (Self Assessment Tool) V-HLO ได้ใช้แนวคิด Health Literacy ตามนิยามของ HLS-EU consortium (Sorensen et al 2012). ทำให้เห็นรูปธรรมของ OHL มากขึ้นโดยเชื่อมโยงกับระบบจัดการคุณภาพ โดย International Society for Quality in Healthcare (2007) เป็นผู้กำหนดมาตรฐาน. โดย V-HLO ใช้กรอบแนวคิดของ HLHCO แต่เน้นหนักในแนวคิดของ Health promotion โดยเฉพาะการใช้ Setting Approach เหมือนกับการพัฒนา Health Promoting Hospitals หรือ HPH (Pelikan et al 2005). แทนที่จะแสดงแต่ละรายการของ Attribute แต่ใช้ Matrix Model ระหว่าง domain x Stakeholder (โดย stakeholder ไม่ได้จำเพาะผู้ป่วย แต่หมายรวมถึง ผู้ป่วยและญาติ บุคลากร และชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการ) สำหรับ Domain นั้นไม่ได้เฉพาะเรื่อง Healthcare (รวมเรื่อง การเข้าถึง การเข้าพักรักษา และการทำงาน ในสถานบริการสุขภาพ) แต่ขยายการเข้าถึง Domain การป้องกันโรค (Disease Prevention) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เนื่องจากการนำ OHL ไปใช้ จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติและกระบวนการทำงานขององค์กร (Organization practice and processes) ทีมพัฒนาของ Vienna จึงได้ใช้ Model ของ (Total) Quality Improvement และ models การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management) หรือ Model การพัฒนาองค์กร เพราะฉะนั้นแบบประเมินตนเองตามมาตรฐานของ V-HLO ประกอบด้วย 9 standards ,22 sub-standards and 160 indicators โดยกำหนดไว้ในแบบประเมินตนเอง (self-assessment tool) ในภาษาเยอรมัน ซึ่งเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะเหมือนกับที่ใช้ใน USA โดยนำไปใช้นำร่องใน 9 โรงพยาบาลใน Austria (Dietscher & Pelikan 2017). เนื่องจาก ข้อจำกัด ของ 10 Attributes of HLHCOs ของ IOM คือ จุดกำเนิดมาจาก Individual Health Literacy research จึงมี Clinical bias แล

Stakeholder ค่อนข้างจำกัด (ส่วนใหญ่คือผู้ป่วย) และ function ส่วนใหญ่คือการรักษาผู้ป่วย ใน HLHCO การพัฒนา V-HLO เพื่อปิดข้อจำกัดของ 10 Attribute โดย เป้าหมายใน Vienna concepts

- 3.1. Core concepts ของ Health Literacy คือ Health promotion และ re oriented health services คือ ประเด็นที่สำคัญที่จะทำให้เกิดคุณภาพของ Health promotion (กล่าวไว้ใน Ottawa charter)
- 3.2. เข้าใจ Health Literacy ในเชิงองค์รวม (Comprehensive)
- 3.3. บูรณาการ HL เข้าไปในยุทธศาสตร์ของ Comprehensive setting approach ของ Health Promoting Hospital
- 3.4. ทำให้วิธีการเพื่อให้เกิดคุณภาพมีความเป็นรูปธรรมขึ้น (Making more explicit use of quality method)

Cognitive map of the Vienna-HLO study based on whole systems approach of strategies of HPH

HL of HL for	Stakeholder groups			D) Organizational structures & processes - capacities for implementation
	A) Patients	B) Staff	C) Community	
1) Access to, & living & working in the hospital	A1) HL for living & navigating	B1) HL for navigating & working	C1) HL for navigating & access	Di) Leadership & capacity building for implementing HL Dii) Monitoring of HL of structures & processes Diii) Advocacy & networking for HL
2) Diagnosis, treatment & care	A2) HL for co-producing health	B2) HL for health literate patient communication	C2) HL for co-production of continuous & integrated care	
3) Disease management & prevention	A3) HL for disease management & prevention	B3) HL for disease management & prevention	C3) HL for disease management & prevention	
4) Healthy lifestyle development	A4) HL for healthy lifestyle development	B4) HL for healthy lifestyle development	C4) HL for healthy lifestyle development	

Self-assessment tool following the Vienna-HLO model

	Patients	Staff	Community	Organizational structures & processes – capacities implementation
Domain 1: Access to, living & working in the organization	Standard 4: Navigation assistance 4.1 Barrier-free contact via website and telephone 4.2 Provision of information relevant for arrival and hospital stay 4.3 Availability of support at main entrance 4.4 Clear and easy-to-understand navigation system 4.5 Free availability of health information for patients and visitors			Standard 1: Management policy and organizational structures 1.1 HL as corporate responsibility 1.2 Quality assurance of HL Standard 2: Participative development of materials and services 2.1 Participation of patients 2.2 Participation of staff Standard 9: Dissemination and further development 9.1 support of the dissemination and further development of health literacy
Domain 2: Diagnosis, treatment & care	Standard 5: HL in patient communication 5.1 in spoken communication 5.2 in written communication 5.3 support by language translators and interpreters 5.4 also in high-risk situations	Standard 3: Develop HL skills of staff for patient communication 3.1 for all situations that involve communication	Standard 8: Contribute to HL in the region 8.1: promotion of continuous and integrated care	
Domain 3: Disease management & prevention	Standard 6: Promote HL of patients and relatives 6.1 for disease-specific self-management	Standard 7: Promote HL of staff 7.1 for the self-management of occupational health and safety risks		
Domain 4: Healthy lifestyle development	Standard 6: Promote HL of patients and relatives 6.2 for healthy lifestyle development	Standard 7: Promote HL of staff HL 7.2 for healthy lifestyles	Standard 8: Contribute to HL in the region 8.2 contribution to public health within the realm of possibility	

Pelikan HLH HARC 14–10–2016

13

4. ในปี 2016 The international Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) ได้ตั้ง International Working Group on Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (HPH & HLO)“. โดยงานแรกของ Working group ตัวกล่าวคือการประยุกต์และแปลจากภาษาเยอรมันให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยอยู่บนพื้นฐานแนวคิดของ “Vienna Concept of a Health Literate Healthcare Organization (V-HLO)” นักวิจัยจาก 11 ประเทศได้แก่ Austria, Australia, Belgium, Canada, Denmark, Germany, Israel, Italy, Norway, Switzerland and Taiwan ได้ทำงานร่วมกัน โดยใช้เวทีของ HPH international conferences ร่วมกับการประชุมผ่านทาง virtual meetings. เบื้องต้นได้แปล V-HLO จากภาษาเยอรมันเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นเป็นภาษาฝรั่งเศส (Henrard et al. 2019), อิตาลี และจีนแมนดาริน แล้วนำไปใช้นำร่องในบริบทของประเทศต่างๆ ในท้ายที่สุด คณะทำงานได้พัฒนาเป็น International version ของ self assessment tool โดยใช้พื้นฐานของ V-HLO และนำไปใช้ใน Healthcare ที่ต่างบริบทกัน ซึ่งมีการเพิ่มหรือลด Standard , Sub-standard และ Indicators โดย international version ใหม่ประกอบด้วย 8 standard (เดิมมี 9 ปรับเหลือ 8 standard โดยบูรณาการ Sub-standard 8.1 เดิมเข้ากับ standard 6 และบูรณาการ sub-standard 8.2 และ standard 9 เดิม เข้าไปเป็นใน stand ใหม่เป็น Standard ที่ 8) โดย 8 standard ใหม่ จะประกอบด้วย 23 sub-standard , 156 Indicators ซึ่งเครื่องมือที่ได้พัฒนาใหม่นี้ได้นำเสนอในที่ประชุม 27th International HPH conference in Warsaw May 31st 2019, และได้วางแผนที่จะแปลและ Validate ในประเทศต่างๆต่อไป

Table 1: Positioning of the 8 standards and 23 sub-standards of the International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (OHL-Hos).

HL Stakeholders / HL Domains	Patients	Staff	Community	Organizational structures & processes
Domain 1 Access to, living & working in the organization	Standard 4: Provide and support easy navigation and access to documents materials and services.			Standard 1: Implement organizational health literacy best-practices across all structures and processes of the organization. Standard 2: Develop documents, materials and services with stakeholders in a participatory manner.
Domain 2 Diagnosis, treatment & care	Standard 5: Apply health literacy best-practices in all forms of communication with patients.	Standard 3: Enable and train staff for personal and organizational health literacy.	Standard 8: Contribute to HL in the region by dissemination and development of HL	
Domain 3: Disease management & prevention	Standard 6: Promote personal health literacy of patients and relatives beyond discharge.	Standard 7: Promote personal health literacy of staff with regard to occupational risks and personal lifestyles.		
Domain 4: Healthy lifestyle development	Standard 6: Promote HL of patients and relatives	Standard 7: Promote personal health literacy of staff with regard to occupational risks and personal lifestyles.	Standard 8: Contribute to promoting personal and organizational health literacy in the region.	

5. ขั้นตอนในการประเมินตนเอง ประกอบด้วย ประกอบด้วย 7 steps ดังนี้
 - 5.1. การได้รับมอบหมายจากผู้บริหารหน่วยงาน(ระดับฝ่าย/ระดับองค์กร) และการกำหนดขอบเขตของการประเมิน (ระดับฝ่าย/ทั้งองค์กร)
 - 5.2. ผู้บริหารหน่วยงานต้องมอบหมายผู้ประสานงานกลางในเรื่องการประเมินตนเอง
 - 5.3. แต่งตั้งทีมประเมิน จำนวนที่เหมาะสมคือ 5-10 คน ซึ่งควรประกอบด้วยสหวิชาชีพได้แก่ ผู้บริหาร ผู้บริหารระบบคุณภาพ ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพอื่นที่ร่วมทีมบริการในแผนกต่างๆ อาคารสถานที่ ซ่อมบำรุง ผู้ตรวจการ ตัวแทนผู้ป่วย/ผู้ญาติ/กลุ่ม Self help group
 - 5.4. การประเมินของแต่ละบุคคล โดยทำความเข้าใจแบบประเมินตนเอง และทำการประเมินตามขอบเขตที่กำหนด
 - 5.5. รวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่มีการประเมินต้องใช้หลักฐานอ้างอิง ควรนำเอกสารที่อ้างอิงมาเก็บรวบรวม

- 5.6. ทำการประเมินโดยกลุ่ม โดยประชุมที่ประเมิน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง และต้องมี modulator เพื่อควบคุมการประชุม โดยเริ่มจาก indicators ที่กลุ่มเห็นเหมือนกันก่อน จากนั้นถึงไปสู่ indicators ที่มีความเห็นที่แตกต่างกัน
- 5.7. ที่ประชุมกลุ่มควรวิเคราะห์ Strength & Weakness จากนั้นกำหนดมาตรการและปรับปรุงโดยใช้ PDCA

Standard of V-HLO

1. เตรียมสมรรถนะองค์กร ในด้านโครงสร้างพื้นฐาน และทรัพยากรในการดำเนินการ Health literacy ขององค์กร
2. พัฒนาและประเมินสื่อ และบริการ โดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม
3. บุคลากรที่ผ่านการรับรองว่ามีประสิทธิภาพในการสื่อสาร
4. พัฒนาสิ่งแวดล้อมเอื้อ และมีการช่วยนำทางให้แก่ผู้รับบริการให้สามารถเข้ารับบริการได้อย่างสะดวกและเป็นมิตร
5. นำแนวทางการสื่อสารที่ดีไปใช้ในการสื่อสารในงานประจำ ทั้งการพูด การเขียน สื่อพร้อมภาพและเสียง หรือสื่อ Digital โดยมีการสนับสนุนการแปลภาษาและการตีความหมาย
6. พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ ผ่านการเรียนรู้ (Learning offer)
7. พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากร ผ่านการเรียนรู้ (Learning offer)
8. พัฒนาความรอบรู้ของชุมชนที่เป็นที่ตั้ง หรือเป็น Catchment area ของสถานบริการสุขภาพ
9. แบ่งปันประสบการณ์ และเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับชุมชนในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Self Assessment tools (9 Standard ,22 Sub-standard ,160 Indicators)

1. นโยบายการบริหารและโครงสร้างองค์กร
 - 1.1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบขององค์กร
 - 1.2. การประกันคุณภาพด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. การทำสื่อ และจัดบริการอย่างมีส่วนร่วม
 - 2.1. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย
 - 2.2. การมีส่วนร่วมของบุคลากร
3. พัฒนากิจกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคลากรเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
 - 3.1. สำหรับทุกสถานการณ์ที่ต้องใช้การสื่อสารเข้ามามีส่วนร่วม
4. การช่วยนำทาง (Navigation Assistance)
 - 4.1. การติดต่อโดยไม่มีอุปสรรคผ่านทาง web site หรือโทรศัพท์
 - 4.2. เตรียมพร้อมข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการมา หรือ นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

- 4.3. ความพร้อมของการสนับสนุนที่หน้าทางเข้าหลักของโรงพยาบาล
- 4.4. ระบบการนำทางที่ชัดเจนและง่ายต่อการเข้าใจ
- 4.5. ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยหรือผู้มาติดต่อ ที่พร้อมบริการโดยไม่คิดราคา
5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารกับผู้ป่วย
 - 5.1. การสื่อสารด้วยการพูด
 - 5.2. การสื่อสารด้วยการเขียน
 - 5.3. การสื่อสารด้วย computer application
 - 5.4. มีการสนับสนุนด้วยล่ามแปลภาษา หรือ ช่วยแปลความหมาย
 - 5.5. การสื่อสารในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง
6. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยและญาติ
 - 6.1. ส่งเสริมการจัดการตนเองเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง
 - 6.2. ส่งเสริมการพัฒनावิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy Lifestyle)
7. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคลากร
 - 7.1. การจัดการตนเองในด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
 - 7.2. ส่งเสริมการพัฒनावิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy Lifestyle)
8. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับชุมชน
 - 8.1. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการและต่อเนื่อง
 - 8.2. ส่งเสริมด้านการสาธารณสุขที่มีความเป็นไปได้
9. เผยแพร่การพัฒนาและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
 - 9.1. สนับสนุนการเผยแพร่การพัฒนาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

International Self Assessment Tool OHL-hos (8 standard ,23 sub-standard ,156 Indicators)

1. นำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นเลิศ (best practice) สู่การปฏิบัติ ในทุกฝ่ายและทุกกระบวนการขององค์กร
 - 1.1. ผู้บริหารมุ่งมั่นที่จะดำเนินการ ติดตามกำกับ ความรู้ด้านสุขภาพขององค์กร
 - 1.2. องค์กรลำดับความสำคัญเรื่องความรู้ด้านสุขภาพขององค์กร และยืนยันความพอเพียงของโครงสร้างพื้นฐาน และทรัพยากรที่เพียงพอในการนำสู่การปฏิบัติ (implement)
 - 1.3. องค์กรจะทำให้มั่นใจได้ว่ามาตรการในการดำเนินการในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพจะมีคุณภาพ โดยผ่านการจัดการคุณภาพขององค์กร
2. การพัฒนาเอกสาร สื่อต่างๆ และบริการ แบบมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder)
 - 2.1. องค์กรพัฒนาและประเมินผลการเอกสาร สื่อต่างๆ และบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย แบบมีส่วนร่วมจากผู้ป่วย
 - 2.2. องค์กรพัฒนาและประเมินผลการเอกสาร สื่อต่างๆ และบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย แบบมีส่วนร่วมจากตัวแทนของบุคลากรของโรงพยาบาล
3. เพิ่มความสามารถและฝึกอบรมบุคลากรในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคล และขององค์กร
 - 3.1. ความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลและขององค์กร เป็นที่เข้าใจว่าเป็นสมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพสำหรับบุคลากรทุกคนที่ทำงานในองค์กร
4. จัดเตรียมและสนับสนุนการเข้าถึงช่องทางบริการ (Navigate) การเข้าถึงเอกสาร สื่อต่างๆ และบริการ
 - 4.1. องค์กรจัดเตรียมจุดติดต่อแรกผ่านทาง Web site ที่เป็นมิตร และโทรศัพท์
 - 4.2. องค์กรจัดเตรียมข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและผู้มาติดต่อ ในการที่จะมาที่องค์กร
 - 4.3. มีการสนับสนุนเพื่อช่วยผู้ป่วยหรือผู้มาติดต่อในการเข้าถึงช่องทางบริการของโรงพยาบาล (navigate)
 - 4.4. ข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและผู้มาติดต่อ ต้องเข้าใจง่ายและให้บริการโดยไม่คิดค่าบริการ
5. ใช้แนวปฏิบัติเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นเลิศ (Best practice) ในการสื่อสารกับผู้ป่วย
 - 5.1. การสื่อสารด้วยการพูดกับผู้ป่วย ต้องเป็นการพูดที่มีคุณภาพสูง และเข้าใจง่าย
 - 5.2. สื่อที่ใช้การเขียนต้องมีคุณภาพ เข้าถึงง่ายและเข้าใจง่าย
 - 5.3. บริการ Digital หรือสื่อใหม่ ที่มีคุณภาพสูง เข้าถึงและเข้าใจง่าย
 - 5.4. ข้อมูลสารสนเทศ และการสื่อสาร ที่จัดให้ต้องใช้ภาษาของกลุ่มผู้ป่วย ที่สื่อสารโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรม และสื่อต่างๆที่ได้จัดเตรียมไว้
 - 5.5. การสื่อสารที่ง่ายต่อการเข้าใจและปฏิบัติได้ง่าย โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ถูกยอมรับว่าเป็นมาตรการที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัย
6. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลให้กับผู้ป่วยและญาติ ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและหลังจากนั้น (beyond discharge)

- 6.1. องค์กรสนับสนุนผู้ป่วยในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในประเด็นสุขภาพเฉพาะเรื่อง
- 6.2. องค์กรสนับสนุนผู้ป่วยในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ
- 6.3. ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการข้อมูลอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาในอนาคต และกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพ
7. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและ วิถีชีวิตส่วนบุคคล ให้กับบุคลากร
 - 7.1. องค์กรสนับสนุนบุคลากรในการเพิ่มความรู้และทักษะในการจัดการตนเองในด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ
8. สนับสนุนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลและขององค์กร ในพื้นที่
 - 8.1. องค์กรสนับสนุนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลให้กับประชาชนในท้องถิ่น
 - 8.2. องค์กรสนับสนุนการเผยแพร่การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร ทั้งในและนอกภูมิภาคที่เป็นที่ตั้งขององค์กร

รายละเอียดของ Standard 8 ของ OHL-hos

Standard ที่ 8 นั้นเป็นมาตรฐานที่เป็นจุดเด่นของ OHL-hos ที่จะบ่งชี้ข้อจำกัดของ 10 Attributes of HLHCO ที่มุ่งในเรื่อง Healthcare & Disease Prevention โดยไม่ได้เน้นเรื่อง Health promotion จึงนำรายละเอียดของ standard 8 มาลงในรายละเอียด ดังนี้

หลักการและเหตุผล

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องจัดเตรียมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่หลักฐานเชิงประจักษ์ให้ง่ายต่อการเข้าถึง ซึ่งเป็นตัวผลักดันให้ค้นหาความรู้ทางด้านสุขภาพและส่งเสริมให้สร้างทักษะในด้านความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งการทำให้เกิดมาตรการหรือกิจกรรมเพื่อที่จะพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะบุคคลที่ยากต่อการเข้าถึงหรือกลุ่มเปราะบาง บริการสุขภาพสามารถที่จะเป็นแบบอย่าง (role model) และให้ข้อเสนอเพื่อให้มีสุขภาพดี และการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคล หรือระดับองค์กรหรือระดับชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบได้อีกด้วย การแบ่งปันประสบการณ์ด้วยการเผยแพร่ หรือการนำเสนอที่เวทีต่างๆ หรือการใช้สื่อสมัยใหม่ เช่น social media สามารถที่จะเพิ่มความตระหนัก และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กรอื่นๆ หรือชุมชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ การเผยแพร่ประสบการณ์กลยุทธ์ หรือผลลัพธ์จากการดำเนินการเรื่องความรู้ด้านสุขภาพทั่วทั้งองค์กร ทำให้เกิดประโยชน์ทั้งในระดับบุคคลหรือระดับองค์กรกับผู้ที่ได้รับการถ่ายทอด การถ่ายทอดประสบการณ์ของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับองค์กรอื่นหรือชุมชนนั้นเน้นให้ความสำคัญในเรื่องการประสานงาน และการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อสร้างเครือข่าย ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร (Pelikan et al. 2005).

Standard (8) ,Substandard (8.x) & Indicators (8.x.x)

8. สนับสนุนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลและขององค์กร ในพื้นที่

8.1. องค์กรสนับสนุนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลให้กับประชาชนในท้องถิ่น

8.1.1. องค์กรเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประเด็นสุขภาพให้กับชุมชนที่รับผิดชอบ (เช่น การจัด Health fair หรือการไปพูดหรือบรรยายในที่สาธารณะ ฯลฯ)

8.1.2. องค์กรขับเคลื่อนการให้สุศึกษาและมีมาตรการหรือกิจกรรมในการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ (เช่นการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในโรงงานหรือสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ หรือการจัดให้นักเรียนในพื้นที่รับผิดชอบไปเยี่ยมชมโรงพยาบาล ฯลฯ)

8.1.3. องค์กรจัดทำมาตรการหรือกิจกรรมที่จะส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มประชาชนที่ยากต่อการเข้าถึงในพื้นที่รับผิดชอบ (เช่นการการประชุมเชิงรุกเข้าไปในกลุ่มที่เสียเปรียบทางด้านเศรษฐกิจหรือสังคม หรือชุมชนผู้อพยพย้ายถิ่น ฯลฯ)

- 8.2. องค์การสนับสนุนการเผยแพร่การพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร ทั้งในและนอกภูมิภาคที่เป็นที่ตั้งขององค์กร
- 8.2.1. กิจกรรมหรือผลลัพธ์จากส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นส่วนหนึ่งของ รายงานต่อสาธารณะขององค์กร
- 8.2.2. องค์กรสื่อสารประสบการณ์การดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร ผ่าน เอกสารเผยแพร่ หรือการนำเสนอในวาระต่างๆ หรือผ่านสื่อสมัยใหม่ต่างๆ เช่น social media
- 8.2.3. องค์กรมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยหรือโครงการพัฒนาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 8.2.4. องค์กรสนับสนุน เป้าหมาย/นโยบาย หรือแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีขอบเขตที่กว้างออกไป (เช่นในเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพ)
- 8.2.5. องค์กรสนับสนุนการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่แพทย์พยาบาล และวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยสนับสนุนทั้งบุคลากรทั้งในและนอกองค์กร

เอกสารอ้างอิง

1. International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO) (2019). International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals - SAT-OHL-Hos-v1.0-EN international. Vienna: WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (CC-HPH).

Organizational Health Literacy: Quality Improvement Measures with Expert Consensus

ระบบบริการสุขภาพมีความซับซ้อน Health care organizations สามารถลดความซับซ้อนของระบบเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการง่ายต่อความเข้าใจ โดยการปรับปรุงการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและผูกพันกับแผนการรักษาและสามารถจัดการกับสุขภาพของตนเองได้ มาตรการต่างๆที่ HLHCO นำมาใช้มีหลากหลาย จากการศึกษาโดยใช้ Expert consensus ใน Australia สรุปได้ดังนี้

1. Conceptual Framework ของ HLHCO

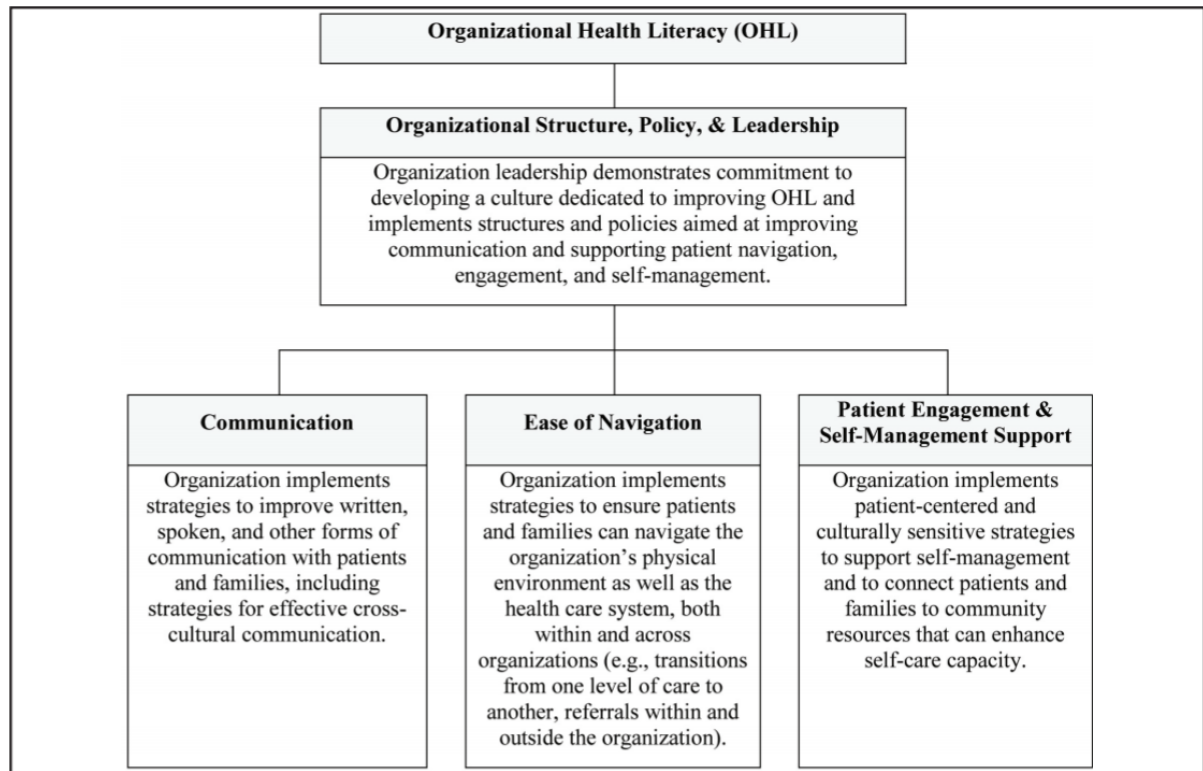


Figure 1. Conceptual framework of organizational health literacy.

2. เกณฑ์ในการประเมินได้แก่

- 2.1. Usefulness: เป็นมาตรการที่มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการติดตามว่ามีการปรับปรุงด้านคุณภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพขององค์กร
- 2.2. Meaningfulness : มีความหมายในสายตาของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (e.g., patients, clinicians, administrators)
- 2.3. Face validity: The measure appears to capture the construct it is designed to assess
- 2.4. Feasibility: เป็นมาตรการที่สามารถคำนวณตัวเลขได้อย่างถูกต้องและทันเวลาโดยไม่ต้องเสียเวลาหรือต้นทุนในการหาข้อมูล

3. มาตรการที่ Expert consensus มี 22 มาตรการดังนี้

TABLE 3.

Domains and Themes Addressed by Consensus Organizational Health Literacy Quality Improvement Measures

Organizational Health Literacy Domain and Measurement Theme	Number of Consensus Measures (%) ^a
Organizational Structure, Policy, & Leadership	4 (18%)
Leadership support for organizational health literacy activities	1 (5%)
Staffing and structures to enhance patient and family engagement	1 (5%)
Structured methods for encouraging patient and family engagement	2 (9%)
Communication	6 (27%)
Serving patients with limited English proficiency	3 (14%)
Using the Teach-Back method to ensure patient comprehension	2 (9%)
Medication review to improve accuracy and patient understanding	1 (5%)
Ease of Navigation	2 (9%)
Simplifying the process of scheduling appointments	1 (5%)
Ensuring referral completion	1 (5%)
Patient Engagement & Self-Management Support	7 (32%)
Improving access to patient education	1 (5%)
Addressing patients' nonmedical needs	2 (9%)
Setting self-management goals	1 (4%)
Self-management support before, during, and after an inpatient stay	3 (14%)
Measures that cut across domains	3 (14%)

Note. ^aBecause of rounding error, percentages related to each measurement theme may not sum to the total percentage of measures within a given domain.

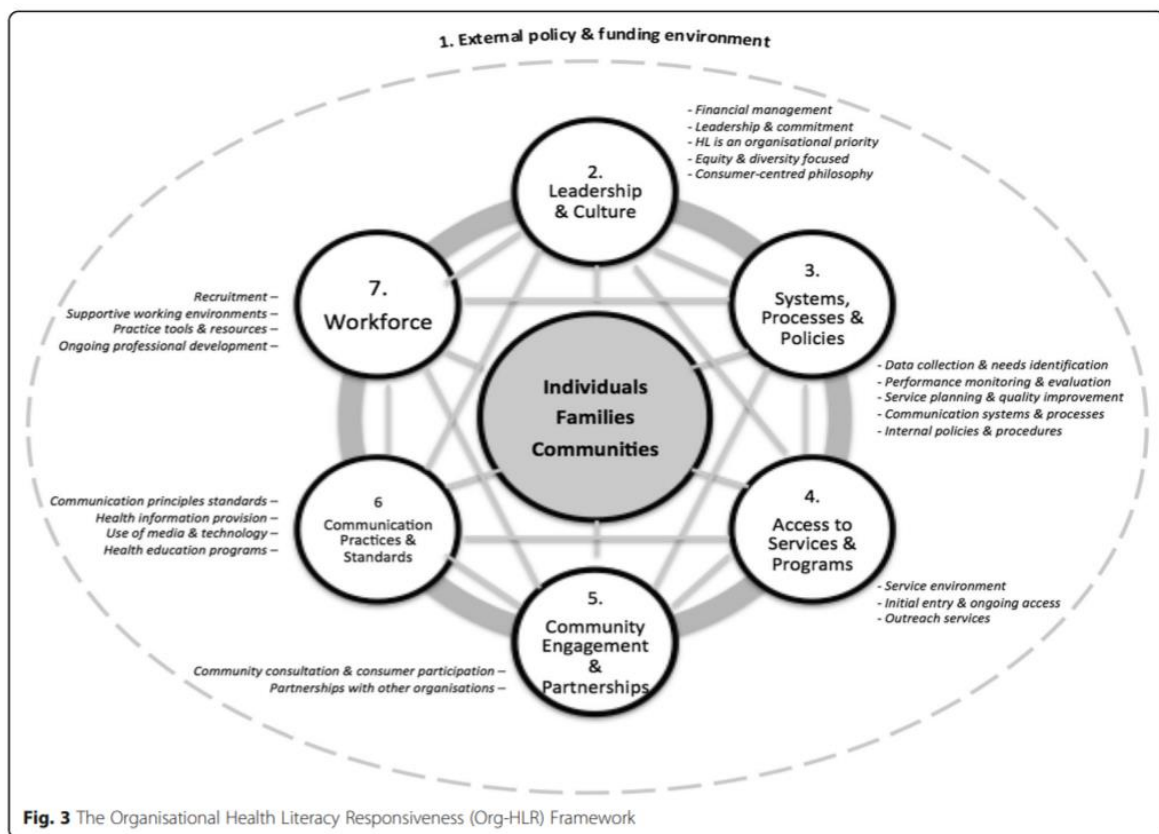
4. เนื่องจากความจำกัดของทรัพยากร การทราบว่า มาตรการใดมีผลต่อการเพิ่มคุณภาพ (Quality Improvement) จะทำให้องค์กรสามารถที่จะเลือกมาตรการที่ควรนำมาใช้

เอกสารอ้างอิง

1. Angela G. Brega, Mika K. Hamer, Karen Albright, Cindy Brach, Debra Saliba, Dana Abbey, R. Mark Gritz. Organizational Health Literacy: Quality Improvement Measures with Expert Consensus . HLRP: Health Literacy Research and Practice • Vol. 3, No. 2, 2019.

Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals.

1. The Org-HLR Framework ประกอบด้วย 7 Domains , 24 sub-domains, (Fig. 3). domain 1, the External policy and funding environment อยู่ภายนอกวงรีเส้นปะ เนื่องจากอยู่นอกเหนือการควบคุมขององค์กร แต่ Domain นี้ยอมรับว่านโยบายภายนอกรวมถึงสิ่งแวดล้อมในการสนับสนุนด้านการเงิน มีอิทธิพลต่อสมรรถนะและการทำงานขององค์กร และเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการตอบสนองขององค์กร (organisational responsiveness)
2. ในส่วนของ 6 domain ที่เหลือที่อยู่ในกรอบเส้นปะ คือ สิ่งที่ต้ององค์กรจำเป็นต้องมีเพื่อให้การตอบสนองความต้องการในด้านความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทั้ง 6 domain มีความสัมพันธ์กัน จึงลากเส้นโยงติดต่อกันทุก domain
3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (บุคคล ครอบครัว และชุมชน) จะอยู่ตรงกัน ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการตอบสนอง



เอกสารอ้างอิง

1. Anita Trezona , Sarity Dodson, Richard H Osborne. Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. I. BMC Health Services Research (2017) 17:513.

ภาคผนวก

International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (HLO-Hos)