

Part 1.

Evolving of Health Literacy Concept ,model and Defintion

	หน้า
1. Executive Summary	2
2. From Saranac lake (1973) to shanghai declaration (2016)	9
3. Evolving , Definition and Model of Health Liteacy	18
4. Health literacy as a population strategy for health promotion : Don NUTBEAM	23
5. Health Literacy as a public health Goal : A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21 st century : Don Nutbeam	36

Executive Summary.

Evolving Concept of Health Literacy From Saranac Lake Conference (1973) to Shanghai Declaration (2016)

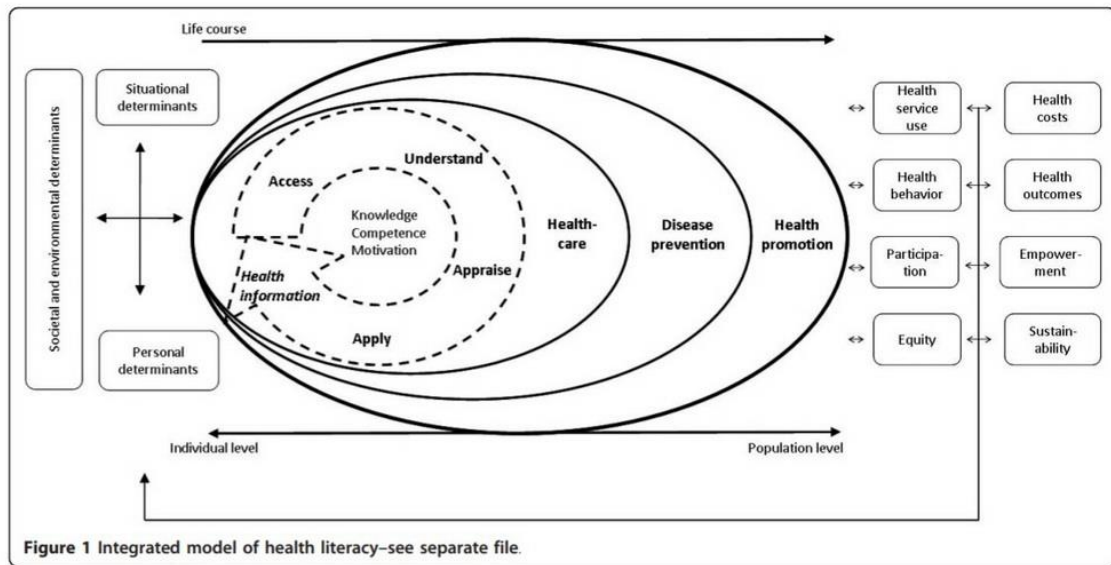
Goal	Increase Personal HL	Decrease Complexity of Healthcare System to easy Understand & Make decision	Improve Health determinant & Equity
Setting	Education Setting (Saranac Lake Conference 1973)	Healthcare Setting (IOM 2004)	Health Literate Healthcare Organization (IOM 2012)
		HLHCO+HLOs(Education Setting,Workplace,Community,V-HLO)	
		IOM = Institute of Medicine	
Approach	Classical Health Education	Disease Approach	Disease Prevention Approach
			Health Promotion Approach (1st-9th Global Health Promotion Conference)
Classify		HL As Risk (Nutbean) (Functional HL เน้น Task base)	HL As Asset (Nutbean) (Interactive & Critical HL เน้น skill base>Taskbase)
	Year 1973	2004	2012
			2016

Concepts ของ Health Literacy (HL) มีการเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา (Evolving) เมื่อ Concept ปรับเปลี่ยน ทำให้ นิยาม , Model , เครื่องมือวัด , Approach และ Intervention ของ Health Literacy ปรับเปลี่ยนไปตาม Concept ที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย สรุป วิวัฒนาการ (Evolving) ของ Health Literacy (From saranac lake to shanghai Declaration) ได้ดังนี้

1. การประชุมเกี่ยวกับ Health Education ที่ Saranac Lake⁽¹¹⁾ ที่เป็นเมืองเล็กๆแห่งหนึ่งใน New york สหรัฐอเมริกา เมื่อปี 1973 ได้กล่าวถึง Health Literacy เป็นครั้งแรก หรือจะกล่าวได้ว่าคำว่า Health Literacy เกิดจาก Education Setting ก่อน Healthcare Setting โดยผลประชุมสรุปว่า Health Education จะสามารถยกระดับ Health Literacy แต่หลังจากการประชุมจนถึงปัจจุบัน มีประเทศต่างๆที่นำผลสรุปการประชุมไปปรับหลักสูตร Health Education เพื่อพัฒนา Health Literacy น้อยมาก
2. มีหลักฐานเชิงประจักษ์ใน USA พบว่า ผู้ป่วยที่มี Low Health Literacy สัมพันธ์กับ อัตราการมารับบริการสุขภาพที่มากกว่า⁽¹⁾ ผลลัพธ์ทางสุขภาพแย่กว่า⁽¹⁾ ต้นทุนการรักษาสูงกว่า⁽³⁾ กลุ่มที่มี Health Literacy ที่เพียงพอ ในปี 2004 Institute of Medicine (IOM)⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นสถาบันที่ให้ความสำคัญกับเรื่อง Health Literacy มาโดยตลอด เริ่มแนวคิด สถานบริการสุขภาพควรปรับระบบการบริการเพื่อช่วยเหลือกลุ่มที่มีปัญหาเรื่อง Health Literacy และหาเครื่องมือวัด Health Literacy เพื่อนำมาเพิ่มทักษะส่วนบุคคลให้มี Health Literacy ในช่วงเวลานี้มอง Health Literacy คือ ความเสี่ยง (HL as risk) และ Health Education คือ intervention ที่จะจัดการความเสี่ยงดังกล่าว การดำเนินการเป็นแบบ Disease หรือ Disease Prevention approach ใน setting ของ Healthcare.
3. การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก (Global Health Promotion Conference)^{(15),(17),(18)} ที่จัดประชุมต่อเนื่อง แม้จะไม่ได้พูดถึง Health Literacy โดยตรง แต่ได้กล่าวในคำที่มีความหมายที่ใกล้เคียงกับ Health Literacy เช่น Improve personal skill, Empower, participation, Equity, Health in All policy, Supportive Environment เป็นต้น คำที่ได้กล่าวมาข้างต้นเป็นพื้นฐานที่จะส่งเสริมให้เกิด Health Literacy (Antecedent) หรือผลที่จะตามมาจาก Health Literacy

(Consequence) มีการพัฒนา Health Promoting School⁽⁶⁾ และ Health Promoting Hospital (HPH)⁽¹²⁾ ประกอบกับในช่วงปี 2000 เป็นต้นไป เริ่มมีงานเขียนที่มอง Health Literacy ในแนวคิดของ Health promotion เช่น Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century⁽⁸⁾, Evolving concept of Health literacy⁽⁹⁾, Health Literacy as population strategy for Health Promotion⁽¹⁰⁾ ทำให้การปรับเปลี่ยนกระบวนการให้สุขศึกษาแบบเดิม (Classical Health Education) จากการให้ความรู้ ซึ่งพัฒนาได้เพียง Health Literacy ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) มาเป็นการสร้างทักษะ และบูรณาการทั้งเรื่อง Information Education and Communication (IEC) ร่วมกับการใช้ทักษะทางสังคม เพื่อให้เกิด Health literacy ในระดับที่สูงขึ้น ในระดับที่เรียกว่า Interactive Health Literacy และต่อ ยอดให้สามารถคิดเชิงวิพากษ์ได้ มองเชิงองค์รวมทั้งปัญหาสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ และสามารถขับเคลื่อนทางสังคมเพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วม และให้ข้อเสนอทางนโยบายแก่ผู้กำหนดนโยบายระดับต่างๆ เพื่อให้ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (Health in All Policy) ซึ่ง Health Literacy ระดับนี้เรียกว่า Critical Health Literacy โดยเป้าหมายไม่ใช่เพื่อประโยชน์ส่วนบุคคลเท่านั้น (Personal Benefit) แต่เพื่อประโยชน์ของสังคมหรือประชาชน (Social or population benefit) โดยใช้ Health Promotion หรือ Public Health Approach.

4. ปี 2012 Institute of Medicine (IOM) ได้จัดประชุมสัมมนา ซึ่งผลลัพธ์จากการประชุมคือ 10 Attributes of Health Literate Healthcare Organizations (HLHCOs)⁽²⁾ โดย 10 Attributes of HLHCOs นั้นได้รับการยอมรับและนำไปใช้ใน Healthcare setting โดยมองการพัฒนา Health Literacy เหมือนการสร้างถนน 2 สาย สายที่ 1 คือการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลเพื่อให้มี Health Literacy และสายที่ 2 คือ การปรับระบบเพื่อความซับซ้อนของสถานบริการสุขภาพง่ายต่อการเข้าใจ (understanding) และง่ายต่อการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูล (Inform decision making)
5. Health Literacy ได้รับความสนใจจากประเทศต่างๆทั่วโลก และได้รับการยอมรับว่าจะเป็นทักษะที่จะนำมาใช้เผชิญความท้าทายในศตวรรษที่ 21 ทั้งเรื่อง Ageing Society ,NCD ,Emerging Disease ,Rapid Urbanization ,Environmental Crisis & Climate Change เนื่องจากแต่ละประเทศหรือแต่ละองค์กรในประเทศเดียวกัน ก็ใช้ Concept ของ Health Literacy ที่แตกต่างกัน ทำให้ นิยาม ,Model ,เป้าหมาย (Goal) ,เครื่องมือที่จะใช้วัด Health Literacy Approach , Setting และการแบ่งประเภท (Classify) แตกต่างกันไปด้วย ในปี 2012 Sørensen จึงได้ทำ Systematic Review⁽¹³⁾ เพื่อที่จะกำหนด Integrated Model of Health Literacy และ กำหนดนิยามของ Health Literacy เพื่อให้ครอบคลุมในทุกมิติที่มีการนำ Health Literacy มาใช้
6. Integrated model of Health Literacy. (ดังภาพ) เกิดจากการทบทวนการดำเนินการ และ นิยามของ Health Literacy จากที่ต่างๆเพื่อมาจัดกลุ่ม (Factor Analysis) เพื่อให้ได้ Key word มากำหนด Model จากนั้นกำหนดนิยามของ Health Literacy เพื่อให้สอดคล้องกับ Model ที่ได้สร้างขึ้น โดยนิยามของ Health Literacy ได้ดังนี้
 “Health Literacy สัมพันธ์กับการอ่านออกเขียนได้ (Literacy) ซึ่งรวม ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชน ในการ เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับไปใช้เพื่อการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน ที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงรักษาหรือปรับปรุงคุณภาพชีวิตจนตลอดช่วงอายุ “



7. Integrated Model of Health Literacy และนิยามดังกล่าว ได้รับการยอมรับทั่วโลก ส่งผลให้การพัฒนาเครื่องมือวัด Health Literacy ต่างๆ เช่น HLS-EU-Q47⁽¹⁹⁾ ที่ใช้ในการสำรวจ Health Literacy⁽¹⁴⁾ ใน 8 ประเทศของ EU ในปี 2012-2013 ก็นำ Model ดังกล่าวไปสร้างเครื่องมือวัด Health Literacy Survey ใน 8 ประเทศ การศึกษานี้ทำให้สามารถเปรียบเทียบ HL ใน 8 ประเทศที่ได้ร่วมทำโครงการ⁽²⁰⁾ และได้ส่งผลให้เกิดการศึกษาเกี่ยวกับ Health Literacy ตามมาอย่างมาก เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์ (solid Fact) ที่เกี่ยวกับ Health Literacy⁽⁴⁾ มากมาย และ WHO regional for Europe ได้เผยแพร่เอกสาร Health Literacy : The Solid Fact⁽¹⁶⁾ ซึ่ง WHO (Europe) ก็ได้ใช้ นิยาม HL ของ WHO⁽⁷⁾ , และนำ Integrated Model of Health Literacy⁽⁷⁾ , 10 Attribute of HLHCOs⁽²⁾ มาใช้อ้างอิง และเสนอแนะว่าองค์กรอื่นๆ เช่น โรงเรียน , Workplace ก็สามารถนำ 10 Attributes HLHCO มาประยุกต์ใช้มาเป็น Health Literate Organizations (HLOs) ก็ได้ และประเทศต่างๆได้นำเครื่องมือวัด HLS-EU-Q47 ไปทดสอบ Validity & Reliability เพื่อนำไปใช้ในยุโรป เอเชีย⁽²¹⁾ เป็นต้น สำหรับประเทศไทย ก็ได้นำมาพัฒนาเป็น HLS-TH-Q87⁽²²⁾
8. Global Health Promotion Conference ครั้งที่ 9 ที่เซี่ยงไฮ้ 2016⁽¹⁷⁾ กำหนดให้ Health Literacy เป็น 1 ใน 3 เสาหลักเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และ Promoting Health is promote SDGs
9. สรุปวิวัฒนาการของ Health Literacy ในปัจจุบันนั้น
 - 9.1. พัฒนาจาก Disease Approach มาเป็น Disease Prevention เน้นที่ Personal Benefit และปัจจุบันมาเป็น Health Promotion approach เน้นที่ Social หรือ Population benefit .มอง Health is beyond health sector ที่ต้องยกระดับ Health determinants ไปด้วยเพื่อยกระดับ Health Outcome.
 - 9.2. แบ่ง Health literacy จากเดิมมีเพียง ระดับ Functional Health Literacy เท่านั้น มาเป็น Interactive และ Critical Health Literacy ที่ต้องมีทั้ง Cognitive & Social Skill. เน้นการพัฒนา HL จาก Task base (เน้นเป็นงานหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง) มาเป็น Skill base (เน้นทักษะ Access, Understand, Appraise, Apply ไม่เน้นเรื่อง)
 - 9.3. พัฒนาจาก Health Literacy ในฐานะที่ปัจจัยเสี่ยง (HL as Risk) ที่ต้องทำการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มี Low Health Literacy เพื่อนำมาให้ Health Education มาเป็น Health Literacy ในฐานะทุนหรือทรัพย์สินในตัวบุคคล (HL as Asset) ที่สามารถเพิ่มพูนทักษะหรือทุนดังกล่าวให้เพิ่มขึ้นตลอดช่วงชีวิต ไม่จำเป็นต้องคัดกรองกลุ่ม

เสี่ยงที่มี Health Literacy ต่ำ แต่ใช้ Universal Health Literacy precaution ที่ทำเสมอภาคกับทุกคนเพื่อลดการตีตรา (Stigma) และทำให้ผู้ป่วย/ประชาชนเกิดความอาย

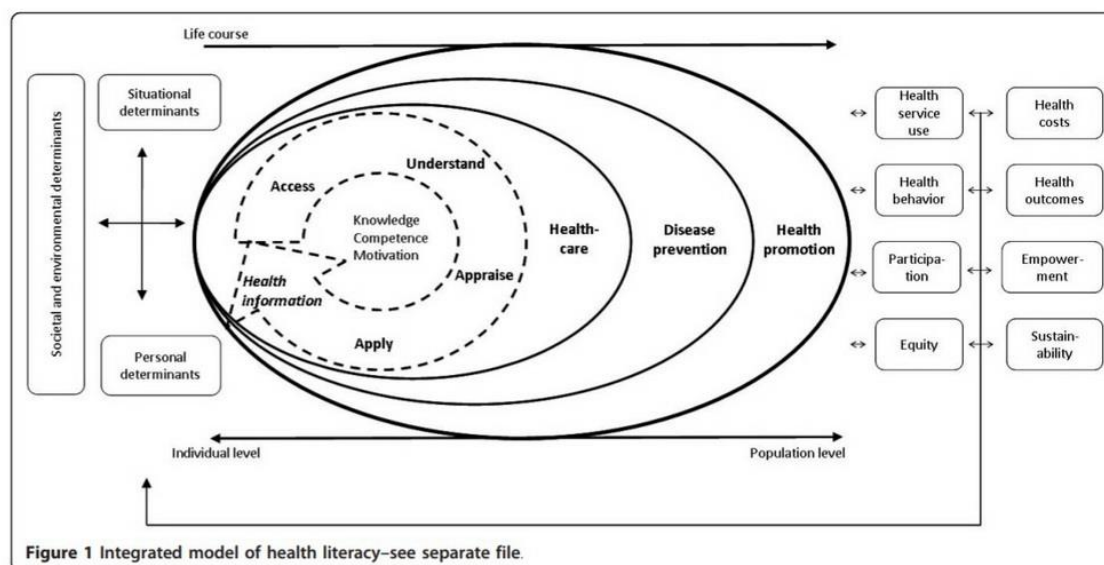
9.4. พัฒนาจาก Health Literacy เป็นบทบาทหน้าที่ของบุคคล มาเป็น สถานบริการสุขภาพต้องมีบทบาทร่วมในการทำให้ระบบบริการสุขภาพ (ทั้งเรื่อง Healthcare ,Disease Prevention ,Health promotion) ที่ซับซ้อนให้ง่ายต่อการเข้าถึงบริการ ง่ายต่อความเข้าใจ และตัดสินใจโดยใช้ข้อมูล (inform decision making) ในรูปแบบของ Health literate Healthcare organization (HLHCOs) ที่ IOM เสนอแนะ 10 Attribute of HLHCOs

9.5. พัฒนาจาก HLHCOs มาเป็น Health Literate Organization (HLOs) เช่น model V-HLO⁽²³⁾ ของ Vienna และ OHL-hos⁽²⁴⁾ ซึ่ง WHO ให้ข้อเสนอแนะว่าองค์กรไม่ว่าจะเป็น Education Setting⁽²⁵⁾ ,Workplace ,Community สามารถพัฒนาเป็น HLOs ในมิติของ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพได้ ใน setting นั้น

บทสรุป

1. แนวคิดของ Health literacy ก่อนทศวรรษ 1990s health literacy ถูกกำหนดว่าเป็นชุดของทักษะที่ทำให้บุคคลหรือผู้ป่วย มีความสามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ ในบริบทดังกล่าวการพัฒนา Health Literacy จึงเป็นการพัฒนาแคว้นระดับ Functional Health Literacy ได้แก่ การอ่านออกเขียนได้ คำนวณเป็น และมีความทักษะที่มากขึ้น เช่นเข้าใจความหมายจากการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพได้มากขึ้น สามารถจัดการตนเองได้ และมีทักษะในการดูแลตนเอง สามารถไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสามารถที่จะเข้าไปรับบริการในระบบสุขภาพได้
2. ปลายทศวรรษ 1990s แนวคิดของ Health Literacy เปลี่ยนมาเป็น public health approach ที่ต้องใช้ในชีวิตประจำวันของทุกคน โดยมอง Health Literacy เป็นแนวคิดที่เป็นสหมิติและสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งนอกจากทักษะทางปัญญาแล้วการส่งเสริมสุขภาพจะเน้นหนักในเรื่องมิติทางสังคมและวัฒนธรรมด้วยและเชื่อมโยงกับการศึกษาโดยใช้หลักมนุษยวิทยา เป็นการศึกษาแบบผู้ใหญ่ (Adult Learning) ที่เรียกว่า (Freirean perspective on education) เป็นการเสริมพลังเพื่อที่จะปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพโดยกระทำต่อบัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมและการเมือง เพื่อให้สุขภาพและความเป็นอยู่ดีขึ้น โดยเน้นในเรื่องความเป็นธรรมทางสังคม รวมถึงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และเงื่อนไขที่บริบททาง สังคมและวัฒนธรรม ขอบเขตของ Health literacy จึงขยายวงกว้างโดยรวมถึงเรื่อง บัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม การมีส่วนร่วมของสังคมเพื่อสุขภาพ ไม่เฉพาะสุขภาพของแต่ละคนเท่านั้น ความหมายของ Health Literacy จึงหมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการตัดสินใจในทุกๆวัน เพื่อที่ดำรงรักษาหรือยกระดับคุณภาพชีวิต และ health literacy เป็นสิ่งที่ไม่ตายตัวและวิวัฒนาการและปรับปรุงตลอดช่วงชีวิต
3. นอกจาก Health Literacy ในระดับบุคคลหรือกลุ่มคนที่เป็นการมองระดับ micro และ meso-levels แล้ว Health Literacy ยังถูกเน้นในระดับ macrolevel โดยมองเชิงระบบ และนโยบาย ซึ่งต้องขับเคลื่อนเป็นวาระที่ระดับบนจนถึงระดับชาติ แนวคิด Health-literate healthcare organisation (HLHCOs) ในช่วงแรกเป็นเพียงแนวคิดที่จะเอาชนะอุปสรรค (barrier) ที่จะทำให้เกิด Health Literacy ร่วมกับการที่ทักษะในด้านความรู้ของบุคคลหรือประชาชน ไม่เพียงพอที่จะเข้าในระบบสุขภาพที่มีความซับซ้อนในสถานบริการสุขภาพได้ ซึ่งนอกจาก Healthcare setting แล้ว Setting อื่นๆ เช่น ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน มหาวิทยาลัย สถานที่ทำงาน สถานประกอบการ ก็สามารถนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้ได้โดยเน้นหนักในประเด็นที่เกี่ยวกับ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ โดยปรับระบบ โครงสร้างให้เป็นอยู่ในทุกที่หรือทุกองค์กรที่มีคนอยู่ในนั้น เพื่อที่จะลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพและความแตกต่างในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ

Integrated Model of Health Literacy.(Sørensen 2012)



ตรงกลาง (core) ประกอบด้วย

1. วงกลมรูปไข่ ซ้อนกัน 3 วง เป็น Continuum of Care ได้แก่ Health Care , Disease Prevention และ Health Promotion
2. กระบวนการที่จะนำมาใช้เพื่อให้เกิด Health Literacy ในแต่ละ Continuum of Care ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล (Access) การเข้าใจข้อมูล (Understand) การประเมินข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ (Appraise) และการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลข่าวสาร (inform decision making) เพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวันในแต่ละวัน (Apply)

มองจากซ้าย (Antecedent) ไปขวา (Consequence) สามารถมองระดับบุคคลหรือประชากรตลอด Life Course

1. Antecedent หรือ สิ่งที่จะมาก่อนหน้า Health Literacy ได้แก่ ปัจจัยกำหนด Health Literacy (Determinant)
 - 1.1. ส่วนที่อยู่ไกลตัวออกไป (Distal) เรียกว่าปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม
 - 1.2. ส่วนที่อยู่ใกล้ตัวเข้ามา ได้แก่
 - 1.2.1. Personal Determinant (ปัจจัยส่วนบุคคล)
 - 1.2.2. Situation Determinant (ปัจจัยด้านสถานการณ์) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม , แรงกดดันจากครอบครัว และเพื่อน (Family and peer pressure) และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ Health literate Organization ใน Setting ต่างๆ น่าจะอยู่ในปัจจัยส่วนนี้ด้วย
2. Consequence คือ สิ่งที่จะตามหลัง Health Literacy และส่วนนี้จะย้อนกลับไป peronal determinant เป็นวงจรไม่รู้จบ Consequence แบ่งเป็น 4 คู่ได้แก่
 - 2.1. อัตราการมาใช้บริการสุขภาพ (Health service use) ซึ่งจะสัมพันธ์กับ ต้นทุนของการมารับบริการ (Health cost) (Disease Approach ใน Healthcare Setting)
 - 2.2. พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) จะสัมพันธ์กับ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcome) – (Disease prevention & Health promotion approach)
 - 2.3. การมีส่วนร่วม (Participation) จะสัมพันธ์กับ ระดับการเสริมพลัง (Empowerment) – Health promotion Approach
 - 2.4. ความเท่าเทียม (Equity) จะสัมพันธ์กับ ความยั่งยืน (Sustainable) – Health promotion approach.

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M. and Kindig, D.A. (eds) (2004) *Health literacy: A prescription to END Confusion*, Washington, DC: National Academies Press.
6. Nutbeam, D. (1992) 'The health promoting school: Closing the gap between theory and practice', *Health Promotion International*, 7, 3, 151-3.
7. Nutbeam, D. (1998) 'Health promotion glossary', *Health Promotion International*, 13, 349-64.
8. Nutbeam, D. (2000) 'Health literacy as a public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century', *Health Promotion International*, 15, 3, 259-67.
9. Nutbeam, D. (2008) 'The evolving concept of health literacy', *Social Science & Medicine*, 67, 12, 2071-8.
10. [Nutbeam D.\(2017\) Health Literacy as population strategy for Health Promotion. Avialable from https://doi.org/10.11260/kenkokyoiku.25.210.](https://doi.org/10.11260/kenkokyoiku.25.210)
11. Orkan Okan. From Saranac Lake to Shanghai : A brief history of health literacy . *International Handbook of Health Literacy* Research, practice and policy across the lifespan. Bristol : Policy Press ; 2019:21-37
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. WHO (World Health Organization) (1986) *The Ottawa Charter for health promotion: First international conference on health promotion*, Ottawa, 21 November, Geneva:WHO.
16. WHO (2013) *The solid facts: Health literacy*, Geneva: WHO.

17. WHO (2017) 'Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development', *Health Promotion International*, 32, 1, 7-8.
18. WHO. Health Promotion : Global health promotion Conference . [cited 2020 Sep 17]. available from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/> .
19. Sørensen et al :Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 2013, 13:948
20. Kristine Sørensen, Jürgen M. Pelikan, Florian Rothlin and et al.Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU).*European Journal of Public Health*, Vol. 25, No. 6, 1053–1058
21. Tuyen V. Duong , Altyn Aringazina , Gaukhar Baisunova d ,and et al .Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. [cited 2020 Sep 04]. available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.je.2016.09.005> (context)
22. วิมล โรมา ,มุกดา สำนวนกลาง, สายชล คล้อยเอี่ยม . รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1) .[cited 2020 Sep 04] .Available from : <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/11454> (context)
23. Doris Schaffer, Jürgen M. Pelikan .Health literacy: Forschungsstand und Perspektiven (pp.303-314) Chapter: Health literate hospitals and healthcare organizations - results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals.Publisher: Hogrefe.
24. 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).
25. Christina C. Wiecek, PhD; Kristin Ganahl, MA; and Christina Dietscher, PhD. **Improving Organizational Health Literacy in Extracurricular Youth Work Settings** . HLRP: Health Literacy Research and Practice , Vol. 1, No. 4, 2017.

From Saranac lake (1973) to shanghai declaration (2016)

1. จุดเริ่มต้นของคำว่า Health Literacy มาจาก Health Education Conference ที่ Saranac Lake ซึ่งเป็นเมืองเล็กๆ ใน New York USA ในปี 1973 ในหัวข้อว่าจะทำอย่างไรเพื่อให้การให้สุศึกษาเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการป้องกันโรค Scott K. Simonds (1974)⁽⁵³⁾ แนะนำให้มีการสอนสุศึกษาในศูนย์เด็กเล็ก และภายในโรงเรียนโดยครูสอนสุศึกษา ที่ผ่านการอบรม และได้เสนอ 3 ประเด็นสำหรับเรื่องสุศึกษาดังนี้
 - 1.1. เป็นความรับผิดชอบต่อสังคมของ Healthcare sector ที่จะนำหลักการของการให้สุศึกษาแนวใหม่ เพื่อรับประกันว่า ประชาชนทุกคนจะมีความผูกพันกับการส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษา
 - 1.2. เป็นความรับผิดชอบของระบบการศึกษา ในการดำเนินการเรื่องการให้สุศึกษาให้แก่เด็กและเยาวชน
 - 1.3. เป็นความรับผิดชอบของอุตสาหกรรมสื่อสารและความบันเทิง ที่จะเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพแก่สาธารณะโดยอาศัยสื่อของตน และสนับสนุนการสร้างพลเมืองที่จะตอบสนองต่อสุขภาพแบบเชิงรุก (active and responsive citizen)
2. ผ่านไป 20 ปี การดำเนินการเกี่ยวกับการให้สุศึกษาเพื่อป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพยังไม่เป็นรูปธรรม จึงมีการกำหนด National Health Education Standards (1995) โดยกำหนดให้ Health Literacy คือเป้าหมายหลักสำหรับการให้สุศึกษาในโรงเรียน และเป็นครั้งแรกที่ได้กำหนดนิยามของ Health Literacy ในบริบทของการให้สุศึกษา โดยนิยาม Health literacy คือ “ ความรู้และทักษะด้านสุขภาพ ในการได้มา แปรความ และเข้าใจข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และความสามารถในการใช้ข้อมูลและบริการที่ได้เพื่อพัฒนาสุขภาพ “ (Joint Committee on National Health Education Standards, 1995, p 5⁽¹⁹⁾). โดย Health literate person คือบุคคลที่สามารถคิดเชิงวิพากษ์ได้ (Critical thinker) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ (Problem solvers) มีความรับผิดชอบ (Responsible) และมีผลิตภาพ (productive citizen) แม้ Health Literacy ในบริบทของ Health Education จะถูกนำเสนอให้มีความสำคัญเป็นครั้งที่ 2 แต่ไม่ได้มีการพัฒนาหลักสูตร และไม่มีระบบการประเมินและการกำกับติดตาม ทำให้ไม่มีความก้าวหน้าของการดำเนินการเท่าไรนัก ในช่วงเวลาเดียวกัน Institute of Medicine (Nielsen-Bohlman et al, 2004³²⁾ ได้เสนอว่า ระบบการศึกษาคือพื้นที่ที่สำคัญของการใช้มาตรการการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy-promoting interventions)
3. เกือบ 30 ปีนับจากประชุมที่ Saranac Lake, แทบไม่มีกิจกรรม Health Literacy ในโรงเรียนใน USA จนกระทั่งมีหลักสูตรเกิดขึ้นใหม่ในปี 2007 (Joint Committee on National Health Education Standards, 2007⁽²⁰⁾) ปัจจุบันร้อยละ 75 ของโรงเรียนในสหรัฐอเมริกาได้นำ Health education standards มาใช้แต่หลักสูตรก็มีความหลากหลาย และยังไม่ได้มีการประเมิน อย่างเป็นระบบ (Ormshaw et al, 2013⁽⁴⁰⁾). ในขณะเดียวกันใน Australia ได้เน้นบทบาทของโรงเรียนในการพัฒนา Health literacy โดยใช้ Public health Approach ตั้งแต่ปี 1993 ส่วน WHO ได้พัฒนาในเรื่อง Health Promoting School (Nutbeam, 1992⁽³⁴⁾) ปี 2012 รัฐบาลออสเตรเลียได้รับรองโดยให้ใช้หลักสูตรการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในทุกโรงเรียน (ACARA, 2012⁽¹⁾).
4. ในขณะที่ประเทศส่วนใหญ่ยังไม่มีหลักสูตร Health Literacy ในโรงเรียน ประเทศฟินแลนด์ (Finnish National Board of Education) ได้นำ US Approach มาประยุกต์ใช้ประเทศ หลักสูตรสุศึกษาของ Finland มองว่า Health Literacy คือผลลัพธ์โดยตรง (primary outcome) ของ Health Education โดยใช้ multidimensional health literacy framework (Paakkari and Paakkari, 2012⁽⁴¹⁾). หลักสูตรนั้นบังคับใช้กับระบบการศึกษาทั้งหมด โดย Core

component ของหลักสูตรประกอบด้วยการเสริมสร้างความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ การสร้างความตระหนักด้วยตนเอง (Self awareness) ,การคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Thinking) และหน้าที่พลเมือง (Citizenship) ซึ่งไม่ต่างจากหลักสูตรของ US มากนัก

5. สถาบันการศึกษาเห็นความสำคัญและนำเรื่อง Health Literacy เข้าไปในหลักสูตร Health Education ในโรงเรียน และถือเป็นพื้นที่หลักในส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในช่วงแรกของชีวิต (Nutbeam, 2000 ⁽³⁷⁾; St Leger, 2001; Benham-Deal and Hodges, 2009 ⁽⁶⁾). โดยปัจจัยที่จะส่งเสริมให้เกิด Health Literacy ในโรงเรียนประกอบด้วย
 - 5.1. ปฏิบัติจริงภายในชั้นเรียน (classroom-based practices)
 - 5.2. การทำทั้ง Setting ของโรงเรียน (whole-setting approaches)
 - 5.3. การประสานข้ามภาคส่วน (collaboration across sectors)
 - 5.4. พ่อแม่มีส่วนร่วม (parent involvement)
 - 5.5. การพัฒนาผู้สอนอย่างมีประสิทธิภาพ ในรูปแบบของ teacher education.
6. WHO Regional Office Europe ได้เผยแพร่นโยบายการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน ของประเทศในยุโรป (McDaid, 2016 ⁽³¹⁾). สรุปได้ว่า รากฐานที่สำคัญของ Health Literacy คือ Health Education, แต่ในปัจจุบันมีเพียง 2-3 ประเทศเท่านั้นที่มีหลักสูตร Health Literacy และส่วนใหญ่ที่ดำเนินการเน้นหนักในเรื่องของการปฏิบัติภายในโรงเรียน โดยยังขาดการพิสูจน์ให้เห็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ากิจกรรมเหล่านั้นมีประสิทธิภาพ
7. Healthcare จาก National Adult Literacy Survey (NALS) พบว่าคนอเมริกัน 90 ล้านคนมี Limited Functional literacy skill (Kirsch et al, 1993 ⁽²⁷⁾) และ International Adult Literacy Survey (IALS) (Statistics Canada, 1995⁽⁵⁵⁾)ช่วงทศวรรษ 1990s-2000s เกิดการศึกษาเพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง Health literacy ของผู้ป่วย และ healthcare interaction อย่างมาก และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า limited patient literacy levels สัมพันธ์กับ poor health status and health outcomes (Rudd et al, 2000⁽⁵¹⁾). การศึกษาเชิงลึกทำให้ทราบว่า Patient literacy จะส่งผลต่อ การสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การผูกพันต่อแผนการรักษา การจัดการตนเอง อัตราการใช้บริการด้านสุขภาพและข้อมูลสุขภาพ และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งจำเป็นต้องมีเครื่องมือในการประเมินเพื่อคัดกรองกลุ่มที่มีปัญหาเรื่อง Health Literacy เพื่อที่จัดระบบบริการที่สนองความต้องการและความสามารถของผู้รับบริการแต่ละคน ตัวอย่างเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมิน Health Literacy ได้แก่ Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) (Davis et al, 1993 ⁽¹²⁾) ,Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (Parker et al, 1995 ⁽⁴⁴⁾). แม้เครื่องมือดังกล่าวได้พัฒนามาเกือบ 20 ปีแล้ว ก็ยังมีการใช้เครื่องมือดังกล่าวในทางคลินิกจนถึงปัจจุบัน
8. ส่วนใหญ่ Health Literacy ใน Healthcare Setting จะเป็นการดำเนินการแบบ bottom-up approach แต่ก็เริ่มมีการดำเนินการแบบ Top down โดยการออกเป็นกฎหมายเพื่อบังคับใช้ ได้แก่ National Health Literacy Act, National Action Plan on Health Literacy และ Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) ซึ่งลงนามโดยประธานาธิบดี Barack Obama (Parker and Ratzan, 2010 ⁽⁴³⁾) แม้จะมีการออกกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องรับประกันว่าจะได้รับบังคับใช้ แต่ในความเป็นจริงพบว่า กฎหมายดังกล่าวยังไม่มีกลไกในการบังคับใช้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ health Literacy และหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องก็ไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควรใน USA

9. กระแสของ Health Literacy ใน Healthcare setting เริ่มเปลี่ยนจาก communication framework มาให้ความสำคัญกับกระบวนการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการทางสุขภาพที่ซับซ้อน (Parker and Ratzan, 2010⁽⁴³⁾). ในบริบทดังกล่าว Health Literacy เป็นแนวคิด 2 ด้าน ระหว่าง ความสามารถส่วนบุคคล และอุปสงค์ของระบบสุขภาพที่มีความซับซ้อน (system demands and complexities) จึงจำเป็นต้องยกระดับ health literacy เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้ ทำให้ต้องเปลี่ยนวิธีการโดยเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมผ่านการเปลี่ยนระบบ โครงสร้างและกระบวนการเพื่อให้ระบบสุขภาพง่ายต่อการเข้าถึง เข้าใจ และสนับสนุนการตัดสินใจของบุคคลหรือประชาชนได้ ซึ่ง Simonds ได้แนะนำตั้งแต่ปี 1974.) ซึ่งต่อมาได้พัฒนามาเป็น health-literate healthcare organisation (HLHCO) โดยการปรับปรุงทั้งโครงสร้างทางกายภาพและทางสังคมของระบบสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Brach et al, 2012⁽⁸⁾).

คลื่นลูกที่ 2 ในการพัฒนา health literacy ตามแนวคิด Public Health

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก (Global Health Promotion Conference) ที่จัดต่อเนื่องจากครั้งแรกในปี 1986 ที่เมือง Ottawa และได้ออก Ottawa Charter ซึ่งถือเป็นแม่บทของการส่งเสริมสุขภาพที่ใช้มาจนถึงปัจจุบัน โดยได้จัดประชุมต่อเนื่องมาถึง 9 ครั้ง ครั้งล่าสุดในปี 2016 ที่นครเซี่ยงไฮ้ประเทศจีน ซึ่งสาระของการประชุมที่เกี่ยวกับ Health Literacy โดยใช้ Health Promotion Approach สรุปได้ดังนี้

1. Global Health Promotion Conference ครั้งที่ 1 ได้ประกาศ Ottawa Charter in 1986 (คำว่า Health Promotion ได้ถูกกล่าวมาก่อนในปี 1974, (Lalonde report in Canada ⁽²⁸⁾) ซึ่งต่างจาก medical approach ที่เน้นระดับบุคคล แต่ public health framework เน้นที่ระดับประชากร แม้จะพูดในมิติของ biomedical เหมือนกัน แต่ Public Health framework เน้นในประเด็นของสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต การตัดสินใจทางด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ บังคับกำหนดสุขภาพทางสังคม ประชากรกลุ่มเสี่ยง ความพยายามในการลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ ระบบสุขภาพที่มีความรับผิดชอบ และนโยบายที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย ในส่วนที่เกี่ยวกับ Health Literacy โดยตรง คือเรื่องพัฒนาทักษะส่วนบุคคลใน ซึ่งเป็น 1 ใน 5 กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวไว้ใน Ottawa charter ในทศวรรษ 1990s, Australia ได้กำหนด public health goals, โดย บูรณาการเรื่อง health literacy and health skills เข้าไปกับ education และ WHO ได้กำหนด health-promoting schools approach (Nutbeam, 1993 ⁽³⁹⁾) และการเรียนรู้สุขภาพตลอดช่วงชีวิต (Kickbusch, 2001⁽²⁴⁾)
2. Global Health Promotion conference ครั้งที่ 4 ที่ Jakarta (1997) โดยต่อยอด Ottawa Charter ในเรื่อง personal skills strategy โดย Health literacy คือเครื่องชี้วัดของ personal skills แม้ไม่ได้ใช้คำว่า Health Literacy โดยตรง แต่ใช้แทนด้วย health knowledge, self-confidence, self-efficacy, self-empowerment, attitudes, behaviour, participation, health sector navigation (Kickbusch, 2001⁽²⁴⁾).
3. อีก 1 ปีต่อมาคือปี 1998, the WHO health promotion glossary ได้กำหนดนิยาม health literacy ว่าคือ ทักษะด้านปัญญาและสังคมที่จะไปกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการ เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับในการส่งเสริม และธำรงรักษาสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 1998 p 357 ⁽³⁵⁾). ซึ่งเป็นการกำหนด Approach ใหม่ที่แตกต่างจาก healthcare approach โดยกล่าวว่า Health literacy goes beyond และอยู่ใน setting ที่อยู่ในทุกๆ วัน และเป็นมากกว่า ความสามารถในการอ่านเอกสารหรือ Nutbeam (2000 ⁽³⁷⁾) ได้กล่าวว่า Health Literacy คือ

- ทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 และได้พูดถึง Health literacy แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ *functional health literacy*, *interactive health literacy* and *critical health literacy* การจะพัฒนาให้ไปถึงระดับ interactive หรือ critical Health Literacy ได้ต้องใช้ social skill ได้แก่ social participation และ Empowerment
4. Global health Promotion Conference ครั้งที่ 5 ที่ Mexico (2000) Conference on health promotion, the WHO Health Literacy Working Group เสนอแนะกรอบแนวคิด health literacy ในฐานะที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญสำหรับ population health (Kickbusch, 2001).
 5. Global Health Promotion Conference ที่ กรุงเทพฯ (2005) ซึ่งได้ประกาศ Bangkok Charter กำหนดกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพด้วย อักษรย่อว่า PIRAB ซึ่งได้แก่
 - 5.1. การสร้างภาคีเครือข่ายและพันธมิตร (Partnership) ทั้งกับภาคราชการ เอกชน NGO องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรระหว่างประเทศ ประชาสังคม เพื่อให้เกิดการดำเนินการที่ยั่งยืน
 - 5.2. การลงทุน (Invest) โดยลงทุนในการพัฒนานโยบายเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานหรือการดำเนินการเพื่อยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ
 - 5.3. การกำกับติดตาม และการใช้มาตรการทางกฎหมาย (Regulation and Legislation) เพื่อให้เกิดความมั่นใจถึงการได้รับการปกป้องในระดับสูงจากภัยคุกคาม หรือการได้รับโอกาสที่เท่าเทียม
 - 5.4. การให้ข้อเสนอแนะสำหรับสุขภาพ (Advocate) บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน และความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน
 - 5.5. พัฒนสมรรถนะ (Building Capacity) ในด้านการพัฒนานโยบาย การพัฒนาผู้นำ พัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาการเผยแพร่ความรู้และงานวิจัย **และพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ**
 6. Global Health promotion Conference ครั้งที่ 7 ที่ Nairobi (2009) Theme การประชุมคือ call to action for closing the implementation gap in health promotion' สรุปเนื้อหาการประชุมเกี่ยวกับ Health Literacy มีดังนี้
 - 6.1. พบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า health literacy เป็นกลยุทธ์และ Action หลักในการยกระดับคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางสุขภาพและลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ (ในระดับมหภาค) (Kanj and Mitic, 2009).
 - 6.2. Health literacy จะเข้มแข็งได้ต้องใช้ health promotion and disease prevention approach เพื่อที่จะควบคุมโรคที่จะเป็นภาระกับระบบสุขภาพ(Kickbusch, 2001).
 - 6.3. แนวคิดความเป็นพลเมือง (citizenship concept) จากการศึกษาพบว่า capacity และ self-efficacy ในการจัดการสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง นั้นสัมพันธ์กับ Health Literacy ฉะนั้น Health Literacy จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญในนโยบายสุขภาพ เป็นตัวกำหนดปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมที่เกี่ยวข้องด้วย และเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล (individual responsibility) ฉะนั้นเป้าหมายของการพัฒนาความสามารถของบุคคล (individual capacity) คือการทำให้บุคคลสามารถกำหนดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคและการป้องกันโรค (Peerson and Saunders, 2009).
 7. Health Literacy Survey ใน 8 ประเทศในยุโรป (HLS-EU) (Sorensen et al, 2015), เป็นตัวเร่งที่สำคัญในการทำให้เกิดการวิจัย แนวปฏิบัติ หรือนโยบาย เกี่ยวกับ Health Literacy ทั่วโลก รวมถึงการติดตามผลการศึกษากับ Health Literacy ซึ่ง WHO ก็ได้รวบรวมและรายงานใน 'Solid Facts' series, เพื่อที่จะนำเสนอเกี่ยวกับ Best practice และค้นหานโยบายหรือการดำเนินการที่จะเปลี่ยนการวิจัยสู่การดำเนินการจริงในพื้นที่ (WHO, 2013).

8. Global Health Promotion Conference ครั้งที่ 9 ที่ Shanghai (2016) ได้ประกาศ Shanghai Declaration on health promotion โดยระบุว่า การพัฒนา Health Literacy ถือเป็น 1 ใน 3 เสาหลักที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และจะส่งผลต่อการเสริมพลัง (Empowerment) และเพิ่มความเท่าเทียม (equity) (WHO, 2017). 3 เสาหลักที่ให้ได้แก่ พัฒนาระดับบุคคลให้มี Health Literacy พัฒนาเมืองให้เป็น Healthy city พัฒนาการบริหารจัดการของเมืองและท้องถิ่นให้มี Good Governance.

References

1. ACARA (Australian Curriculum, Assessment and Reporting Authority) (2012) *Shape of the Australian Curriculum: Health and physical education (Draft)*, Sydney, NSW: ACARA.
2. American Medical Association Ad Hoc Committee on Health Literacy (1999) 'Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs', *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 281, 552-7.
3. Andrus, M.R. and Roth, M.T. (2002) 'Health literacy: A review', *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 22, 3, 282-302.
4. Baker, D.W. (2006) 'The meaning and the measure of health literacy', *Journal of General Internal Medicine*, 21, 8, 878-83.
5. Begoray, D.L. and Banister, E.M. (2015) *Adolescent health literacy and learning: Public health in the 21st century*, New York: Nova Publishing.
6. Benham-Deal, T. and Hodges, B. (2009) *Role of 21st century schools in promoting health literacy*, Washington, DC: National Education Association Health Information Network.
7. 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.
8. Brach, C., Keller, D., Hernandez, L.M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., et al (2012) *Ten attributes of health literate health care organizations*, New York: Institute of Medicine (https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf).
9. Breslow, L. (1999) 'From disease prevention to health promotion', *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 281, 11, 1030-3.
10. Coben, D. (2013) *Radical heroes: Gramsci, Freire and the politics of adult education*, Vol 1006, London: Routledge.
11. Davis, T.C., Crouch, M.A., Wills, G., Miller, S. and Abdehou, D.M. (1990) 'The gap between patient reading comprehension and the readability of patient education materials', *Journal of Family Practice*, November, 31, 5, 533-8.
12. Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H., Mayeaux, E.J., George, R.B., Murphy, P.W. and Crouch, M.A. (1993) 'Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument', *Family Medicine*, 25, 6, 391-5.

13. Deakin University (2017) 'New Deakin WHO Centre targets global health literacy', 24 October (www.deakin.edu.au/research/research-news/articles/new-deakin-who-centre-targets-global-health-literacy).
14. Doak, L., Doak, C. and Root, J. (1996) *Teaching patients with low literacy skills*, Philadelphia, PA: Lipincott.
- Dodson, S., Good, S. and Osborne, R. (2015) *Health literacy toolkit for low and middle-income countries: A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems*, New Delhi: World Health Organization, Regional Office for Southeast Asia.
15. Finnish National Board of Education (2014) *National core curriculum for basic education 2014*, Helsinki: Next Print.
- Freedman, D.A., Bess, K.D., Tucker, H.A., Boyd, D.L., Tuchman, A.M. and Wallston, K.A. (2009) 'Public health literacy defined', *American Journal of Preventive Medicine*, 36, 5, 446-51.
16. Hancock, T. (1985) 'Beyond health care: From public health policy to health public policy', *Canadian Journal of Public Health*, 76, Supplement One (May/June).
17. Heijmans, M., Uiters, E., Rose, T., Hofstede, J., Deville, W., van der Heide, I., et al (2015) *Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union*, Brussels: European Commission.
18. Holt, G.A., Dorcheus, L., Hall, E.L., Beck, D., Ellis, E. and Hough, J. (1992) 'Patient interpretation of label instructions', *American Pharmacy*, NS32, 3, 58-62.
19. Joint Committee on National Health Education Standards (1995) *National health education standards: Achieving health literacy*, New York: American Cancer Society, Inc.
20. Joint Committee on National Health Education Standards (2007) *National health education standards: Achieving excellence*, New York: American Cancer Society.
21. Kanj, M. and Mitic, W. (2009) 'Health literacy and health promotion', 7th Global Conference on 'Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap', Nairobi: World Health Organization.
22. Kerka, S. (2003) *Health literacy beyond basic skills*, Columbus, OH: ERIC Clearinghouse on Adult Career and Vocational Education.
23. Kickbusch, I. (1997) 'Think health: What makes the difference', *Health Promotion International*, 12, 265-72.
24. Kickbusch, I. (2001) 'Health literacy: Addressing the health and education divide', *Health Promotion International*, 16, 289-97.
25. Kickbusch, I. (2006) 'Health literacy: Empowering children to make healthy choices', *Virtually Healthy*, 41, South Australia: Centre for Health Promotion, Children, Youth and Women's Health Service.
26. Kickbusch, I., Wait, S. and Maag, D. (2005) *Navigating health. The role of health literacy*, London: Alliance for Health and the Future.

27. Kirsch, I.S., Jungeblut, A., Jenkins, L. and Kolstad, A. (1993) *Adult literacy in America: A first look at the results of the National Adult Literacy Survey*, Washington, DC: Department of Education.
28. Lalonde, M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians. A working document* (Lalonde report), Ottawa, ON: Government of Canada. Levin-Zamir, D. and Wills, J. (2012) 'Health literacy, culture and community', in D. Begoray, G. Rowlands and D. Gillis (eds) *Health literacy in context: An international perspective*, New York: Nova Science, Chapter 6.
29. Malloy-Weir, L.J., Charles, C., Gafni, A. and Entwistle, V. (2016) 'A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives', *Journal of Public Health Policy*, 37, 3, 334-52.
30. Marks, R. (2012) *Health literacy and school-based education*, Bingley: Emerald Group Publishing.
31. McDaid, D. (2016) *Investing in health literacy. Policy briefs and summaries*, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
32. Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M., Kindig, D.A., Committee on Health Literacy and National Research Council (eds) (2004) *Health literacy: A prescription to end confusion*, Washington, DC: National Academies Press.
33. NLM (National Library of Medicine) (2000) *Current bibliographies in medicine: Health literacy*, Bethesda, MD: National Institutes of Health and US Department of Health and Human Services.
34. Nutbeam, D. (1992) 'The health promoting school: Closing the gap between theory and practice', *Health Promotion International*, 7, 3, 151-3.
35. Nutbeam, D. (1998) 'Health promotion glossary', *Health Promotion International*, 13, 349-64.
36. Nutbeam, D. (1999) 'Literacies across the lifespan: Health literacy', *Literacy and Numeracy Studies*, 9, 2, 47.
37. Nutbeam, D. (2000) 'Health literacy as a public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century', *Health Promotion International*, 15, 3, 259-67.
38. Nutbeam, D. (2008) 'The evolving concept of health literacy', *Social Science & Medicine*, 67, 12, 2072-8.
39. Nutbeam, D., Wise, M., Bauman, A., Harris, E. and Leeder, S. (1993) *Goals and targets for Australia's health in the year 2000 and beyond*, Canberra, NCT: Australian Government Publishing Service.
40. Ormshaw, M.J., Paakkari, L.T. and Kannas, L.K. (2013) 'Measuring child and adolescent health literacy: A systematic review of literature', *Health Education*, 113, 5, 433-55.
41. Paakkari, L. and Paakkari, O. (2012) 'Health literacy as a learning outcome in schools', *Health Education*, 112, 2, 133-52.
42. Parker, R.M. (2000) 'Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers', *Health Promotion International*, 15, 4, 277-83.
43. Parker, R. and Ratzan, S.C. (2010) 'Health literacy: A second decade of distinction for Americans', *Journal of Health Communication*, 15, S2, 20-33.

44. Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V. and Nurss, J.R. (1995) 'The test of functional health literacy in adults', *Journal of General Internal Medicine*, 10, 10,537-41.
45. Patient Protection and Affordable Care Act (2010) Public Law (US), 111, 148, 1. Peerson, A. and Saunders, M. (2009) 'Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter?', *Health Promotion International*, 24, 3, 285-96.
46. Pleasant, A. (2013a) *Health literacy around the world: Part 1: Health literacy efforts outside of the United States*, Washington, DC: Institute of Medicine.
47. Pleasant, A. (2013b) *Health literacy around the world: Part 2: Health literacy within the United States and a global overview*, Washington, DC: Institute of Medicine.
48. Pleasant, A., Rudd, R.E., O'Leary, C., Paasche-Orlow, M.K., Allen, M.P., Alvarado-Little, W., et al (2016) *Considerations for a new definition of health literacy*, Discussion Paper, Washington, DC: National Academy of Medicine.
49. Plimpton, S. and Root, J. (1994) 'Materials and strategies that work in low literacy health communication', *Public Health Reports*, 109, 1, 86.
50. Ratzan, S.C. and Parker, R.M. (2000) 'Introduction', in C.R. Selden, M. Zorn and R.M. Ratzan (eds) *National Library of Medicine, Current bibliographies in medicine: Health literacy*, NLM Pub. No. CMB 2000-1. Bethesda, MD: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services, v-vi.
51. Rudd, R.E., Colton, T. and Schacht, R. (2000) *An overview of medical and public health literature addressing literacy issues: An annotated bibliography*, NCSALL Reports# 14, Cambridge, MA: The National Center for the Study of Adult Learning and Literacy, Harvard Graduate School of Education.
52. Segall, A. and Roberts, L.W. (1980) 'A comparative analysis of physician estimates and levels of medical knowledge among patients', *Sociology of Health & Illness*, 2, 3, 317-34.
53. Simonds, S.K. (1974) 'Health education as social policy', Proceedings of the Will Rogers Conference on Health Education, Saranac Lake, New York, 22-23 June, *Health Education Monographs*, 2, Suppl 1, 1-10.
54. Sørensen, K., Pelikan, J.M., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., et al (2015) 'Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)', *The European Journal of Public Health*, 25, 6, 1053-8.
55. Statistics Canada (1995) *Literacy, economy and society: Results of the first International Adult Literacy Survey*, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
56. USDHHS (United States Department of Health and Human Services) (2000) *Healthy people 2010: Understanding and improving health* (2nd edn), Washington, DC: US Government Printing Office.
57. WHO (World Health Organization) (1986) *The Ottawa Charter for health promotion: First international conference on health promotion*, Ottawa, 21 November, Geneva: WHO.
58. WHO (2013) *The solid facts: Health literacy*, Geneva: WHO.

59. WHO (2017) 'Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development', *Health Promotion International*, 32, 1, 7-8.
60. Zarcadoolas, C., Pleasant, A. and Greer, D.S. (2005) 'Understanding health literacy: An expanded model', *Health Promotion International*, 20, 2, 195-203.
61. Zarcadoolas, C., Pleasant, A. and Greer, D.S. (2006) *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*, San Francisco, CA: Jossey-Bass.
62. Orkan Okan. From Saranac Lake to Shanghai : A brief history of health literacy . *International Handbook of Health Literacy* Research, practice and policy across the lifespan. Bristol : Policy Press ; 2019:21-37

Evolving Definition and Model of Health Literacy

1. Health Literacy เริ่มมีการกล่าวถึงในปี 1970 (50 ปีที่แล้ว) โดยแนวคิดเริ่มแรก เป็น medical Health Literacy หรือ Patient Health Literacy หรือ clinical Health Literacy เป็นมุมมองของ Health Care และ Disease Prevention) มมอง Health Literacy คือ ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) โดยนำแนวคิด Disease Prevention มาใช้คือ หาเครื่องมือมาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (Screening) จากนั้นปรับระบบของโรงพยาบาลในการเพิ่มทักษะให้กับกลุ่มเสี่ยงด้วย Health Information Education ,Communication (IEC) ภายใต้วความเชื่อว่าเมื่อให้ IEC จะเกิด Health Literacy ตามมา เพราะฉะนั้น Health Education จึงเป็น Intervention ที่จะมายกระดับ Health Literacy แนวคิดนี้ Nutbeam ใช้คำว่า Health Literacy as Risk. เป็นการมอง Health Literacy แบบแคบเพื่อให้เกิด Individual Health benefit.

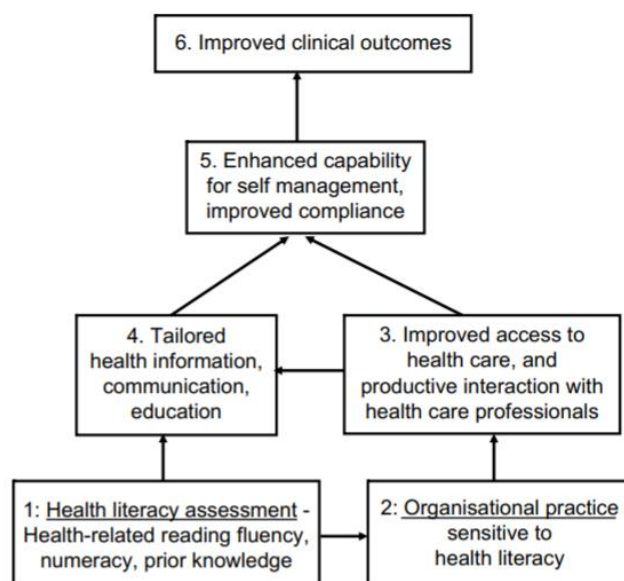


Fig. 1. Conceptual model of health literacy as a risk.

2. Nutbeam ได้ Propose แนวคิด Health Literacy as Asset ในปี 2000 (20 ปีที่แล้ว) โดยเขียนบทความในเรื่อง Evolving Concept of Health Literacy โดยเปลี่ยนแนวคิด Health Literacy จาก Individual Health มาเป็น Public Health (นิยามของ Public Health คือ ศาสตร์และศิลป์ของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยรวมพลังทุกภาคส่วนของสังคมในการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีชีวิตยืนยาวและอยู่ดีกินดี (well being)) โดยมอง Health Literacy as Asset (Resource) แนวคิดนี้ไม่ได้มอง IEC เป็น Intervention และไม่ได้มอง Health Literacy เป็น ความเสี่ยง (as risk) แต่มอง Health Literacy เป็น Asset หรือทุนที่อยู่ในตัวมนุษย์ ที่เกิดจากกระบวนการ IEC (IEC ในที่นี้ประกอบด้วย 3 Actions คือ Educate , Social Mobilization & Advocacy) โดยเป็นหน้าที่ของทั้งสังคมที่จะ มาช่วยกันเพิ่มทุนความรู้ด้านสุขภาพดังกล่าว ไม่ได้เป็นหน้าที่ของปัจเจกชนเท่านั้น

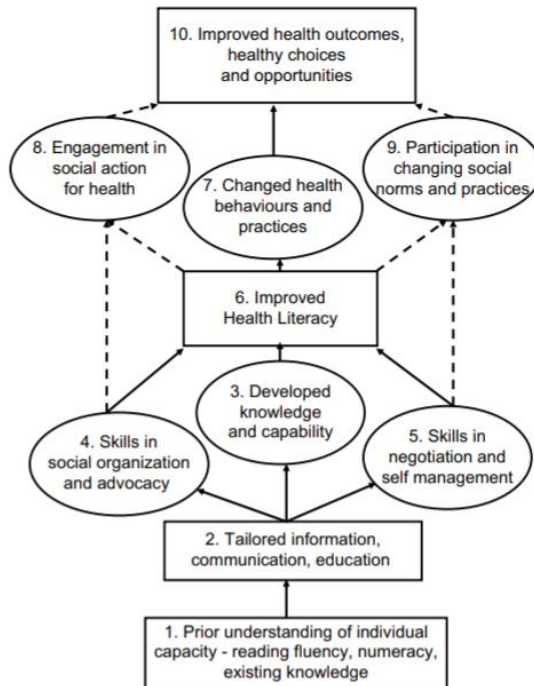


Fig. 2. Conceptual model of health literacy as an asset.

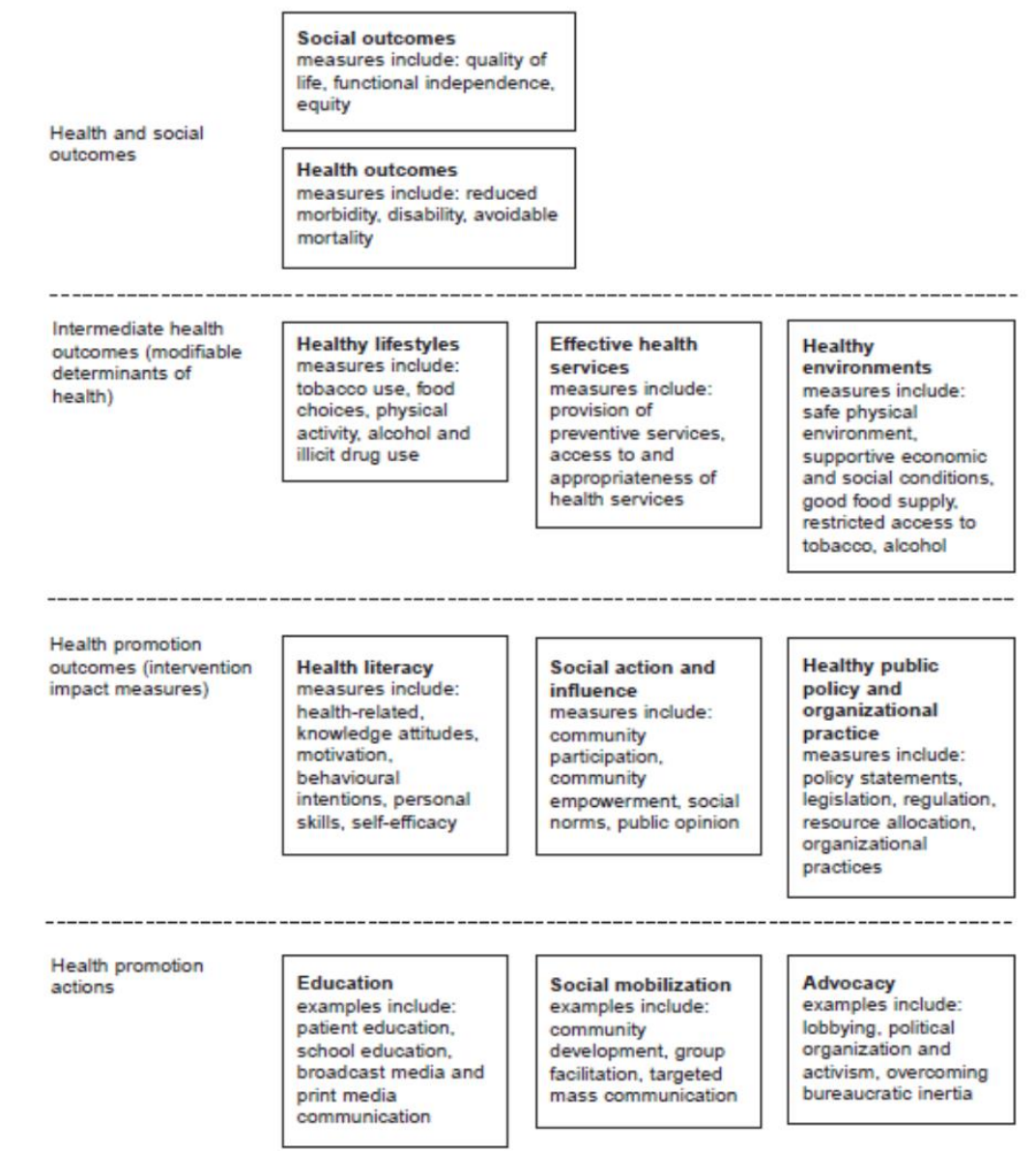
3. บทความ Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century ของ Don Nutbeam แบ่งคุณภาพของ Health Literacy เป็น 3 ระดับคือ Functional ,Interactive และ Critical Health Literacy โดย Functional Health Literacy นั้นจะเกิด Individual Health Benefit เป็นส่วนใหญ่ แต่ Interactive & Critical Health Literacy ที่คำนึงในมิติของปัจจัยกำหนดสุขภาพ (determinant of Health) ด้วยจะได้ทั้ง Individual & Community Benefit นั่นคือมอง Health Literacy ในมุมกว้าง หรือจะเรียกว่า Public Health Literacy.

Table 1: Levels of health literacy

Health literacy level and educational goal	Content	Outcome		Examples of educational activity
		Individual benefit	Community/social benefit	
Functional health literacy: communication of information	Transmission of factual information on health risks and health services utilization	Improved knowledge of risks and health services, compliance with prescribed actions	Increased participation in population health programs (screening immunization)	Transmit information through existing channels, opportunistic inter-personal contact, and available media
Interactive health literacy: development of personal skills	As above and opportunities to develop skills in a supportive environment	Improved capacity to act independently on knowledge, improved motivation and self-confidence	Improved capacity to influence social norms, interact with social groups	Tailor health communication to specific need; facilitation of community self-help and social support groups; combine different channels for communication
Critical health literacy: personal and community empowerment	As above and provision of information on social and economic determinants of health, and opportunities to achieve policy and/or organizational change	Improved individual resilience to social and economic adversity	Improved capacity to act on social and economic determinants of health, improved community empowerment	Provision of technical advice to support community action, advocacy communication to community leaders and politicians; facilitate community development

บทความนี้ยังกำหนด Health Promotion Action ซึ่งประกอบด้วย Education ,Social Mobilization & Advocacy จาก Health Promotion Action จะส่งผลให้เกิด Health Promotion Outcome, Intermeditate Health outcome และ Health Outcome ดังแผนภาพด้านล่าง โดย Health Promotion Action

262 D. Nutbeam



4. Sørensen ได้ทำ Systematic Review นิยามและ model ของ Health Literacy ในปี 2012 ในบทความ Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models (Sørensen et al. BMC Public Health 2012, 12:80 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>)
 - 4.1. Health literacy ให้ความสำคัญของความรู้และความสามารถ (ทักษะ) ของบุคคลที่จะเผชิญกับอุปสงค์ด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนในสังคมสมัยใหม่ ซึ่ง Health Literacy ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญแต่นิยามและ conceptual dimensions ยังไม่ชัดเจนและมีความเห็นที่แตกต่างกัน การทบทวนนิยามและ model ของ Health Literacy เพื่อกำหนด integrated definition and conceptual Model โดยใช้ evidence base จึงมีความจำเป็น

- 4.2. จากการทบทวนโดยใช้ Contents Analysis แบ่งกลุ่ม definition ได้เป็น 17 กลุ่มและ Models ได้เป็น 12 models ซึ่งประกอบด้วย 12 Dimension (4x3) ได้แก่ process dimension การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำไปใช้ และ Continuum of care Dimension ได้แก่ Health care (sick) ,Disease Prevention (Risk),Health Promotion (Healthy)

Table 4 The matrix with four dimensions of health literacy applied to three health domains

	Access/obtain information relevant to health	Understand information relevant to health	Process/appraise information relevant to health	Apply/use information relevant to health
Health care	Ability to access information on medical or clinical issues	Ability to understand medical information and derive meaning	Ability to interpret and evaluate medical information	Ability to make informed decisions on medical issues
Disease prevention	Ability to access information on risk factors for health	Ability to understand information on risk factors and derive meaning	Ability to interpret and evaluate information on risk factors for health	Ability to make informed decisions on risk factors for health
Health promotion	Ability to update oneself on determinants of health in the social and physical environment	Ability to understand information on determinants of health in the social and physical environment and derive meaning	Ability to interpret and evaluate information on health determinants in the social and physical environment	Ability to make informed decisions on health determinants in the social and physical environment

- 4.3. ภายหลังการทบทวน กำหนดนิยามของ Health Literacy ได้ดังนี้ “Health Literacy สัมพันธ์กับการอ่านออก เขียนได้ (Literacy) ซึ่งรวม ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนในการ เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับไปใช้เพื่อการตัดสินใจในชีวิตประจำวันในทุกๆวันที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อธำรงรักษาหรือปรับปรุงคุณภาพชีวิตจนตลอดช่วงอายุ “
(Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.)
- 4.4. Model ที่ได้จากการทบทวนนั้นบูรณาการแง่มุมของ Health Literacy ทั้งในด้านการแพทย์ (การรักษาพยาบาล) และการสาธารณสุข (การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) เข้าด้วยกัน โดย model ดังกล่าวจะเป็นพื้นฐานในการกำหนด Intervention และ เครื่องมือที่จะวัด Health Literacy และสามารถที่จะลดความเห็นต่าง ทั้งในส่วน ของ Health care ,Disease Prevention Public Health setting.
5. ปัจจุบันนิยามและแนวคิดของ Health Literacy จะใช้ในรูปแบบ Inclusive Model of Health Literacy ดังนี้
- 5.1. Health Literacy คือความสามารถ (competency โดยรวมเรื่องแรงจูงใจและความรู้เข้าไปด้วย) ในการ เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารที่ได้ไปใช้ในการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ
 - 5.2. Health literacy สามารถมองได้ทั้งในระดับบุคคล (Individual leve) และระดับประชากร (Population Level) ตลอดช่วงอายุ (Life course)
 - 5.3. ถ้า Health Literacy (วงรีทั้ง 3 ที่ซ้อนกันใน 3 setting) อยู่ตรงกลาง ด้าน ข้างคือ ปัจจัยที่จะมาก่อน (Antecedents) และที่อยู่ด้านขวา คือ สิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมา (Consequence)
 - 5.4. Antecedents ประกอบด้วย 3 เรื่องคือ
 - 5.4.1. ปัจจัยที่อยู่ไกลออกไป (distal end) ได้แก่

5.4.1.1. Societal and environmental Determinants (ได้แก่ สถานการณ์ด้านประชากร (Demographic Situation) วัฒนธรรม ภาษา แรงขับเคลื่อนทางการเมือง (Political Force) และระบบสังคม (social system))

5.4.2. ปัจจัยที่อยู่ใกล้ (Proximal end) ได้แก่

5.4.2.1. Personal Determinant ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การศึกษา อาชีพ การจ้างงาน (Employment) รายได้ และการอ่านออกเขียนได้ (Literacy)

5.4.2.2. Situation Determinant ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (social support) , อิทธิพลจากทางครอบครัว หรือเพื่อน (family and peer influence) , การใช้สื่อ และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) (HLO , HL society น่าจะจัดอยู่ใน Situation Determinants ด้วย)

5.5. Consequence ที่จะเกิดภายหลัง Health Literacy ประกอบด้วย

5.5.1. ระดับบุคคล

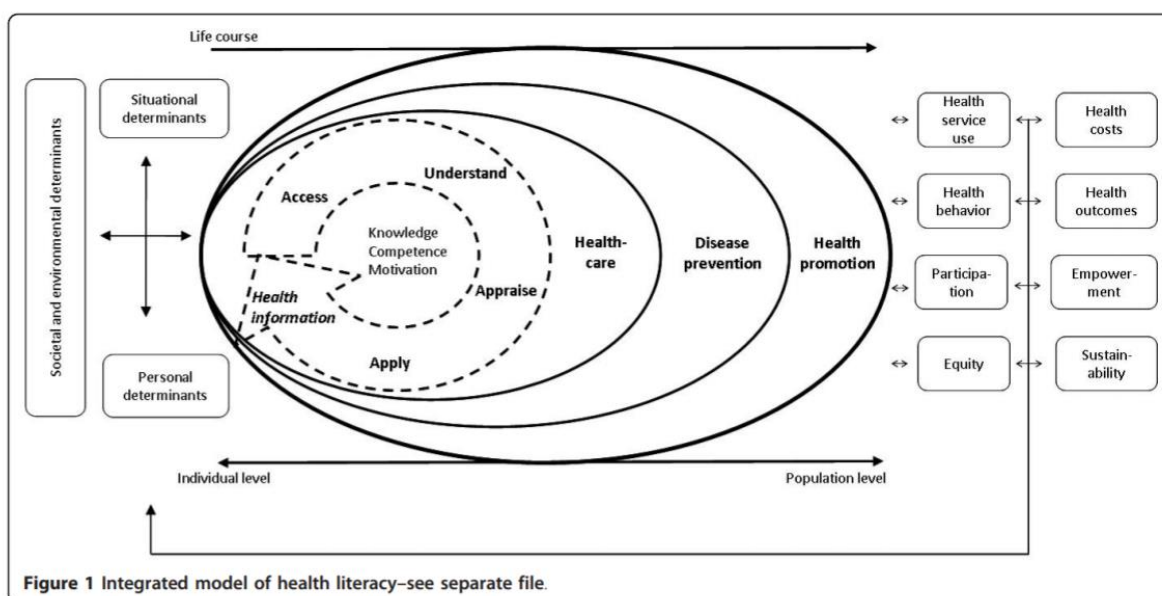
5.5.1.1. Health Service use $\leftrightarrow$ Health costs (ไปรับบริการลดลง ต้นทุนถูกลง)

5.5.1.2. Health behavior $\leftrightarrow$ Health outcome (พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ผลลัพธ์ดีขึ้น)

5.5.2. ระดับชุมชน

5.5.2.1. Participation $\leftrightarrow$ Empowerment (การมีส่วนร่วมมากขึ้น การเสริมพลังมากขึ้น)

5.5.2.2. Equity $\leftrightarrow$ Sustainability (ความเท่าเทียมมากขึ้น ทำให้เกิดความยั่งยืน)



6. การยกระดับ Health Literacy จึงควรทำใน 2 ด้านควบคู่ไปด้วย

6.1. การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามแนวคิด Health Literacy as asset โดยทั้งสังคมต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา

6.2. ทุกหน่วยของสังคมและองค์กรไม่ว่าจะเป็น สถานบริการสาธารณสุข โรงเรียน โรงงาน สถานประกอบการ ชุมชน ฯลฯ ต้องพัฒนาให้เกิดสภาพแวดล้อม (Ecosystem) ที่เอื้อต่อการเข้าถึง ทำความเข้าใจประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ของประชาชน วัตถุประสงค์คือการพัฒนาให้ทุกองค์กรเป็น Health literate organization และทุกสังคมเป็น Health Literate society

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในฐานะที่เป็นยุทธศาสตร์ระดับพลเมืองเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

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

วัตถุประสงค์ :

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

เนื้อหา :

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

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

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

พลเมืองเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนที่จะกล่าวถึงแนวทางในการยกระดับ Health Literacy ในประชากร การนำนโยบาย และวิธีปฏิบัติไปใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ

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

- 1) Functional Health Literacy คือทักษะระดับพื้นฐานของบุคคลในการได้รับข้อมูลข่าวสาร (เช่น ข้อมูลว่าอะไรคือปัจจัยเสี่ยง และสามารถไปใช้ระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างไร) และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้เหล่านั้นเฉพาะใน

ส่วนของการรับประทานยาและการไปรับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์) บุคคลที่มีเฉพาะ Functional health literacy จะสามารถทำการตอบสนองได้ดีขึ้น ด้วยการให้ความรู้และสื่อสารในเรื่องของปัจจัยเสี่ยง การไปรับบริการสาธารณสุข และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยการสื่อสารดังกล่าวมีเป้าหมายค่อนข้างจำกัด และประโยชน์ที่ได้รับเป็นเพียงประโยชน์ส่วนบุคคล (personal Benefit) แต่ไม่ได้ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนหรือประชากร (population benefit) ตัวอย่างของประโยชน์ต่อชุมชน เช่น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการคัดกรองหรือได้รับภูมิคุ้มกันโรค โดยทั่วไปแล้วการสื่อสารเพื่อให้เกิด Functional Literacy มักไม่ใช้การสื่อสารแบบ 2 ทางที่มีปฏิสัมพันธ์ (Interactive) ทำให้ได้เพียงความรู้แต่ไม่สามารถที่จะส่งมอบทักษะ (Transferable skill) และไม่สามารถเพิ่มระดับการตัดสินใจด้วยตนเองทางด้านสุขภาพได้ (self decision for health)

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

การแบ่งระดับ Health Literacy จะช่วยแบ่งระดับทักษะ เพื่อใช้ในการตัดสินใจด้วยตนเองในแต่ละระดับที่แตกต่างกันด้วย รวมถึงการมีส่วนร่วม เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล (personal behavior) เท่านั้นไม่เพียงพอ ต้องเพิ่มเรื่อง Social หรือ Community Action ในการไปจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ (ด้านสังคม เศรษฐกิจ

การศึกษาและสิ่งแวดล้อม) ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เนื่องจากความแตกต่างของบุคคล ทำให้ต้องใช้วิธีการสื่อสารที่แตกต่างกันทั้งเนื้อหาและวิธีการที่ใช้ เพื่อที่จะสร้างความมั่นใจว่าตนสามารถทำได้ (Self Efficacy) ในการตอบสนองข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่ได้รับ ซึ่งสิ่งแวดล้อมก็มีส่วนช่วยอย่างมากในการสร้างให้เกิด Self efficacy.

ในส่วนของการให้สุศึกษาขึ้น บุคคลจะรับรู้หรือตอบสนองต่อการให้สุศึกษามากน้อยขึ้นกับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น การแยกให้เห็นเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกคือการสื่อสารและการให้สุศึกษานั้นเป็นงานในการสร้างทักษะเฉพาะ (Task base) ในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ (การกินยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งผลดีต่อการรักษา) และส่วนที่ 2 เป็นงานที่สร้างทักษะ (skill base) ที่ออกแบบเพื่อถ่ายทอดทักษะทั่วไปในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนได้อย่างอิสระ (Autonomous decision) รวมถึงการปรับเปลี่ยนในแต่ละสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

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

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

การสื่อสารด้วยหลากหลายช่องทาง การปรับระบบบริหารและบริการ ที่ให้ความสำคัญในเรื่องการสื่อสารที่เป็นมิตรและการให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการ ร่วมกับการพัฒนาการบริการที่สามารถเพิ่มทักษะส่วนบุคคลเมื่อมารับบริการแต่ละครั้ง เป็นต้น



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

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

การวัด Health Literacy

การวัด Health Literacy ขึ้นกับนิยามว่าจะนิยาม health literacy ในระดับใด (Function ,Interactive , Critical Health Literacy) เครื่องมือวัดที่มีในขณะนี้สามารถวัดระดับของ Cognitive & social skill และวัดความสามารถส่วนบุคคลที่จะประยุกต์ใช้ทักษะนั้นเพื่อให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน มีเครื่องมือวัด Functional Health literacy หลายเครื่องมือที่ผ่านการ validate ความเที่ยงในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นเครื่องมือคัดกรอง Health literacy อย่างง่ายในคลินิก ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้ดีทางคลินิก เพราะเหมาะสำหรับวัดด้านความรู้ (Knowledge) แต่ไม่เพียงพอที่จะไปวัดด้านทักษะ (skill) หรือการปฏิบัติจริง (practice) ปัจจุบันในหลายประเทศกำลังพัฒนาการวัด health literacy ในระดับชุมชนหรือประชากร โดยเฉพาะการประเมินการเปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนบุคคลและประชากรหลังจากได้นำ

แผนงาน/โครงการต่างๆลงไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยสามารถที่จะหาความสัมพันธ์ระหว่าง Health Literacy กับ determinant of health หรือความไม่เท่าเทียมในกลุ่มที่ low health literacy และการประเมินผลโครงการเกี่ยวกับการยกระดับ Health Literacy ในประชากร งานวิจัยในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการวิจัยทางคลินิกเพื่อพิสูจน์สมมุติฐานที่ว่า low health literacy สัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี จากการศึกษพบว่า low health literacy คือกลุ่มที่มี low socioeconomic ด้วย และสัมพันธ์กับความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ (equity in health) กลุ่มอ่อนไหวดังกล่าวคือกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก และโรงพยาบาลต้องปรับองค์กรเพื่อที่จะลดสถานการณ์ที่มีความต้องการที่หลากหลายและซับซ้อนนั้น ในทางคลินิกได้นำเครื่องมือวัด Health Literacy เช่น REALM ,NVS มาใช้และสามารถที่จะแบ่งกลุ่มที่มี low health literacy และปรับระบบการให้สุศึกษาและการสื่อสารเพื่อให้เข้ากับกลุ่มอ่อนไหวดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนั้นการนำเทคนิค Teach back มาใช้ทางคลินิก จะเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารและเพิ่ม health Literacy โดยเทคนิค Teach back คือหลังจากที่ผู้ให้บริการได้ให้สุศึกษาแก่ผู้รับบริการแล้ว ให้ผู้รับบริการเล่าว่า ข้อมูลที่ตนได้รับมีอะไรบ้าง และจะปฏิบัติตัวอย่างไร Teach back จะทำให้ตรวจสอบได้ว่า ผู้รับบริการเข้าใจในสิ่งที่ผู้ให้บริการพยายามให้มากนักน้อยเพียงไร และสามารถที่จะทำความเข้าใจประเด็นที่ผู้ป่วยเข้าใจไม่ถูกต้องได้ โดยเทคนิค Teach back สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในห้องฉุกเฉินภายหลังจากจำหน่าย ห้องผู้ป่วยนอก กระบวนการให้การยินยอมในการรักษาพยาบาล (inform consent) การให้สุศึกษาและการสื่อสารนอกจากได้ประโยชน์ในเรื่อง Health Literacy แล้ว ยังสามารถเพิ่มความพึงพอใจและการบรรลุความคาดหวังของผู้รับบริการได้อีกด้วย

Health literacy ในฐานะที่เป็นยุทธศาสตร์ระดับพลเมืองเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

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

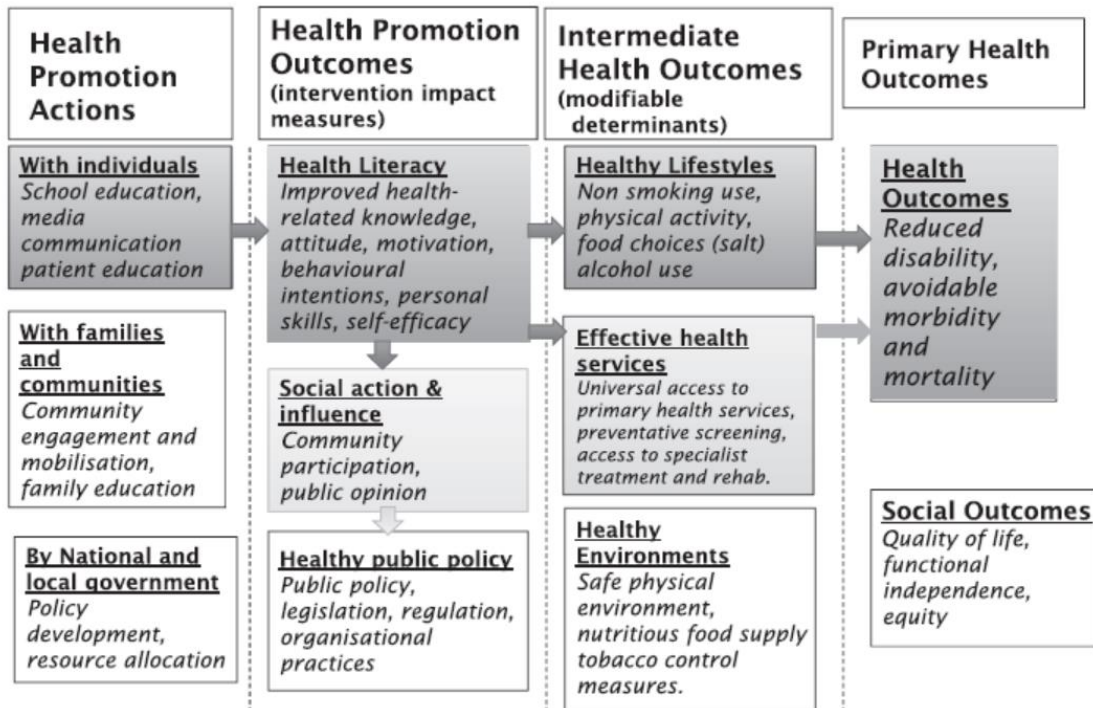


Figure 2 Logic model for prevention planning

- Health and social outcome เป็น Ultimate goal ของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(ดำเนินการโดย Health & Non Health sectors) คือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพและทางสังคมดีขึ้น โดยเครื่องมือที่ใช้ส่วนใหญ่คือ การลดอัตราการป่วย/การตายหรือความพิการ สำหรับเป้าหมายทางสังคม เช่น ความเท่าเทียม (equity) หรือคุณภาพชีวิตที่ดี
- Intermediate Health outcome (Modifiable health determinant) คือตัวกลางที่อยู่ระหว่าง Health and social outcome กับ Health Promotion outcome ประกอบด้วย
 - พฤติกรรมส่วนบุคคล** เช่น สูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลต่อการเพิ่มหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทั้งหมดรวมเรียกว่า Healthy lifestyle (ใน Figure 2)
 - Healthy Enviroment** (ใน Figure 2) ประกอบด้วย เงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคมที่จะส่งผลไม่ทางตรงก็ทางอ้อมต่อสุขภาพ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้เกิด Healthy lifestyle เช่นการทำให้เข้าถึงง่ายหรือยากขึ้นในเรื่องการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย อาหารเพื่อสุขภาพ
 - Effective health services** คือการเข้าถึงและการบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและมีคุณภาพ ซึ่งจะปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อสถานะสุขภาพ
- Health Promotion Outcome ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัย ระดับบุคคล (Personal) ระดับสังคม (social) และระดับโครงสร้าง (Structure) ซึ่งจำเป็นต้องทำการปรับปรุงเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ intermediate health outcome (Health Determinant) ซึ่ง Health promotion outcome คือ outcome ที่เกิดจาก Health Promotion activities ที่ได้ออกแบบไว้ ในส่วนของ Health promotion outcome ได้แก่ Health Literacy , 2.Social Action and

influence และ 3. Healthy Public Policy ซึ่งเป็น Outcome ที่เกิดจาก Health Promotion activities ได้แก่ Education , Social Mobilization และ Advocacy ตามลำดับ โดย

3.1. **Health literacy** คือ ทักษะทางด้านปัญหาหรือสังคมซึ่งทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพ ซึ่งเป็นผลจากการกิจกรรมการให้สุศึกษา

3.2. **Social Action and Influence** คือผลลัพธ์ที่เกิดจากการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อส่งเสริมหรือควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยกลุ่มทางสังคม (Social group) ตัวอย่างเช่น การสร้างมีส่วนร่วม(participation) ของกลุ่มทางสังคมต่างๆ การเกิดความเห็นสาธารณะ (public opinion) ในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องใช้การให้สุศึกษาและการสื่อสารร่วมกับการพัฒนาชุมชนในด้านอื่นๆ

3.3. **Healthy public policy and organization practice** คือผลลัพธ์ของความพยายามในการเอาชนะอุปสรรคเชิงโครงสร้างในด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ภาคการเมือง (ระดับชาติและระดับท้องถิ่น) การ lobby เพื่อนำไปสู่ นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ หรือการปรับแก้หรือออกกฎหมายหรือระเบียบที่เอื้อต่อสุขภาพ ยกตัวอย่าง การควบคุมการสูบบุหรี่ที่ประสบผลสำเร็จในหลายประเทศเกิดจากการออกกฎหมาย ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากกิจกรรม Advocacy

การส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคที่ประสบผลสำเร็จเกิดจากการบูรณาการ Health Promotion actions เข้าด้วยกันเพื่อให้ได้ Health Promotion outcome ทั้ง 3 ตัว ตัวอย่างเช่น โปรแกรม Healthy Eating ควรประกอบด้วยการศึกษาโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับเรื่องอาหารหลัก 5 หมู่ เพื่อให้เกิดทักษะในการเตรียมและเลือกอาหารที่รับประทาน ในเวลาเดียวกัน Community action และการออกกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องก็ต้องทำควบคู่กันไปด้วย เช่นการเพิ่มการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ การพัฒนาห่วงโซ่อาหารตลอด supply chain ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมที่มีการปรับเปลี่ยน organization practice ได้แก่ การปรับปรุงเมนูอาหารในโรงเรียนเพื่อให้เด็กนักเรียนได้รับอาหารที่เพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ การพัฒนาโรงอาหารและโรงครัวของโรงเรียน การออกกฎระเบียบเพื่อควบคุมร้านค้าภายในรวมถึงรั้วของโรงเรียนให้ขายอาหารเพื่อสุขภาพ และห้ามขายอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดย model นี้แสดงให้เห็นสะพานเชื่อมระหว่าง Intervention (Health promotion action) ไปสู่ผลลัพธ์ของ intervention (Health Promotion Outcome) และเป้าหมาย (Goal) ของ Intervention (Intermediate health outcome) ที่จะเชื่อมไปสู่ Ultimate goal คือ Health and social Outcome.

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

4.1. ระดับบุคคลได้แก่ การ School education & patient Education ระดับ ครอบครัว/ชุมชน ได้แก่ Family education

4.2. การมีส่วนร่วมของชุมชนและการเคลื่อนไหวสังคม (Community engagement and mobilization)

4.3. ระดับโครงสร้างในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ได้แก่ การให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา นโยบายหรือกฎหมาย และการกระจายทรัพยากร (policy development and resource allocation) สรุป 3 Health Promotion Actions ได้แก่ Education ,Social mobilization และ Advocacy.

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

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

Health Education and Communication เป็นเครื่องมือของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค Health education ต้องพัฒนาไปสู่ Health Education ร่วมสมัย ที่มีความซับซ้อน เป็น intervention ที่พัฒนาโดยมีทฤษฎีใหม่ๆ รองรับ (Theory informed intervention) เป็นโปรแกรมที่ไม่ได้พุ่งเป้าไปที่การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพียงอย่างเดียว (การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารยังเป็นเรื่องที่สำคัญ แต่ต้องทำอย่างอื่นควบคู่ไปด้วย) แต่ต้องพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและสังคมที่จะสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โปรแกรมดังกล่าวต้องเน้นบริบททางสังคมที่จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเน้นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและสังคมโดยเสนอทางเลือกของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก มีหลายทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ช่วยอธิบายความซับซ้อนระหว่าง ความรู้ ความเชื่อ และ perceived social norm และกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับเนื้อหาในโปรแกรมการให้สุศึกษา เพื่อที่จะพัฒนาให้ไปถึงระดับ interactive และ Critical Health literacy และการสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนในสถานการณ์ต่างๆ โดยทฤษฎีหรือ model ต่างๆนอกจากจะแนะนำ เนื้อหาในการให้สุศึกษาแล้ว ยังบอกลำดับขั้นตอนและวิธีการให้สุศึกษาและประเมินเน้นหนัก โดยประเมินเน้นหนักได้แก่

- ความสำคัญของความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ทุกรูปแบบกล่าวถึง Health education เป็นบทบาทหลักในการพัฒนาความรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ และเน้นความสำคัญของ ข้อมูลข่าวสารที่จำเพาะสำหรับบุคคลนั้น (Personalized health information) การจะให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ต้องระบุพฤติกรรมที่จะเกิดตามมาในกรอบเวลาที่ไม่ยาวนาน และต้องเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางด้านสุขภาพของบุคคลนั้น

- ความสำคัญของ self efficacy หรือความเชื่อของบุคคลนั้น ว่าสามารถที่จะทำสิ่งนั้นได้ด้วยตนเอง Health education ต้องสามารถพัฒนาให้บุคคลมีทักษะและเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถทำสิ่งนั้นได้ด้วยตนเอง โดยสิ่งที่สำคัญที่รับประกันความยั่งยืนได้แก่ ความสามารถติดตามความก้าวหน้าด้วยตนเอง การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ การทำซ้ำอย่างสม่ำเสมอ
- ความสำคัญของบรรทัดฐานทางสังคม (social norm) และอิทธิพลทางสังคม (social influence) ที่เกี่ยวข้องกับคุณค่า (values) ของบุคคลที่จะได้รับการยอมรับจากกลุ่มทางสังคมอื่นๆ การใช้ Social role model อิทธิพลจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน การใช้ peer to peer ในการให้สุขศึกษาเป็นสิ่งที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผล
- การให้สำคัญและยอมรับในความแตกต่างของบุคคล และระยะของการเปลี่ยนแปลง (stage of change) มีความแตกต่างกันขึ้นกับแต่ละบุคคล การให้สุขศึกษานั้นจึงต้องทำให้ ถูกคน ถูกเวลาและถูกสถานที่
- ข้อจำกัดของ intervention ที่ไม่สามารถที่จะรองรับได้ทุกกลุ่มทางสังคม ที่มีเศรษฐกิจ การศึกษา เงื่อนไขการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน ซึ่งจะมีผลต่อการเข้าถึงบริการและทรัพยากรที่แตกต่างกันไปด้วย
- ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือการรับรู้ของประชาชน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับ health education

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

ปัจจุบันการทำ online health education program ทั้ง mHealth และ eHealth มีมากขึ้น เช่นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการป้องกัน เป็นต้น โดยเนื้อหาและวิธีการสื่อสารก็มีความซับซ้อนมากขึ้น จำนวนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ Health literacy มีมากขึ้น แต่ intervention ที่เกี่ยวกับการสื่อสารและการให้สุขศึกษาจนถึงระดับมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังน้อยอยู่ และยังไม่สามารถปิด gap ที่จะทำให้อาณานิคมสุขภาพดีขึ้น การให้สุขศึกษาเป็นเครื่องมือที่สำคัญในงานสาธารณสุข แต่หลักฐานจากหลายการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการให้สุขศึกษาเพื่อการพัฒนาชุดของทักษะในการเสริมพลังบุคคลเพื่อป้องกันหรือเพื่อหวังผลต่อการรักษาโรคใดโรคหนึ่งให้ดีขึ้นเท่านั้น ยังไม่ก้าวถึงระดับที่จะให้สุขศึกษาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อปกป้องหรือส่งเสริมสุขภาพทั้งส่วนบุคคลและชุมชน Intervention ของ Health Literacy ที่เป็นโปรแกรม online ที่พบจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ Adult education online ,โปรแกรม Multimedia ในโรงเรียนหรือในศูนย์การค้า โดยทั้งหมดเป็นใช้การสื่อสารและให้การศึกษาในการพัฒนา Functional Health literacy skills เพื่อที่จะเพิ่มความรู้และความเข้าใจในประเด็นเฉพาะโดยหวังว่าจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล สำหรับวิธีการให้สุขศึกษาที่มีความแตกต่างจากเดิม เช่นใช้การเยี่ยมบ้าน ใช้สื่อ Multimedia , eHealth หรือ mHealth โดยเน้นการให้สุขศึกษาเพื่อการสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่มหรือแต่ละช่วงวัย เช่น

กลุ่มพ่อแม่ วัยทำงานหรือผู้สูงอายุ และเนื้อหาเฉพาะสอดคล้องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เช่น โภชนาการและกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมของแต่ละกลุ่มวัย บทสรุปของผู้ศึกษาวิจัย คือ **“แนวคิดและวาทศิลป์ที่เกี่ยวกับ Health literacy ได้สร้างความตื่นตัวและความน่าสนใจให้กับนักวิจัย ผู้ให้บริการและผู้กำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุข แต่ความน่าสนใจดังกล่าว ยังไม่สามารถเปลี่ยนเป็น intervention ทางด้านสาธารณสุขที่ก้าวหน้าอย่างมีรูปธรรม** “Overall, the authors report that the concept and rhetoric relating to health literacy has excited the interest of public health researchers, practitioners and policy makers, but that this interest has not yet been converted into substantive advances in public health interventions. “

สรุป

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ นั้นเป็นมากกว่าการส่งผ่านข้อมูลด้านสุขภาพไปสู่ผู้รับ (แม้มันจะเป็นงานพื้นฐานที่ต้องทำ) การช่วยให้ประชาชนพัฒนาความมั่นใจที่จะลงมือทำภายใต้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และความสามารถที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น หรือสนับสนุนผู้อื่นได้นั้นต้องใช้การสื่อสารที่มีความเฉพาะสำหรับแต่ละบุคคล และสื่อสารผ่านไปยังกลุ่มประชากร โดยขยาย Health Education ไปสู่ฐานชุมชน (Community based education outreach) ถ้าเป้าหมายของ Health Literacy คือการส่งเสริมบุคคลให้สามารถตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างอิสระ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเข้าใจศักยภาพของการให้สุขภาพศึกษาในการเพิ่มความเข้มแข็งของ personal & community Action เพื่อพัฒนาสุขภาพ Health literacy สามารถสนับสนุนในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการตนเองด้านสุขภาพ โดยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา Health Literacy เป็นที่สนใจของ stakeholder กลุ่มต่างๆ โดยกลุ่มผู้ให้บริการทางคลินิก สนใจในเรื่องโรคและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค โดย Health Literacy ต่ำ ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรค (Health Literacy as risk) ซึ่งการศึกษาต่างๆที่ผ่านมา ได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า การพัฒนา Health Literacy ในทางคลินิกและในทางสาธารณสุข ส่งผลให้มีส่วนร่วมในการรักษา (engagement) และการจัดการตนเองสำหรับโรคเรื้อรัง (Self Mangement) ดีขึ้น สำหรับนักการสาธารณสุขที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพ ให้ความสนใจ Health literacy ตามแนวคิดที่ว่า Health Literacy เป็นผลลัพธ์ของ Health Education and Communication ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพแบบร่วมสมัย (Contemporary Health Promotion) โดยมอง Health Literacy คือทรัพย์สินหรือทุนที่อยู่ในแต่ละบุคคล (Health literacy as asset) ซึ่งสามารถที่จะเพิ่มทุนนี้ได้โดยให้การให้การศึกษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับ intervention อื่นๆเพื่อสนับสนุนบุคคลและชุมชนให้สามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพซึ่งส่งผลต่อสุขภาพบุคคลและชุมชนได้ สำหรับผู้กำหนดนโยบาย Health Literacy เป็นแนวคิดที่มีความยืดหยุ่นที่สามารถนำไปใช้ในการวางตำแหน่งทางนโยบาย ความตั้งใจที่จะทำเรื่อง Health literacy ทั้งในกลุ่มของผู้ให้บริการสาธารณสุข (การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ) ผู้กำหนดนโยบาย และนักการศึกษาวิจัย ทำให้ความรู้และแนวคิดของ Health Literacy ถูกขยายไปอย่างกว้างขวาง Health Literacy มีความสำคัญในฐานะที่เป็นได้ทั้ง Risk (Disease prevention approach) หรือ Asset (Health Promotion Approach) และมีศักยภาพที่จะใช้เป็นตัวชี้้นำสำหรับการให้บริการทางคลินิก(การป้องกันโรค) หรือการสาธารณสุข(การส่งเสริมสุขภาพ) และการกำหนดนโยบายสาธารณะ สำหรับนักวิชาการหรือนักวิจัยนั้นประเด็นที่น่าสนใจ ที่เป็น Knowledge gap คือการพัฒนา Intervention และเครื่องมือวัด Health Literacy ในบริบทของ population based

บทสรุปของผู้แปล

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

Matrix of Health Literacy Level & Health Promotion Actions

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

Remark : Cut off Point ในการตัดสิน Health Literacy ระดับต่างๆ

1. Functional HL ส่วนใหญ่ใช้ cognitive skill อ่านเอกสารหรือฟังโดยไม่ต้องซักถาม ก็สามารถเข้าใจได้
 2. Interactive HL ต่อยอดจาก Functional HL ใช้ Cognitive skill อย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องใช้ social skill ในการทำปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพื่อให้เข้าใจปัญหาสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ และสังเคราะห์ความรู้ใหม่ที่เกิดจากการเรียนรู้ นำมาใช้ในตัดสินใจแก้ปัญหาที่ไม่เคยประสบมาก่อน ด้วยตนเองได้ (Autonomous Decision)
 3. Critical HL ต่อยอดจาก Interactive HL ต้องรู้ทั้งปัญหาสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพอย่างผู้จริง จึงจะสามารถให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อแก้ปัญหาเชิงโครงสร้าง (policy , Law ,Regulation) ให้แก่ผู้กำหนดนโยบายได้
3. Health Education แบบเดิมนั้น พัฒนาได้แค่ Functional Health Liteacy ถ้าจะให้ถึง interactive and critical Health Literacy ต้องใช้ การสื่อสารแบบมีปฏิสัมพันธ์ หรืออาจต้องใช้กระบวนการทางสังคม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ (Socialization Learning) และรูปแบบของการให้สุขภาพต้องเปลี่ยนมาเป็น Contemporary Health Education (4.0) เป็น Personalized ,tailor made ,interactive ,rapid response and socialized communication ถึงจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล & และการปรับเปลี่ยน Health determinant ของชุมชน/สังคมได้ ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ยากเนื่องจากเป็น การแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้าง ซึ่งต้องอาศัยข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งข้อเสนอแนะนั้นจะยอมรับจนถึง

การปรับเปลี่ยน นโยบาย หลักเกณฑ์ กฎหมายที่เป็นอุปสรรค หรือออกนโยบาย หลักเกณฑ์ กฎหมายที่
เอื้อต่อสุขภาพได้ จำเป็นต้องอาศัยการเคลื่อนไหวทางสังคมที่แรงพอที่จะให้ผู้กำหนดนโยบายเห็นถึง
ความสำคัญหรือความจำเป็น

Health Literacy ในฐานะที่เป็นเป้าหมายทางสาธารณสุข : ความท้าทายของยุทธศาสตร์สุขภาพและการสื่อสารแบบร่วมสมัยในศตวรรษที่ 21

แปลจาก Health Literacy as a public health Goal : A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century : Don Nutbeam

Health Literacy (HL) เป็นคำใหม่เมื่อใช้ใน concept ของ Health Promotion (แต่ไม่ใหม่ในกรณีที่ใช้ใน concept ของ Risk factor) โดย Health Literacy เป็น ผลลัพธ์ของกิจกรรมให้ความรู้และการสื่อสาร (Education & Communication Activities) เมื่อยึดตามความหมายนี้ การให้ความรู้จะส่งเสริมต่อการเพิ่ม Health literacy บทบาทความนี้จะกล่าวถึงความไม่สำเร็จในอดีตของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อที่จะไปข้างหน้า ปัจจุบันกำหนดสุขภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ (social and economic determinant of health) จากการติดตามผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งได้มีการลดบทบาทของการให้สุขศึกษาลง บทบาทนี้ได้แสดง “Health Outcome Model” ซึ่ง model นี้ได้เน้นให้เห็นว่า Health Literacy นั้นเป็นผลลัพธ์ของการให้การให้สุขศึกษา และได้แสดงให้เห็นระดับต่างๆของ Health Literacy ได้แก่ Functional หรือ Basic Health literacy, Interactive Health Literacy และ Critical Health Literacy จากการวิเคราะห์ดังกล่าวจะพบว่า Health Literacy มีความหมายมากกว่าการส่งข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาทักษะในอ่านฉลากยา หรือการมาพบแพทย์ตามนัดเท่านั้น แต่ Health Literacy เป็นการพัฒนาทักษะของประชาชนให้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และความสามารถในการใช้ข้อมูลข่าวสารดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนา Health Literacy คือการเสริมพลัง (empower) การประยุกต์ใช้ทั้งเนื้อหา (content) และวิธีการ (method) ในการให้สุขศึกษารวมถึงการสื่อสาร คือประเด็นที่ต้องนำมาพิจารณา เพื่อให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล การขยายการให้สุขศึกษาไปสู่ชุมชน (community base education outreach) รวมถึงการให้สุขศึกษาเพื่อสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อไปสู่การออกกฎหมายหรือข้อบังคับ เพื่อเอาชนะอุปสรรคเชิงโครงสร้างต่อสุขภาพ (overcome structural barriers to health) เป็นประเด็นที่ท้าทายของการให้สุขศึกษาเพื่อให้บรรลุถึงการสร้าง Health literacy ให้เกิดถึงระดับ Interactive หรือ Critical Health Literacy.

ในศตวรรษที่ผ่านมา การให้สุขศึกษาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งในประเทศกำลังพัฒนา การรณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การควบคุมโรคติดต่อ และการให้ภูมิคุ้มกันในประเทศพัฒนาแล้ว และในปี 1960-1970 ได้มีการรณรงค์ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค NCD โดยเน้นที่การเผยแพร่ความสารทางด้านสุขภาพเท่านั้น ซึ่งได้รับการพิสูจน์ว่าการรณรงค์โดยไม่ได้นำประเด็นทางเศรษฐกิจและสังคมมาพิจารณาร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคลนั้น ไม่ประสบความสำเร็จในการบรรลุผลลัพธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากประสบความสำเร็จเฉพาะในกลุ่มที่มีการศึกษาและรายได้สูงในชุมชนเท่านั้น โดยตั้งสมมุติฐานว่าที่กลุ่มนี้ได้ผลดี เนื่องจากการศึกษาทำให้อ่านออกเขียนได้ ทำให้สามารถตอบสนองต่อข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่ส่งไปให้ได้มากกว่า

ในส่วนของการควบคุมโรคนั้น ในปี 1980 ได้มีการพัฒนาโปรแกรมในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและทักษะทางสังคม เพื่อให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้สามารถป้องกันภัยจากเรื่องยาเสพติด และได้ขยายไปสู่กลุ่มเป้าหมายอื่นๆ มีการพัฒนาทฤษฎีเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วงนี้ ซึ่งทฤษฎีเหล่านี้ได้ช่วยอธิบายความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่าง ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยมทางสังคม และพัฒนา guideline ในการให้สุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน ในช่วงเดียวกันนี้ เกิด **social marketing** ซึ่งเป็นเทคนิคในการเปลี่ยนแปลงค่านิยมทางสังคมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในสังคม โดย **social marketing** เน้นที่การหาแนวทางที่สร้างสรรค์ในการวิเคราะห์ประเด็นต่างๆ จากนั้นพัฒนาโปรแกรมโดยเน้นการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มต่างๆ แม้จะมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการในการสื่อสารและการให้สุขศึกษา แต่ก็ยังไม่สามารถที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน และไม่สามารถที่จะส่งผลกระทบต่อสู่สถานะสุขภาพอย่างเท่าเทียม

ในทศวรรษที่ 19 **Public health action** เน้นในเรื่องการจัดการสภาพความเป็นอยู่และสภาพการทำงาน อันเป็นผลจากการปฏิวัติอุตสาหกรรม **Public health action** มาเน้นเรื่องการพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (**social and environmental health determinant**) ของประชาชน และในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 **Public health action** มีการปรับเปลี่ยนจุดเน้น โดยเน้นสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของแต่ละบุคคล จากการวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาในเรื่อง ความเจ็บป่วยหรือพิการของประชากรในประเทศพัฒนาแล้วยืนยันได้ว่าอิทธิพลของปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรค และผลแทรกซ้อนจากโรค (Townsend et al 1988 ; Harris et al 1999) สถานะสุขภาพถูกกำหนดจาก คุณลักษณะส่วนบุคคลและ **lifestyle** รวมไปถึง ปัจจัยทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ล้อมรอบตัวบุคคล แต่ **intervention** ส่วนใหญ่ไปเน้นในระดับบุคคล มากกว่าไปเน้นในระดับ **public health intervention**. โดยในช่วงปลายของศตวรรษที่ 20 นั้น ประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้รับรู้ถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้นักการสาธารณสุข ได้มีการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 1 และมีการประกาศ **Ottawa charter** ในปี 1986 และ **Jakarta declaration** (1977) ทำให้ **health promotion** ถูกนำมาใช้เป็น **Public health action** เพื่อให้สามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งไม่ได้จำกัดเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล แต่รวมถึงการกำหนด **Public health policy** การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่บ้านและที่ทำงาน ซึ่งมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรม (ก่อนหน้าปี 1986 นั้น **public health intervention** ที่ใช้ส่วนใหญ่เป็น **Disease prevention** หรือการป้องกันโรค)

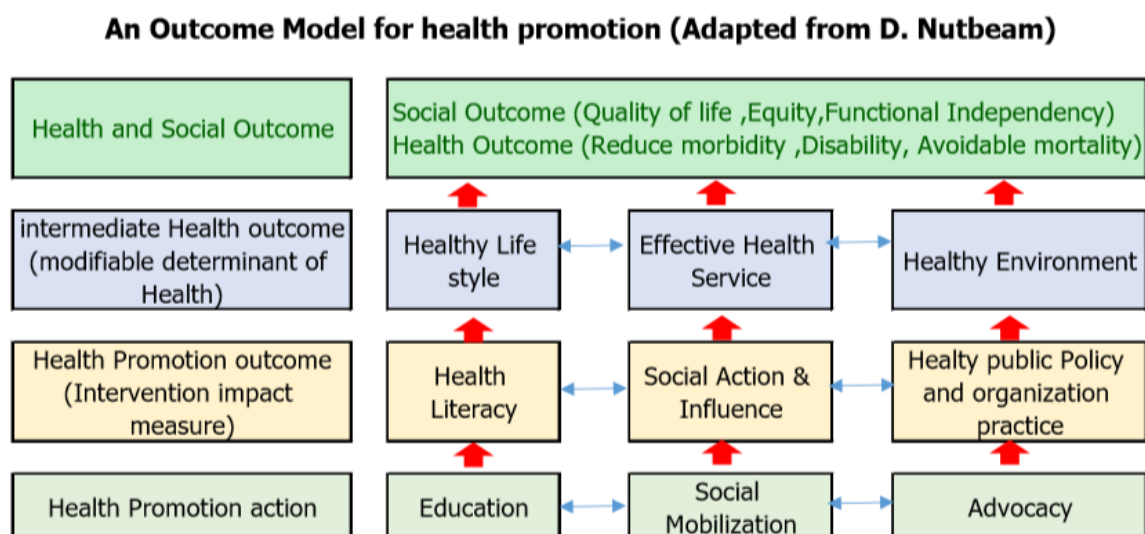
Public health action ในปัจจุบัน จึงมีความซับซ้อนเนื่องจากได้คำนึงถึงมิติ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพด้วย และไม่สามารถใช้ **approach** เฉพาะบุคคล เหมือนสมัยก่อนได้ ขอยกตัวอย่างเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ จำเป็นต้องสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจถึงประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ แต่การขาดมาตรการสนับสนุน เพื่อบังคับหรือทำให้การหยุดสูบบุหรี่อย่างยั่งยืนได้ ทำให้การรณรงค์ไม่ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องมี **comprehensive approach** โดยคำนึงถึงอิทธิพลทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีต่อการพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ และสื่อสารให้กับประชาชนและสังคมได้รับทราบ แทนที่จะสื่อสารเฉพาะประโยชน์ที่ได้จากการไม่สูบบุหรี่ ต้องมีกลยุทธ์เพื่อลดอุปสงค์ของ

การสูบบุหรี่ ได้แก่ การออกกฎหมายบังคับไม่ให้มีการโฆษณาบุหรี่ การเก็บภาษีบุหรี่ เพื่อเพิ่มราคาบุหรี่ การลดภาคอุปทาน เช่น การไม่ให้ขายบุหรี่รอบโรงเรียนเพื่อคุ้มครองเด็ก การใช้มาตรการทางสังคม (social ban) การกำหนดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เพื่อคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่า **Comprehensive approach** ไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะพฤติกรรมส่วนบุคคล แต่รวมถึงปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่จะมีผลต่อพฤติกรรมเหล่านั้นด้วย หรือจะกล่าวว่า **public health action** ในศตวรรษที่ 21 ต้องมุ่งเน้นสุขภาพของสาธารณะ (Public health) ไม่ใช่สุขภาพส่วนบุคคล (Individual Health) ตัวอย่างในเรื่องการห้ามการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดความเข้าใจและขยายไปสู่การควบคุมเรื่อง การควบคุมอุบัติเหตุ เรื่องยาเสพติด และความท้าทายที่สำคัญคือเรื่องความไม่เท่าเทียม (Inequity) ในด้านสุขภาพ ซึ่งการให้สุขศึกษาอย่างเดียวจะไม่สามารถที่บรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการไม่เท่าเทียมได้

Education program ไม่ประสบความสำเร็จในอดีต เนื่องจากเน้นการให้ความรู้ และความเชื่อส่วนบุคคล ถึงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคต่างๆ โดยหวังผลสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลที่จะหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว โดยไม่ได้คิดว่า ศักยภาพของการให้สุขศึกษานั้นไม่ใช่หวังผลเฉพาะตัวบุคคล แต่มันเป็น **public health action** ที่สามารถเปลี่ยนแปลงสังคมได้ บทเรียนที่ได้จากความไม่ประสบความสำเร็จในอดีต คือการมองสุขภาพในมิติส่วนบุคคล ทำให้การวิเคราะห์สาเหตุแบบง่ายเกินไป ไม่ครอบคลุมบริบททั้งหมด และการตั้งเครื่องชี้วัดที่ไม่เหมาะสมที่จะไปวัด **outcome** (ไปวัด **Health outcome** ไม่ได้ไปวัด **Health promotion outcome**)

Health literacy as the health promotion outcome

แผนภูมิที่ 1 Outcome model for Health Literacy



remark : ตัวอย่างของมาตรการของแต่ละหัวข้อ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Social Outcome and Health Outcome ประกอบด้วย

1.1. Social Outcome ได้แก่ Quality of Life , Equity , Functional Independency.

1.2. Health Outcome ได้แก่ Reduce morbidity disability , Avoidable mortality

2. **Intermediate Health outcome (Modifiable determinant of health)** คือปัจจัยที่จะเป็นตัวกำหนด หรือไปสู่ผลลัพธ์ของ **Social & Health outcome** ได้แก่
 - 2.1. **Personal behaviors** เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การติดยาเสพติด การเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ และการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อการเพิ่มหรือลดความเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดรวมเรียกว่า **Healthy Lifestyle**
 - 2.2. **Effective health Services** การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น บริการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และปลอดภัย เป็นต้น
 - 2.3. **Healthy Environment** คือสภาวะทางสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ซึ่งจะมีผลทั้งโดยตรงต่อสุขภาพ เช่น สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย หรือส่งผลทางอ้อมไปสนับสนุนให้เกิด **Healthy Lifestyle** เช่น สิ่งแวดล้อมที่ทำให้เข้าถึงบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาเสพติด อาหารที่เป็นประโยชน์ การออกกำลังกาย หรือการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่ายหรือยากขึ้น เป็นต้น
3. **Health promotion outcome (intervention impact measures)** คือปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และปัจจัยเชิงโครงสร้าง ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยกำหนดสุขภาพ (ซึ่งก็คือ **intermediate health outcome**) **Health promotion outcome** ได้แก่
 - 3.1. **Health literacy** หมายถึง ทักษะส่วนบุคคลทางด้านปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อที่จะส่งเสริมหรือดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี **Health Literacy** เป็นผลลัพธ์ของการให้การศึกษา โดย **outcome** ดังกล่าวรวมถึงการพัฒนาความรู้และความเข้าใจปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงทัศนคติหรือแรงจูงใจที่จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการเพิ่ม **self efficacy** ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่จะส่งผลต่อสุขภาพ กล่าวโดยสรุป **Health Literacy** คือ ผลลัพธ์ของกิจกรรมการให้การศึกษา (**Health Education activities**)
 - 3.2. **Social Action & Influence** คือผลลัพธ์จากความพยายามที่จะส่งเสริมให้เกิดการกระทำหรือการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ของ กลุ่มทางสังคม(**Social group**) ตัววัดได้แก่ **community participation** ,**community empowerment**,**social norm**,**Public opinion**
 - 3.3. **Healthy public policy and organization practice** คือ ผลลัพธ์จากความพยายามที่จะเอาชนะข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ขัดขวางเกิดมีสุขภาพดี เช่น ผลจากการ **Lobby** และการทำ **Public advocacy** อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผ่านกฎหมายการควบคุมการสูบบุหรี่ เป็นต้น ตัววัดได้แก่ **Policy statement** ,**legislation**,**regulation**,**resource allocation**,**organization practice**
4. **Health promotion action** โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต้องประกอบ 3 เรื่องนี้ โดยบูรณาการการดำเนินการไปด้วยกัน เช่น โปรแกรมในเรื่องการส่งเสริมในเรื่อง **Healthy Eating** ต้องบูรณาการ **Health promotion activities** ทั้ง 3 เรื่องไปด้วยกันดังนี้

- 4.1. **Health Education** การให้ความรู้ในเรื่อง อาหาร 5 หมู่ การพัฒนาทักษะในการเตรียมอาหารและการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ กิจกรรมการให้สุศึกษา เช่น **patient education ,School education, broadcast media and print media communication.**
- 4.2. **Social Mobilization** การดำเนินการเพื่อพัฒนาการเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ตลอดห่วงโซ่อาหาร การให้เกิดอาหารกลางวันในเด็กนักเรียนโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ให้ได้อาหารเพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพภายในโรงเรียน เช่น **Community development ,group facilitation, targeted mass media communication.**
- 4.3. **Advocacy** ในที่นี้เน้นการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือเชิงมาตรการต่อ **Policy Maker** ในส่วนของการเมืองและข้าราชการประจำทั้งในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น (**Lobbying political organization and activism**) , การเสนอแนะเพื่อแก้ปัญหาความเฉื่อยเนือยหรือความล่าช้าของระบบการบริหารจัดการแบบราชการที่มีลำดับชั้นของการบังคับบัญชา (**overcoming bureaucratic inertia**)

What is Health Literacy

มีการพูดถึง **Health literacy** เมื่อ 30 ปีก่อน ใน USA โดยได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของระดับ **Literacy** ของผู้ป่วย กับความสามารถในการอ่านฉลากยา และการมารับการติดตามการรักษา ซึ่งตรงกับความหมายของ **Functional Literacy** ซึ่งก็คือความสามารถในการประยุกต์ใช้ **literacy skill** ในการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ใบสั่งยา การอ่านฉลากยา การมาโรงพยาบาลตามนัดหมาย และความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น (Parker et al 1995) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า **Poor functional health literacy** ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอาจจะส่งผลให้ต้นทุนการรักษาส่งขึ้น เนื่องจากการรับประทานยาไม่ถูกต้อง

การนิยาม **Health literacy** ในนิยามตามความหมายแคบเพียง **Functional Health literacy** หรือทักษะในการอ่านออกเขียนได้เพื่อใช้ประกอบชีวิตประจำวันเท่านั้น ทำให้ไม่ทราบเป้าหมายที่แท้จริงของ **Health literacy** ตามนิยามตามความหมายกว้าง ซึ่งรวมถึง **interactive & critical Health literacy** ด้วย **Health Literacy** แบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. **Functional Literacy** ทักษะพื้นฐานในการอ่านออก เขียนได้ เพื่อสามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นความหมายแคบของคำว่า **Health Literacy.**
2. **Communicative / Interactive Health Literacy** คือทักษะทางปัญญา (**Cognitive skill**) ขั้นสูงขึ้น และรวมถึงทักษะทางด้านสังคม (**social skill**) ทำให้สามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันทั้งเชิงรุกและเชิงรับอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถที่จะสกัดความรู้จากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมา และสามารถที่จะนิยามความหมายจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายได้ รวมถึงการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้มาใหม่ เพื่อปรับให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ได้

3. **Critical Health Literacy** คือทักษะทางปัญญาขั้นสูงและซับซ้อน ร่วมกับทักษะทางด้านสังคม ในการวิเคราะห์ ข้อมูลข่าวสารได้อย่างลึกในเชิงวิพากษ์วิจารณ์ (critical analysis) และสามารถที่จะประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการ ควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆได้

ระดับของ **Health Literacy** จะส่งผลต่อระดับของการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการจัดการตนเอง และระดับของการเสริมพลังให้กับบุคคล ซึ่งความก้าวหน้าของระดับ **Health Literacy** ไม่ได้ขึ้นกับทักษะทางด้านปัญญาเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับการเนื้อหา (content) และวิธี (method) การได้รับข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร อีกทั้งการตอบสนองของผู้รับสื่อ ซึ่งขึ้นกับทักษะด้านปัญญาและสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self efficacy) ในเนื้อหาหรือประเด็นของ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาด้วย

WHO ได้ให้ความหมายของ **Health Literacy** ในความหมายที่กว้างกว่า **Functional Health Literacy** อย่างมาก โดยนิยาม **Health Literacy** หมายถึง ทักษะทางด้านปัญหาหรือสังคม ที่จะไปกำหนดแรงจูงใจ หรือความสามารถของ บุคคลในการ เข้าถึง และเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ สามารถที่ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาในการ ส่งเสริม และธำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี **Health literacy** ไม่ได้จำกัดเฉพาะการอ่านและเข้าใจฉลากยา หรือการมารับการ รักษาตามนัดของแพทย์ การที่จะให้ประชาชนมี **health literacy** เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลเพื่อสุขภาพที่ดีได้ จำเป็นต้อง ได้รับการเสริมพลัง (empowerment)

ได้กล่าวมาก่อนหน้าแล้วว่า **Health Literacy** เป็นผลลัพธ์จาก **Health Education** เมื่อความหมายของ **Health literacy** ได้ขยายนิยามไปมากกว่า **Functional Health Literacy** ขอบเขตของ **Health Education** ก็ต้องถูกขยาย ขอบเขตของความหมายตามไปด้วย **Health education** ต้องให้ได้ทั้งประโยชน์ส่วนบุคคล (personal benefit) และ ประโยชน์ต่อสังคม (Social benefit) และต้องรวมในเรื่อง **Education** และ **Communication** ไปด้วยกัน ทั้งในส่วนที่เป็น **Content** และ ส่วนที่เป็น **method** ในส่วนของ **Content** ของ **Health education** ต้องทุ่มเทความพยายามในการ พัฒนาความรู้ และความเข้าใจ และต้องไม่จำกัดเฉพาะการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือพฤติกรรมส่วนบุคคล หรือการใช้ ระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น การให้สุขศึกษาต้องขยายไปสู่การสร้างตระหนักรู้ว่า ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องเกิดการปรับเปลี่ยนทั้งด้านส่วนบุคคล และปัจจัยกำหนด สุขภาพเหล่านั้นไปด้วยกัน และการมี **health literacy** (ตามความหมายของ WHO หรือตามความหมายกว้าง) จะ ส่งผลต่อสังคมและประชาชนในวงกว้าง และส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของ **Community action for health** เกิด การพัฒนาทุนทางสังคม (Social capital) ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ ในส่วนของ **Method** ของ **Health education and communication** นับเป็นประเด็นที่ทำทนาย การพัฒนาการสื่อสารที่จะเพิ่ม **interaction , participation** จนสามารถที่จะวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลในเชิงวิพากษ์ได้ (Critical analysis) การจะเกิด **Critical conscious** ได้ จำเป็นต้อง ยกกระดับ **literacy** จาก **Functional** มาเป็น **Interactive** และจาก **interactive** มาเป็น **Critical Health literacy** ซึ่ง **Functional health literacy** มาจากพื้นฐานการอ่านออกเขียนได้ คำนวณเป็น (literacy & numeracy) แต่การ แรกขานในการอ่านออกเขียนได้ และคำนวณเป็น ไม่ได้รับประกันว่าจะเกิด **critical health literacy** ฉะนั้นจึงเป็น

ประเด็นที่ทำนายของ Health education & communication ในศตวรรษที่ 21 ว่าจะอย่างไรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพทั้งด้าน content & method เพื่อที่จะเสริมพลังให้ประชาชนไปสู่ Critical health literacy. ยกระดับการปรับเปลี่ยนจาก personal benefit มาสู่การปรับเปลี่ยนเพื่อให้ได้ทั้ง personal และ population and social benefit.

A Model of Health Literacy

1. ระดับที่ 1 **Function Liteacy** ซึ่งเป็น **outcome** ของ Health Education แบบดั้งเดิม ที่เน้นการให้ความจริงเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และวิธีการไปรับบริการสาธารณสุข เป้าหมายของ Functional Health Literacy เพื่อที่จะเพิ่มความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และเพื่อให้ทราบการไปรับบริการในระบบสาธารณสุข และมีส่วนร่วมในการแผนการรักษาของแพทย์ โดยทั่วไปแล้วจะได้เพียง **personal benefit** ส่วน **public benefit** ที่ได้ค่อนข้างน้อย ที่จะมีได้เช่น การมีส่วนร่วมในเรื่องการคัดกรอง หรือการได้รับวัคซีน วิธีการสื่อสารไม่ได้เน้นการสื่อสาร 2 ทางแบบ **interactive** และไม่ได้ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะและการจัดการตนเองเพื่อสุขภาพได้ ยกตัวอย่างการให้สุขศึกษาในระดับนี้ คือ การจัดทำแผ่นพับเพื่อให้สุขศึกษา หรือการให้สุขศึกษาแบบดั้งเดิม (**Classical Health Education**)
2. ระดับ 2 **Interactive Health Literacy** ซึ่งเป็น **outcome** ของ Health education เมื่อ 20 ปีที่ผ่านมา โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การให้สุขศึกษาในระดับนี้ เพื่อเพิ่มความสามารถที่จะใช้ความรู้อย่างอิสระ เพื่อสร้างแรงจูงใจหรือและความมั่นใจในตนเองว่าสามารถทำตามคำแนะนำได้ ประโยชน์ที่ได้มักเป็น **Personal benefit** มากกว่า **population benefit** ตัวอย่างของกิจกรรมได้แก่ การให้สุขศึกษาในโรงเรียนเพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและสังคม โดยหวังผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. ระดับ 3 **Critical Health Literacy** คือ ผลลัพธ์ของการพัฒนาทักษะทางด้านปัญญาและสังคม การดำเนินการมุ่งเน้นการสนับสนุนกิจกรรมทางด้านสังคมและการเมือง ร่วมกับ กิจกรรมส่วนบุคคล ตามกรอบแนวคิดนี้ การให้สุขศึกษา ประกอบด้วย การสื่อสารข้อมูล และการพัฒนาทักษะที่จะตรวจสอบความเป็นไปได้ในภาคการเมือง หรือความเป็นไปได้ที่องค์กรจะดำเนินกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อจัดการปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมที่จะมีผลต่อสุขภาพ **Health literacy** ในระดับนี้มุ่งเน้นที่ **population benefit** ซึ่งจะส่งต่อ **Personal benefit** อีกต่อหนึ่ง การให้สุขศึกษาจึงหวังผลต่อการส่งเสริมบุคคลและชุมชนให้สามารถที่จะปรับปรุงปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง Health Liteacy กับ outcome model ในรูปที่ 1 จะพบความสัมพันธ์ทั้งในแนวตั้งและแนวนอน ยกตัวอย่างการมีความสัมพันธ์ในแนวตั้ง Health Literacy จะสัมพันธ์กับ Healty lifestyle ในแนวตั้ง การเพิ่ม health literacy ทำให้เกิด Healthy lifestyle choice และสนับสนุนการไปรับบริการสุขภาพ และให้ความร่วมมือกับแผนการรักษาของแพทย์ ในแนวนอนนั้น การพัฒนา health literacy จนไปถึงระดับ critical health literacy จะทำให้ชุมชนมีความสามารถในการพัฒนา social action จนไปสู่ระดับของการกำหนดนโยบายสาธารณะ และเปลี่ยนการปฏิบัติขององค์กร (organization practice) ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งโปรแกรมการ

พัฒนาชุมชนมากมายที่พัฒนาตามแนวทางดังกล่าว จะเห็นได้ว่า Health education ในรูปแบบใหม่ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของทุกคนในชุมชน

ตารางที่ 1 . A Health Literacy Model (Adapted from D.Nutbeam)

Health literacy Level and education goal	content	Outcome		Example of education activities
		Individual Benefit	Community and social benefit	
Functional HL เป้าหมาย เพื่อการสื่อสารและให้ความรู้	การส่งข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและการใช้บริการสุขภาพ	เพิ่มความรู้ในเรื่องความเสี่ยงและการใช้ระบบบริการความร่วมมือในการรับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์	เพิ่มการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการรักษาในระดับประชาชน (เช่นเรื่อง การคัดกรองโรค และการให้วัคซีน)	การส่งข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางปกติ, เพิ่มโอกาสการติดต่อโดยตรงกับผู้ป่วย, มีสื่อในการให้สุขศึกษาพร้อม
Interactive Health literacy เป้าหมาย เพื่อเพิ่มทักษะส่วนบุคคล	เหมือนด้านบน และเพิ่มโอกาสในการพัฒนาทักษะในเรื่องของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	เพิ่มความสามารถในการใช้ข้อมูลเพื่อจัดการตนเองได้, เพิ่มแรงจูงใจ และความมั่นใจในตนเองในการจัดการสุขภาพตนเอง	เพิ่มความสามารถในการสร้างและใช้มาตรการทางสังคม(social norm) , การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มทางสังคมต่างๆ	การสื่อสารที่เฉพาะเจาะจงต่อความต้องการของชุมชน, เป็นผู้สนับสนุนให้เกิด self help group ,social support group , การสร้างช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย
Critical health literacy เป้าหมาย เพื่อเสริมพลังให้แก่บุคคลและชุมชน	เหมือนด้านบน และ การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และโอกาสที่จะสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติขององค์กร	เพิ่มความสามารถส่วนบุคคลที่จะฟันคืบปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพให้กลับมามีเหมือนเดิม	เพิ่มความสามารถในการที่จะไปจัดการปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ, เพิ่มการเสริมพลังชุมชน	จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน, การให้ข้อเสนอแนะต่อผู้นำชุมชน และนักการเมืองท้องถิ่น, สนับสนุนการพัฒนาชุมชน

สรุป

1. **Health Literacy** เป็น Concept ทั้งใหม่และเรื่องเก่าอยู่ในตัว **Education for health** แบบ interactive เพื่อไปสู่ **Critical Health Literacy** นั้นไม่ใช่เรื่องใหม่ และเป็นส่วนที่อยู่ในแผนงานที่เกี่ยวกับ **social mobilization** มาเป็นเวลากว่าสิบปีแล้ว ซึ่งมีตัวอย่างของการทำ **social mobilization** ในกลุ่มด้วยโอกาสต่างๆทั้งในประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา โดยไปแก้สาเหตุรากเหง้าด้านการศึกษา
2. เป็นเรื่องที่น่าผิดหวัง ที่ไม่ได้ใช้ศักยภาพของ **Health Education** สำหรับเป็นเครื่องมือเพื่อเปลี่ยนแปลงสังคม หรือให้ภาคการเมืองสร้างนโยบายสาธารณะ หรือเปลี่ยนแนวปฏิบัติขององค์กรเพื่อสุขภาพ ซึ่งส่วนนี้มีการดำเนินการน้อยมากจนเกือบจะหายไปสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ จึงควรที่จะพุ่งความสนใจในเรื่อง ผลกระทบของนโยบายสาธารณะต่อสุขภาพ และความจำเป็นในการที่ต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งต้อง **Work on** หรือ **work to the people** มากกว่าที่จะ **work by** หรือ **work with the people** และ **Health education** แบบดั้งเดิม ก็จำกัดตัวเองเพียงเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนบุคคล หรือการไปใช้บริการในระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น
4. เป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับ **health education** ในศตวรรษที่ 21 ที่ต้องเพิ่มทั้งสาระและวิธีการ เพื่อพัฒนาประชาชนไปถึงระบบ **Critical Health Literacy** ไม่ใช่หยุดอยู่แค่ **Functional Health Literacy** เท่านั้น
5. การอ่านออกเขียนได้ คำนวณเป็น (**Literacy and numeracy**) เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่ **Health Literacy** จึงต้องมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างภาคการศึกษา กับ สาธารณสุข ในระดับนานาชาติ เป็นเรื่องที่ต้องประสานความร่วมมือระหว่าง **WHO & Unicef** ส่วนในระดับประเทศจำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ จนลงไปถึงระดับพื้นที่
6. เพื่อให้บรรลุ **health literacy** ตามนิยามของ **WHO** กระบวนการ **Health Education** ในศตวรรษที่ 21 ต้องแตกต่างจาก **Health education** ดั้งเดิมที่เคยทำมา ทั้ง **Content & Method** โดยต้องขยายขอบเขตของ **content** และใช้ **method** ใหม่ๆในการสื่อสาร เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และมีการสื่อสาร 2 ทางเพื่อสร้างความเข้าใจในระดับที่สามารถใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจเลือกทางเลือกเพื่อสุขภาพ (**healthy choice**) ได้ด้วยตนเอง การพัฒนา **Health literacy** นั้นต้องเกิดผลลัพธ์ไปถึงระดับ **population** ไม่ใช่เพียงการส่งข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล และสามารถใช้บริการในระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ต้องไปถึงในระดับที่ประชาชนมีความมั่นใจว่าสามารถใช้ข้อมูลและความรู้ ในการตัดสินใจในการเลือกทางเลือกเพื่อสุขภาพได้ด้วยตนเอง และ **key word** สำหรับในเรื่อง **Health literacy** คือ การเสริมพลังให้ประชาชนและชุมชน เพื่อให้ประชาชนและชุมชนสามารถจัดการตนเองได้ โดยเฉพาะจัดการปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ ซึ่งการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างหรือเชิงระบบ นั้นจำเป็นต้องอาศัยภาคการเมือง ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อแก้ปัญหาเชิงโครงสร้าง ซึ่งเกินกว่ามาตรการทางสังคมที่ภาคประชาชนเป็นผู้กำหนด