หลักสูตร

Promote Primary Health Care

Promote SDGs

1. Module ที่ 1 นิยามแนวคิด Health and Public Health
2. Module ที่ 2 หัวข้อสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
3. Module ที่ 3 สาธารณสุขมูลฐาน (PHC) รากฐานของ SDGs

Module ที่ 1

นิยามแนวคิด Health and Public Health

1. นิยาม สุขภาพ การสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค
2. การประชุม Global Conference on Health Promotion ครั้งที่ 1-10

นิยามของสุขภาพ การสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

Health (WHO 1948)

Health คือภาวะที่สมบูรณ์ทั้งสุขภาพกาย สังคม จิตใจ ซึ่งไม่ใช่การปราศจากโรคหรือความพิการ

ในบริบทของการส่งเสริมสุขภาพ ไม่ได้มองสุขภาพเป็นเป้าหมายที่เป็นนามธรรม แต่ถือเป็นกระบวนการไปสู่เป้าหมาย มากกว่า โดยสุขภาพเป็นเหมือนทรัพยากร (Resource) ที่จะนำไปใช้เพื่อชีวิตที่มีผลิตภาพ (Productive Life) ทั้งด้านส่วนตัว สังคม และเศรษฐกิจ สุขภาพเป็นทรัพยากรของทุกๆวัน สุขภาพไม่ได้เป็นเป้าหมายของการมีชีวิต สุขภาพเป็นแนวคิดเชิงบวก จุดเน้นของสุขภาพคือนอกจากจะเป็นความสามารถทางกาย(Physical capacity) แล้ว มันยังเป็นทรัพยากรของสังคมและส่วนบุคคลด้วย (social and personal resource)

แนวคิด สุขภาพ คือพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน Ottawa charter ได้กำหนดสิ่งจำเป็นพื้นฐานที่จะเป็นต่อสุขภาพได้แก่ ความสงบและปลอดภัย การมีรายได้และทรัพยากรทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ (Economic resource) อาหาร ที่อยู่อาศัย และระบบนิเวศน์ที่สมดุลและการใช้ทรัพยากรอย่างยั่งยืน สุขภาพจึงเชื่อมโยงกับเงื่อนไขทางด้านสังคม วิถีการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ปัจจุบันได้มีมองสุขภาพในมิติของจิตวิญญาณ (spiritual Health) และ WHO กำหนดว่า สิทธิมนุษยชนคือพื้นฐานของสุขภาพ โดยที่ทุกคนต้องสามารถเข้าถึงทรัพยากรพื้นฐานที่จะส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งแนวคิดในเรื่องปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อสุขภาพ (determinant of health) ฉะนั้นทุกหน่วยงานที่รับผิดชอบหรืออภิบาลระบบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ต้องรับผิดชอบการกระทำต่างๆที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health) และสุขภาพของชุมชน (Community Health) รวมถึงสุขภาพของโลก(Global health) ด้วย

สุขภาพดีทั่วหน้า (Health for All)

(Glossary of Terms used in Health for All series. WHO, Geneva,1984)

Health for all (HFA) คือความสำเร็จที่เกิดจากความร่วมมือของทุกคนที่อาศัยบนโลกนี้ ที่จะมีระดับของสุขภาพที่จะนำพาให้แต่ละบุคคลมีชีวิตที่มีผลิตภาพ (productive life) ทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ HFA ถูกตีความหมายแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละประเทศ ซึ่งมี สังคม เศรษฐกิจ สถานะสุขภาพ อัตราการป่วยและการตาย ระดับของการพัฒนาประเทศและระบบสาธารณสุข ที่แตกต่างกัน HFA เป็นเป้าหมายที่เป็นแรงบันดาลใจ โดยแนวคิดหลักของ HFA คือเรื่องความเท่าเทียม (equity in health)

การสาธารณสุข (Public Health)

(Reference: adapted from the “Acheson Report”, London, 1988)

Public Health คือ ศาสตร์และศิลป์ของการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และการทำให้ชีวิตยืนยาว โดยการรวมพลังของทุกภาคส่วนของสังคม

public health เป็นแนวคิดทางด้านสังคมและการเมือง มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาสุขภาพเพื่อให้มีชีวิตยืนยาวและเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคน โดยการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค รวมถึง intervention อื่นๆ ซึ่งความหมายใหม่ของ Public health นั้นแตกต่างจากความหมายเดิม และใช้วิธีการ Approach ที่แตกต่างกัน ทั้งส่วนของการนิยามและการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และแนวทางการแก้ไขปัญหา โดย new public health ต้องเข้าใจอย่างรอบรู้ว่า วิถีการดำเนินชีวิต และสภาพแวดล้อมนั้นจะส่งผลต่อสถานะสุขภาพ และต้องมีความตระหนักในการจัดสรรทรัพยากร และลงทุนอย่างเหมาะสมใน

นโยบาย แผนงาน และบริการ เพื่อที่จะ ส่งเสริม ปกป้อง และธำรงสุขภาพ ด้วยการสนับสนุนให้มี Healthy Life style & Supporting environment for health นอกจากนั้น new public health ยังกล่าวถึง Ecological public health ซึ่งเน้นถึงเรื่องการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการพัฒนาที่ไม่ยั่งยืนที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและเปลี่ยนแปลงแบบแผนของโรค เช่น เรื่อง global warming , Emerging disease เป็นต้น

สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)

(Alma Ata Declaration, WHO, Geneva, 1978)

Primary health care คือบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยเป็นบริการที่มีต้นทุนที่สังคมและประเทศชาติมีความสามารถที่จะดำเนินการได้ ด้วยวิธีการที่สามารถปฏิบัติได้ มีหลักฐานทางวิทยาสตร์สนับสนุน และเป็นที่ยอมรับของสังคม

การประชุมที่ Alma Ata ในปี 1978 กล่าวว่า Primary health care เป็นบริการที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ เป็นบริการที่ทุกคนมีส่วนร่วม ซึ่ง key word ของ Primary health care ประกอบด้วย

1. ความเท่าเทียม (equity)
2. ชุมชนมีส่วนร่วม (Community Involvement)
3. การมีส่วนร่วมของประชาชน (participation)
4. การประสานภาคีระหว่างภาคส่วน (Inter-sectoral Collaboration)
5. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate technology)
6. ต้นทุนที่สามารถแบกรับได้ (Affordable cost)

กิจกรรมของ primary health care ได้แก่

1. การให้สุขศึกษา (Health Education) ทั้งต่อบุคคลและต่อชุมชนเกี่ยวกับขนาดและธรรมชาติของปัญหาสาธารณสุข และวิธีการในการป้องกันและควบคุมปัญหาสาธารณสุขเหล่านั้น
2. โภชนาการ (Nutrition)
3. น้ำสะอาด และการมีสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (Safe water and sanitation)
4. อนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child health) 5) การวางแผนครอบครัว(Family Planning)
5. การให้ภูมิคุ้มกัน (Immunization)
6. การรักษาโรคที่พบบ่อย หรืออุบัติเหตุ ที่เหมาะสม (common disease and injury)
7. การตระเตรียมและมีพร้อมของเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Essential drug)

การที่จะได้มาซึ่งสุขภาพ ตามนิยามของ PHC จำเป็นต้องสร้างและพัฒนา Primary Health care Personnel (ในประเทศไทยคือ ผสส./อสม) เพื่อทำหน้าที่สื่อสาร ให้สุขศึกษา และให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพ ให้กับประชาชนในชุมชน และ PHC personnel นอกจากที่จะสนับสนุนประชาชนในละแวกบ้านแล้ว ยังต้องเสนอแนะแนะเกี่ยวกับ นโยบายหรือแผนงานต่างๆ ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

(Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva,1986)

Health Promotion คือกระบวนการในการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคลเพื่อให้สามารถควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองได้

กระบวนการในการเพิ่มความสามารถนั้น เป็นกระบวนเชิงบูรณาการทั้งกระบวนการทางสังคมและกระบวนการทางการเมือง โดยไม่เพียงแต่การเพิ่มทักษะและความสามารถให้บุคลเท่านั้น แต่รวมถึงการเสริมพลังให้กับชุมชนให้สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขทาง สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลกระทบทั้งต่อชุมชนและบุคคล การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการที่ไปเพิ่มความสามารถของบุคคลและชุมชนในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพจะส่งผลต่อเนื่องไปทำให้สุขภาพของบุคคลและชุมชนดีขึ้นตามไปด้วย การมีส่วนร่วมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้เกิดความยั่งยืนของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก

Ottawa Charter ในปี 1986 ที่ Ottawa ได้ออก Ottawa charter ซึ่งประกอบด้วย 3 strategies ได้แก่

1. Enabling การเพิ่มความสามารถให้บุคคล ชุมชน และระบบ
2. Mediate การเป็นตัวกลาง ในการเจรจา ต่อรอง หรือไกล่เกลี่ยให้ทุกภาคส่วนบรรลุเป้าหมายเดียวกัน
3. Advocate การให้ข้อเสนอแนะ หรือขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

Area to Actions ที่สนับสนุน 3 Strategies ได้แก่

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. การสร้างความเข็มแข็งของกิจกรรมชุมชนเพื่อสุขภาพ
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล
5. การปรับระบบบริการสุขภาพ (มาเน้นการสร้างนำซ่อม)

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 5 ในปี 1997 หัวข้อการประชุมคือ การชี้นำการส่งเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ผลสรุปในการประชุม

1. Area to Action ใน Ottawa charter สามารถใช้ได้ทุกพื้นที่ และการบูรณาการทั้ง 5 area to action ไปพร้อมๆกันมีประสิทธิผลมากกว่าแยกทำที่ละ Action
2. การปฏิบัติจริงในพื้นที่โดยบูรณาการ Issues ต่างภายใน Setting เช่น setting โรงเรียน ,โรงพยาบาล เมือง หรือที่เรียกว่า Setting approach จะเกิดประสิทธิผลมากกว่าการใช้ Issues approach (เช่น เรื่องไข้เลือดออก ,NCD เป็นต้น)

3. การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นประเด็นที่สำคัญเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ประชาชนต้องเป็นศูนย์กลางในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และประชาชนต้องสามารถที่จะตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Choice) ด้วยตัวของตัวเองได้
4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และการเรียนรู้ เป็นตัวส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการศึกษา และการเสริมพลังบุคคลและชุมชน เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

Don Nutbeam สรุป Health Promotion Action ,Output และ Outcome และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Health Promotion Action	Output	Outcome	ระดับ Health Literacy (HL)
Health Education	Health Literacy	Healthy Behavior	Functional HL
Social Mobilization	Social Action	Effective Health Services	Interactive HL
Advocate	Public Policy	Healthy Environment	Critical HL

Jakarta Declaration

Jakarta Declaration โดยระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 มีลำดับความสำคัญ 5 เรื่องที่จะต้องดำเนินการดังนี้

1. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านสุขภาพ
2. เพิ่มการลงทุนในการพัฒนาสุขภาพ
3. ขยายพันธมิตรในด้านการส่งเสริมสุขภาพ
4. เสริมพลังของชุมชนและบุคคล
5. พัฒนาความยั่งยืนของโครงสร้างพื้นฐานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค (Disease Prevention)

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

Disease Prevention การป้องกันโรคไม่ได้หมายถึงการการป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรือการควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคนั้นๆ แต่ยังรวมถึงการจัดการไม่ให้โรคที่เกิดขึ้นแล้วแพร่กระจายออกไป และการลดผลกระทบที่เกิดจากโรคนั้นๆ

การป้องกันโรคแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1. Primary Prevention คือการป้องกันไม่ให้เกิดเกิดโรคตั้งแต่แรก ด้วยการไม่ให้สัมผัส Agent ที่ทำให้เกิดโรค หรือสร้างภูมิคุ้มกันต่อ Agent นั้น ทำให้รับ Agent แต่ก็ไม่เป็นโรคดังกล่าว
2. Secondary Prevention คือป้องกันหลังจากที่ได้สัมผัส Agent นั้นแล้ว ในช่วงระยะฟักตัวของโรค(Incubation Peroid) ที่ยังไม่มี หรือมีอาการหรืออาการแสดงที่ไม่ชัดเจนนั้น การป้องกันทำได้โดยการค้นหาโรคเพื่อวินิจฉัยแต่แรก (Early detection/diagnosis) และให้การรักษาที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว (Prompt Treatment) หลักการของ Secondary Prevention คือ รักษารายเดิม และป้องกันไม่ให้เกิดรายใหม่ หรือชะลอจำนวนรายใหม่ หรือป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำในรายเดิม (relapse) เพื่อลดทั้งการแพร่ระบาดและผลกระทบของโรค
3. Tertiary Prevention เมื่อเป็นโรคโดยมีอาการและอาการแสดงอย่างชัดเจน การป้องกันไม่ให้การดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรังจนเกิดผลแทรกซ้อนจากโรค เรียกว่า Tertiary Prevention โดยใช้แนวทางของการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation)

การประชุม Global Conference on Health Promotion ครั้งที่ 1-10

เรียบเรียงโดย นพ.ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล

Executive Summary

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก (Global Conference on Health Promotion) จัดขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) และเป็นการประชุมสำคัญที่กำหนดทิศทางการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก โดยแต่ละครั้งจะมีออกเอกสารที่สำคัญสำหรับการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เช่น Statement , Recommendation(ข้อเสนอแนะ) ,Declaration(ปฏิญญา) Charter(กฎบัตร) เอกสารเหล่านี้เป็นแนวทางสำคัญที่กำหนดทิศทางการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก และมีอิทธิพลต่อนโยบายสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยหัวข้อการประชุม และเอกสารและสาระสำคัญของเอกสาร ของการประชุมในแต่ละครั้ง เป็นดังนี้

1. **ครั้งที่ 1** Ottawa, Canada ปี 1986 **หัวข้อ**: Ottawa Charter for Health Promotion ออก Ottawa Charter for Health Promotion **สาระสำคัญ**: กำหนด 3 กลยุทธ์ ได้แก่ Enabling (การเพิ่มความสามารถ),Mediate (การเจรจาต่อรองประสานผลประโยชน์) , Advocate (การเสนอแนะเชิงนโยบาย) และกรอบการดำเนินการ 5 ด้าน ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างแวดล้อมสนับสนุน การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การปรับระบบบริการ (Re oriented Health Service System) ซึ่งทั้ง 3 กลยุทธ์ และ 5 กรอบการดำเนินการ ยังใช้เป็นแม่แบบสำหรับการส่งเสริมสุขภาพจนถึงปัจจุบัน ไม่ได้ล้าสมัยตามกาลเวลา
2. **ครั้งที่ 2** Adelaide, Australia ปี 1988 **หัวข้อ**: Healthy Public Policy ออก Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy **สาระสำคัญ**: เน้นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในทุกภาคส่วนของรัฐบาล (ทุกกระทรวง) ไม่จำกัดฉพาะกระทรวงสาธารณสุข
3. **ครั้งที่ 3** Sundsvall, Sweden ปี 1991 **หัวข้อ**: Supportive Environments for Health ออก Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health **สาระสำคัญ**: เน้นความสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืนและการดำเนินการทางสังคมในระดับชุมชน
4. **ครั้งที่ 4** Jakarta, Indonesia ปี 1997 **หัวข้อ**: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century ออก Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century **สาระสำคัญ**: เน้นความรับผิดชอบทางสังคม การสร้างพันธมิตรข้ามภาคส่วน การเสริมศักยภาพชุมชนและบุคคล

5. **ครั้งที่ 5** Mexico City, Mexico ปี 2000 **หัวข้อ**: Health Promotion: Bridging the Equity Gap ออก Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action **สาระสำคัญ**: เน้นการลดช่องว่างด้านความเท่าเทียมในสุขภาพ
6. **ครั้งที่ 6** Bangkok, Thailand ปี 2005 Health Promotion in a Globalized World ออก Charter for Health Promotion in a Globalized World **สาระสำคัญ**: ระบุการดำเนินการ ความมุ่งมั่น และคำมั่นสัญญาที่จำเป็นในการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพในโลกของโลกาภิวัตน์ โดยเน้นใน 5 กลยุทธ์หลักคือ Partnership (การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย) Investment(การลงทุนอย่างยั่งยืน) Regulate (การควบคุมกำกับอย่างจริงจังเพื่อลดช่องว่างด้านสุขภาพ) Advocate (เรียกร้องให้ทุกภาคส่วนมีนโยบายที่สอดคล้องและประสานความร่วมมือระหว่างกัน) Building Capacity (การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ชุมชนเพื่อปรับปรุงสุขภาพและความเท่าเทียบม) หรือใช้คำย่อว่า PIRAB
7. **ครั้งที่ 7** Nairobi, Kenya ปี 2009 **หัวข้อ**: Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap ออก Nairobi Call to Action **สาระสำคัญ**: เน้นการลดช่องว่างในการนำนโยบายไปปฏิบัติ
8. **ครั้งที่ 8** Helsinki, Finland ปี 2013 **หัวข้อ**: Health in All Policies ออกHelsinki Statement on Health in All Policies **สาระสำคัญ**: เน้นการบูรณาการสุขภาพในทุกนโยบาย (HiAP)
9. **ครั้งที่ 9** Shanghai, China **ปี** 2016 **หัวข้อ**: Promoting Health in the SDGs (All for Health, Health for All) ออก Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development **สาระสำคัญ**: เชื่อมโยงการส่งเสริมสุขภาพกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ภายใต้หัวข้อที่ว่า ส่งเสริมสุขภาพส่งเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืน (Promote Health Promote SDG) โดยเน้นการพัฒนาใน 3 เสาหลัก (pilar) คือ เสาที่ 1 Health Literacy (ยกระดับบุคคลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เสาที่ 2 Healthy City (พัฒนาเมืองให้เป็นเมืองแห่งสุขภาวะ โดยบูรณาการทุกภาคส่วนภายในเมืองเพื่อยกระดับสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ) เสาที่ 3 Governance (ธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการรวมถึงการออกนโยบายสาธารณะของผู้บริหารทุกระดับทั้งภาครัฐ เอกชน และ NGO)
10. **ครั้งที่ 10** Geneva, Switzerland ปี 2021 **หัวข้อ**: Health Promotion for Well-being, Equity and Sustainable Development ออก Geneva Charter for Well-being **สาระสำคัญ**: เน้นความเร่งด่วนในการสร้างสังคมแห่งความเป็นอยู่ที่ดีอย่างยั่งยืนและบรรลุสุขภาพที่เท่าเทียมโดยไม่ทำลายสุขภาพของโลก และการประสานความร่วมมือใน 5 ประเด็นหลักคือ **การให้คุณค่าและดูแลโลก การออกแบบเศรษฐกิจที่เป็นธรรม -การส่งเสริมนโยบายสาธารณะ** ที่ได้ประโยชน์ร่วมกัน การสร้างประกันสุขภาพถ้วนหน้า **และการตระหนักถึงผลกระทบของการ** Transform Digital

กฎบัตรอ๊อตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion -1986)

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 1 ที่กรุงอ๊อตาวา 21 พย.1986 การประชุมครั้งนี้ได้ออกกฎบัตรสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุ เป้าหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2000 (การประกาศในเรื่องสาธารณสุขมูลฐานที่เมืองอัลมาอาตา WHO) และหลังจากการประชุมครั้งนี้ ทำให้เกิดการความคาดหวังสำหรับการการเคลื่อนไหวทางด้านสาธารณสุขไปทั่วโลก

การส่งเสริมสุขภาพ เป็น " กระบวนการในการเพิ่มความสามารถให้บุคคลเพื่อให้สามารถควบคุมและยกระดับสุขภาพ เพื่อไปสู่ความสมบูรณ์ทั้ง ร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา " บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องกสามารถที่จะกำหนดแรงจูงใจ และสามารถที่จะบรรลุควาต้องการและความคาดหวังของตนเองได้ สามารถที่จะปรับตัวหรือตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม

สุขภาพสามารถมองในมิติของทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงสมรรถนะทางกาย แต่การส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่ภาระความรับผิดชอบของภาคส่วนสุขภาพ (Health sector) เท่านั้น โดยสุขภาพนั้นเป็นมากกว่าวิถีการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ แต่เป็นเรื่องของการกินอยู่ที่ดีด้วย

ข้อกำหนดเบื้องต้นสำหรับสุขภาพ เงื่อนไขพื้นฐานและทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับสุขภาพ ได้แก่

- ความสงบสุข
- การมีที่อยู่อาศัย
- การศึกษา
- อาหาร
- รายได้
- ความสมดุลของระบบนิเวศน์
- ทรัพยากรที่ยั่งยืน
- ความเป็นธรรมของสังคมและความเท่าเทียม

การพัฒนาสุขภาพจำเป็นต้องทำให้ข้อกำหนดเบื้องต้นของสุขภาพ มีความพร้อมก่อนด้วย

กลยุทธ์ของการการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategy)

1. **การให้ข้อเสนอแนะ** (Advocate) สุขภาพดีเป็นทรัพยากรที่สำคัญของสังคม เศรษฐกิจ และการพัฒนาตนเอง และมีความสำคัญเมื่อมองในมิติของคุณภาพชีวิต การเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และ ปัจจัยทางชีววิทยา สามารถมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบ ปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมายที่จะทำให้เงื่อนไขต่างๆเหล่านี้ส่งผลกระทบทางบวกต่อสุขภาพ โดยการให้ข้อเสนอแนะเพื่อสุขภาพ
2. **การเพิ่มความสามารถ** (Enable) การส่งเสริมเน้นการทำให้เกิดความเท่าเทียมทางสุขภาพ การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อที่จะลดความแตกต่างของสถานะสุขภาพในปัจจุบัน โดยทำให้เกิดความมั่นใจถึงโอกาสที่เท่าเทียม และทรัพยากรที่จะทำให้แต่ละบุคคลสามารถบรรลุศักยภาพสูงสุดทางสุขภาพ ซึ่งรวมถึง การมีพื้นฐานที่มั่นคง ที่จะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะชีวิต และโอกาสสำหรับ

การตัดสินเลือกทางเลือกต่อสุขภาพ ประชาชนไม่สามารถที่จะบรรลุศักยภาพสูงสุดทางสุขภาพได้ ยกเว้นบุคคลนั้นสามารถที่จะควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพเหล่านั้นได้ ซึ่งการพัฒนาให้มีเกิดความสามารถในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพเหล่านั้นได้ ต้องทำแบบเท่าเทียมไม่เลือกปฏิบัติ

3. **การเจาจาต่อรอง** (Mediate) ข้อกำหนดเบื้องต้นและภาพในอนาคตของสุขภาพ ไม่สามารถที่จะทำให้บรรลุได้ด้วยภาคส่วนสุขภาพโดยลำพัง การส่งเสริมสุขภาพจำเป็นการบูรณาการการดำเนินการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม ทั้งภาคส่วนสุขภาพและนอกภาคส่วนสุขภาพ (Non Health sectors) ได้แก่ ภาคสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา ท้องถิ่น สื่อมวลชน ฯลฯ วิชาชีพ กลุ่มทางสังคม และบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทในการเป็นตัวกลางในการเจรจาต่อรองกลุ่มผลประโยชน์ที่หลากหลายเหล่านั้น เพื่อให้ทุกนโยบาย ทุกการกระทำหรือการตัดสินใจ เพื่อสุขภาพ กลยุทธ์และแผนงานการส่งเสริมสุขภาพต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่และความเป็นไปได้ของแต่ละพื้นที่ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน ทั้งในระบบสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ

ปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action Areas)

1. **สร้างนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพ** (Building Healthy Public Policy) การส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นมากกว่าบริการสุขภาพ โดยสุขภาพขึ้นกับการกำหนดนโยบายของทุกภาคส่วน ผู้กำหนดนโยบายต้องตระหนักว่าว่านโยบายเหล่านั้นจะส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพหรือไม่ และต้องยอมรับว่าเป็นหน้าที่ของภาคส่วนนอกสุขภาพที่ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพด้วย เครื่องมือหรือกลไกของนโยบายการส่งเสริมสุขภาพมีความหลากหลาย ได้แก่ มาตรการด้านกฎหมาย การเงินการคลัง การเก็บภาษี หรือการปรับเปลี่ยนองค์กร แต่บนความหลากหลายของเครื่องมือหรือกลไกเหล่านั้นต้องเสริมซึ่งกันและกันและจุดหมายปลายทางคือเพื่อสุขภาพ การประสานงานและทำงานร่วมกัน (Joint action) ถึงจะทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าจะได้สินค้าหรือบริการที่ปลอดภัย ส่งผลดีต่อสุขภาพ รวมถึงได้สิ่งแวดล้อมที่สะอาดและเอื้อต่อสุขภาพ การกำหนดนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพต้องบ่งชี้ว่าอุปสรรคที่จะทำให้ไม่สามารถสร้างนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพของภาคส่วนที่นอกสุขภาพคืออะไร จะทำอย่างไรถึงจะขจัดปัญหาอุปสรรคเหล่านั้นได้ โดยการทำให้ทางเลือกเพื่อสุขภาพถูกเลือก ทำได้โดยการทำให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถเลือกทางเลือกนั้นได้ง่ายขึ้น
2. **สร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ** (Created supportive Environment) สังคมมีความซับซ้อนและเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน สุขภาพไม่สามารถที่แยกออกจากเป้าหมายอื่นๆได้ และไม่สามารถที่แยกคนออกจากสิ่งแวดล้อมที่ล้อมรอบตัวคนได้ จึงต้องประยุกต์ใช้แนวคิดในเรื่องบูรณาการสังคมและสิ่งแวดล้อมกับเรื่องสุขภาพ สุขภาพจะดีภายใต้ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัวคนมากที่สุดคือ ครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชน รวมถึงทรัพยากรทางธรรมชาติต่างๆ และการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ จึงถึงเป็นความรับผิดชอบของทุกคนบนโลกนี้ การเปลี่ยนแบบแผนของวิถีการดำเนินชีวิต การทำงาน การใช้เวลาว่าง มีผลต่อสุขภาพ วิธีการที่สังคมออกแบบวิธีการทำงานจะส่งเสริมให้เกิดสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพจะนำไปสู่ ทำให้การทำงาน การใช้ชีวิตประจำวันที่ ปลอดภัย มีแรงบันดาลใจ และพึงพอใจ และมีความสุขในชีวิต การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนอย่างรวดเร็วอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี สภาพการทำงาน แบบแผนการใช้พลังงานเพื่อการผลิต ความเป็นเมือง เป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อจะประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นส่งผลกระทบทางบวกต่อสุขภาพของชุมชน หรือไม่ การปกป้องและ

อนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ และการสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ ต้องถูกำหนดไว้ในกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ

3. **พัฒนาความเข้มแข็งของปฏิบัติการชุมชน** (Strengthened Community Actions) การส่งเสริมสุขภาพทำงานโดยอาศัยปฏิบัติการของชุมชนที่มีประสิทธิภาพทั้งในเรื่อง การลำดับความสำคัญ การตัดสินใจ การวางแผนกลยุทธ์ การดำเนินตามแผน เพื่อให้สุขภาพของชุมชนดีขึ้น โดยหัวใจสำคัญของกระบวนการคือการเสริมพลังให้กับชุมชน ให้เกิดความรู้สึกของความเป็นเจ้าของ และเสริมพลังให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายที่ชุมชนกำหนด ด้วยความร่วมมือของชุมชน และใช้ทรัพยากรในชุมชน การพัฒนาชุมชน จำเป็นต้องอาศัยกำลังคนและทรัพยากรในชุมชน เพื่อให้เกิดชุมชนที่สามารถจัดการตนเองได้ (Self help) และพัฒนาระบบที่จะทำให้เกิดความร่วมมือในชุมชนที่มีความยืดหยุ่นและมีทิศทางเพื่อยกระดับสุขภาพหรือปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีและเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร อย่างต่อเนื่องและทันเวลา มีโอกาสการเรียนรู้เพื่อสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนทางด้านการเงินหรืองบประมาณ
4. **การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล** (Develop Personal Skill) การส่งเสริมสุขภาพส่งเสริมการพัฒนคนและสังคม โดยการสนับสนุน ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาเพื่อสุขภาพ และการพัฒนาทักษะชีวิต การกระทำดังกล่าวเป็นการเพิ่มทางเลือกสำหรับประชาชนในการทำแบบฝึกหัดเพื่อที่จะควบคุมสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยกำหนดสุขภาพ การเสริมพลังให้บุคคลเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อเตรียมตัวที่จะรองรับความเสี่ยงต่างๆในแต่ละช่วงวัย รวมถึงโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บเป็นสิ่งที่จำเป็น ซึ่งดำเนินการได้ทั้งในฐานที่ตั้ง (Setting) ของโรงเรียน ที่บ้าน ที่ทำงาน และที่ชุมชน โดยผู้ที่เสริมพลังเป็นได้ทั้ง ครูหรือนักการศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร รวมถึง อสม.
5. **ปรับระบบบริการสุขภาพ** (Reoriented Health Services) การส่งเสริมสุขภาพในระบบบริกากรสุขภาพ คือ การแบ่งปันระหว่างบุคคล กลุ่มในชุมชน และวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข สถานบริการและสถาบันต่างๆทางด้านสาธารณสุข รวมถึงรัฐบาล ซึ่งทั้งหมดต้องบูรณาการงานร่วมกันในระบบบริการสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพ บทบาทของภาคส่วนสุขภาพต้องมามุ่งเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น นอกเหนือจากการให้บริการทางคลินิกหรือการรักษาพยาบาล บริกากรสุขภาพต้องคำนึงถึงความอ่อนไหวและเคารพในมิติของความเชื่อและวัฒนะรรม และสนับสนุนความต้องการของบุคคลและชุมชนเพื่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพที่ดีขึ้น และเปิดช่องทางให้ภาคส่วนสุขภาพและภาคส่วนทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม เข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องของสุขภาพด้วย การปรับระบบบริการสืขภาพจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัย และการปรับระบบการศึกษาและการฝึกอบรมของวิชาชีพทางสาธารสุข เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ และโครงสร้างในระบบบริการสุขภาพ โดยปรับการมุ่งเน้นมาที่ความต้องการโดยรวมของแต่ละบุคคล โดยให้ทำการรักษาคน ไม่ใช่ รักษาโรค

การขับเคลื่อนสู่อนาคต

สุขภาพถูกสร้างโดยคนและอาศัยอยู่ในตัวคน อยู่ในที่ที่คนดำรงชีวิตประจำวัน ที่ที่คนนั้นใช้ในการเรียน การทำงาน การเล่น และรัก สุขภาพถูกสร้างจากการดูแลตนเอง หรือผู้อื่น ถูกสร้างจากการตัดสินใจและความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ และต้องมั่นใจได้ว่า สังคมที่ล้อมรอบบุคคลนั้น สามารถที่จะสร้างเงื่อนไขที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของทุกคนในสังคมนั้น การให้การดูแล การมองแบบองค์รวม นิเวศวิทยามีความสำคัญในการพัฒนากลยุทธ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และหลักการพื้นฐานที่จำเป็นที่ใช้ทุกขั้นตอนไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การดำเนินการ การกำกับติดตามการดำเนินการให้เป็นไปตามแผน การประเมินผล กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพนั้น ต้องแน่ใจว่า ต้องคำนึงถึงความเท่าเทียมชายหญิง ความเหลื่อมล้ำ

Logo ของการส่งเสริมสุขภาพ

อธิบายสัญลักษณ์ของ การส่งเสริมสุขภาพ

Logo นี้สร้างเมื่อการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 1 ที่กรุงอ๊อตตาวา ประเทศแคนนาดา เมื่อปี 1986 และองค์การอนามัยโลกใช้ Logo นี้เป็น Logo ของการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งหมายถึงแนวทางการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตร อ๊อตตาวา

1. การอธิบายภาพรวม Logo ประกอบด้วยวงกลมใหญ่มีเส้นรอบวงสีแดง แทนนโยบายสาธารณะที่จะเป็นกรอบยึดโยงทั้งกลยุทธ์และปฏิบัติการให้ไปทิศทางเดียวกัน ภายในวงกลมใหญ่มี 3 ปีก โดยได้รวม 5 ปฏิบัติการที่สำคัญสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ พัฒาความเข้มแข็งของปฏิบัติการชุมชน พัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ ปรับระบบบริการสุขภาพ) และกลยุทธ์พื้นฐานที่สำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การเสริมพลัง การเจรจาต่อรอง และการให้ข้อเสนอแนะ
2. การอธิบายรายละเอียด
   2.1. ปีก 3 ปีกที่มีจุดกำเนิดอยู่ในวงกลมโดย
      2.1.1. ปีกด้านบนมีส่วนที่แหวกนอกวงกลมออกไป แสดงถึง สังคม/ชุมชน (พัฒนาความเข็มแข็งของปฏิบัติการชุมชน) และบุคคล (พัฒนาทักษะส่วนบุคคล) นั้นมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ไม่คงที่แน่นอน เพราะฉะนั้นนโยบายสาธารณะก็ย่อมต้องเปลี่ยนแปลงให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและบุคคล
      2.1.2. ปีกด้านขวา คือการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

2.1.3. ปีกด้านล่างคือ การปรับระบบบริการสุขภาพ

2.2. วงกลมเล็กภายในวงกลมใหญ่ หมายถึง กลยุทธ์พื้นฐาน 3 เรื่อง ได้แก่ การเสริมพลัง การเจรจาต่อรอง การให้ข้อเสนอแนะ ที่จำเป็นต้องใช้ใน 5 ปฏิบัติการที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ

3. สรุปภาพรวม Logo สะท้อนแนวคิดที่ว่า การส่งเสริมสุขภาพนั้น เป็นการมองแบบองค์รวมอย่างเข้าใจ และใช้หลายแนวทางเพื่อกำหนดกลยุทธ์ โดยในกฎบัตรอ๊อตตาวา กำหนด 5 ปฏิบัติการหรือแนวทางหลักที่บูรณาการและเสริมพลังซึ่งกันและกัน โดยยึดโยงกับนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพที่ขีดกรอบสีแดงล้อมทั้ง 5 ปฏิบัติการไว้ ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพมีผู้นิยามในเชิงแคบ หมายถึง การให้สุขศึกษา แต่ในความเป็นจริงการให้สุขศึกษา คือ องค์ประกอบหนึ่งในหลายๆองค์ประกอบของการส่งเสริมสุขภาพ (เข้าได้กับการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล)

4. การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 2 ที่อะดีเลด ปี 1988 และครั้งที่ 3 ที่ ซันด์สวาลล์ ปี 1991 ก็ได้ใช้ logo เป็น logo ของการส่งเสริมสุขภาพ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง ส่วนการประชุมครั้งที่ 4 ที่จาการ์ตา ในปี 1997 มีการเปลี่ยนแปลง logo ในส่วนของภาพวาด แต่ไม่มีการปลี่ยนแปลงความหมายของสัญลักษณ์

.

Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy

Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1988

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 2 ที่กรุงอะดิเลด เป็นการต่อยอดทิศทางของการประชุมระหว่างประเทศเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานที่ อัลมาอตา (1978) และการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 1 ที่กรุงอ๊อตตาวา (1986) โดยหัวข้อหลักในการประชุมนี้คือ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือการคำนึงถึงผลต่อสุขภาพ หรือความเท่าเทียมทางสุขภาพ ในทุกพื้นที่ของนโยบายและรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่สืบเนื่องจากนโยบายดังกล่าว เป้าหมายหลักของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื่อต่อสุขภาพเพื่อให้บุคคลสามารถที่ชี้นำให้เกิดสุขภาพและการกินอยู่ที่ดี และนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะทำให้ทางเลือกเพื่อสุขภาพมีความเป็นไปได้ และทำให้ง่ายขึ้นสำหรับประชาชนที่จะได้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่ส่งเสริมสุขภาพ ในการทำให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐได้แก่ เกษตร พาณิชย์ ศึกษา อุตสาหกรรม และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ไม่น่าจะออกนโยบายสาธารณะใดให้คำนึงถึงประเด็นการกระทบต่อสุขภาพในช่วงของการจัดทำนโยบาย และภาคส่วนเหล่านั้นต้องรับผิดชอบต่อผลกระทบต่อสุขภาพที่สืบเนื่องจากนโยบายดังกล่าว โดยให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพไม่น้อยไปกว่าเรื่องเศรษฐกิจ

คุณค่าของสุขภาพ (The value of health)

สุขภาพเป็นทั้งสิทธิขั้นพื้นฐานและสิ่งที่ควรค่าแก่การลงทุน รัฐบาลควรลงทุนในนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อยกระดับสถานะสุขภาพ (Health Status) ของประชาชน หลักการพื้นฐานในด้านความเป็นธรรมในสังคม คือการทำให้มั่นใจว่า ประชาชนสามารถที่จะเข้าถึงสิ่งที่จำเป็นต่อการทำให้สุขภาหรือความเป็นอยู่ที่ดี ในขณะเดียวกัน การยกระดับสุขภาพจะสามารถเพิ่มผลิตภาพให้กับสังคมโดยรวม ทั้งในรูปของสังคมและเศรษฐกิจ การพัฒนานโยบายเพื่อสุขภาพในระยะสั้นจะนำไปสู่ผลตอบแทนทางด้านเศรษฐกิจในระยะยาว ซึ่งสามารถจากกรณีศึกษาที่นำเสนอในที่ประชุม และนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพคือความพยายามในรูปแบบใหม่ในการบูรณาการ เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ให้เห็นเป็นรูปธรรม

ความเท่าเทียม การเข้าถึง และการพัฒนา Equity, access and development

ความไม่เท่าเทียมในสุขภาพเป็นสาเหตุของความไม่เท่าเทียมทางสังคท การปิดช่องว่างความแตกต่างทางสุขภาพระหว่างคนที่เสียเปรียบกับคนที่ได้เปรียบ ต้องการนโยบายในการเพิ่มการเข้าถึงสินค้าหรือบริการที่ส่งเสริมสุขภาพ และการสร้างสิ่งแวลล้อมเอื้อ โดยนโยบายดังกล่าวต้องถูกออกแบบโดยให้ความสำคัญกับกลุ่มอ่อนไหวที่เสียเปรียบก่อน นอกจากนั้นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ต้องตระหนักถึงวัฒนธรรมเฉพาะของชนพื้นเมือง ชนกลุ่ม

น้อย หรือผู้อพยพย้ายถิ่น การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมโดยเฉพาะการบริการสาธารณสุขในชุมชน เป็นประเด็นสำคัญในเรื่อง ความเท่าเทียมทางสุขภาพ

ความไม่เท่าเทียมในสุขภาพแบบใหม่ที่เกิดตามหลังการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่เกิดจากเทคโลยี เป้าหมายแรกของภูมิภาคยุโรปขององค์การอนามัยโลก ในการขับเคลื่อนสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2000 คือ " ภายในปี 2000 ความแตกต่างระหว่างสถานะสุขภาพระหว่างประเทศและระหว่างกลุ่มต่างๆภายในประเทศเดียวกัน ต้องทำให้ลดลงร้อยละ 25 ด้วยการยกระดับสุขภาพของประเทศหรือกลุ่มที่เสียเปรียบ (disadvantage) "

จากการที่มีช่องว่างความแตกต่างของสุขภาพระหว่างประเทศ โดยการประชุมครั้งนี้ได้ตรวจสอบพบว่า ประเทศพัฒนาแล้วมีข้อผูกพันที่จะทำให้มั่นใจว่า นโยบายของประเทศพัฒนาแล้วจะส่งผลกระทบทางบวกต่อสุขภาพต่อประเทศกำลังพัฒนา" ที่ประชุมเสนอแนะให้ทุกประเทศพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการรับมือกับประเด็นที่ได้กล่าวมา "

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Accountability for Health)

ข้อแนะนำของการประชุมนี้รัฐบาลทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นระดับประเทศ ภูมิภาค และระดับท้องถิ่น ต้องให้ความสำคัญกับเป้าหมายทางสุขภาพโดยเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพ ความรับผิดชอบสาธารณะต่อสุขภาพ เปรียบเสมือนอาหารที่หล่อเลี้ยงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ รัฐบาลและผู้ที่มีหน้าที่ควบคุมกำกับการใช้ทรัพยากรมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนของตนอันสืบเนื่องจากการนโยบาย ความมุ่งมั่นต่อนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหมายถึง รัฐบาลต้องกำหนดมาตรการและรายงานผลกระทบต่อสุขภาพอันสืบเนื่องจากนโยบายด้วยภาษาที่สังคมสามารถเข้าใจได้ง่าย ปฏิบัติการของชุมชน (Community Action) ต้องเน้นหนักในเรื่องการสร้างนโยบายเพื่อสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และสร้างความรอบรู้ และสื่อสารให้กับบุคคลหรือกลุ่มที่จะได้รับกระทบมากที่สุดจากนโยบายเหล่านั้น

ที่ประชุมให้เห็นความจำเป็นในการประเมินผลกระทบจากนโยบาย ระบบข้อมูลเพื่อสุขภาพที่จะสนับสนุนกระบวนการในการพัฒนานโยบาย และสนับสนุนการตัดสินใจเพื่ออนาคตในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อดำเนนการเกี่ยวกับนโยบายเพื่อสุขภาพ

ขับเคลื่อนนอกเหนือจากการบริการสุขภาพ

นโยบายเพื่อสุขภาพตอบสนองต่อความท้าทายต่อสุขภาพ โดยขึ้นกับพลวัตรของสังคมและการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีที่กำลังเปลี่ยนโลกของเรา ซึ่งเป็นนิเวศวิทยาที่มีความซับซ้อน และมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ผลต่อสุขภาพที่เกิดจากความท้าทายใหม่นี้ไม่สามารถที่จะเยียวยาด้วยระบบบริการสุขภาพแบบเดิมในปัจจุบัน การส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับสถานการณ์แบบนี้ ซึ่งต้องใช้แนวทางที่บูรณาการทั้งเรื่องการพัฒนา เศรษฐกิจ ซึ่งจะทำให้เกิดได้ต้องเชื่อมโยงสุขภาพกับการปฏิรูปสังคม ซึ่งองค์การอนามัยโลกใช้คำว่าความจำเป็นพื้นฐาน (basic principle)

พันธมิตรในการกระบวนการจัดทำนโยบาย

รัฐบาลมีบทบาทที่สำคัญในเรื่องสุขภาพ แต่สุขภาพ แต่ NGO ชุมชน ประชาสังคม องค์กรเอกชน และผลประโยชน์ทางธุรกิจก็มีอิทธิพลต่อสุขภาพด้วยเช่นกัน ศักยภาพในการปกป้องและส่งเสริมสุขภาพสุขภาพของประชาชนต้องได้รับการสนับสนุน สหภาพการค้า การค้าและอุตสาหกรรม สถาบันวิชาการ ผู้นำศาสนา มีส่วนในการ

สร้างโอกาสให้กับผลประโยชน์ด้านสุขภาพของทั้งชุมชน พันธมิตรใหม่New alliances must be forged to provide the impetus for health action.

Action Areas

ที่ประชุมกำหนดพื้นที่หรือประเด็นสำหรับนโยบายเพื่อสุขภาพที่ควรดำเนินการอย่างเร่งด่วน ไว้ 4 เรื่อง ดังนี้

1. การสนับสนุนสุขภาพของสตรี (women health) การจัดตั้งเครือข่ายหรือองค์กรสำหรับสตรี เพื่อเป็นศูนย์กลางในการกำหนดแผนงาน ดำเนินการตามแผน และกำกับติดตาม เครือข่ายสตรีต้องได้รับการยอมรับและได้รับการสนับสนุนจากผู้กำหนดนโยบาย แรงงานหญิงมีความไม่เท่าเทียมกับแรงงานชาย การมีส่วนร่วมในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของสตรี จำเป็นต้องพัฒนาให้สตรีเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เข้าถึงเครือข่ายและแหล่งทุน สตรีโดยเฉพาะกลุ่มชนพื้นเมือง ชนกลุ่มน้อย ย่อมมีสิทธิในการจัดสินใจต่อสุขภาพของตนเองได้ และต้องการพันธมิตรเพื่อกำหนดนโยบายเพื่อสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมของตน ที่ประชุมได้เสนอแนะแนวทาง
   1.1. ความเท่าเทียมในการทำงาน
   1.2. การคลอดและการเลี้ยงดูบุตรขึ้นกับความชอบและความต้องการของสตรีเหล่านั้น
   1.3. สนัยสนุนกลไกในการทำงาน เช่น สนับสนุนมุมนมแม่ในที่ทำงาน
   1.4. หยุดงานเพื่อเลี้ยงดูบุตรโดยได้รับเงินเดือน
2. อาหารและโภชนาการ การขวัดความหิวโหยหรือทุพโภชนาการเป็นวัตถุประสงค์พื้นฐานของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ นโนบายดังกล่าวต้องรับประกันในเรื่องความเพียงพอของอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสมกับกับสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่นั้น นโยบายในด้านอาหารและโภชนาการต้องบูรณาการไปพร้อมกับการผลิตและการกระจายอาหารทั้งภาครับและเอกชน เพื่อให้ได้ราคาที่เป็นธรรม ทุกรัฐบาลต้องให้ความสำคัญกับนโยบายด้านอาหารและโภชนาการที่บูรณาการกับด้านการเกษตร ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้มั่นใจถึงผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระดับประเทศหรือระหว่างประเทศ โดยลำดับแรกก่อนที่จะจัดทำนโยบายได้แก่ การกำหนดเป้าหมายสำหรับเรื่องอาหารและโภชนาการ ภาษีและการอุดหนุนต้องไม่เก็บเสมอภาคกันหมดทุกคน โดยต้องช่วยเหลือบางกลุ่มเพื่อให้สามารถที่จะเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียม (Equity not Equality)
3. บุหรี่และแอลกอฮอร์ การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอกอฮอร์ที่มากเกินไปถือเป็นปัจจัยคุกคามสุขภาพหลัก ซึ่งต้องการการดำเนินการอย่างเร่งด่วนในการลดการสูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอร์ โดยการใช้นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ บุหรี่นอกจากจะมีอันตรายต่อผู้สูบโดยตรงแล้ว ยังเป็นอันตรายต่อผู้อยู่ใกล้เคียงโดยเฉพาะในเด็ก ที่ถือเป็นผู้สูบมือสองด้วย การผลิตและการตลาดของบุหรี่และเหล้านั้นเป็นการตลาดที่มีผลประโยชน์มหาศาล รัฐบาลมักหวังรายได้จากภาษีโดยไม่คิดถึงต้นทุนที่ต้องจ่ายจากผลที่ตามมาจากพิษภัยของบุหรี่และเหล้า ทั้งต่อสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของครัวเรือนที่บริโภคบุหรี่และเหล้า ที่ประชุมเรียกร้อให้รัฐบาลคิดถึงต้นทุนที่ต้องจ่ายในการสูญเสียศักยภาพของบุคคลอื่นเนื่องจากความเจ็บป่วยและความพิการ รัฐบาลควรที่จะมีนโยบายสาธารณเพื่อสุขภาพในการลดการบริโภคบุหรี่และเหล้าลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญในปี 2000
4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ หลายคนที่อยู่อาศัยและทำงานในสถานที่ที่ไม่ปลอดภัยหรือมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ และสัมผัสกับผลิตภัณฑ์ที่มีอันตรายต่อสุขภาพ โดยปัญหาดังกล่าวนั้นบางเรื่องสามารถข้ามพรมแดนได้ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อปกป้องประชาชนจากผลที่ไม่พึงประสงค์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่

ว่าจะเป็น อันตรายทางกายภาพ ทางเคมี ทางชีววิทยา โดยตระหนักว่า เด็กและสตรี มักได้ผลกระทบที่แตกต่างกัน นโยบายสาธารณะในด้านการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ จะส่งผลทางบวกต่อสุขภาพ ทั้งระดับพื้นที่ ระดับประเทศและระดับโลก โดยมองว่าสุขภาพของประชาชนอยู่เหนือ รายได้จากการพัฒนาเกษตรกรรมหรืออุตสาหกรรม และสนับสนุนแนวทางการผลิตและการบริโภคอย่างยั่งยืน ที่ประชุมเสนอแนะว่า ภาคสาธารณสุขและกลุ่มเคลื่อนไหวทางสิ่งแวดล้อมและนิเวศวิทยาควรร่วมมือกันเพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไปพร้อมกับการพิทักษ์รักษาโลก รวมถึงทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่จำกัด

การพัฒนาพันธมิตรใหม่ Developing New Health Alliances

ความพยายามในเรื่อง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ต้องใช้แนวการให้คำปรึกษาและการเจรจาต่อรอง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพต้องให้ข้อเสนอแนะอย่างหนักแน่นให้กับผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจเชิงนโยบาย โดบต้องมีกลุ่มที่จะทำเรื่องการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และช่วยสนับสนุนสื่อมวลชนที่จะอธิบายเรื่องที่มีประเด็นนโยบายที่ซับซ้อนให้ง่ายต่อความเข้าใจของสาธารณชน สถาบันการศึกษาต้องตอบสนองต่อความต้องการที่ผุดขึ้นมาใหม่ของปัญหาสุขภาพ โดยปรับหลักสูตรเพื่อให้ครอบคลุมทั้งในทักษะ การเสริมพลัง (Enabling) การทำหน้าที่ตัวกลางในการเจรจาต่อรอง (Mediate) และการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Advocate) โดยเปลี่ยนจากการควบคุมกำกับ มาเป็นการสนับสนุนทางเทคนิคในเรื่องการพัฒนานโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้และประสบการณ์ ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับประเทศ และระหว่างประเทศ โดยที่ประชุมเสนอให้

- จัดตั้งหน่วยงานในการรวบรวมการปฏิบัติที่ดีหรือเป็นเลิศในเรื่องการพัฒนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
- การพัฒนาเครือข่ายของผู้ทำวิจัย เครือข่ายของวิทยากร และเครือข่ายผู้บริหารแผนงาน/โครงการ เพ่อช่วยเหลือและวิเคราะห์เกี่ยวกับการจัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ความท้าทายในอนาคต Future Challenges

1. การทำให้มั่นใจว่าการกระจายทรัพยากรอย่างเท่าเทียม แม้จะอยู่ในภาวะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี เป็นความท้าทายของทุกประเทศ
2. สุขภาพดีถ้วนหน้าจะบรรลุได้ ต้องส่งเสริมความเป็นอยู่และเงื่อนไขการทำงานที่ดี โดยการตัดสินใจเชิงนโยบายจะต้องนำเรื่องต่างๆมาสู่การพิจารณา ได้แก่ โอกาสในการจ้างงาน คุณภาพชีวิตในการทำงาน นั้นส่งผลอย่างมากต่อสุขภาพและความสุขของประชาชน รวมผลกระทบของการทำงานต่อสุขภาพ รวมถึงประเด็นเรื่องความเท่าเทียม
3. ประเด็นท้าทายที่สุดสำหรับ บุคคล และองค์กรระดับประเทศและระหว่างประเทศในการบรรลุในเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือการสร้างการมีส่วนร่วมของพันธมิตร ในเรื่อง ความสงบสุข สิทธิมนุษยชน ความเป็นธรรมในสังคม นิเวศวิทยา และการพัฒนอย่างยั่งยืนของทั้งโลก
4. ประเทศส่วนใหญ่ ยอมรับว่าสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของหลากหลายองค์กรและหลากหลายระดับ การที่จะทำให้บรรลุจุดหมายปลายทางร่วมกันคือมีสุขภาพดี ต้องค้นหาวิธีการใหม่และพันธิมิตรใหม่ที่หลากหลายเหล่านั้น
5. การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ต้องมั่นใจได้ว่า เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้านั้นมันช่วยส่งเสริมมากกว่าขัดขวางกระบวนการในการทำให้เกิดความเท่าเทียม

แถลงการณ์ซันด์สวาลส์เรื่อง สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 3 ณ. ซันด์สวาลส์, สวีเดน, 9-15 มิ.ย 1991

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 3 : สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ที่ซันด์สวาลส์ นั้นสอดคล้องกับการประชุมก่อนหน้าได้แก่ การประชุมขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2000 (1977) การประชุมเกี่ยวกับสาธารณสุขมูลฐาน (อัลมา-อต้า : 1977) การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 1 (อ๊อตตาวา : 1986) ซึ่งเป็นปีที่ได้ออก กฎบัตรอ๊อตตาวา เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ ตามด้วย การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 2 ในหัวข้อ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (อะดิเลด : 1988) และการประชุม การส่งเสริมสุขภาพสำหรับประเทศกำลังพัฒนา (เจนนิวา : 1989) คู่ขนานไปกับการพัฒนา สาธารณะมีความห่วงกังวลในเรื่องสิ่งแวดล้อมเพิ่มมากขึ้น การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 3 ในครั้งนี้จึงมุ่งเน้นในการพัฒนาเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้มากขึ้น เมื่อพิจารณาประเด็นเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมไปพร้อมๆกัน จะพบว่าประชากรหลายล้านคนอาศัยในที่อยู่ที่แร้นแค้นขาดแคลน ความเสื่อมโทรมทางสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลคุกคามต่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ในสภาวะสิ่งแวดล้อมเช่นนี้ การที่จะบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2000 นั้นมีโอกาสที่จะเป็นไปได้น้อยมาก แนวทางที่จะทำให้สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2000 ประสบผลสำเร็จ โดยการทำให้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองดีขึ้น โดยให้สิ่งแวดล้อมสนับสนุนสุขภาพ แทนที่จะทำลายสุขภาพ

เรียกร้องการดำเนินการ โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายไปที่ผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และทุกระดับ ผู้ให้ข้อเสนอแนะ นักกิจกรรมหรือนักรณรงค์เพื่อสุขภาพ กลุ่มสิ่งแวดล้อมและกลุ่มความเป็นธรรมในสังคม รวมตัวกันในรูปของพันธมิตรโดยมีเป้าหมายร่วมกันคือสุขภาพดีถ้วนหน้า และให้ส่งต่อข้อความสุขภาพดีถ้วนหน้าไปยังชุมชน ประเทศ และรัฐบาลของเราเพื่อที่จะริเริ่มให้เกิดการดำเนินการโดยเร่งด่วน เราเรียกร้องหน่วยงานภายใต้องค์การสหประชาชาติ (UN) ให้ทำหน้าที่ประสานความร่วมมืออย่างเข้มแข็งเพื่อเป็นการท้าทายซึ่งกันและกันในการทำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนและเท่าเทียม

เรียกร้อง การดำเนินการ (A Call for Action)

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อมีความสำคัญต่อสุขภาพ สุขภาพและสิ่งแวดล้อมไม่สามารถที่จะแยกขาดออกจากกันได้ และต้องนำทั้ง 2 เรื่อง คือ สุขภาพและสิ่งแวดล้อม ให้เป็นศูนย์กลางของการจัดลำดับความสำคัญของการพัฒนา และวางไว้ก่อนนโยบายอื่นๆของรัฐบาล ความไม่เท่าเทียมมีช่องว่างที่กว้างขึ้นในประเทศของเรา และมีช่องว่างในประเทศร่ำรวยกับประเทศยากจน ซึ่งเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ การดำเนินการเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในสังคมเป็นความเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ. ประชาชนหลายล้านคนอาศัยอยู่ในที่อยู่ที่แร้นแค้นและขาดแคลน และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมทรามลงทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท และมีประชาชนจำนวนมากอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อนที่ทุกข์ทนทรมาน และมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ไม่ดีอันเนื่องจากความขัดแย้งจนต้องมีการใช้อาวุธต่อสู้กัน การเติบโตอย่างรวดเร็วคือสาเหตุหลักที่คุกคามการพัฒนาที่ยั่งยืน ประชาชนต้องอยู่อย่างทุกข์ทรมานเนื่องจากขาดน้ำสะอาด มีอาหารที่ไม่เพียงพอ และที่พักอาศัยและสุขาภิบาลที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ความยากจนทำให้บั่นทอนความกระตือรือร้นและความฝันที่จะมีอนาคตใหม่ที่ดีขึ้นกว่าเดิม ในขณะที่การเข้าถึงปัจจัยพื้นฐานถูกจำกัด การศึกษาที่ได้รับก็ไม่เพียงพอ รวมถึงการไม่ได้รับการเสริมพลัง จนสามารถที่จะตัดสินใจด้านสุขภาพด้วยตนเองได้

เด็กหลายล้านคนไม่สามารถเข้าถึงการศึกษาขั้นพื้นฐาน และมีความหวังริบหรี่ในอนาคต สตรีถูกคุกคามทางเพศ และถูกแบ่งแยกอย่างไม่เป็นธรรมในตลาดแรงงานและในด้านอื่นๆ เพื่อให้สตรีเหล่านั้นสามารถที่จะทำบทบาทของตนได้อย่างเต็มที่ การสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อเป็นสิ่งที่จำเป็น มากกว่าหนึ่งพันล้านคนทั่วโลกยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน ระบบบริการสุขภาพควรได้รับการปรับปรุง ซึ่งแนวทางการแก้ไขปัญหาต้องทำให้เกิดปฏิบัติการสังคม(Social Action) เพื่อสุขภาพ โดยใช้ทรัพยากรและวิธีการที่ริเริ่มโดยชุมชน การปลดปล่อยศักยภาพของชุมชนให้ออกมาได้นั้น ต้องการการเปลี่ยนแปลงมุมมองต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และความชัดเจนและความมุ่งมั่นทางการเมืองต่อนโยบายทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน และระลึกไว้เสมอว่า “แนวทางการแก้ปัญหาอยู่นอกเหนือระบบสุขภาพแบบเดิมที่กำลังดำเนินการอยู่ ” การริเริ่มในการแก้ปัญหาต้องมาจากทุกภาคส่วนที่สามารถพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพได้ โดยในระดับชุมชนต้องทำโดยประชาชนในชุมชนนั้น และในระดับประเทศต้องทำโดยหน่วยงานของรัฐ หรือ NGO และในระดับโลกโดยองค์กรระหว่างประเทศ และดำเนินการโดยทุกภาคส่วน ได้แก่ ด้านการศึกษา การคมนาคม ด้านที่อยู่อาศัยและการพัฒนาเมือง ภาคอุตสาหกรรมการผลิต หรือภาคเกษตรกรรม

การประชุมนี้ได้นำเสนอแนวทางการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีอำนาจตัดสินใจ นักกิจกรรมในชุมชนเพื่อสุขภาพ และภาคส่วนด้านสิ่งแวดล้อม สามารถที่ใช้เป็นตัวอย่างได้

มิติของการดำเนินการในเรื่องสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (Dimensions of Action on Supportive Environments for Health)

ในบริบทของสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ หมายถึง “ สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพและด้านสังคมที่อยู่รอบตัวเรา ไม่ว่าจะเป็นที่ที่ประชาชนอยู่อาศัย หรือในชุมชน หรือในบ้าน หรือในที่ทำงาน ที่เล่น ทั้งนี้ให้รวมถึง การเข้าถึงทรัพยากรสำหรับอยู่อาศัย และโอกาสที่จะได้รับการเสริมพลังด้วย“ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพมีหลายมิติ ได้แก่ มิติด้านกายภาพ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ ด้านเศรษฐกิจ และด้านการเมือง และแต่ละมิติมีความสัมพันธ์กันและเป็นปฏิสัมพันธ์เชิงพลวัตร การดำเนินการต้องมีการประสานการดำเนินการในระดับพื้นที่ ระดับประเทศ หรือระดับโลก เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาและเกิดความยั่งยืน มิติที่สำคัญได้แก่

1) มิติทางสังคม ประกอบด้วยแนวทางในการสร้างคุณค่าทางสังคม (Norms) และกระบวนการทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ในหลายสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจนส่งผลคุกคามต่อสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การอยู่อย่างโดดเดี่ยวทางสังคม ชีวิตที่ไร้ความหมายเนื่องจากขาดแรงยึดเหนี่ยวทางสังคมหรือไม่มีความหวัง การเกิดสิ่งที่เรียกว่าการแหวกขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมประเพณี ดั้งเดิมของสังคมนั้น
2) มิติทางการเมือง จำเป็นที่รัฐบาลต้องทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตามระบอบประชาธิปไตย การกระจายอำนาจทั้งเรื่องความรับผิดชอบและการจัดสรรทรัพยากร และการยึดแนวทางในเรื่อง สิทธิ ความสงบและการไม่ทุ่มเททรัพยากรเพื่อแข่งขันกันสะสมอาวุธยุทโธปกรณ์
3) มิติด้านเศรษฐกิจ การเปลี่ยนทิศทางของการกระจายทรัพยากรเพื่อให้บรรลุ สุขภาพดีถ้วนหน้าและการพัฒนาที่ยั่งยืน และรวมถึงการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ปลอดภัยและเชื่อถือได้
4) มิติของการยอมรับและใช้ความรู้และทักษะของสตรีในทุกภาคส่วน รวมถึงการตัดสินใจและด้านเศรษฐกิจของสตรีด้วย ในการพัฒาโครงสร้างพื้นฐานในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพนั้น อุปสรรคที่สำคัญคือการยอมรับ

ในความเท่าเทียมของชายหญิง เสนอแนะให้มีองค์กรของสตรีในระดับชุมชนเพื่อให้สตรีมีปากมีเสียงในการกำหนดนโยบายทางสุขภาพและโครงสร้างต่างๆในชุมชน

ข้อเสนอสู่การปฏิบัติ (Proposals for Action)

ที่ประชุมมีความเชื่อว่า การที่จะทำให้สุขภาพดีถ้วนหน้าได้ ต้องวางอยู่บน 2 หลักการคือ

1. ความเท่าเทียม คือหลักการที่ให้ความสำคัญในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เพื่อปลดปล่อยพลังและความคิดสร้างสรรค์ของทุกคนให้ออกมา ทุกนโยบายที่มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต้องมีการปฏิบัติอย่างรับผิดชอบ ทั้งเรื่องการกระจายทรัพยากรและกระจายความรับผิดชอบอย่างเท่าเทียม ทุกการดำเนินการและการกระจายทรัพยากรต้องมีความชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้ โดยลำดับความสำคัญต้องจัดให้กับกลุ่มคนยากจน คนชายขอบ ชนกลุ่มน้อย ผู้พิการหรือไร้ความสามารถ เป็นลำดับแรก ประเทศพัฒนาแล้วต้องไม่สร้างภาระด้านสิ่งแวดล้อมและหนี้สินให้กับประเทศกำลังพัฒนา
2. การดำเนินการโดยสาธารณะหรือชุมชน (Public Action) เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สิ่งมีชีวิตทุกชีวิตต้องพึ่งพาซึ่งกันและกันในโลกใบนี้ และต้องจัดการทรัพยากรสิ่งแวดล้อมของวันนี้เพื่อให้คนรุ่นหลังได้มีโอกาสใช้ในอนาคต ชนพื้นเมืองจะมีระบบความเชื่อ วิถีชีวิตเฉพาะของชนพื้นเมืองนั้น ซึ่งตกทอดเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ซึ่งถือเป็นภูมิปัญญาที่สืบทอดมาที่ควรนำมาถอดบทเรียน ชนพื้นเมืองต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมของการพัฒนาที่ยั่งยืน และสามารถที่จะเจรจาต่อรองเพื่อรักษาสิทธิและมรดกทางวัฒนธรรม

สร้างความเข้มแข็งให้ปฏิบัติการของสังคม (It Can be Done: Strenghthening Social Action)

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสิ่งแวดล้อม ควรเป็นการดำเนินการทางด้านสาธารณสุข (Public health action) ในระดับพื้นที่ ประเด็นที่สร้างการมีส่วนร่วมได้มาก เช่น เรื่องการศึกษา อาหาร ที่อยู่อาศัย การดูแลโดยการสนับสนุนของสังคม การทำงานและการขนส่ง จะเป็นประเด็นที่สามารถทำได้ง่ายและทำได้จริงในทางปฏิบัติ โดยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพต้องทำให้ประชาชนสามารถเพิ่มขีดความสามารถของบุคคลและสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยที่ประชุมเสนอ 4 การดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่สุขภาพในระดับชุมชน ดังนี้

1. สร้างความเข้มแข็งให้ข้อเสนอที่เน้นหนักในเรื่อง ปฏิบัติการของชุมชน (Community Action) โดยเฉพาะที่เป็นข้อเสนอของกลุ่มสตรี
2. เพิ่มความสามารถให้ชุมชนหรือบุคคลในการควบคุมสุขภาพตนเองและสิ่งแวดล้อมผ่านการให้การศึกษาและการเสริมพลัง (Empowerment)
3. สร้างเครือข่ายพันธมิตรเพื่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เพื่อใช้ในการพัฒนาความเข้มแข็งของการประสานความร่วมมือระหว่างสุขภาพกับ การรณรงค์หรือกลยุทธ์ด้านสิ่งแวดล้อม
4. เจรจาไกล่เกลี่ยระหว่างคู่ขัดแย้งเนื่องจากผลประโยชน์ไม่ตรงกันในสังคม เพื่อให้เกิดความมั่นใจถึงความเท่าเทียมในการเข้าถึงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ กล่าวโดยสรุป การเสริมพลังให้ประชาชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นปัจจัยที่สำคัญในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิด การพึ่งพาตนเองและการพัฒนา

ผู้เข้าร่วมประชุมตระหนักว่า การศึกษาเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน และเป็นองค์ประกอบหลักในการนำการเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม เพื่อมาสู่สุขภาพดีถ้วนหน้าได้ โดยเป็นการศึกษาที่สามารถเข้าถึงได้ตลอดช่วงชีวิต และเป็นการศึกษาที่สร้างจากฐานความเท่าเทียม สอดคล้องกับเพศ วัย สังคมและวัฒนธรรม

มุมมองระดับโลก (The Global Perspective)

ประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบนิเวศน์ของโลก สุขภาพของประชาชนเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว และสิ่งแวดล้อมโดยรวมทั้งหมดของโลก ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมบ่งชี้ว่า ประชากรโลกจะไม่สามารถมีคุณภาพชีวิตได้อย่างยั่งยืนได้ ถ้าไม่มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในทุกระดับ ในด้านการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม และการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ

การบูรณาการการดำเนินการร่วมกันเพื่อสร้างวิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างยั่งยืน เป็นเรื่องที่ท้าทายในเวลานี้ ในระดับระหว่างประเทศ มีความแตกต่างของรายได้ต่อหัวประชากร ซึ่งหมายถึงมีความไม่เท่าเทียมเกิดขึ้น ซึ่งไม่เพียงแต่ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงสุขภาพ แต่รวมถึงความสามารถทางสังคม ในการทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนในอนาคต การเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทมาสู่เมือง เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดสลัมในเมือง ซึ่งชาวสลัมต้องเผชิญกับปัญหามากมาย เช่น การขาดแคลนน้ำดื่มที่สะอาด ระบบสุขาภิบาลที่ไม่ดี การตัดสินทางการเมืองและการพัฒนาอุตสาหกรรมส่วนใหญ่เป็นการวางแผนระยะสั้น หวังผลในด้านเศรษฐกิจ โดยไม่ได้คำนึงถึงว่า ต้นทุนที่แท้จริงทั้งหมดในการรักษาสุขภาพประชาชนและในการเยียวยาสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนย้ายทรัพยากรจากประเทศกำลังพัฒนาไปยังประเทศพัฒนาแล้ว ค่าใช้จ่ายทางทหารที่เพิ่มสูงขึ้น และสงครามทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตและความพิการที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นระบบนิเวศน์รูปแบบใหม่ที่โหดร้ายและป่าเถื่อน

การหาประโยชน์จากแรงงาน การลอบส่งออกวัตถุอันตรายไปยังประเทศอื่น โดยเฉพาะประเทศที่อ่อนแอหรือยากจนกว่า การบริโภคมากเกินและเหลือของเสียเป็นจำนวนมาก สิ่งต่างๆที่ได้กล่าวมานี้แสดงถึงการพัฒนาที่ไม่ยั่งยืนซึ่งจะตามมาด้วยวิกฤตในด้านต่างๆ และเป็นเรื่องเร่งด่วนที่จะต้องสร้างจิตสำนักใหม่ และสร้างข้อตกลงระหว่างประเทศ บนพื้นฐานของ ความสงบสุข และมีการกระจายและใช้ทรัพยากรของโลกที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ความรับผิดชอบต่อโลก Achieving Global Accountability

ที่ประชุมเรียกร้องให้องค์การระหว่างประเทศ กำหนดกลไกใหม่สำหรับสุขภาพและความรับชอบต่อระบบนิเวศน์ โดยพัฒนาบนพื้นฐานของการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน ในทางปฏิบัติต้องมีการกำหนด แถลงการณ์ เรื่องผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม สำหรับนโยบายหรือโครงการ องค์การอนามัยโลก (WHO) และโครงการสิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติ (UNEP) ร้องขอให้ทุ่มเทความพยายามอย่างเต็มที่ในการพัฒนาหลักจริยธรรมทางด้านการค้าและการตลาดของผลิตภัฯฑ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (codes of conduct on the trade and marketing of substances and products harmful to health and the environment) และกำหนดแนวทางปฏิบัติที่อยู่พื้นฐานของการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อนำไปใช้ในประเทศสมาชิก และให้พหุพาคี ทวิภาคี และองค์กรที่สนับสนุนทุน เช่นธนาคารโลก องค์การการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ให้ใช้แนวทางปฏิบัติดังกล่าวเป็นแนวทางในการวางแผน ดำเนินการตามแผน รวมถึงการประเมินโครงการพัฒนา

การประชุมครั้งนี้สรุปได้ว่า ประเด็นสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพัฒนามนุษย์เป็นเรื่องที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การพัฒนาต้องส่งผลต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพ และความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อม มีเพียงการดำเนินการในระดับโลก ภายใต้การประสานความร่วมมือจากองค์กรพันธมิตรทั่วโลกเท่านั้น จึงจะสามารถรับประกันอนาคตของโลกใบนี้ได้

คำประกาศจาการ์ตา เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพคือธงนำในศตวรรษที่ 21
การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 4 ผู้เล่นใหม่ในศตวรรษใหม่ 21-25 กค 1997 ที่ จาการ์ตา

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 4 ชูประเด็น " ผู้เล่นใหม่ในตวรรใหม่ – การส่งเสริมสุขภาพเป็นธงนำในตวรรษที่ 21" จัดการประชุมที่กรุงจาการ์ตา ระหว่างวันที่ 21-25 กค 1997 ถือเป็นก้าวย่างที่สำคัญในการพัฒนากลยุทธ์ระหว่างประเทศในการพัฒนาสุขภาพ เกือบ 20 ปีนับจากคำประกาศ อัลมา อะตา ขององค์การอนามัยในเรื่องสุขภาพดีถ้วนหน้า หรือ 11 ปีนับจากการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 1 ที่กรุงอ๊อตตาวา ประเทศแคนนาดา ซึ่งได้ออกกฎบัตรอ๊อตตาวา สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งถือเป็นแม่บทในด้านการส่งเสริมสุขภาพจวบจนถึงวันนี้ การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกในครั้งต่อๆมา ก็ได้นำกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวในกฎบัตรอ๊อตตาวา มาขยายรายละเอียด เช่น นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (ประชุมครั้งที่ 2 ที่ อะดิเลด ประเทศออสเตรเลีย 1988) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (ประชุมครั้งที่ 3 ที่ ซันดสวาวล์ ประเทศสวีเดน 1991) การประชุมครั้งที่ 4 นี้นับเป็นการประชุมในประเทศที่กำลังพัฒนาเป็นครั้งแรก และเป็นครั้งแรกที่ได้เชิญภาคเอกชนเข้ามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และโอกาสที่ดีที่จะสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยนำประเด็นของปัจจัยกำหนดสุขภาพมาพิจารณา ผู้เข้าร่วมประชุมได้นำเสนอประกาศนี้ เพื่อใช้เป็นทิศทาง และกลยุทธ์ที่จะก้าวข้ามความท้าทายในศควรรษที่ 21

การส่งเสริมสุขภาพคือการลงทุนหลัก (Health promotion is a key investmen)

สุขภาพคือสิทธิมนุษยชน และเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม การเพิ่มการลงทุนในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพคือกระบวนการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคลในการควบคุมและยกระดับสุขภาพ การลงทุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลกระทบต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพ (Heath gain) การส่งเสริมสุขภาพสามารถลดความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ เคารพสิทธิมนุษยชน สร้างทุนทางสังคม เพื่อไปถึงจุดหมายปลายทางคือสุขภาพดีและมีอายุยืนยาว สามารถลดช่องว่างทางสุขภาพและอายุไขเฉลี่ย ระหว่างประเทศร่ำรวยและประเทศยากจน

ประกาศ จาการ์ตาเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ได้แสดงจุดยืนและให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพในศตวรรษหน้า และเป็นการประกาศเจตนารมณ์ของผู้ร่วมประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 4 ที่จะจัดสรรทรัพยากรให้มากที่สุดเพื่อที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างเพื่อที่จะยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เป็นความท้าทายใหม่ ในศตวรรษที่ 21

ข้อกำหนดเบื้องต้นที่จะนำไปสู่สุขภาพดี ได้แก่ ความสงบสุข ที่อยู่อาศัย การศึกษา ความสัมพันธ์และความมั่นคงทางสังคม อาหาร รายได้ การเสริมพลังสตรี ระบบนิเวศน์ที่สมดุล การใช้ทรัพยากรอย่างยั่งยืน ความเป็นธรรมในสังคม การเคารพในสิทธิมนุษยชน ความเท่าเทียม และเหนือสิ่งอื่นใด คือความยากจนที่เป็นปัจจัยที่คุกคามสุขภาพสูงสุด แนวโน้มทางด้านประชากร เช่นความเป็นเมือง สังคมผู้สูงอายุ และความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม พฤติกรรม หรือทางชีววิทยา เช่น พฤติกรรมเนือยนิ่งที่ไม่ค่อยได้มีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มสูงขึ้น การดื้อต่อยาปฏิชีวนะ การใช้ยาเกินความจำเป็น ความรุนแรงในสังคมและในครอบครัว โรคอุบัติใหม่ ปัญหาสุขภาพจิต ทั้งหมดที่ได้กล่าวมาจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองอย่างเร่งด่วน และจำเป็นต้องใช้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อที่ไปจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน

ปัจจัยข้ามประเทศก็สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อมโยงของเศรษฐกิจ ตลาดการเงินและการค้าโลก เช่นธุรกิจบุหรี่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนทั่วโลก การเข้าถึงสื่อต่างๆจากการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัล ทำให้สามารถสื่อสารแบบโต้ตอบโดยทันทีได้ทั่วโลก ภาวะเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมเนื่องจากการใช้ทรัพยากรที่ไม่ยั่งยืน การเปลี่ยนแปลงที่ได้กล่าวมาข้างต้น ได้เปลี่ยนค่านิยม วิถีชีวิตของบุคคลทั่วโลก

การส่งเสริมสุขภาพ ต้องทำให้เกิดความแตกต่างจากเดิมที่เคยปฏิบัติ (Health promotion makes a difference)

การวิจัยและกรณีศึกษาจากทั่วโลก ทำให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า การส่งเสริมสุขภาพนั้นมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และส่งผลกระทบต่อเงื่อนไขทางด้าน สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและ สังคม ซึ่งเป็นกำหนดสุขภาพได้ การส่งเสริมสุขภาพทำให้เกิดความเท่าเทียมทางสุขภาพ และ 5 กลวิธีของการส่งเสริมสุขภาพที่กำหนดจากกฎบัตรอ๊อตตาวา เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จได้แก่

1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3) พัฒนาความเข้มแข็งของปฏิบัติการชุมชน
4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล
5) การปรับระบบบริการสุขภาพ

ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่า

1) การบูรณาการทั้ง 5 กลวิธีไปด้วยกันเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้นโยบายสาธารณะเป็นกรอบเพื่อยึดโยงกลวิธีทั้ง 5 ให้ไปในทิศทางเดียวกัน
2) การพัฒนาโดยเน้นฐานที่ตั้ง(Setting Oriented เช่นฐานที่ตั้งของเมือง โรงเรียน โรงพยาบาล ตลาด โรงงาน ฯลฯ) มีประสิทธิภาพมากกว่าการพัฒนาโดยเน้นที่ตัวโรค(Disease oriented เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ) เนื่องจากมีโอกาสที่จะบูรณาการทั้ง 5 กลยุทธ์ในแต่ละฐานที่ตั้งนั้นๆ ได้ดีกว่า
3) การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญ และทำให้เกิดความยั่งยืน โดยต้องกำหนดให้คนเป็นศูนย์กลางของการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ และต้องทำให้บุคคลสามารถตัดสินใจในการจัดการสุขภาพของตนเองได้
4) การเรียนรู้ทางสุขภาพสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วม การเข้าถึงข้อมูลและการศึกษาเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วม และการเสริมพลังทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน

ความจำเป็นต้องใช้การตอบสนองแบบใหม่ (New responses are needed)

เนื่องจากมีสิ่งคุกคามต่อสุขภาพที่อุบัติขึ้นใหม่ ทำให้ต้องใช้แนวทางการดำเนินการที่แตกต่างจากเดิม ความท้าทายที่ได้เกิดขึ้นในอนาคตที่ใกล้จะมาถึง จำเป็นต้องปลดล๊อคศักยภาพของการส่งเสริมสุขภาพที่ฝังอยู่ในหลายภาคส่วนของสังคม ทั้งในชุมชนและในครอบครัว มันมีความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนแปลงการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐด้วยกันเอง และระหว่างภาครัฐกับเอกชน เพื่อให้เกิดการประสานความร่วมมือ อีกทั้งการค้นหาพันธมิตใหม่ๆเพื่อร่วมกันยกระดับสุขภาพของประชาชน

ลำดับความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21

1. ส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมเพื่อสุขภาพ การตัดสินใจต้องอยู่บนพื้นฐานของความรับผิดชอบต่อสังคม ทั้งภาครัฐและเอกชนต้องส่งเสริมสุขภาพ โดยกำหนดทั้งในรูปของนโยบายและการปฏิบัติ โดย
   1.1. ไม่ทำกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
   1.2. การปกป้องสิ่งแวดล้อมและการใช้ทรัพยากรอย่างยั่งยืน
   1.3. ไม่ผลิตหรือทำการค้าผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ อาวุธยุทธภัณฑ์ รวมถึงการต่อต้านการตลาดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
   1.4. ปกป้องประชาชนให้ปลอดภัยจากตลาดสินค้า และปกป้องบุคคลให้ปลอดภัยในที่ทำงาน
   1.5. การพัฒนานโยบาย ต้องมีการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ รวมทั้งมิติของความเท่าเทียมและลดความเหลื่อมล้ำด้วย
2. เพิ่มการลงทุนในการพัฒนาสุขภาพ หลายประเทศมีการลงทุนในสุขภาพที่น้อยเกินไปหรือไม่เกิดประสิทธิภาพ การเพิ่มการลงทุนในการพัฒนาสุขภาพ ต้องใช้การบูรณการทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมในการยกระดับสุขภาพ เช่น การเพิ่มทรัพยากรในด้านการศึกษาและที่พักอาศัย เนื่องจากทั้งการศึกษา และที่อยู่อาศัยเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นของสุขภาพ การเพิ่มทรัพยากรหรือปรับการจัดสรรงบประมาณเพื่อสุขภาพ มีศักยภาพที่จะทำให้เกิดการพัฒนาทั้งเรื่องของทุนมนุษย์ สุขภาพ และคุณภาพชีวิต และการลงทุนในสุขภาพ ต้องมุ่งเน้นไปที่กลุ่มอ่อนไหวที่เสียเปรียบทางสังคม ได้แก่กลุ่มสตรี เด็ก ผู้สูงอายุ ชนพื้นเมือง คนจน และคนชายขอบ
3. สร้างเอกภาพในระบบสุขภาพ และเพิ่มพันธมิตรในการทำงานเพื่อสุขภาพ การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพทำให้เกิดการพัฒนาทั้งสุขภาพและพัฒนาสังคม ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาภาคีเครือข่ายที่มีอยู่เดิมและหาพันธมิตรใหม่ที่มีศักยภาพในทุกภาคส่วน การทำงานร่วมกับพันธมิตรเพื่อให้ได้ผลประโยชน์ร่วมกันในเรื่องสุขภาพ โดยผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทักษะ และทรัพยากร การทำงานร่วมกับพันธมิตรต้องมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และมีความรับผิดชอบ มีจริยธรรม ภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน มีความเข้าใจและเคารพซึ่งกันและกัน โดยยกระดับความร่วมมือ จากประสานความร่วมมือ มาเป็นความผูกพันกับเป้าประสงค์ และความสำเร็จร่วมกัน
4. เสริมสร้างขีดความสามารถให้ชุมชน (Building Capactity to community) และเสริมพลังให้กับบุคคล (Empower people) การส่งเสริมสุขภาพต้องถูกทำโดยและทำด้วยบุคคล (carried out by and with people) ไม่ใช่ทำบนตัวบุคคลหรือทำให้บุคคล (Not on or to people) การส่งเสริมสุขภาพสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมสุขภาพของแต่ละบุคคลและเพิ่มขีดความสามารถให้กับกลุ่ม หรือองค์กร หรือชุมชน เพื่อส่งผลต่อการยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพได้แก่ การอบรมโดยเน้นภาคปฏิบัติ การอบรมภาวะผู้นำ การเข้าถึงทรัพยากร การเสริมพลังบุคคลในกระบวนการตัดสินใจเพื่อสุขภาพอย่างมีหลักการและเหตุผลมีความคงเส้นคงวา และมีทักษะและความรู้ที่จำเป็นในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโดยสามารถใช้วิธีการสื่อสารทั้งแบบดั้งเดิม หรือใช้วิธีการสื่อสารแบบใหม่ๆโดยผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลที่สามารถตอบโต้โดยทันที (social media) การผลิตนวัตกรรมโดยใช้ทั้งทรัพยการทางด้านสังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาน.
5. ทำให้เกิดความมั่นคงของโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการที่จะทำให้เกิดความมั่นคงดังกล่าวได้จำเป็นต้องใช้กลไกใหม่ เพื่อสนับสนุนทั้งระดับพื้นที่ ระดับประเทศและระดับโลก โดยการเพิ่มแรงจูงในภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ องค์กรภาครัฐ สถาบันการศึกษา และภาคเอกชน ในการเพิ่มการจัดสรรงบประมาณในด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพ โดยพัฒนาความมั่นคงของฐานที่ตั้งเพื่อสุขภาพ (Settings for Health) ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐานของเมือง โรงเรียน ตลาด สถานบริการสาธารณสุข ฯลฯ ในส่วนของการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของพันธมิตรใหม่ที่เป็นความท้าทายนั้น หมายถึง โครงสร้างของภาคี เครือข่ายหรือพันธมิตรใหม่ๆที่จะบูรณการงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการทำงานแบบข้ามสายงานหรือข้ามภาคส่วน โดยเครือข่ายเหล่านั้นต้องสามารถเกื้อกูลกันทั้งในและระหว่างประเทศได้ และอำนวยความสะดวกในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าประสบผลสำเร็จในแต่ละฐานที่ตั้งของแต่ละองค์กร (Setting) และเป็นสิ่งที่จำเป็นคือการฝึกอบรมที่เน้นการปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะให้แก่ผู้นำในระดับพื้น เพื่อสนับสนุนการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ โดยเอกสารเพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านการศึกษาวิจัยแล้วว่ามีประสิทธิผล และทุกประเทศควรพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางด้าน การเมือง กฎหมายหรือกฎระเบียบ เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา เพื่อสนับสนุนสุขภาพ

เรียกร้องการดำเนินการ (Call for action)

ผู้เข้าร่วมประชุมในการประชุมนี้ มุ่งมั่นที่จะนำ คำประกาศจาการ์ตา แบ่งปันให้กับหน่วยงานภาครัฐ สถาบันทางวิชาการ และชุมชน เพื่อให้เนื้อหาที่อยู่ในคำประกาศนี้ได้ถูกเปลี่ยนเป็นการกระทำ และจะมารายงานความก้าวหน้าในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกในครั้งต่อไป (ครั้งที่ 5) และเพื่อเป็นการเร่งรัดการดำเนินการให้เร็วขึ้น ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับรองการจัดตั้งเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก โดยเป้าหมายของเครือข่ายดังกล่าวเพื่อที่จะขับเคลื่อนให้เกิดความก้าวหน้าในประเด็นที่มีความสำคัญดังนี้

1. ส่งเสริมความตระหนักในเรื่องการยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ
2. สนับสนุนให้เกิดการประสานงานของเครือข่ายเพื่อการพัฒนาสุขภาพ
3. จัดสรรทรัพยากรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
4. รวบรวมองค์ความรู้และการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice)
5. ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน
6. ส่งเสริมการดำเนินการที่เป็นเอกภาพเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน
7. ส่งเสริมในเรื่องความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และมีความรับผิดชอบในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ

เรียกร้องให้รัฐบาลของแต่ละประเทศ สนับสนุนและอุปถัมภ์เครือข่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพทั้งในและระหว่างประเทศ และเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นผู้นำในการที่จะสร้างเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพระดับโลก และเสริมพลังประเทศสมาชิกในการดำเนินการตามประกาศจาการ์ตา โดยบทบาทที่สำคัญขององค์การอนามัยโลกคือการประสานหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ธนาคารเพื่อการพัฒนา หน่วยงานภายใต้องค์การสหประชาชาติ องค์กรระหว่างประเทศ คู่สัญญาทวิภาคีหรือพหุภาคี สมาพันธ์หรือสหภาพแรงงาน เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนให้เกิดความก้าวหน้าของการดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

****

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 5 : การส่งเสริมสุขภาพ สะพานเชื่อมสู่ช่องว่างความไม่เท่าเทียม

5-9th June 2000, Mexico City

1. วัตถุประสงค์การประชุม
   1.1. เพื่อแสดงให้ว่าการส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลให้สุขภาพและคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างจากเดิมอย่างไร
   1.2. เพื่อให้สุขภาพถูกวางอยู่ตำแหน่งที่สูงในวาระของการพัฒนาทั้งในระดับ ระหว่างประเทศ ระดับประเทศ และระดับพื้นที่
   1.3. เพื่อเสริมพลังพันธมิตรในทุกภาคส่วนเพื่อสุขภาพ

ประเด็นเน้นหนักที่ได้จากการประชุม

1. **ปรับปรุงนิยามใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ** " การส่งเสริมสุขภาพคือกระบวนการในการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) จนส่งผลต่อการยกระดับสุขภาพ (Improve Health) " ในส่วนของแนวคิดและชุดของกลยุทธ์ของการส่งเสริมสุขภาพยังเป็นตัวหลักในการจัดการประเด็นท้าทายที่ประเทศพัฒนาแล้วหรือประเทศกำลังพัฒนาประสบ รวมถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประเด็นที่เกี่ยวกับการพัฒนามนุษย์และสุขภาพ (Human and Health development) เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการ มันจึงไม่ได้เป็นสิ่งที่ถูกทำบนตัวบุคคล (on people) หรือทำไปยังบุคคล (to people) แต่การส่งเสริมสุขภาพถูกทำโดยบุคคล (by people) ทำกับบุคคล (with people) และทำเพื่อบุคคล (for people) และวัตถุประสงค์ของกิจกรรมส่งเสริมุขภาพก็เพื่อที่จะเพิ่มทักษะหรือความสามารถของบุคคลให้เกิดการกระทำ (Action) หรือเพิ่มขีดความสามารถของกลุ่มหรือชุมชนเพื่อให้เกิดการกระทำโดยรวม (Collective Action) ในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ จนเกิดเกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อสุขภาพ ในการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพด้วยการส่งเสริมสุขภาพ จะทำการผสมผสาน 5 กลยุทธ์ที่ได้กล่าวในกฎบัตรอ๊อตตาวา ได้แก่ (1)การเพิ่มทักษะส่วนบุคคล (2) พัฒนาความเข้มแข็งของปฏิบัติการชุมชน (3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยถูกหนุนหลังด้วย (4) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และเรื่องที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่งคือ (5) การปรับระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงดำเนินการโดยตรงต่อ ปัจจัยกำหนดสุขภาพใน 2 รูปแบบคือ รูปแบบที่ 1 เป็นปัจจัยกำหนสุขภาพที่บุคคลควบคุมได้ยากหรือไม่สามารถควบคุมได้โดยทันที ได้แก่สิ่งแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ และรูปแบบที่ 2 คือ ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่บุคคลควบคุมได้ง่ายกว่า (immediate control) เช่นพฤติกรรมส่วนบุคคล ภายหลังการประกาศกฎบัตรอ๊อตตาวา ได้รับการพิสูจน์ว่า กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพที่เสนอแนะโดยกฎบัตรดังกล่าง นอกจากจะเป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพแล้ว ยังเป็นกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาสังคม และส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียมทางสุขภาพ ด้วย
2. Focus on the determinants of health สุขภาพคือทรัพยากรของชีวิต สุขภาพสามารถที่จะชี้นำบุคคลให้มีชีวิตที่สร้างผลผลิตได้ทั้งต่อส่วนตัว สังคม และต่อระบบเศรษฐกิจ สุขภาพเป็นแนวคิดเชิงบวก และเป็นทรัพยการของสังคมและของบุคคล และสุขภาพนั้นหมายรวมถึงสุขภาพ กาย จิต และปัญญาหรือจิตวิญญาณ โดยปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อสุขภาพ ประกอบด้วย ความสงบสุข รายได้และทรัพยากรที่เพียงพอ อาหารและที่พักอาศัย น้ำสะอาด สิ่งแวดล้อมหรือนิเวศที่สมดุล การใช้ทรัพยากรอย่างยั่งยืน และการเข้าถึงสิทธิพื้นฐาน ซึ่งเป็นที่ชัดเจนแล้วว่า ความท้าทายในการที่จะให้ได้มาซึ่งความต้องการพื้นฐานเหล่านั้นเป็นสิ่งที่จำเป็น และไม่สามารถแยกปัจจัยพื้นฐานทางด้านเศรษฐกิจและสังคมและสิ่งแวดล้อมเหล่านั้นจากสุขภาพได้

3. สะพานเชื่อมระหว่างช่องว่างของความไม่เท่าเทียม (Bridging the Equity Gap) ความไม่เท่าเทียมที่สำคัญ ได้แก่
   3.1. ความไม่เท่าเทียมในสถานะสุขภาพ (Health status) ของประเทศร่ำรวยและประเทศยากจน หรือคนรวยและคนจนในประเทศเดียวกัน
   3.2. ความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ
   3.3. ความไม่เท่าเทียมทางสังคมและเชิงโครงสร้าง
   3.4. ความไม่เท่าเทียมทางเพศ
4. **การส่งเสริมสุขภาพเป็นวิทยาศาสตร์ที่ผสมผสาน** การส่งเสริมสุขภาพผสมผสานหลายศาสตร์ในการดำเนินการเพราะฉะนั้นหลักฐานเชิงประจักษ์ต้องพิจารณาประเด็นของสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และการสาธารณสุข ร่วมด้วย
5. **การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวข้องกับสังคม** ทุกกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพถูกดำเนินการในบริบททางสังคม และเป็นกลยุทธ์ที่จะยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม ซึ่งมีความพลวัตร เปลี่ยนแปลงไปตามสถานที่ กาลเวลา และบริบทของพื้นที่ การส่งเสริมสุขภาพเมื่อดำเนินการแล้วต้องตอบให้ได้ว่า ความเท่าเทียมดีขึ้นหรือไม่อย่างไร
6. **การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวข้องกับการเมือง** การส่งเสริมสุขภาพมีจุดกำเนิดจากกระบวนทางการเมือง เนื่องจากการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ เน้นหนักในเรื่องการเสริมพลังบุคคลและชุมชน และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต้องใช้กระบวนการทางการเมือง เพื่อปรับทิศทางการกระจายทรัพยากร หรือต้องออกกฎหมายหรือกฎระเบียบต่างๆ เพื่อควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ เนื่องจากปัจจัยกำหนดสุขภาพไม่ได้อยู่ในการควบคุมของกระทรวงสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การจะไปจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ หรือปัญหาเรื่องความไม่เท่าเทียมต้องใช้กระบวนการทางการเมือง และในยุคของโลกาภิวัตรที่โลกเชื่อมต่อกันเสมือนหนึ่งไร้พรมแดน การค้าและการสื่อสารข้ามพรมแดนส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งลำพังพื้นที่ไม่สามารถที่จะจัดการเรื่องดังกล่าวได้ ต้องจัดการในระดับประเทศหรือระหว่างประเทศ ซึ่งทั้งหมดเป็นกระบวนทางการเมือง
7. **บทบาทสตรีในการพัฒนาสุขภาพ** การเสริมพลังสตรีให้มีความเท่าเทียมทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจผ่านการให้การศึกษาและการรวมกลุ่มของกลุ่มสตรี ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นแนวทางการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และรับประกันได้ว่าสตรีมีปากมีเสียงในการกระบวนการตัดสินใจ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนา

Conclusions and Recommendations.

1. สร้างความเข้มแข็งให้กับศาสตร์และศิลป์ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดย
   1.1. ลงทุนในงานศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการศึกษาวิจัยในเรื่องการยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และประสิทธิผลของกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ ในการยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ
   1.2. การพัฒนาเครื่องชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพที่มีความไวและสัมพันธ์กับสุขภาพเชิงบวก (ไม่ใช่อัตราการป่วยซึ่งเป็นสุขภาพเชิงลบ) เช่นเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพ ความเท่าเทียมทางสุขภาพ ตัวชี้วัดระยะสั้นและระยะยาวที่จะวัดความสำเร็จของกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ
   1.3. พัฒนาความสัมพันธ์และการประสานการดำเนินงานและสร้างการมีส่วนร่วมระหว่าง นักวิจัย ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้บริการ และชุมชน ซึ่งจะเพิ่มโอกาสในการหาคำถามวิจัย และตอบคำถามวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
   1.4. บ่งชี้กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเมื่อนำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่
   1.5. บ่งชี้ปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice) ของการส่งเสริมสุขภาพในมิติของสังคมและการเมือง และสื่อสารหรือนำเสนอผ่านเวทีต่างๆ เพื่อขยายผลการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ

1.6. การประสานการดำเนินการอย่างมีเอกภาพระหว่าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งผู้ให้บริการ และนักกิจกรรมหรือนักรณรงค์ในด้านสุขภาพที่ทำงานในพื้นที่โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีปัญหา โดยการประสานการการทำงานร่วมกันจะทำให้การทำงานเกิดการบูรณาการและเกิดเอกภาพ

1.7. การจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอต่อการพัฒนานโยบายหรือการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ

1.8. การพัฒนาขีดความสามารถของชุมชน โดยเน้นในประเด็นของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานรวมถึงการฝึกอบรม

1.9. การพัฒนาทุนมนุษย์ด้วยการศึกษา การฝึกอบรม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มหาวิทยาลัยและสถาบันการศึกษามีบทบาทที่สำคัญที่จะทำให้มั่นใจได้ว่า วิชาชีพสาธารณสุขทุกคน และภาคส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง มีแนวคิดในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และทราบกลยุทธ์และการดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

1.10. การสร้างเครือข่ายพันธมิตร หรือสมาคม เพื่อที่จะสนับสนุนซึ่งกันและกันรวมถึงเรื่องการพัฒนาบุคลากร โดยเป็นสมาคมที่เน้นเชิงกว้าง ไม่เน้นเชิงลึกที่เฉพาะในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง สมาชิกในสมาคมประกอบสหวิชาชีพทั้งในและนอกภาคส่วนสุขภาพ เพื่อให้สมาคมเป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยกำหนสุขภาพกับสุขภาพ

1.11. บรรจุประเด็นสุขภาพเข้าไปในการประเมินผลกระทบของนโยบายของทุกภาคส่วน โดยประเมินผลกระทบของนโยบายที่มีต่อด้านต่างๆอย่างรอบด้าน รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพด้วย

2. พัฒนาทักษะทางด้านการเมืองและ ทักษะในการดำเนินการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

2.1. ใช้กระบวนการทางประชาธิปไตย เน้นในเรื่องการกระจายอำนาจ และกระจายทรัพยากร และความรับผิดชอบต่อประเด็นสุขภาพ

2.2. การดำเนินการของนักกิจกรรมทางด้านสังคมหรือการเมืองในบางพื้นที่ยังมีความจำเป็น เพื่อเสริมพลังชุมชนให้เกิดความรับผิดชอบในการตัดสินด้วยตนเองทางด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ

2.3. ใช้ระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรอบด้าน เสนอให้มีการประเมินในประเด็นในเรื่องความไม่เท่าเทียม ว่าจะมีผลกระทบต่อกลุ่มต่างๆอย่างไร โดยเฉพาะกลุ่มอ่อนไหวที่เสียเปรียบ

2.4. พัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่าง นักการเมือง (ระดับชาติหรือระดับท้องถิ่น) ผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย ผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่งจะทำให้การบูรณาการแบบข้ามภาคส่วนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.5. พัฒนาแผนงานและโครงสร้างที่เพิ่มขีดความสามารถในการดำเนินการตามกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนการทำงานร่วมกันในทุกระดับ (ระดับพื้นที่ ระดับประเทศ และระหว่างประเทศ) ซึ่งโครงสร้างดังกล่าวอาจจะได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ หรือ NGO หรือภาคเอกชนก็ได้

3. **ปรับระบบบริการสุขภาพ** (Reorienting Health Services) บูรณาการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค (PP) เข้าไปอยู่ในกระบวนการส่งมอบบริการ (integrate health promotion and prevention as an integral part of the health care delivery process) และผนวกหลักการของการส่งเสริมสุขภาพเข้าไปอยู่ใน การบริหาร การบริการสาธารณสุข (Health Service Management) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

3.1. ปรับระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ โดยใช้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพ (Health intervention)

3.2. ส่งเสริมคุณภาพการดูแล (Quality of care) ที่บูรณาการทั้งมิติ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู

3.3. ยกระดับแนวปฏิบัติด้านสาธารณสุข (public health practice) ที่เป็นมากกว่าแนวปฏิบัติด้านการแพทย์ (medical practice)

5th Global Conference on Health Promotion 2005
กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตร
The Bangkok for Health Promotion in Globalized World

1. **ขอบเขต** กฎบัตรกรุงเทพฯ บ่งชี้การดำเนินการ ความมุ่งมั่น คำมั่นสัญญาที่จำเป็นในการระบุปัจจัยกำหนดสุขภาพในยุคโลกาภิวัตร เพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ
2. **เป้าประสงค์** กฎบัตรกรุงเทพฯยืนยันว่า นโยบายและพันธมิตรในการเสริมพลังชุมชน การยกระดับสุขภาพและความเท่าเทียมควรเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาในระดับประเทศและระดับโลก กฎบัตรกรุงเทพฯต่อยอดกลยุทธ์/กลวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่ได้จากกฎบัตรอ๊อตตาวา (1986) และการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ผ่านๆมา ซึ่งได้รับการรับรองจากประเทศสมาชิก ผ่านสมัชชาสุขภาพโลก (World Health Assembly)
3. **ผู้นำกฎบัตรไปใช้** กฎบัตรกรุงเทพฯได้เผยแพร่ให้กับ ประชาชนทั่วไป กลุ่มคนหรือองค์กร ซึ่งเกี่ยวข้องกับการยกระดับสุขภาพ ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม องค์กรระหว่างประเทศ และชุมชนของสาธารณสุข
4. **การส่งเสริมสุขภาพ**
   - 4.1. องค์การสหประชาติยอมรับว่า การบรรลุมาตรฐานสูงสุดด้านสุขภาพอย่างมีความสุขเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคนโดยไม่มีการแบ่งแยก
   - 4.2. การส่งเสริมสุขภาพอยู่บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน โดยใช้แนวคิดเชิงบวกและครอบคลุมทุกคนและทุกกลุ่มอายุ โดยสุขภาพเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตและสุขภาพหมายรวมถึงความสมบูรณ์ของจิตใจและจิตวิญญาณ
   - 4.3. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการในการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคลในการควบคุมสุขภาพ และปัจจัยกำหนดสุขภาพ จนส่งผลให้สุขภาพดีขึ้น การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นหน้าที่หลักของการสาธารณสุข และสามารถใช้ได้ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมถึงโรคอื่นๆที่คุกคามสุขภาพ

การระบุ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ

1. **บริบทที่เปลี่ยนแปลง** บริบทของการส่งเสริมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากนับจากการออกกฎบัตรอ๊อตตาวา
2. **ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ** ได้แก่
   - 2.1. ความเหลื่อมล้ำที่เพิ่มสูงขึ้นทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ
   - 2.2. การเปลี่ยนแบบแผนของการบริโภคและการสื่อสาร
   - 2.3. การค้าโลก และผลประโยชน์ทางการค้าที่อยู่เหนือสุขภาพ
   - 2.4. การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมของโลก
   - 2.5. ความเป็นเมือง (Urbanization) ทั้งวิถีชีวิตเมืองที่เนือยนิ่ง และความแออัด และปัญหาสิ่งแวดล้อมเมือง
3. **ความท้าทายอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ** รวมถึง การเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและบ่อยครั้งทั้งด้านสังคมเศรษฐกิจและประชากร ส่งผลต่อสภาพการทำงาน สภาพแวดล้อมของการเรียน แบบแผนของครอบครัว วัฒนธรรมและโครงสร้างทางสังคมของชุมชน โดย ชาย และหญิงได้รับผลที่แตกต่างกัน กลุ่มอ่อนไหวได้แก่ เด็ก กลุ่มชายขอบ กลุ่มพิการ และคนพื้นเมือง เพิ่มจำนวนมากขึ้น

4. **โอกาสใหม่**ๆ โลกาภิวัตรทำให้เกิดโอกาสใหม่ในการประสานงานเพื่อยกระดับสุขภาพและลดความเสี่ยงทางสุขภาพข้ามประเทศ โดยโอกาสประกอบด้วย
   4.1. เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร
   4.2. การเพิ่มประสิทธิภาพของกลไกการอภิบาลในระดับโลก การแบ่งปันความรู้กระทำได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว
5. **ความเชื่อมโยงทางนโยบาย** (Policy Coherence) ในการจัดการความท้าทายของโลกาภิวัตร การเชื่อมโยงทางนโยบายต้องสามารถที่จะข้ามทุกภาคส่วน ได้
   5.1. ทุกระดับของรัฐบาล สามารถข้ามกระทรวง ข้ามกรม ข้ามกอง ข้ามหน่วยงาน
   5.2. หน่วยงานต่างๆขององค์การสหประชาติ
   5.3. องค์การอื่นๆ รวมถึงภาคเอกชน

   การเชื่อมโยงทางนโยบายจะเสริมเข้มแข็งของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ความรับผิดชอบ รวมถึงการเห็นด้วยและการยอมรับข้อตกลงระหว่างประเทศ

6. **การทำให้เกิดความก้าวหน้า** โดยการวางตำแหน่งของสุขภาพ เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ยกตัวอย่าง ในเป้าหมายการพัฒนาสหัสวรรษ เป้าหมายส่วนใหญ่ที่ประสบความเร็วเกิดการกระบวนการมีส่วนร่วมจากประชาสังคม

กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตร

1. **แนวทางการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ** (Effective Intervention) สุขภาพโดยรวมของประชากรโลกที่ดีขึ้นต้องการ การดำเนินการทางการเมืองที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และการให้ข้อเสนอแนะที่มากเพียงพอ การส่งเสริมสุขภาพ ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพที่ควรนำมาใช้ให้ครอบคลุมทั่วโลก
2. **ปฏิบัติการที่จะนำมาใช้** (Required Actions) เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ ทุกภาคส่วน (sectors) และทุกฐานที่ตั้ง (Settings) ต้องดำเนินการดังนี้
   2.1. การสร้างภาคีเครือข่ายและพันธมิตร (Partnership) ทั้งกับภาคราชการ เอกชน NGO องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรระหว่างประเทศ ประชาสังคม เพื่อให้เกิดการดำเนินการที่ยั่งยืน
   2.2. การลงทุน (Invest) โดยลงทุนในการพัฒนานโยบายเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานหรือการดำเนินการเพื่อยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ
   2.3. การกำกับติดตาม และการใช้มาตรการทางกฎหมาย (Regulation and Regislation) เพื่อให้เกิดความมั่นใจถึงการได้รับการปกป้องในระดับสูงจากภัยคุกคาม หรือการได้รับโอกาสที่เท่าเทียม
   2.4. การให้ข้อเสนอแนะสำหรับสุขภาพ (Advocate) บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน และความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน
   2.5. พัฒนาสมรรถนะ (Building Capacity) ในด้านการพัฒนานโยบาย การพัฒนาผู้นำ พัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาการเผยแพร่ความรู้และงานวิจัย พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

หมายเหตุ ปฏิบัติการทั้ง 5 ใช้คำย่อว่า PIRAB โดยนำมาจากอักษรตัวแรกของทั้ง 5 ปฏิบัติการ

ความมุ่งมั่นเพื่อให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้า

1. **หลักการและเหตุผล** ภาคส่วนสุขภาพต้องแสดงบทบาทนำในการสร้างนโนบายสาธารณะและสร้างภาคีเครือข่ายและพันธมิตรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แนวทางการบูรณาการนโนยายระหว่างส่วนราชการ องค์กรระหว่างประเทศ ร่วมกับความมุ่งมั่นในการดำเนินการของภาคประชาสังคมและภาคเอกชน แบบข้ามภาคส่วน เพื่อยกระดับปัจัยกำหนดสุขภาพ (ปัจจัยกำหนดสุขภาพ เป็นประเด็นสำคัญเนื่องจาก การยกระดับสุขภาพไม่สามารถทำโดยภาคส่วนสุขภาพโดยลำพัง แต่ตั้งบูรณาการทุกภาคส่วนโดยเฉพาะภาคส่วนนอกสุขภาพ เพื่อมายกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ที่อยู่ต้นน้ำและกลางน้ำ สุขภาพที่อยู่ปลายน้ำถึงจะดีขึ้นได้)
2. **ความมุ่งมั่นที่สำคัญ** ได้แก่
   2.1. **ทำให้การส่งเสริมสุขภาพ เป็นศูนย์กลางของวาระของการพัฒนาระดับโลก** ความตกลงร่วมกันอย่างแข็งขันระหว่างรัฐบาลของประเทศต่างๆที่จะยกระดับสุขภาพ และการประกันสุขภาพในภาพรวม เป็นเรื่องที่จำเป็น รัฐบาลและหน่วยงานระหว่างประเทศต้องดำเนินการเพื่อปิดช่องว่างทางสุขภาพระหว่างคนรวยและคนจน ธรรมาภิบาลเพื่อสุขภาพในระดับโลกจึงเป็นกลไกที่สำคัญ และจำเป็นต้องบ่งชี้ผลต่อสุขภาพของ การค้าสินค้าและบริการ และกลยุทธ์ทางการตลาดในยุคโลกาภิวัตร ที่นำสินค้าหรือบริการไปขายทั่วโลก การเจรจาต่อรองที่จะสร้างอำนาจต่อรองกับกลุ่มผลประโยชน์ในระดับโลก จำเป็นต้องประสานการทำงานกับหน่วยงานประชาชนสังคม และภาคเอกชน ระหว่างประเทศ เช่นการควบคุมการสูบบุหรี่ อาจจะต้องอ้างข้อตกลงระหว่างประเทศที่มีอยู่ เช่น แนวทางการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention for Tobacco Control) เป็นต้น
   2.2. **ทำให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบหลักของทุกรัฐบาล** ทุกรัฐบาลและหน่วยงานภายใต้รัฐบาลทุกระดับต้องต่อสู้กับเรื่องสุขภาพไม่ดีกับความไม่เท่าเทียม โดยถือเป็นเรื่องเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการ เนื่องจากสุขภาพนั้นส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาทางการเมือง ฉะนั้น รัฐบาลทั้งระดับท้องถิ่น ระดับชาติ ต้อง
   2.2.1. ให้ความสำคัญในการลงทุนในสุขภาพ เพื่อยกระดับทั้งสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ
   2.2.2. จัดสรรงบประมาณอย่างยั่งยืนให้กับการส่งเสริมสุขภาพ

   การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพโดยเน้นในเรื่องความไม่เท่าเทียม เป็นตัวอย่างของเครื่องมือเพื่อให้มั่นใจว่าทุกระดับของรัฐบาล ได้ทำการประเมินนโยบายหรือกฎหมาย โดยประเมินผลกระทบในทุกมิติอย่างครอบคลุม รวมผลกระทบต่อสุขภาพด้วย

   2.3. **ทำให้การส่งเสริมสุขภาพ เน้นชุมชนและประชาสังคมเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก** ชุมชนและประชาสังคมมักเป็นผู้นำในการนำกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพไปใช้ ชุมชนและประชาสังคม จึงควรที่จะได้ สิทธิ ทรัพยากร และโอกาส เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ในชุมชนที่ยังไม่เข้มแข็ง การพัฒนาให้ชุมชนเหล่านั้นให้เข้มแข็งเป็นสิ่งที่จำเป็น ชุมชนที่มีการจัดโครงสร้างและได้รับการเสริมพลังที่ดี มักจะมีประสิทธิภาพในการจัดการสุขภาพของชุมชนของตนเองได้ดีกว่า และมีความสามารถในการทำให้รัฐบาลและภาคเอกชนรับผิดชอบต่อผลกระทบต่อสุขภาพจากนโยบายและวิธีการปฏิบัติของตนได้มากกว่า

ประชาสังคมต้องแสดงพลังของตนเหนือตลาด โดยกดดันให้บริษัทต่างๆให้แสดงความรับผิดชอบต่อสังคม โดยผลิตสินค้าหรือบริการที่ไม่ส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของประชาชน กลุ่มของประชาสังคม องค์กรของสตรี และสมาคมของวิชาชีพต่างๆ คือตัวอย่างของกลุ่มที่จะยืนหยัดต่อสู้เพื่อสุขภาพของประชาชน

2.4. **ทำให้การส่งเสริมสุขภาพถูกกำหนดไว้ในแนวปฏิบัติที่ดีขององค์กร** (ทั้งภาคเอกชนและภาครัฐ) การดำเนินงานขององค์กรจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ หรือปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชน องค์กรเอกชนมีหน้าที่รับผิดชอบที่จะทำให้สถานที่ทำงานปลอดภัย และส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของคนงาน ครอบครัวและชุมชน ด้วยเช่นกัน และองค์กรเอกชนสามารถมีส่วนร่วมในการลดผลกระทบในระดับโลกได้เช่นกัน เช่น เรื่องสิ่งแวดล้อม โดยการปฏิบัติตามข้อกำหนดทางกฎหมายทั้งในระดับท้องถิ่นและในระดับประเทศ หรือข้อตกลงระหว่างประเทศ เพื่อส่งเสริม หรือปกป้องสุขภาพของคนงานและประชาชน จริยธรรมทางธุรกิจและความรับผิดชอบต่อสังคม การค้าที่เป็นธรรม เป็นตัวอย่างของแนวปฏิบัติที่ดีขององค์กรเพื่อที่จะปกป้องทั้งผู้บริโภค และประชาสังคม

ทำคำมั่นสัญญาระดับโลกให้เกิดขึ้นจริง (A Global Pledge to make it happen)

1. **ทั้งหมดเพื่อสุขภาพ** (All for Health) สาระที่ได้จากการประชุมในครั้งนี้ ต้องการโปรแกรมการใช้งานที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิผล รวมถึงการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ ภาคีเครือข่าย พันธมิตร และผู้ประสานงานต่างๆ ได้เตรียมวิธีการในการรวมพลังประชาชนและองค์กรที่มีวัตถุประสงค์เดียวกัน ให้มาทำงานร่วมกันเพื่อที่จะยกระดับสุขภาพของประชาชน ตามบทบาทหน้าที่เฉพาะของแต่ละภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม
2. **ปิดช่องว่างการดำเนินการ** (Closing the implement gap) ตั้งแต่การลงนามร่วมกันในการนำกฎบัตรอ๊อตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพมาสู่ปฏิบัติ เมื่อ 30 ปีที่แล้ว แต่ก็ยังพบว่าหลายๆเรื่องยังมีไม่ได้มีการดำเนินการตามแนวทางที่ได้ตกลงร่วมกัน ผู้เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ร้องขอให้ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ทำการปิดช่องว่างที่ยังไม่ได้ดำเนินการ โดยผลักดันในระดับนโยบายและหาพันธมิตรที่จะมาร่วมดำเนินการ
3. **เรียกร้องการดำเนินการ** (Call for Action) ผู้เข้าร่วมประชุมร้องขอต่อองค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิก ทำการจัดสรรงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดแผนการดำเนินงาน ติดตามกำกับผลการปฏิบัติโดยกำหนดเครื่องชี้วัดและเป้าหมายที่เหมาะสม และรายงานความก้าวหน้าอย่างสม่ำตามกรอบเวลาที่กำหนด
4. **สร้างพันธมิตรทั่วโลก** (World wide Partnership) กฎบัตรกรุงเทพฯเรียกร้องให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนรวมตัวกันเป็นพันธมิตรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพทั่วโลก โดยการมีส่วนร่วมทั้งในระดับพื้นที่และระดับโลก
5. **ความมุ่งมั่นการในการยกระดับสุขภาพ** (Comitment to improve health) ผู้เข้าร่วมประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 6 ที่กรุงเทพฯ ประเทศไทย ให้คำมั่นสัญญาว่าจะทำให้เกิดความก้าวหน้าของการดำเนินการงานเพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชน

11 August 2005

****

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 : ปิดช่องว่างของการดำเนินการ ที่กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา 26-30 ต.ค.2009

ความเร่งด่วนของการส่งเสริมสุขภาพ The urgency of health promotion

สุขภาพกับการพัฒนาได้เผชิญกับภัยคุกคามที่ไม่เคยปรากฏมาก่อนได้แก่ วิกฤตทางการเงินส่งผลต่อเศรษฐกิจของประเทศในภาพรวมรวมถึงระบบสุขภาพด้วย โลกร้อนและการปลี่ยนแปลงภูมิอากาศของโรคทำให้มนุษยชาติอยู่บนความเสี่ยง โดยเฉพาะประเทศที่ยากจน ภัยคุกคามส่งผลให้เกิดความรู้สึกร่วมกันถึงความไม่แน่นอนสำหรับชุมชนทั่วโลก ความท้าทายใหม่ทำให้ปัญหามีความซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งยากต่อการแก้ไข ในขณะที่ปัญหาเดิมยังแก้ไขยังไม่ลุล่วง กลับเกิดสิ่งคุกคามใหม่ เช่น การเพิ่มขึ้นอย่างมากเสมือนหนึ่งการระบาดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ทั้งในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง

ในขณะที่แรงบันดาลใจในสุขภาพโลกกำลังตกต่ำลงเนื่องจากยังไม่เห็นหนทางแห่งความสำเร็จ ภาระโรคที่กำลังเพิ่มมากขึ้นจากความไม่เท่าเทียมทั้งภายในประเทศและระหว่างประทศ ในบริบทเช่นนี้ การส่งเสริมสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วน ตั้งแต่การประชุมครั้งแรกที่เมืองอ๊อตตาวา (1986) จนถึงการประชุมครั้งที่ 6 ที่กรุงเทพฯ (2005) มีหลักฐานเชิงประจักษ์และจากประสบการณ์การดำเนินการสรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพทำให้เกิดการบูรณาการทุกภาคส่วน เป็นกลยุทธ์ที่คุ้มค่าในเชิงมีต้นทุน ประสิทธิผล และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในระบบสุขภาพ และเป็นความหวังในการตอบสนองต่อวิกฤตของสุขภาพที่โลกกำลังเผชิญอยู่

A global conference

บทเรียนที่ได้เรียนรู้จาก 2 ทศวรรษที่ผ่านมา หลายกฎบัตรและหลายคำประกาศ และหลายแนวทางในการแก้ปัญหา ต่างรับประกันความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ แต่ความมุ่งมั่นในการดำเนินการในเรื่องส่งเสริมสุขภาพนั้นยังไม่มากเท่าที่ควร การส่งเสริมสุขภาพในการประชุมครั้งนี้จะเน้นให้เห็นความสำคัญ และแนวทางที่มีประสิทธิภาพ ในรูปแบบใหม่ของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ซึ่งถูกรับรองโดยคณะกรรมการบริหารขององค์การอนามัยโลก วัตถุประสงค์ในการประชุมครั้งนี้เพื่อ

- เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาระหว่างประเทศที่ได้ตกลงร่วมกัน โดยในส่วนที่เกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงเรื่องการขจัดความยากจน และที่เกี่ยวกับโรคได้แก่ มาลาเรีย วัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ และประเด็นเรื่องทุพโภชนาการ อนามัยการเจริญพันธุ์ อนามัยและแม่และเด็ก โดยเป้าหมายเร่งด่วนที่จะทำให้บรรลุได้ ต้องใช้การส่งเสริมสุขภาพ
- เพื่อให้ความสำคัญกับเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) การบาดเจ็บ และเรื่องสุขภาพจิต ซึ่งทั้ง 3 เรื่องนี้ได้เพิ่มขึ้นเสมือนหนึ่งการระบาดในประเทศประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง และเป็นร้อยละ 60 ของสาเหตุการตายของโลก และถูกจัดเป็นสาเหตุสูงสุดของความพิการที่สามารถป้องกันได้ ระบบสุขภาพมักจะขาดกลไกในการสนับสนุนงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน ทั้งๆที่เป็นแนวทางที่จะจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้นทุนในการดูแลที่สูงขึ้นจนเป็นภาระต่อระบบสุขภาพและต่อประเทศ

- เพื่อต่อสู้กับประเด็นของความไม่เท่าเทียมระหว่างเพศ ชนชั้นทางสังคม ระดับรายได้ เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพ และอื่นๆ เป้าหมายของการพัฒนาต้องส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียมหรือเป็นธรรมให้กับทุกคนและทุกกลุ่ม ซึ่งการสาธารณสุขมูลฐานคือแนวทางที่จะทำให้ไปสู่จุดนั้นได้

การจะก้าวข้ามความท้าทายนี้ได้ ไม่สามารถที่จะแก้ได้ด้วยการแก้ปัญหาทางเทคนิค เช่น การคัดกรองโรคเพื่อทำการรักษา แต่ต้องใช้การก้าวข้ามความท้าทายทางการเมือง ทำอย่างไรถึงจะมั่นใจได้ว่า นโยบายการพัฒนามีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ทำอย่างไรถึงจะมั่นใจได้ว่า การดำเนินการของทุกภาคส่วนสนับสนุนให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตประจำวันที่โดยเฉพาะประชาชนในกลุ่มอ่อนไหวที่เสียเปรียบ ทำอย่างไรที่จะให้ภาคประชาสังคมสามารถท่ะสนับสนุนรัฐบาลหรือองค์กรระหว่าปงระเทศให้รับผิดชอบต่อนโยบายหรือการกระทำที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทำอย่างไรที่จะให้สังคมสามารถส่งเสริมสุขภาพเชิงบวกและเกิดการคุ้มครองทางสังคม ซึ่งทั้งหมดที่ได้กล่าวมานี้ ภาคส่วนเอกชนมีส่วนช่วยไม่แพ้ภาครัฐ

การดำเนินการเพื่อปิดช่องว่าง The implementation gap

ในด้านสุขภาพและการพัฒนาช่องว่าง 3 ประเภทคือ ที่จำเป็นต้องกำหนด ได้แก่

1) **ช่องว่างในด้านแผนงานด้านสุขภาพ** (The gap in health program) โดยที่มีหลักฐานพิสูจน์แล้วว่าแผนงานด้านส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิมากกว่า แต่ช่องว่างดังกล่าวก็ไม่ได้รับการปิด (เน้นแผนการรักษา)
2) **ช่องว่างในด้านนโยบายและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน** (The gap in policy making and intersectoral partnership) ทั้งที่รู้ว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม และความไม่เท่าเทียมส่งผลต่อสุขภาพ แต่ช่องว่างดังกล่าวก็ไม่ได้รับการปิด (มุ่งเน้นแต่การยกระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยภาคส่วนสุขภาพ โดยละเลยการยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยภาคส่วนทางสังคม ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพเปลี่ยนแปลงไม่ได้สัดส่วนกับต้นทุนที่ได้ลงทุนไป)
3) **ช่องว่างในระบบสุขภาพ** (The gap in health system) การพัฒนาขีดความสามรรถในระบบสุขภาพด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพ แต่ช่องว่างดังกล่าวก็ไม่ได้รับการปิด

The process

ผู้เข้าร่วมประชุมจะช่วยกันค้นหาช่องว่าง และใช้บทบาทของนักส่งเสริมสุขภาพในการปิดช่องว่างดังกล่าว โดยจะทำการแลกเปลี่ยนใน 5 หัวข้อได้แก่

1) การเสริมพลังชุมชน
2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
3) การพัฒนาความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ
4) พันธมิตรและการประสานการดำเนินการแบบข้ามภาคส่วน
5) การสร้างขีดความสามารถในด้านการส่งเสริมสุขภาพ

เจ้าภาพร่วมในการประชุมครั้งนี้ ได้แก่ องค์การอนามัยโลกและกระทรวงกิจการทางสังคมและสุขภาพ ของประเทศฟินแลนด์ โดยหัวข้อหลักในการประชุมคือ “ทุกนโยบาย เพื่อสุขภาพ (Health in all Policy : HiAP) โดยเน้นหนักในเรื่องวิธีการนำไปสู่การปฏิบัติ โดย

1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือบทเรียนของกลไกในการทำให้เกิดการประสานความร่วมมือแบบข้ามภาคส่วน
2. ทบทวนปัญหาอุปสรรค เพื่อนำไปใช้กำหนดแนวทางในการเพิ่มขีดความสามารถในการนำเรื่อง “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ “ สู่การปฏิบัติ
3. หาโอกาสในการปฏิบัติตามคำแนะนำของคณะกรรมาธิการ เพื่อยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม โดยผ่าน “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ “
4. ทบทวนกรณีศึกษาผลของการลงทุนในเรื่อง “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ “ ต่อ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนา
5. การส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนการ มีส่วนในการปฏิรูปหรือเกิดรูปแบบใหม่ๆของการสาธารณสุขมูลฐาน
6. ทบทวนความก้าวหน้า ผลกระทบ และความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่การออกกฎบัตรอ๊อตตาวา

กรอบแนวทางการดำเนินงาน “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ “

กรอบแนวทางดังกล่าวได้กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ทุกประเทศนำไปใช้ในเชิงบูรณการ เพื่อให้ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ โดยเน้นที่ระดับประเทศ บางประเทศได้ยอมรับแนวทางทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) แต่ในบางประเทศเรื่องนี้ยังเป็นเรื่องใหม่ ซึ่งยังอยู่ในขั้นตอนของการทำให้เกิดการยอมรับในแนวคิดดังกล่าว กรอบแนวทางการดำเนินการถูกพัฒนาขึ้นเพื่อสามารถนำไปใช้ในทุกระดับ ได้แก่ ระดับระหว่างประเทศ ระดับประเทศ และระดับของรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งรัฐบาลกลางได้กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองท้องถิ่นดำเนินการได้อย่างอิสระ

ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) คือ แนวทางเพื่อยกระดับสุขภาพ โดยกำหนดทั้งสิทธิ และหน้าที่ และส่งเสริมให้ผู้กำหนดนโนบายมีความรับผิดชอบต่อผลกระทบต่อสุขภาพในทุกระดับของการตัดสินใจเชิงนโยบาย โดยเน้นที่ผลที่จะตามมาจากนโยบายสาธารณะที่จะมีต่อระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และความเป็นอยู่ของประชาชน และทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiPP) นั้นจะสนับสนุนการพัฒนาที่ยั่งยืน

****

คำแถลงการณ์เฮลซิงกิ เรื่อง ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (Health in All Policy ; HiAP)
การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 8 ที่ เฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ 10-14 มิ.ย.2013

สร้างจากมรดกทางภูมิปัญญาของเรา มองสู่อนาคตของเรา (Build on our Heritage ; Look to our Future)

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ ที่จัดขึ้นที่เมืองเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ ระวห่างวันที่ 10-14 มิ.ย.2013 โดยการประชุมนี้ได้รวบรวมมรดกทางภูมิปัญญา การปฏิบัติรวมถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกิดจากแรงบันดาลใจจากคำปนะกาศ อัลมา อะตา เรื่องสาธารณสุขมูลฐาน (1978) และกฎบัตรอ๊อตตาวา (1986) ทั้งคำประกาศอัลมา อะตา และกฎบัตรอ๊อตตาวาได้เห็นความสำคัญของการดำเนินการแบบข้ามภาคส่วนและการสร้างนโยบายสาธารณะเป็นหัวใจของการส่งเสริมสุขภาพ การบรรลุความสำเร็จของความเท่าเทียมทางสุขภาพ และการตระหนักว่าสุขภาพ เป็นสิทธิมนุษยชน ตามมาด้วยการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 1 ที่ให้บูรณาการ 5 ปฏิบัติการที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพไปพร้อมกัน (1.การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2.การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3.การพัฒนาความเข้มแข็งของปฏิบัติการชุมชน 4.การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 5.การปรับระบบบริการสุขภาพ) ซึ่งหลักการดังกล่าวได้รับการยอมรับขององค์การระดับโลก ได้แก่ คำประกาศทางการเมือง ริโอ 2011 เรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (2011 Rio Political Declaration on Social Determinants of Health) และ มติสมัชชาทั่วไปขององค์การสหประชาชาติ ว่าด้วยเรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และ 2012 Rio+20 เอกสารจากการประชุม (อนาคตที่ต้องการ) โดยสหประชาชาติได้นำ กรอบแนวทาง กลยุทธ์ และวิธีการแก้ปัญหาขององค์การอนามัยโลกไปใช้ในการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาภายหลังปี 2015 (2030 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ SDGs)

สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health For All) คือเป้าหมายหลักทางสังคมของรัฐบาล และเป็นพื้นฐานของการพัฒนาที่ยั่งยืน

พวกเราที่เป็นผู้เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ ยืนยันความมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดความเท่าเทียมทางสุขภาพ และตระหนักว่า ความสุขใจที่ได้บรรลุมาตรฐานทางสุขภาพสูงสุดคือสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคนโดยไม่มีการแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม พวกเราตระหนักว่ารัฐบาล (ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น) มีหน้าที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน และความเท่าเทียมทางสุขภาพเป็นการแสดงออกถึงความยุติธรรมในสังคท พวกเรารู้ว่า สุขภาพดี จะส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ และสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวและชุมชน และเพิ่มผลิตภาพของแรงงาน ฉะนั้น การดำเนินการที่ทำให้เกิดความเท่าเทียมจึงมีส่วนที่สำคัญต่อสุขภาพ การลดความยากจน สังคมที่รวมทุกคนและทุกกลุ่มโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัว และสังคมที่มีหลักประกัน

ความไม่เท่าเทียมในด้านสุขภาพทั้งภายในและระหว่างประเทศ เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ ทั้งทางด้านการเมือง สังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงความเป็นธรรม นโยบายที่กำหนดโดยทุกภาคส่วนสามารถที่จะส่งผลอย่างใหญ่หลวงต่อสุขภาพของประชาชน และความเท่าเทียมทางสุขภาพ ในโลกที่เชื่อมต่อกันอย่างไร้พรมแดน สุขภาพถูกกำหนดโดยปัจจัยต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร การเติบโตของเมืองอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศโลก และโลกาภิวัตร ในขณะที่บางโรคได้หายไปจากโลกเนื่องจากการปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ แต่โรคในกลุ่มคนยากจนยังคงอยู่อย่างต่อเนื่องในประเทศกำลังพัฒนา ในหลายประเทศที่วิถีชีวิต รวมถึงสภาพความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อมในการทำงานถูกครอบงำจากอิทธิพลทางการตลาด ทำให้ตกอยู่ในแบบแผนการผลิตและการบริโภคที่ไม่ยั่งยืน สุขภาพไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของภาคส่วนสุขภาพเท่านั้น แต่มันเรื่องทางการเมืองเนื่องจากนโยบายทางด้านการค้า

และการต่างประเทศนั้น คือประเด็นทางการเมือง การออกนโยบายในเรื่องใด จึงต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะตามมาในด้านสุขภาพด้วย

"ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)" เป็นแนวทาง ในการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบข้ามภาคส่วน โดยทุกการตัดสินใจเชิงนโยบายต้องคำนึงถึงสุขภาพอย่างเป็นระบบ แสวงหาความร่วมมือ และหลีกเลี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อที่จะยกระดับสุขภาพและความเท่าเทียมด้านสุขภาพของประชาชน HiAP ยกระดับความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในทุกระดับของการตัดสินใจ รวมถึงการคำนึงผลของนโยบายสาธารณะต่อระบบสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชาชน พวกเราตระหนักว่า แต่ละรัฐบาลมีการลำดับความสำคัญในด้านสุขภาพและความเท่าเทียมที่แตกต่างกันออกไป โดยที่ประเด็นสุขภาพอาจจะไม่อยู่ในลำดับที่มากกว่านโยบายในด้านอื่นๆ แต่พวกเราเรียกร้องว่า การพิจารณาประเด็นผลกระทบต่อสุขภาพต้องทำแบบโปร่งใส และเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้ได้ประโยชน์ร่วมกันในทุกภาคส่วน โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวมของสังคมเป็นที่ตั้ง

นโยบายที่ออกแบบเพื่อเพิ่มความสามารถของบุคคลในการชี้นำสุขภาพของตนเองได้ มักจะถูกแรงต้านจากหลายทิศทาง โดยเฉพาะผลประโยชน์ทางด้านเศณษฐกิจและการค้า ทำให้ภาครัฐและระบบสุขภาพไม่สามารถที่จะส่งเสริมและปกป้องสุขภาพของประชาชนได้อย่างเต็มที่ "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " จึงเป็นแนวทางที่จะไปจัดการอุปสรรคที่ท้าทายดังกล่าว โดยได้เตรียมกรอบแนวทางในการควบคุมกำกับและเป็นเครื่องมือที่จะทำให้เรื่องสุขภาพและความเท่าเทียม ไปด้วยกันได้กับการพัฒนาเศรษฐกิจ และจัดการความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ และสามารถที่จะรักษาความสัมพันธ์ที่ดีของภาคส่วนต่างๆในสังคมรวมถึงภาคเอกชน เพื่อที่จะส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพเชิงบวก และพวกเรามองเห็นว่า "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " จะเป็นส่วนที่สำคัญของประเทศที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายสหัสวรรษเพื่อการพัฒนา (MDGs) ขององค์กรสหประชาชาติ (หลังจาก ปี 2015 ซึ่งปีสุดท้ายของ MDGs องค์การสหประชาชาติได้ประกาศ 2030 เป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ SDGs โดยดำเนินการตั้งแต่ปี 2016 เป็นต้นไป)

พวกเรา , ผู้เข้าร่วมในการประชุมนี้

1) จัดลำดับความสำคัญให้สุขภาพและตวามเท่าเทียม เป็นความรับชอบหลักของรัฐบาลที่มีต่อประชาชน
2) ยืนยันถึงความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องเกิดความเชื่อมโยงทางนโยบายเพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี
3) ตระหนักว่า การที่จะได้มาซึ่ง 2 ข้อแรกนี้น จำเป็นต้องมีความมุ่งมั่นและความกล้าหาญทางการเมือง และการมีกลยุทธ์ที่มองไปข้างหน้า

เรียกร้องรัฐบาล ให้ทำหน้าที่ของตนที่มีต่อสุขภาพและการกินอยู่ที่ดีของประชาชนได้อย่างสมบูรณ์ โดย

1) มุ่งมั่นที่จะทำให้สุขภาพและความเท่าเทียมเป็นทางเลือกทางการเมือง โดยการนำหลักการของ "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " ไปใช้ และทำให้การพัฒนาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทางสังคมได้ถูกดำเนินการอย่างจริงจัง
2) ทำให้เกิดมั่นใจว่ามี โครงสร้าง กระบวนการและทรัพยากร ที่จะให้ "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " ได้ถูกนำไปใช้ในทุกระดับภายใต้การกำกับของรัฐบาล และระหว่างระหว่างรัฐบาล (ทั้งรัฐบาลส่วนกลางและท้องถิ่น)
3) เพิ่มขีดความสามารถของกระทรวงสาธารณสุขในการประสานความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ โดยอาศัยภาวะผู้นำ พันธมิตรความร่วมมือ การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หรือการเป็นตัวกลางในการเจรจาต่อรองให้ทุกภาคส่วนร่วมมือกันยกระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพ
4) เพิ่มขีดความสามารถและทักษะให้กับองค์กรหรือสถาบันต่างๆ เพื่อให้สามารถนำ "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " ไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้แนวทางที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าได้ผลในเรื่องการปรับปรุงปัจจัยกำหนดสุขภาพ และความเท่าเทียม

5) ใช้การกำกับติดตามประเมินผลอย่างโปร่งใสโดยบุคคลที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Audit) และมีกลไกความรับผิดชอบต่อสุขภาพและความเท่าเทียม ที่น่าชื่อถือในสายตาของประชาชน และหน่วยงานต่างทั้งภาครับและเอกชน

6) กำหนดมาตรการใจการจัดการความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ ซึ่งรวมถึงวิธีการในการปกป้อง เพื่อป้องกันนโยบายที่ทำให้บิดเบือนอันเนื่องมาจากอิทธิพลทางการค้าหรือมีผลประโยชน์แอบแฝง

7) รวมเรื่องชุมชน การเคลื่อนไหวทางสังคม และประชาสังคม เข้าไปในกระบวนการ พัฒนา นำไปสู่การปฏิบัติ การกำกับติดตาม ในเรื่อง “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ “ และการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน

เรียกร้ององค์การอนามัยโลก

1. สนับสนุนประเทศสมาชิกในการนำ “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) “ สู่การปฏิบัติ
2. พัฒนานโยบายขององค์การอนามัยโลกในเรื่อง “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) “ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ใช้แนวปฏิบัติ “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) “ ในการทำงานร่วมกับหน่วยงานขององค์การสหประชาชาติ (UN) และพันธมิตรอื่นๆเพื่อสานต่อวาระที่ยังดำเนินการไม่สำเร็จ “เป้าหมายการพัฒนาตามสหัสวรรษ (MDGs) “ โดยต่อมาองค์การสหประชาติได้กำหนดวาระ 2030 สู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)
4. เร่งรัด องค์การสหประชาชาติ องค์การระหว่างประเทศอื่นๆ พหุภาคีต่างๆ ได้แก่ ธนาคาร หรือองค์กรเพื่อการพัฒนาต่างๆ ให้สามารถบรรลุความสำเร็จในการบูรณาการกับหน่วยงานในกำกับหรือหน่วยงานที่เป็นสมาชิก ในการดำเนินการในเรื่อง “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) “

พวกเราในฐานะผู้เข้าร่วมประชุม

1) พวกเราจะสื่อสาร ประเด็นหลัก ในการประชุมนี้คือ “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) “ ให้กับภาครัฐ สถาบัน และชุมชน ต่างๆ

****

ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) กรอบแนวทางการดำเนินงานของประเทศต่าง ๆ

Health in All Policies (HiAP) Framework For Country Action

"ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ" คืออะไร WHAT IS HIAP?

"ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " คือวิธีการสำหรับการจัดนโยบายสาธารณะแบบข้ามภาคส่วน โดยทุกการตัดสินเชิงนโยบายคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพอย่างเป็นระบบ แสวงหาวิธีการทำงานร่วมกัน และหลีกเลี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อยกระดับสุขภาพและความเท่าเทียมทางสุขภาพ

ในด้านแนวคิด "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " สะท้อนหลักการ 1.ความถูกต้อง 2.ความรับผิดชอบ 3.ความโปร่งใสตรวจสอบได้สามารถเข้าถึงขอมูลข่าวสาร 4.ความร่วมมือ 5.ความยั่งยืนและ 6.การประสานความร่วมมือแบบข้ามภาคส่วนในทุกระดับของภาครัฐ (ข้ามกระทรวง ข้ามกรม ข้ามกอง และข้ามหน่วยงาน)

ทำไมถึงสำคัญ WHY IT MATTERS

สุขภาพและความเท่าเทียมทางสุขภาพเป็น สิทธิ และเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นสำหรับการบรรลุเป้าหมายต่างๆ ในทางสังคม ปัจจัยกำหนดสุขภาพและความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพในประชาชนมีจุดเริ่มต้นมาจากปัจจัยทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ ซึ่งอยู่เหนือการควบคุมของภาคส่วนสุขภาพ(Health Sector) หรือนโยบายสุขภาพ (Health Policies) ดังนั้น นโยบายสาธารณะในทุกภาคส่วนและทุกระดับของหน่วยงานภาครัฐ สามารถที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพและความเท่าเทียมด้านสุขภาพของประชาชน

ตัวอย่าง ประเทศไทย ที่นำเรื่องสุขภาพเข้าไปสู่กระบวนการวางแผนทรัพย์สินทางปัญหาแห่งชาติ (2009)

ในช่วงของการร่างแผนทรัพย์สินทางปัญญาแห่งชาติใน ปี 2009 ได้มีการนำความห่วงกังวลของภาคประชาสังคมเข้าไปในกระบวนการวางแผนทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงพาณิชย์ โดยการร่างแผนของกระทรวงพาณิชย์ องค์กรภาคประชาสังคม (Civic Society Organization หรือ CSOs) ได้ใช้มาตรา 11 ของ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ซึ่งรับรองการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของแผนงาน/โครงการภาครัฐ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนหรือชุมชน และสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นในประเด็นดังกล่าวได้ โดยองค์กรภาคประชาสังคมเสนอให้ทำการทบทวนแผนเพื่อให้มั่นใจว่า กฎหมายที่เกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญาจะไม่ส่งผลให้ บัญชียากหลักแห่งชาติ ละเมิดทรัพย์สินทางปัญญา ซึ่งได้เคยเกิดขึ้นในบางประเทศ อันจะส่งผลต่อการถึงยาของประชาชน และเสนอให้ใช้แผนเฉพาะโดยไม่รวมยาหรือผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกัยยาไปอยู่ภายใต้การควบคุมของการละเมิดทรัพย์สินทางปัญญา การมีส่วนร่วมขององค์กรภาคประชาสังคมทำให้เกิดการตั้งคณะทำงาน ร่วมกันระหว่างกรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์ กับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อที่จะจัดทำแผนทรัพย์สินทางปัญญาเฉพาะในส่วนของยาและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับยา ก่อนที่จะมีการยอมรับประเด็นอ่อนไหวทางด้านสุขภาพตามกรอบการค้าเสรี ตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุข องค์กรภาคประชาสังคม และสถาบันการศึกษาได้เข้ามามีส่วนร่วมเป็นคณะทำงาน โดยมีการรับฟังความคิดเห็นจากทุกฝ่ายก่อนที่จะมีข้อตกลงในประเด็นของการค้าระหว่างประเทศและทางเศรษฐกิจ (ที่มา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาแห่งชาติ)

วิธีการใช้แนวปฏิบัติ (HOW TO IMPLEMENT THE FRAMEWORK)

แนวปฏิบัตินี้ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ในการนำ “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) “ สู่การปฏิบัติ ดังนี้

1) กำหนดความต้องการและลำดับความสำคัญของ “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) “
2) กรอบในการวางแผน
3) กำหนดโครงสร้างและกระบวนการสนับสนุน
4) สนับสนุนการประเมินผลต่อสุขภาพและสร้างความผูกพัน
5) ทำให้มั่นใจในการกำกับติดตาม ประเมินผล และการรายงาน
6) การเพิ่มขีดความสามารถ

องค์ประกอบหลักทั้ง 6 ไม่ใช่สิ่งตายตัว และไม่จำเป็นต้องทำตามลำดับขั้นก่อนหลังดังกล่าว แต่ละประเทศสามารถที่นำไปใช้สามารถที่ปรับกระบวนการเพื่อให้สอดคล้องกับบริบททางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการบริหารจัดการ

1.กำหนดตวามต้องการและลำดับความสำคัญของ HiAP (Establish the need and priorities for HiAP)

ในด้านแนวคิด มีหลายเหตุทางกลยุทธ์ในการบูรณาการแง่มุมต่างๆกับประเด็นทางสุขภาพเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยวัตถุประสงค์ที่สำคัญประกอบด้วย

1) เพื่อหาช่องว่าง(Gap) ในด้านสุขภาพ ความเท่าเทียมด้านสุขภาพ หรือเงื่อนไขอันจะนำไปสู่ระบบสุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งสามารถกำหนดโดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม
2) สนับสนุนภาคส่วนอื่นๆในการพัฒนานโยบายตามภารกิจของภาคส่วนนั้น เพื่อที่จะให้เกิดผลประโยชน์ร่วมกันให้มากที่สุด โดยที่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพน้อยที่สุด
3) สนับสนุนแผนงาน/โครงการ หรือกิจกรรมที่ริเริ่มโดยรัฐบาล ที่จำเป็นต้องให้ภาคส่วนสุขภาพ (Health Sector)เข้ามาร่วมในการดำเนินการ หรือเป็นผู้นำเพื่อให้งานนั้นสำเร็จ โดยเป็นงานที่ส่งเสริมเป้าหมายทางสุขภาพ
4) เพื่อตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน ซึ่งจำเป็นต้องใช้หลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ

การกำหนดความต้องการและลำดับความสำคัญ โดยใช้แนวทาง “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) “ ต้องการความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงความเชื่อมโยงระหว่าง ปัจจัยทางสังคม กับสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ กิจกรรมหลักในองค์ประกอบดังกล่าวประกอบด้วย

1. เริ่มที่การวางแผนกลยุทธ์ จากนั้นทำการลำดับความสำคัญ เกณฑ์ในการลำดับความสำคัญประกอบด้วย ความสำคัญของประเด็นดังกล่าวต่อสุขภาพ หรือความเท่าเทียมด้านสุขภาพ หรือต่อระบบสุขภาพ และความเชื่อมโยงนโยบายของรัฐบาล ความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ และโอกาสที่หรือความน่าจะเป็นในที่จะสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ
2. ประเมินสุขภาพ ความไม่เท่าเทียม และระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย สิ่งที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำนโยบายต้องทราบ (ทั้งภาคส่วนสุขภาพและนอกภาคส่วนสุขภาพ) และกระบวนการอะไรที่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ แหล่งข้อมูลข่าวสารเบื้องต้นในการประเมินผลกระทบที่จะตามมาจากกิจกรรมหรือการดำเนินการกลยุทธ์และเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติการของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การทบทวนเกี่ยวกับด้านงบประมาณ และรายรายงานที่เกี่ยวกับเนื้อหาของนโยบาย
3. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทของประเทศ และขีดความสามารถของหน่วยงานภาครัฐในการเร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งการนำ“ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)” มาสู่การปฏิบัติ บ่งชี้กฎหมาย โอกาส และอุปสรรค ความเต็มใจ ความพร้อมของ

ทุกภาคส่วน รวมถึงประชาสังคม ในการปกป้องหรือส่งเสริมสุขภาพ และความเท่าเทียมทางสุขภาพ การเรียนรู้จากประเทศอื่นๆที่ได้ทำเรื่อง “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)” เพื่อนำมาถอดบทเรียน มาประยุกต์ใช้ ภายใต้บริบทที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศ

4. จัดทำโครงร่างสิ่งที่จะดำเนินการก่อนหลัง ทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว กำหนดโครงสร้างการทำงานของหน่วยงานหรือสถาบันที่เกี่ยวข้อง ประเด็นหรือหัวข้อในการพัฒนาขีดความสามารถ และนำสิ่งที่วางแผนจะดำเนินการในระยะกลาง (1-3 ปี) แลระยะยาว (5-8 ปี) เพื่อหาหน่วยงานนอกภาคส่วนสุขภาพที่มีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะดำเนินการในเรื่อง ความเท่าเทียมทางสุขภาพ ความเท่าเทียมทางเพศ หรือด้านสิ่งแวดล้อม
5. ประเมินบริบททางนโยบายและการเมือง ค้นหาประเด็นที่เป็นผลประโยชน์หรือความต้องการร่วม ประเด็นความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มจะสนับสนุน กลุ่มคัดค้าน ในการนำสุขภาพเป็นทางเลือก มีกลุ่มหรือสื่อใดได้ทำการเจาะลึกในประเด็นดังกล่าวอยู่หรือกำลังทำเรื่องนั้นอยู่ เพื่อที่จะดึงมาเป็นพันธมิตรเชิงยุทธศาสตร์ ในการสนับสนุนให้เกิด “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)” ในทุกภาคส่วน
6. จัดทำแผนในภาพรวม แนวทางการกำกับ วิธีการดำเนินการ การสร้างขีดความสามารถองค์กรหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง การจัดการด้านการเงิน บุคคลากร และการสนับสนุนทางเทคนิคที่จำเป็น

2. กรอบในการวางแผน (Frame planned action)

มีหลายรูปแบบในการจัดทำแผน รูปแบบที่ 1 คือ จัดทำแผนในรูปแบบของแผนกลยุทธ์ที่พัฒนาโดยเชื่อมโยงประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องภายใต้แผนกลยุทธ์เดียวกัน เพื่อที่จะบรรลุวิสัยทัศน์หรือพันธกิจ รูปแบบที่ 2 จัดทำแผนโดยเขียนแยกเป็นแผนปฏิบัติการโดดๆ รูปแบบที่ 3 คือ จัดทำแผนในรูปแบบของการนำภาคส่วนต่างๆมาบูรณาการแผนการทำงานร่วมกัน โดยกิจกรรมหลักสำหรับแผนในรูปแบบที่ 3 ประกอบด้วย

1. กำหนดบริบทที่จะนำ “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) “ มาประยุกต์ใช้ และระบุวิธีการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ที่คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ จากนั้นพัฒนาแผนปฏิบัติการที่บูรณาการแบบข้ามภาคส่วน ซึ่งเป็นทั้งแผนปฏิบัติการของภาคส่วนของตน ในขณะเดียวกันก็เป็นแผนที่ได้บูรณาการกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในภาพรวม โดยที่กระทบต่อสุขภาพน้อยที่สุด (กำหนดแผนโดยใช้แนวทาง HiAP)
2. กำหนดข้อมูลที่ต้องการ วิเคราะห์เพื่อหาหลักฐานที่จำเป็นสำหรับการวางแผน กำกับติดตามประเมินผล การทบทวนข้อมูลข่าวสารหรือวรรณกรรม รวมถึงการบ่งชี้แหล่งข้อมูลข่าวสารใหม่ และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จำเป็น รวมถึงการวิเคราะห์ กฎหมายหรือกฎระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง
3. กำหนดโครงสร้างและกระบวนการที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการดำเนินการ “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) “ การดำเนินการในเบื้องแรกอาจจะใช้โครงสร้างและกระบวนการวางแผนเชิงนโยบายหรือกลยุทธ์ที่ภาครัฐใช้อยู่เดิม จากนั้นค่อยเพิ่มบทบาทหน้าที่ที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละหน่วยงาน และแนวทางที่แต่ละหน่วยงานจะต้องดำเนินการเพื่อสนับสนุนแนวทาง “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) “
4. พิจารณาในส่วนของทรัพยากรบุคคล การเงิน และความรับผิดชอบในการดำเนินการตามแผน ซึ่งการเพิ่มจำนวนบุคลากรอาจจะไม่จำเป็น แต่การปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานรวมถึงการกำหนดการบรรยายลักษณะงาน (Job description) ขึ้นมาใหม่มีความจำเป็นมากกว่า

3. กำหนดโครงสร้างและกระบวนการสนับสนุน (Identify supportive structures and processes)

"ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " ต้องการ (1) การมีส่วนร่วมแบบมุ่งมั่นของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาคส่วนสุขภาพและนอกภาคสุขภาพ และ (2) การดำเนินการที่คำนึงถึงผลต่อสุขภาพในทุกระดับของหน่วยงานภาครัฐ โดยโครงสร้างในที่นี้หมายถึง คณะกรรมการที่ประกอบด้วยผู้แทนจากกรมฯ/กองต่างๆ หรือในรูปของคณะกรรมาธิการของรัฐสภา มีส่วนช่วยสนัยสนุนกระบวนการตามแนวทาง "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " สู่การปฏิบัติ โดยกิจกรรมหลักประกอบด้วย

1. กำหนดหน่วยงานหลักในการนำ (Lead Agent) หน่วยงานหลักมีหน้าที่บริหารจัดการ นำสู่การปฏิบัติ รับผิดชอบและขับเคลื่อนให้ไปสู่ความสำเร็จ ตามแนวทาง "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " ซึ่งครอบคลุมทั้งประเด็นที่หลากหลาย เช่น การค้า สุขภาพ สิ่งแวดล้อม ฯลฯ และหน่วยงานหลักมีหน้าที่ ลำดับความสำคัญ การประเมินผลต่อสุขภาพ (Assess) การประเมินผล (Evaluation) องค์กรหลักในการนำขึ้นกับบริบทของแต่ละประเทศ อาจจะเป็นองค์กรเดี่ยว เช่น กระทรวงสาธารณสุข หรือสำนักนายกรัฐมนตรี หรือภาครัฐอื่นๆ การได้รับการสนับสนุนทางการเมืองเป็นสิ่งที่สำคัญ และตัวอย่างในบางประเทศถือเป็นจุดนำเข้า (Entry Point) ของแนวทาง "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " ไปสู่การปฏิบัติ ในบางประเทศ นโยบายถูกขับเคลื่อนโดยที่ปรึกษาอาวุโสภายในสำนักนายกรัฐมนตรี หรือในคณะรัฐมนตรี หรือในบางประเทศต้องประสานกับคณะกรรมาธิการหรือคณะกรรมการชุดต่างๆของรัฐสภา
2. พิจารณาโอกาสและความเป็นไปได้ในการจัดรูปแบบการทำงาน เช่น จากบนลงล่าง (Top Down) หรือ จากล่างขึ้นบน (Bottom up) หรือจะใช้การจัดการทางแนวราบเพื่อสนับสนุนแนวทาง "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " แต่ไม่ว่าจะใช้รูปแบบใด การบูรณาการแบบข้ามภาคส่วนในรูปของคณะกรรมการต้องถูกสร้างขึ้น แบ่งได้เป็น
   2.1. คณะกรรมการภาครัฐ โดยไม่ได้กำหนดประเด็นเฉพาะทางด้านสุขภาพ แต่เป็นประเด็นที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ
   2.2. คณะกรรมการภาครัฐ โดยกำหนดประเด็นเฉพาะที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่นเรื่องโภชนาการ อนามัยเด็ก หรือผู้สูงอายุเป็นต้น
   2.3. คณะกรรมการที่มากจากตัวแทนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลาย ซึ่งมีได้หลายรูปแบบ และในหลายประเทศ คณะกรรมการสาธารณสุขของรัฐสภาจะเป็นผู้ทำหน้าที่ประสานข้ามภาคส่วน
3. ส่งต่อไปหน่วยงานที่รับผิดชอบวาระหรือประเด็นดังกล่าวโดยตรง เพื่อช่วยให้เกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยนแบบข้ามภาคส่วนเพื่อให้เกิดการดำเนินการหรือการพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพอย่างบูรณาการแบบข้ามภาคส่วนอย่างเป็นทางการ ยกตัวอย่างเช่น ไปยังคณะกรรมาธิการหรือคณะกรรมการเพื่อไปกำหนดไว้ในกฎหมายระดับต่างๆ เช่น รัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติ พระราชกฤษีกา หรือกฎระเบียบต่างๆ หรือไปยังกรรมการสิทธิมนุษยชนเพื่อไปสู่กลไกการรายงานทางสิทธิมนุษยชน ไปสู่กรรมาธิการงบประมาณ เพื่อใช้งบประมาณร่วมกัน หรือไปสู่องค์กรระหว่างประเทศเพื่อไปสร้าง ข้อตกลงระหว่างประเทศ หรือความมุ่งมั่นระดับโลกเกี่ยวกับวาระการพัฒนาสุขภาพ เช่น กฎบัตร หรือคำประกาศ ต่างๆ เป็นต้น
4. สร้างกลไกความรับผิดชอบเพื่อให้การจัดการแบบข้ามภาคส่วนสามารถปฏิบัติได้จริง ตัวอย่างของกลไกความรับผิดชอบที่มีศักยภาพได้แก่ การตรวจติดตามโดยบุคคลที่ 3 ที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Auditing) การทำให้เกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ การเปิดให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารอย่างเปิดเผยและสู่สาธารณะ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในทุกระดับรวมถึงภาคประชาสังคม

4.สนับสนุนการประเมินผลต่อสุขภาพและสร้างผูกพัน (Facilitate assessment and engagement)

มีความจำเป็นที่จะต้องประเมินผลต่อสุขภาพ และการส่งเสริมความตระหนักถึงผลต่อสุขภาพ และสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจของชุมชนและภาครัฐ ซึ่งมีเครื่องมือที่หลากหลาย ได้แก่ การเปิดกว้างในการจัดทำนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดการพิจารณาอย่างรอบด้าน ในหลายกรณี ความเจ็จของการสร้างความผูกพันเกิดกจากการประเมินประเด็นที่เป็นที่สนใจร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอาจจะเป็นประชาชนทั่วไป หรือกลุ่มเฉพาะในชุมชน/ประเทศนั้น โดยกิจกรรมหลักประกอบด้วย

1. ประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่สืบเนื่องจากนโยบายสาธารณะ โดยแต่ละภาคส่วนแยกไปทำการประเมินกันเอง หรือประเมินแบบบูรณาการแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เครื่องมือที่นำมาใช้ได้แก่ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (Health Impact Assesment หรือ HIA) การวิเคราะห์สุขภาพและความเท่าเทียมสุขภาพ (Health and Equity in health lens analysis) การประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (Enivironmental Impact Asssement หรือ EIA) การตรวจติดตามนโยบายโดยบุคคลที่ 3 ที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Policy Audit) การทบทวนงบประมาณ (Budgetary review) และอาจจะพิจารณานำเครื่องมือเหล่านี้ไปใช้ได้แก่ การประเมินด้านความเท่าเทียมทางเพศ (Gender lens) และการตรวจติดตามทางสิ่งแวดล้อม (Environmental audit) เป็นต้น
2. กำหนดกลุ่มหรือชุมชนเป้าหมายที่มีโอกาสได้รับผลกระทบจากนโยบายที่มีอยู่หรือนโยบายที่จะกำหนดขึ้นใหม่ และเชิญให้มารับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลต่อสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบ และกำหนดทางเลือกทางนโยบาย เครื่องมือที่ใช้อย่างเป็นทางการได้แก่ สมัชชาสุขภาพ (health assemplies) สภาพลเมือง (citizen juries) การประชุมของชุมชน/ท้องถิ่น (Community Town Hall Discussion) การประชุมเพื่อปรึกษาหารือ (Deliberative Meeting) และแบบที่ไม่เป็นทางการได้แก่ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) การกำหนดทางเลือกผ่าน Online เช่น การตั้งกระทู้ผ่านทางอินเทอร์เนต หรือการใช้ Social Media ซึ่งมีประสิทธิภาพในบางบริบท โดยขอบเขตและความเข้มข้นของการมีส่วนร่วมแบบผูกพันของชุมชนขึ้นกับกรอบเวลา การให้ความสำคัญทั้งในด้านการเมือง และทรัพยากร
3. บ่งชี้ตัวบุคคลผู้ที่สามารถมีอำนาจตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย หรือนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และเชิญมาร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนเพื่อให้เข้าใจร่วมกันใน แนวคิด มุมมอง และการให้ความสำคัญในประเด็นต่างๆ ข้อห่วงกังวล และข้อเสนอแนะ ในขณะเดียวกันก็แลกเปลี่ยนในประเด็นสุขภาพว่าจะเกิดผลกระทบที่ตามมาจากนโยบายนั้นอย่างไร และลองกำหนดนโยบายที่จะเกิดประโยชน์ร่วมกันทุกฝ่าย และเป็นนโยบายที่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ โดยการแลกเปลี่ยนพูดคุย มีหลายรูปแบบ เช่น (1) การปรึกษาหารือแบบหนึ่งต่อหนึ่ง (2) ตั้งคณะกรรมการวางที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วนเพื่อวาแผนและจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกัน หรือ (3) จัดประชุมแบบข้ามภาคส่วน โดยจัดให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องประชุมและเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนร่วมกัน
4. ค้นหากลไกเพื่อให้เกิดการพิจารณาอย่างรอบด้านในช่วงของกระบวนการจัดทำกฎระเบียบข้อบังคับ หรือกฎหมาย โดยการบ่งชี้โอกาสสำหรับประเด็นที่เกี่ยวกับ “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) ประกอบด้วย
   - 4.1. พิจารณาประเด็นสุขภาพที่จะตามมาจากนโยบายอย่างรอบด้านโดยคณะกรรมการที่ตั้งขึ้นจากผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องนั้นๆโดยตรง
   - 4.2. รับฟังความเห็นและขอคำปรึกษาจากสาธารณะ (Public Hearing and public Consultation)
   - 4.3. ตั้งกลุ่มตามประเด็นและการสร้างเอกภาพในช่วงของการจัดทำข้อบังคับหรือกฎหมาย
   - 4.4. ส่งรายงานทางสาธารณสุขไปยังสภา (รัฐสภาหรือสภาท้องถิ่น)

5. มั่นใจการกำกับติดตามประเมินผลและรายงาน (Ensure monitoring, evaluation and reporting)

"ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)" ไม่ใช่จุดสุดท้ายในตัวมัน แต่มันวิธีการที่ต่อเนื่องที่จะส่งเสริมสุขภาพและความเท่าเทียมทางสุขภาพและระบบสุขภาพ ดังนั้นการกำกับติดตามประเมินผลความก้าวหน้าเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน แต่มีความสำคัญในการรวบรวมหลักฐานว่ากิจกรรมใดประสบผลสำเร็จและประสบผลสำเร็จเนื่องจากเหตุผลใด และบ่งชี้ว่าอะไรคือสิ่งท้าทายและค้นหาการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) โดยกระบวนการนี้สามารถใช้การติดตาม ประเมินผลตามโครงสร้างและกรอบการดำเนินการตามปรกติของแต่ละประเทศก็ได้ ซึ่งโดยทั่วไปทุกประเทศก็ได้วางระบบการกำกับติดตามประเมินผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่ขอทุนต่างประเทศมาดำเนินการ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องทำให้มั่นใจว่า แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่เกิดจากนโยบายตามแนวทาง "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)" ซึ่งมีโอกาสที่จะส่งผลต่อสุขภาพ หรือความเท่าเทียมทางสุขภาพ ได้ถูกบูรณาการในระบบการกำกับติดตาม ประเมินผล ในกรณีที่ภาคส่วนสุขภาพ (Health sector) ทำบทบาทหลักในเรื่อง HiAP กิจกรรมสำคัญประกอบด้วย

1. จัดทำแผนในการกำกับติดตามประเมิน โดยพัฒนากรอบแนวทางในการประเมินผลและบูรณาการ การติดตามประเมิน เข้าไปยังกระบวนการ "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)" ดูภาคผนวกที่ 1 เป็นตัวอย่างของผลลัพธ์หลัก (Key result area)
2. บ่งชี้โอกาสในการบูรณาการงานกับพันธมิตรหลักทั้งในภาครัฐ ,NGO, ภาคเอกชนและประชาสังคม
3. บ่งชี้พื้นที่เป้าหมาย และกำหนดเครื่องชี้วัดและเป้าหมายที่เหมาะสม และทำการวัดตามเครื่องชี้วัด (วัดก่อนดำเนินการเพื่อเป็น base line data และภายหลังการดำเนินการ)
4. กำกับติดตามและประเมินผลตามแผน และตามกรอบเวลาที่ได้ตกลงร่วมกัน
5. เผยแพร่บทเรียนที่ได้จากการเรียนรู้ เพื่อที่ใช้ในการปรับปรุงในรอบต่อไป

6. การเพิ่มขีดความสามารถ (Build capacity)

การส่งเสริมและการดำเนินการ "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)" จำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะใหม่ให้กับบุคลากรและองค์กรระดับต่างๆ โดยการอบรมแบบเป็นทางการได้แก่ การฝึกอบรมหรือสัมมนาในสถาบันการศึกษา หรืออบรมแบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ เช่น การเผยแพร่ความรู้และทักษะผ่านทางอินเทอร์เนต โดยกิจกรรมที่สำคัญได้แก่

1. ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความรู้และทักษะในเรื่อง
   1.1. การวิเคราะห์ประเด็นอื่นๆ ที่นอกเหนือประเด็นทางสุขภาพ เช่น กฎหมายและข้อกำหนดของนโยบายต่างๆ
   1.2. การสื่อสารสิ่งที่ได้ดำเนินการ (Finding) ให้แก่ ผู้กำหนดนโยบายและชุมชน
   1.3. เข้าใจผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจเชิงนโยบายจากภาคส่วนต่างๆ
   1.4. การมีส่วนร่วมและผูกพันกับภาคส่วนอื่นๆในการเพิ่มความตระหนักในผลลัพธ์ทางสุขภาพ และได้เรียนรู้เป้าหมายหรือความสนใจในเชิงผลประโยชน์ (interest)ของภาคส่วนอื่น เช่น ด้านการค้า เศรษฐกิจ เป็นต้น
   1.5. สร้างขีดความสามารถให้กับหน่วยงาน/สถาบันต่างๆ รวมถึงพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร โดย
      1.5.1. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้หลากสาขาวิชาชีพ
      1.5.2. พัฒนาความรู้และทักษะในเรื่อง "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)" ให้กับบุคลากรสาธารณสุข
      1.5.3. เพิ่มกิจกรรมที่เกี่ยวกับ "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)" เข้าไปในคำบรรยายลักษณะงาน (Job Descrtiption) และสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข

1.5.4. รวมเรื่องการอบรมบุคลากรสาธารณสุขเข้าไปในหลักสูตรการศึกษาอย่างเป็นทางการของนักศึกษาที่จะมาทำหน้าที่วิชาชีพสาธารณสุขในอนาคต รวมถึงหลักสูตรการศึกษาของวิชาชีพอื่นๆ โดยเฉพาะข้าราชการ นักข่าว และสาธารณชน

1.5.5. จัดการเรียนรู้เชิงการทดลองภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญหรือสถาบันที่มีความเชี่ยวชาญ และส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในประเทศ

1.6. พัฒนาขีดความสามารถในการศึกษาวิจัยของสถาบันทางวิชาการด้านสาธารณสุข และการศึกษาวิจัยที่เป็นสหวิชาชีพในเรื่องสุขภาพของประชาชน ซึ่งรวมถึงการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์เชิงนโยบายและการพัฒนาแนวทางการแก้ปัญหา รวมถึงความพยายามในการแบ่งปันความเชี่ยวชาญ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านเทคนิคที่มีคุณภาพให้กับทุกภาคส่วน

1.7. พัฒนาความเข้มแข็งของการเรียนการสอนและการประสานความร่วมมือด้านการวิจัยแบบข้ามภาคส่วน ซึ่งส่วนนี้อาจจำเป็นต้องการสนับสนุนแหล่งบประมาณใหม่ และการส่งเสริมให้ผู้บริหารของสถานบันวิชาการเห็นประโยชน์จากการประสานความร่วมมือ

1.8. พัฒนาขีดความสามารถในเรื่องการประเมินผลกระทบทางต่อสุขภาพให้กับกระทรวงอื่นๆ โดยเพิ่มเข้าในกระบวนการของกระเมินผลกระทบทางนโยบาย และกลุ่มนี้จัดเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่ภาคส่วนสุขภาพต้องเข้าไปให้คำแนะนำหรือคำปรึกษา

1.9. พัฒนาขีดความสามารถให้กับชุมชน ด้วยการสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการ “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) “ ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ในด้านนโยบาย (Policy Literacy) ฝึกอบรมผู้นำชุมชนถึงเทคนิคในการสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ การตัดสินใจที่จะดำเนินการ การดำเนินการ และการประเมินผลการดำเนินงาน “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) “

บทบาทและความรับผิดชอบ (ROLES AND RESPONSIBILITIES)

บทความหลักของภาคส่วนสุขภาพ (A key role for the health sector)

แม้ว่าในภาพรวมแล้ว รัฐบาลต้องรับผิดชอบในสุขภาพของประชาชน แต่หน่วยงานทางด้านสุขภาพทุกระดับเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการส่งเสริมให้เกิด “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) “ เนื่องจากแต่ละประเทศมีโครงสร้างทางการเมืองและการบริหารจัดการที่แตกต่างกันจึงไม่มีรูปแบบที่ตายตัวรูปแบบเดียวในการดำเนินการ (ระบบการบริหารราชการแผ่นดินของประเทศไทย ประกอบด้วย ราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น โดยราชการส่วนกลางแบ่งอำนาจ (Deconcentration) ให้ราชการส่วนภูมิภาคที่ประกอบด้วยจังหวัดและอำเภอ และกระจายอำนาจ (Decentralization) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ กทม. เมืองพัทยา อบจ. เทศบาล อบต. แม้จะมี พรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 แต่การกระจายอำนาจก็ยังไม่มากเท่าที่ควร บริการสาธารณะที่ควรเป็นบทบาทของท้องถิ่น ทั้งการศึกษาและการสาธารณสุข ก็ยังอยู่ในการบริหารของราชการส่วนภูมิภาคอยู่) แต่ถึงอย่างไรก็ตาม 6 องค์ประกอบที่ได้กล่าวมาแล้ว สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละบริบทที่มีสถานการณ์และเงื่อนไขที่แตกต่างกัน โดยกิจกรรมที่ได้รับการพิสูจน์เกิดประโยชน์ได้แก่

1. จัดให้มีการสนทนาแลกเปลี่ยนอย่างสม่ำเสมอระหว่างภาคส่วนต่างๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ
2. ให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปกป้องสุขภาพ และให้นำเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมเป็นหัวข้อสาธารณะในการบรรยายหรือการพูดคุยแลกเปลี่ยน

3. ฝึกอบรมในหัวข้อ การบริหารนโยบาย การประเมินผลนโยบาย การเจรจาต่อรอง
4. ส่งเสริมการทำงานร่วมกันและการเจรจาต่อรองเพื่อให้ทุกภาคส่วนได้ประโยชน์ร่วมกัน ไม่มีภาคส่วนไหนได้ทั้งหมดหรือเสียทั้งหมด โดยให้เกิดประโยชน์สูงสุดในภาพรวม โดยกระทบต่อสุขภาพให้น้อยที่สุด
5. สร้างองค์ความรู้โดยอิงหลักฐานที่ประสบความสำเร็จหรือจากการถอดบทเรียน

ในกรณีที่ตัดสินในที่จะดำเนินการ “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) แล้ว การที่จะทำให้เกิดความก้าวหน้าของการดำเนินการได้นั้น ความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแสวงหาโอกาสเชิงรุกในการประสานความร่วมมือและมีอิทธิพลในการจูงใจภาคส่วนอื่นๆ ความสามารถในการสื่อสารกับ ผู้บริหารหรือนักการเมือง ข้าราชการ องค์กรภาคประชาสังคม ภาคส่วนเอกชน ทั้งภาคส่วนสุขภาพและภาคส่วนอื่นๆ เป็นสิ่งที่จำเป็น

การดำเนินการระดับโลก (Global action)

การกำหนดนโยบายในระดับประเทศนั้น ไม่สามารถที่จะทำได้อย่างอิสระหรือแยกขาดจาก โลกาภิวัตร การพัฒนาและการอภิบาลในระดับโลก (Global Development and Governance) เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวส่งผลกระทบทั่วทั้งโลก และเกินกว่าที่จะจัดการโดยประเทศใดประเทศหนึ่งได้ การประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ ในระดับรัฐต่อรัฐ หรือระหว่างหน่วยงานของรัฐระหว่างประเทศ โดยทำในรูปของพหุภาคี หรือทวิภาคี หรือแบบภูมิภาค เพื่อประสานการดำเนินการทางด้านสุขภาพและหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพ หลายหน่วยงานภายใต้องค์การสหประชาชาติ (UN) และการประชุมระดับโลกสามารถสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการเพื่อยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (ตัวอย่างเช่น การศึกษา สิ่งแวดล้อม ผู้อพยพลี้ภัย ความเท่าเทียมทางเพศ สิทธิมนุษยชน ฯลฯ) การเพิ่มความตระหนักในผลต่อสุขภาพมีศักยภาพในการยกระดับสุขภาพและความเท่าเทียมทางสุขภาพ ในกรณที่องค์การสหประชาชาติได้กำหนดนโยบายระดับโลก โดยผ่านการรับรองของประเทศสมาชิกแล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรใช้โอกาสนี้ ให้ข้อเสนอแนะในประเด็นของสุขภาพของทุกคนและทุกกลุ่ม แก่ทุกภาคส่วนในช่วงของการจัดทำนโยบายทั้งในระดับชาติหรือในระดับพื้นที่

บทบาทขององค์การอนามัยโลก (The role of WHO)

องค์การอนามัยโลกมีบทบาทในการชี้นำความคิดริเริ่มของหลายภาคส่วน เช่น จรรยาบรรณในการส่งเสริมการตลาดของผลิตภัณฑ์ทดแทนนมแม่ กรอบข้อตกลงในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และประมวลหลักปฏิบัติระดับโลกเรื่องการรับบุคคลากรสาธารณสุขเข้าปฏิบัติงานระหว่างประเทศ (Global code of practice on the internation recruitment of health personnel) และในเรื่องของ “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) โดยกิจกรรมดังกล่าวส่งเสริมให้เกิด

1. การคำนึงถึงสุขภาพ ถูกกำหนดในนโยบายทั้งระดับโลกและระดับภูมิภาค และหน่วยงานภายใต้องค์การสหประชาชาติ
2. ส่งเสริมให้เกิดการดำเนินการเพื่อยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม
3. สนับสนุนนโยบายในการคุ้มครองและส่งเสริมสุขภาพในระดับโลก
4. สนับสนุนให้การดูแลสุขภาพทุกคนและทุกกลุ่มเข้าไปอยู่ในเครื่องชี้วัดในการเปรียบเทียบระดับการพัฒนา
5. กำหนดให้ประเด็นที่อุบัติใหม่ที่มีศักยภาพที่จะคุกคามสุขภาพเช่น การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศของโลก การดื้อยาปฏิชีวนะ ผลกระทบทางลบจากแนวปฏิบัติทางการค้าของสินค้าบางประเภท เป็นต้น เป็นวาระของโลก

องค์การอนามัยโลกยังมีบทบาทในระดับประเทศ โดยมีส่วนร่วมกับหน่วยงานอื่นๆของสหประชาชาติในการดำเนินแผนงาน หรือให้ทุนสนับสนุน โดยองค์การอนามัยโลกมีบทบาทในการให้การช่วยเหลือทางเทคนิค และให้ข้อเสนอแนะให้กับประเทศต่างๆ ที่มีความพยายามที่จะดำเนินการเกี่ยวกับ “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)” ตัวอย่างเช่น

1. รวมรวมประสบการณ์ และการปฏิบัติที่เป็นเลิศ รวมถึงความท้าทายในการดำเนินการ “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)”
2. ให้ความช่วยเหลือทางด้านเทคนิคในประเทศที่มีความมุ่งมั่นนำ “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)” สู่การปฏิบัติ
3. จัดทำแนวทางในการติดตามกำกับและประเมินผล
4. จัดหาผู้เชี่ยวชาญในการวิเคราะห์ผลของนโยบายต่างๆต่อสุขภาพ ของ กฎหมายระหว่างประเทศ ซึ่งรวมถึงเรื่องข้อตกลงทางการค้าและการลงทุน

การขับเคลื่อนไปข้างหน้า (MOVING FORWARD)

“ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)” มีความก้าวหน้าในการดำเนินการ และคำกล่าวที่ว่า “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)” เป็นคำที่พูดติดปาก นอกจากจะสามารถสร้างแรงบันดาลใจแล้วยังสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วย โดยทุกครั้งที่จะตัดสินใจเชิงนโยบายจะต้องระลึกถึงคำว่า “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)” อยู่เสมอ

“ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)” มีส่วนช่วยทำให้ สหัสวรรษเพื่อการพัฒนา (MDGs) เกิดผลสำเร็จ โดยในการร่างวาระการพัฒนาภายหลังจากปี 2015 ซึ่งเป็นปีสิ้นสุดของการดำเนินการ MDGs ก็ได้นำแนวคิด “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)” เข้าไปอยู่ในร่างด้วย (หลังปี 2015 UN ประกาศวาระ 2030 Sustainable Development Goal หรือ SDGs)

****

ภาคผนวกที่ 1 ตัวอย่างของ Key Result Area ของ "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)

ตัวอย่างเครื่องชี้วัด การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (ตามประเภท ภาคส่วน หรือระดับ) การปรับเปลี่ยนโครงสร้างหรือวัฒนธรรมองค์กร (เช่น คณะกรรมการระหว่างกระทรวง หรือระหว่างกรมฯต่าง) โอกาสที่จะเกิดการดำเนินการร่วมกัน (Joint Action) และความเต็มใจในการแบ่งปันข้อมูลและความเชี่ยวชาญ โดยมิติที่หลากหลายในการวัด "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " ประกอบด้วย (รวมที่เกี่ยวกับกระบวนการ)

1. **การประเมินในส่วนของความพร้อมในการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในเรื่อง "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)** สิ่งที่จำเป็นต้องเตรียมพร้อมคือ
   - 1.1. กำหนดความต้องการและเลือกให้ความสำคัญใน "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP)
   - 1.2. จับคู่อย่างเข้าใจระหว่าง ประเด็นทางสุขภาพ และ ความสนใจ (Interest) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ
   - 1.3. ใช้โครงสร้างที่มีอยู่ในการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนสนทนาของทุกภาคส่วน
   - 1.4. วิเคราะห์และสื่อสารผลกระทบต่อสุขภาพ
   - 1.5. เจรจาต่อรองให้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายอย่างเต็มใจ
   - 1.6. สร้างความผูกพันกับชุมชน
   - 1.7. มีการสะท้อนกระบวนการดำเนินการ ความสัมพันธ์และบทเรียนที่ได้
2. **ประเมินผลลัพธ์จากการนำ "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) ไปใช้ (Asessing effects of HiAP applications)**
   - 2.1. มีตัวอย่างที่จะแสดงให้เห็นว่ามีการนำแนวทาง "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " ไปใช้ โดยทำให้การกำหนดนโยบายสาธารณะคำนึงถึงเรื่องสุขภาพ (เช่น การปกป้องสุขภาพ นำประเด็นสุขภาพมาสู่การพิจารณา การสนับสนุนความเท่าเทียมทางสุขภาพ การพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืนและการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ)
   - 2.2. มีตัวอย่างของนโยบายที่นำแนวทาง "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " ไปใช้หรือไม่ ถ้าไม่มี เพราะเหตุใด
   - 2.3. มีการต่อรองโดยให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพเมื่อไหร่ และด้วยเหตุผลใด และเต็มใจที่จะปรับเปลี่ยนหรือไม่ มีระบบการสนับสนุนในการนำแนวทาง "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " อย่างเป็นระบบหรือไม่ และได้เรียนรู้จากความสำเร็จหรือล้มเหลว อย่างไร
3. **ประเมินประสิทธิผลของแนวทาง "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) Assessing effectiveness of the HiAP approach:**
   - 3.1. การวัดผลลัพธ์ระยะยาว แนวโน้มของปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health determinant) และความเท่าเทียมทางสุขภาพ และปัจจัยทางสังคม (Social Determinant)
   - 3.2. มีการเปลี่ยนแปลงที่วัดได้ ของทัศนคติ และความเข้าใจที่มากขึ้นเกี่ยวกับ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ของบุคคลและชุมชนของภาคส่วนสุขภาพและภาคส่วนอื่นๆ
   - 3.3. ประเมินความต้องการอย่างต่อเนื่องของ "ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) " และการประเมินทางด้านต้นทุนประสิทธิผล

****

การส่งเสริมสุขภาพกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG)

แปลจาก จากรายงาน การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกที่ นครเซี่ยงไฮ้ 21-24 Nov 2016

การประชุมที่นครเซี่ยงไฮ้ จุดเปลี่ยนทางการเมืองสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ

โลกมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากตั้งแต่ Ottawa charter (1986) ซึ่งได้รับการยอมรับอย่างมากเมื่อ 30 ปีที่แล้ว โลกาภิวัตร ,Internet และการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ เป็นตัวอย่างของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลอย่างมากต่อโลกใบนี้ และคุกคามสุขภาพและความเป็นอยู่ของของประชากรโลก ในขณะที่โลกกำลังเปลี่ยนแปลง แนวคิดและขอบเขตใหม่ ของการส่งเสริมสุขภาพ ก็ถึงจุดเปลี่ยนผ่านเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของโลกเช่นกัน ผลของการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 9 ที่นครเซี่ยงไฮ้สะท้อนให้เห็นความจริงที่ว่านี้ การส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นในการตอบโต้กับความท้าทายดังกล่าว รวมถึงความมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั้งยืน (Sustainable Development Goals :SDGs)

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายจำนวนมากกว่า 1,260 คน ได้เข้าร่วมในการประชุมในครั้งนี้ที่นครเซี่ยงไฮ้ เป็นสิ่งยืนยันว่า จะมีการดำเนินการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอย่างเข้มแข็งภายหลังการประชุม ซึ่งเป็นที่แน่ชัดแล้วว่า “สุขภาพเป็นประเด็นทางการเมือง (ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น)” ดังนั้น ทางเลือกและความมุ่งมั่นทางการเมืองจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

การประชุมนี้ถือเป็นจุดเปลี่ยนทางการเมืองสำหรับสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ นโยบายและความมุ่งมั่นระดับชาติของหลายๆประเทศที่ได้เข้าร่วมประชุม โดยเฉพาะประเทศเจ้าภาพคือสาธารณรัฐประชาชนจีน ส่งสัญญาณที่ชัดเจนได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นวาระของโลกและสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงโลกได้ ทำให้เชื่อมั่นได้ว่า ประชาชนสามารถที่จะบรรลุศักยภาพสูงสุดในเรื่องของศักดิ์ศรี ความเท่าเทียม และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ

สุขภาพดีต้องมาจากการเมืองที่ดีด้วย การประชุมครั้งนี้เรียกร้องให้ทุกภาคส่วนทั่วโลก ได้แก่ ผู้นำ ผู้กำหนดนโยบาย ชุมชุม ที่ต้องเลือกให้ความสำคัญกับสุขภาพ และอย่าปล่อยใครไว้ข้างหลัง

คำกล่าวของบุคคลสำคัญในพิธีเปิดการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 9 ที่นครเซี่ยงไฮ้

นายหลี่ เค่อเฉียง นายกรัฐมนตรี สาธารณรัฐประชาชนจีน เป็นประธานเปิดการประชุม การส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 9 ที่นครเซี่ยงไฮ้
“สุขภาพคือพื้นฐานสำหรับการพัฒนาและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน และเป็นเครื่องหมายแสดงถึงความเจริญรุ่งเรืองและความก้าวหน้าของประเทศชาติ “

ค.ศ.2016 เป็นปีแรกของการดำเนินการตาม วาระ 2030 สำหรับการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) หัวข้อหลักในการประชุมครั้งนี้คือ “การส่งเสริมสุขภาพสู่เป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน “ โดยการส่งเสริมสุขภาพจะเป็นบทบาทหลักที่สำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน การแลกเปลี่ยนจากที่ประชุมในหัวข้อดังกล่าว จะส่งเสริมให้เกิดการเสริมพลังในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เกิดการอภิปรายแลกเปลี่ยนเชิงนโยบาย เพื่อที่จะสร้างรูปแบบของความร่วมมือเพื่อให้เกิดธรรมาภิบาลทางสุขภาพ “ การส่งเสริมสุขภาพ คือ ความพยาบาลร่วมกันของมนุษยชาติ “

ประธานธิบดี สี่จิ้นผิง ประกาศนโยบายที่จะสร้าง Healthy China และภายใต้แนวคิดของ องค์การสหประชาชาติ (UN) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ในเรื่องการพัฒนาที่ยั่งยืน ประเทศจีนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในวาระของโลกในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และจะให้ความช่วยเหลือประเทศที่กำลังพัฒนาในเรื่องดังกล่าวด้วย ทุกคนมุ่งหวังที่จะมีสุขภาพดี การส่งเสริมสุขภาพคือความรับผิดชอบร่วมกันของทุกประเทศ ที่จะทำให้โลกใบนี้ดีขึ้นและเป็นโลกที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

บันคีมูน เลขาธิการสหประชาชาติ ในพิธีการเปิดการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 9 ที่นครเซี่ยงไฮ้ “สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป็นศูนย์กลางของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน มันเป็นทั้งสภาวะ ผลลัพธ์ และเครื่องชี้วัดความก้าวหน้า และเป็นเหตุผลที่พวกเราต้องส่งเสริมสุขภาพผ่าน 17 เป้าหมายของ SDG ด้วยนวัตกรรมและความมุ่งมั่น “

ประชาชนต้องการน้ำสะอาด การปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่สะอาด และระบบนิเวศน์ที่เอื้อต่อสุขภาพ เพื่อการเจริญเติบโตที่ดี ประชาชนต้องการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อที่จะถึงระบบบริการสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ โดยไม่หายนะจากค่ารักษาพยาบาล และประชาชนต้องการความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อที่จะสามารถตัดสินใจและจัดการสุขภาพตนเองได้ในเรื่อง โภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพที่ดี และการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งทั้งหมดเป็นความต้องการพื้นฐาน รวมถึงเรื่องความสงบสุข ความเจริญรุ่งเรือง ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของทุกคน ขอให้พวกเรามาร่วมกันส่งเสริมสีขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนและสำหรับโลกใบนี้ อีกทั้งบรรลุคำปฏิญาณที่ว่า "เราจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง “

ดร.มาร์กาเร็ต ชาน ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก (WHO)
“ขอต้อนรับ สู่การที่จะพัฒนาให้ทุกเมืองเป็น เมืองเพื่อสุขภาพ (Healtty City) และมีธรรมาภิบาล (Good Governance) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ “

นายกเทศมนตรี (นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ซึ่งอยู่ใกล้ชิดประชาชนที่สุด สามารถที่จะนำมาตรการการส่งเสริมสุขภาพมาใช้ได้ง่ายกว่าในระดับประเทศ วาระ 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนได้ตระเตรียมรูปแบบสำหรับทุกสังคมที่จะนำไปใช้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องถูกขยายผลจากระดับบุคคลไปสู่ระดับการเมืองและระดับนโยบาย

การส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสำหรับการสาธารณสุขนั้นไม่มีอะไรที่ทำได้ยากลำบากไปกว่า การสื่อสารเพื่อที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งมันไม่ง่ายเหมือนการให้ภูมิคุ้มกันหรือจ่ายยาเพื่อการรักษาผู้ป่วย หรือการแจกมุ้งเพื่อป้องกันยุงก้นปล่องกัดในการป้องกันโรคมาลาเรีย

กลยุทธ์หรือมาตรการที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าได้ผลดีเมื่อนำไปปฏิบัติ คือ การปรับสภาพแวดล้อมที่จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ซึ่งได้ผลมากกว่าการไปทำการรณรงค์ ซึ่งเป็นเพียงการชักจูงผ่านการส่งข่าวสารเพื่อเชิญชวนเท่านั้น นอกจากนี้มาตรการทางกฎหมาย และมาตรการทางการคลังโดยการเก็บภาษี ก็เป็นมาตรการที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพเช่นกันทั้งในระดับชาติหรือในระดับท้องถิ่น

การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ประชาชนใช้ชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องอาศัยความมุ่งมั่นของรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่น อาศัยความกล้าหาญและการปฏิบัติที่คงเส้นคงวาอย่างต่อเนื่อง สุขภาพ เป็นปลายน้ำที่จะสะท้อนความสำเร็จของเป้าหมายอื่นๆที่อยู่ต้นน้ำหรือกลางน้ำ เนื่องจากปัจจัยกำหนดสุขภาพนั้นกว้างขวางมากและมีหลายภาคส่วนรับรับผิดชอบ ความก้าวหน้าของการปรับปรุงในเรื่องสุขภาพจึงขึ้นกับความก้าวหน้าของการดำเนินการในการยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพเหล่านั้น ซึ่งถือเป็นวาระของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเกินกว่าภาคส่วนสาธารณสุขที่จะดำเนินการโดยลำพัง

วาระ 2030 ของการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) และการส่งเสริมสุขภาพ : ความท้าทายและโอกาส

ในวันที่ 25 กันยายน 2558 สมาชิกขององค์การสหประชาชาติจำนวน 194 ประเทศ ลงนามร่วมกัน เพื่อไปสู่วิสัยทัศน์สำหรับอนาคต ในการเปลี่ยนแปลงโลก : วาระ 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal หรือ SDG) ซึ่งประกอบด้วย 17 เป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนสามารถบรรลุศักยภาพในด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเท่าเทียม และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนมีจุดเน้น คือ ให้เกิดความมั่นใจของความเป็นอยู่ที่ดีและสุขภาพของประชาชน และส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะในทุกคนและทุกกลุ่มอายุ

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 9 ที่ นครเซี่ยงไฮ้ ได้วางจุดยืนของการส่งเสริมสุขภาพเข้าไปอยู่ในวาระ 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน คำประกาศเซี่ยงไฮ้ กำหนดให้ สุขภาพและสุขภาวะเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยรับรองว่า สุขภาพเป็นสิทธิสากล เป็นทรัพยากรที่จำเป็นในการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นเป้าหมายทางสังคมร่วมกัน และเป็นเรื่องที่ทุกประเทศต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่เคยปรากฏมาก่อนที่จะกำหนดอย่างชัดเจนว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นศูนย์กลางของวาระของโลกที่จะเปลี่ยนแปลงโลกใบนี้

Figure 1. การส่งเสริมสุขภาพสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (WHO, 2016)

แปลเป็นไทย จาก Health Promotion across Sustainable Development goals (WHO 2016)

บริบทใหม่ และเปลี่ยนผ่านการส่งเสริมสุขภาพสู่มิติใหม่

วาระ ของ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ได้ตระเตรียแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนให้ทุกประเทศและทุกภาคส่วน ทั้งภาคส่วนสุขภาพ และภาคส่วนของการพัฒนาอื่นๆ นำไปใช้ รวมถึงประเด็นในด้านจริยธรรมที่จะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง โดยเป็นแนวทางในการที่จะบรรลุ 17 เป้าหมายหรือจุดหมายปลายทาง โดยลำดับความสำคัญของการใช้ทรัพยากรและเป้าหมายระดับชาติ และแนวทางการดำเนินการเพื่อการบรรลุเป้าหมาย

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ได้กำหนดสิ่งคุกคามที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน และส่งผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ในหลากหลายมิติ เช่นการบริโภคที่เกินพอดี และการใช้ทรัพยากรธรรมชาติที่ไม่ยั่งยืน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้โลกเกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะส่งผลต่อความอยู่รอดของมวลมนุษยชาติ

การเปลี่ยนแปลงของระบบนิเวศ การเดินทางข้ามประเทศที่สะดวกรวดเร็ว ร่วมกับจุดอ่อนของระบบสาธารณสุขทำให้การแพร่กระจายโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ส่งผลต่อระบบความมั่นคงของสุขภาพ ความสงบสุข รวมถึงผลกระทบต่อด้านการท่องเที่ยวและเศรษฐกิจของประเทศ

อุตสาหกรรมที่เกี่ยวกับสินค้าที่ทำลายสุขภาพ เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอร์ เครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลสูง และการส่งเสริมทางการตลาดของสินค้าประเภทดังกล่าวส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพโดยเฉพาะต่อเด็ก และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

ความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมทางสังคม โดยปฏิเสธการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น รวมถึงการเข้าถึงยา ซึ่งนำไปสู่ความไม่สงบทางการเมืองหรือทางสังคมได้

ความก้าวหน้าของระบบข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีด้านการสื่อสาร แปรเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ที่เคยมีกับคนและสิ่งแวดล้อม มาสัมพันธ์กับโลกเสมือนที่ไม่มีจริง หรือ social media ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิต ความโดดเดี่ยว ซึมเศร้า

ความท้าทายที่ได้กล่าวมา รวมถึงความท้าทายอื่นๆ ทำให้บริบททางสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จึงจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องปรับเปลี่ยนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ที่เอื้อต่อสุขภาพ และทำให้ทุกคนและทุกกลุ่มวัยมีความเป็นอยู่และสุขภาพที่ดี ซึ่งจะสำเร็จได้ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นที่การยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยผ่านการบรรลุทั้ง 17 เป้าหมายของ SDGs และจำเป็นต้องใช้แนวทางที่เป็นพลวัตร และรวมพลังทุกภาคส่วนของสังคมมาร่วมกันดำเนินการ

การส่งเสริมสุขภาพได้กำหนดแนวทางในการดำเนินการโดยมุ่งเน้นการตอบสนองในระดับเมือง ไปถึงนโยบายระดับชาติ โดยรวมพลังทุกภาคส่วนมาร่วมกันดำเนินการได้แก่ ภาคส่วนการเงินการคลัง พาณิชยกรรม การศึกษา สวัสดิการสังคมและด้านกฎหมาย SDG ถือเป็นโอกาสเนื่องจากได้ถูกกำหนดเป็นวาระของโลกที่ผูกพันทุกประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติต้องถือปฏิบัติ และได้บูรณาการเรื่องสุขภาพ กับปัจจัยกำหนดสุขภาพ เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยกำหนดสุขภาพส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม เมื่อประชาชนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีแล้ว ย่อมส่งผลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่นเรื่อง เศรษฐกิจ สังคม การศึกษาด้วย

โอกาสขององค์การอนามัยโลก (WHO) และพันธมิตรของ WHO

การจัดการประชุมครั้งนี้เป็นการมีส่วนร่วมใน 3 ระดับคือ ภายใต้การนำของผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ดร.มาการ์เร็ต ชาน คณะทำงานจากสาขาใหญ่ของ WHO ร่วมกับสาขาภูมิภาคของ WHO และตัวแทน WHO ของ

สาธารณรัฐประชาชนจีน ที่ให้การสนับสนุนการประชุมในครั้งนี้ และประสานความร่วมมือกับพันธมิตรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภาครัฐ ประชาสังคม สถาบันการศึกษาและกลุ่มเฉพาะต่างๆ เช่น ภาคส่วนของวัยรุ่น เป็นต้น

ช่วงเวลาของการจัดประชุมนั้นก็ถือเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากเป็นปีแรกของการดำเนินการตามวาระ 2030 ของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และเป็นการจัด Event ครั้งแรกของปีของ WHO ในปีนี้ ที่จะฉายภาพให้เห็นความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องกันระหว่างความสำเร็จของการยกระดับสุขภาพ และความสำเร็จของวาระ 2030 สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน การส่งเสริมสุขภาพเป็นประเด็นที่ได้รับการตระเตรียมเพื่อที่จะรองรับความท้าทายของ SDGs โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบรรลุ 17 เป้าหมายของ SDGs โดยที่สุขภาพ เป็นศูนย์กลางของการการดำเนินการของ SDG และภารกิจของ WHO คือการขยายผลการส่งเสริมสุขภาพไปสู่ทุกระดับเพื่อไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

การส่งเสริมสุขภาพ ศักยภาพในการเปลี่ยนแปลง

การประชุมนี้ได้ขยายขอบเขตการส่งเสริมสุขภาพไปจากเดิม โดยขยายไปสู่เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โดยใช้แนวทางการปรับวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ นอกจากนั้นการประชุมในครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นถึงการบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพเพื่อตอบโต้การระบาดของโรคติดต่อ ภัยคุกคามของการดื้อยาปฏิชีวนะ การพัฒนาเมือง การลดผลกระทบจากความเสี่ยงในเรื่องสาธารณภัย

ผู้บรรยายและผู้เข้าร่วมประชุมได้แลกเปลี่ยนความเห็นในหลากหลายมิติ เช่น มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการสูบบุหรี่ การเพิ่มภาษีความหวานในการควบคุมเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง การสร้างเลนจักรยานในเมือง และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ความเท่าเทียมทางเพศ และสุขภาพของผู้ลี้ภัย โดยได้แลกเปลี่ยนทั้งปัจจัยแห่งความสำเร็จและความล้มเหลว ความจำเป็นที่จะต้องออกมาตรการระดับชาติ เพื่อที่จะสนับสนุนระดับพื้นที่ (เมือง) ซึ่งได้ตอกย้ำได้หลายเวทีถึงความจำเป็นดังกล่าว

เส้นทางจาก กฎบัตรอัตตาวา (1986) ถึง ประกาศเซี่ยงไฮ้ (2016)

สุขภาพ สร้างโดยบุคคล และบุคคลใช้สุขภาพเป็นทรัพยากรในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ทั้งในเรื่อง การเรียนรู้ การทำงาน การเล่น และความรักสุขภาพสร้างโดยการดูแลตนเอง และผู้อื่น เพื่อให้สามารถที่จะตัดสินใจและสามารถที่ควบคุมสถานการณ์ชีวิตของตนได้ และต้องมั่นใจว่า สังคมที่คนนั้นอยู่ได้สร้างเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้คนนั้นสามารถพัฒนาสุขภาพของตนได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยทุกสมาชิกของสังคมได้ร่วมด้วยช่วยกันในการพัฒนาสุขภาพของทุกคนในสังคม

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 9 ที่นครเซี่ยงไฮ้ เกิดภายหลังการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 1 ที่กรุงอ็อตตาวาถึง 30 ปี โดย กฎบัตรอ็อตตาวา ประกอบด้วย 5 พื้นที่ดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. พัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ
2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. สร้างชุมชนเข้มแข็ง
4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล
5. ปรับระบบบริการสุขภาพ

นับแต่ที่มีการออกกฎบัตร อ๊อตตาวา เป็นต้นมา ได้มีการพัฒนากลยุทธ์ที่สามารถทำได้จริงในทางปฏิบัติ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีผลกระทบสูง โดยกลยุทธ์เหล่านั้นใช้การบูรณาการจากทุกภาคส่วนเพื่อยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพพร้อมไปกับการยกระดับสุขภาพ และเสริมพลังประชาชนให้สามารถที่จะควบคุมสุขภาพตนเองได้ ร่วมกับการสร้างความมั่นใจว่า คนคือศูนย์กลางของระบบสุขภาพ ตัวอย่างของกลยุทธ์เหล่านี้ได้แก่ ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (Health in all policy) การยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และปัจจัยกำหนดสุขภาพ การพัฒนาโดยใช้แนวทางสุขภาพของชุมชน (communicty health apporach) การพัฒนาโดยเน้นพื้นที่เป็นฐาน (Setting Approach) เช่นฐานของโรงเรียน โรงพยาบาล วัด ตลาด เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมานี้ เกิดจากการชี้นำจากกฎบัตร อ๊อตตาวา

ผลสืบเนื่องจากการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกที่จัดโดยองค์การอนามัยโลก ได้เกิดนวัตกรรมขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น

- การประเมินสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพในยุคของโลกาภิวัตน์ (กฎบัตรอ๊อตตวา 1986 และกฎบัตรกรุงเทพ 2005)
- การตรวจสอบนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (การประชุมที่ อะดิเลด 1988) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (การประชุมที่ ซันด์วาลล์ 1991) .
- การพัฒนาศักยภาพของระบบส่งเสริมสุขภาพและการยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (การประชุมที่จาการ์ตา 1991 และที่ แมกซิโก 2000)
- การเรียกร้องที่จะปิดช่องว่างของการดำเนินการที่ไม่บรรลุตามแผนพัฒนาสุขภาพ (การประชุมที่ ไนโรบี 2009)
- การทบทวนเกี่ยวกับ ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ พร้อมกำหนดแนวทางการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมในทุกระดับ (การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 8 ที่ นครเฮลซิงกิ)

สำหรับการประชุมส่งเสริมสุขภาโลกครั้งที่ 9 ที่นครเซี่ยงไฮ้ เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในยุคของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) โดยได้ปรับเปลี่ยนการดำเนินการแบบดั่งเดิมที่กำหนดในกฎบัตรอ๊อตตาวา มาใช้เครื่องมือที่ทันสมัย เพื่อที่จะสามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนไปพร้อมกับการพัฒนาสุขภาพ โดยใช้การส่งเสริมสุขภาพเป็นเครื่องมือหลัก.

ใช้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงโลก

โลกในปัจจุบันเชื่อมโยงกันอย่างแยกกันไม่ออก ไม่ว่าจะเป็นระดับพื้นที่ไปสู่ระดับโลก การเปลี่ยนแปลงจากที่หนึ่งสามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของที่หนึ่งแม้จะอยู่ห่างไกลและด้วยเวลาที่รวดเร็วกว่าเดิม การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมหรือการเมืองก็จะส่งผลต่อสุขภาพ เป็นต้น กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปทั่วโลก เช่น การควบคุมผลิตภัณฑ์จากยาสูบ ซึ่งใช้แนวคิดใหม่ และต้องเข้าใจบริบทในปัจจุบันของเรื่องนั้น

โดยมองให้เห็นความเชื่อมโยงว่าอะไรคือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมบุหรี่ ซึ่งมีทั้งเรื่องการค้า เรื่องผลประโยชน์ ผลกระทบที่จะมีต่อเกษตรกรผู้ผลิตยาสูบ รวมถึงมิติทางสังคมวัฒนธรรม ฯลฯ นอกเหนือจากมิติทางสุขภาพเท่านั้น

นโยบายและแผนงานที่ได้นำเสนอในที่ประชุมที่นครเซี่ยงไฮ้ แสดงให้เห็นว่า การลงทุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสังคมได้ และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้สมาชิกในสังคมที่ได้รับผลกระทบทางลบ ได้ประโยชน์ และสามารถยกระดับสุขภาพ ความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตโดยรวมของทุกคนได้ การลงทุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดประโยชน์ต่อหลายภาคส่วนในสังคม ได้แก่

1. การพัฒนาที่ยั่งยืน : ประสบการณ์จาก เป้าหมายสหัสวรรษของการพัฒนา (Millenium Develoment Goal หรือ MDGs) ที่ผ่านไปตั้งแต่ 2000 – 2015 ได้พิสูจน์ให้เห็นถึงผลกระทบเชิงบวกของการส่งเสริมสุขภาพต่อการพัฒนาระดับประเทศหรือระหว่างประเทศ กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพนั้นขับเคลื่อนโดยเน้นการให้ชุมชนสามารถตัดสินใจและดำเนินการโดยชุมชน ใช้ทรัพยากรของชุมชน โดยชุมชนสามารถที่จะยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพต่างๆ และเพิ่มโอกาสที่จะทำให้ทุกภาคส่วนเร่งรัดการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) ได้รวดเร็วขึ้น เนื่องจากการยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพทำได้หลากหลายวิธี แต่ไม่ว่าจะยกปัจจัยกำหนดสุขภาพด้วยวิธีใดก็ตาม จะส่งผลต่อสุขภาพไม่มากก็น้อย
2. การเชื่อมโยงและการบูรณาการ การลงทุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการส่งเสริมในเรื่องความเท่าเทียมและการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งในกระบวนการทางสังคมและการเมือง (ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศและระหว่างประเทศ) ความเชื่อมโยงและบูรณาการของทุกภาคส่วนดังกล่าว ทำให้ประชาชนทั้งในระดับพื้นที่ ระดับประเทศและระหว่างประเทศมีความปลอดภัยและสุขภาพดีขึ้น
3. การไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง : การลงทุนโดยการส่งเสริมสุขภาพจะเน้นหนักในเรื่องการลดความเหลื่อมล้ำ ทำให้สามารถที่จะตอบสนอง SDGs ได้หลายเป้าหมายนอกเหนือจากเป้าหมายที่ 3 ในเรื่องการยกระดับสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น การขจัดความยากจน (SDG 1) การสนับสนุการพัฒนาเด็ก (SDG 4) และเสริมพลังแก่สตรี (SDG 5) การลดความเหลื่อมล้ำและนโยบายการจัดสรรสวัสดิการเพื่อไปสู่กลุ่มที่อ่อนไหว (SDG 10) และประโยชน์ต่อสุขภาพที่ประชาชนจะได้รับจะสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อมีการบูรณการนโยบายและแผนงานโดยเน้นหนักไปที่ กลุ่มอ่อนไหว กลุ่มชายขอบ ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสียเปรียบที่จำเป็นต้องได้แต้มต่อ
4. ผลิตภาพ (Productivity) : หลักการพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพ คือหลักการของ การครอบคลุมทุกคน การลงทุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยการส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน การเสริมพลังประชาชนหรือทุนทางสังคม ทั้งหมดที่กล่าวจะส่งผลให้สังคมมีผลิตภาพมากขึ้น
5. เพศและความสัมพันธ์ทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพ จะเน้นการปกป้องสิทธิมนุษยชน ไม่ว่าจะมีสถานะใดในสังคม ยาก ดี มี จน เด็ก สตรี คนชรา หรือคนพิการ หรือผู้สูญเสียความสามารถ นโยบายหรือแผนงานด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมหรือป้องกันโรคเอดส์หรือ เอชไอวี แผนงานด้านอนามัยการเจริญพันธ์ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้พิสูจน์เห็นว่า มีการให้บริการอย่างเท่าเทียม ไม่มีการตีตรา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโลกโดยใช้การส่งเสริมสุขภาพ จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุขด้วยเช่นกัน โดยเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงาน จากทำงานด้วยภาคส่วนสุขภาพตามลำพัง มาเป็นการทำงานบูรณาการสุขภาพกับภาคส่วนอื่นๆที่นอกภาคส่วนสุขภาพ (Non Health Sectors)

เมืองเพื่อสุขภาพ คือ เมืองที่ปลอดบุหรี่

การดำเนินในเขตเมือง เพื่อคุ้มครองประชาชนจากควันบุหรี่ โดยเริ่มจากเมืองที่ปลอดบุหรี่แห่งที่หนึ่งและขยายแนวร่วมไปยังเมืองอื่นๆ สามารถขยายผลไปสู่ทุกเมืองในประเทศหรือในโลกได้

การคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ จากควันบุหรี่มือสอง เป็นวิธีการคุ้มค่าในด้านต้นทุนประสิทธิผล และทำให้บรรลุเป้าหมาย SDG 3 (สุขภาพ) เป็นการลดความเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) วัณโรค รวมถึง อนามัยแม่และเด็ก และยังสามารถข้ามไปยังเป้าหมายอื่นๆใน SDGs ด้วย เช่น การส่งเสริมสถานที่ทำงานที่ปลอดภัยสำหรับคนงานทุกคน (SDG 8) และการสนับสนุนทุกคนในการเข้าถึงพื้นที่ปลอดภัย หรือเข้าถึงพื้นที่สาธารณะที่เป็นสีเขียว (SDG 11)

มหานครนิวยอร์ค ได้ออก พรบ.อากาศปลอดควันบุหรี่ ในปี 2003 โดย นายกเทศมนตรี ไมเคิล บลูมเบิร์ก ซึ่งผลกระทบจาก พรบ.ดังกล่าว ที่ได้จากรายงาน 1 ปีหลังจากออก พรบ. พบว่า มีการบังคับใช้อย่างได้ผล ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับนโยบายดังกล่าว และผลกระทบโดยรวมจากธุรกิจท้องถิ่นก็เป็นไปในเชิงบวก โดยรายรับจากภาคธุรกิจเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.7

นครเซี่ยงไฮ้ได้ผ่านกฎหมายเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ ในปี 2016 โดยห้ามสูบบุหรี่ในตัวอาคารในที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน สถานีขนส่ง หรือนอกตัวอาคารในที่สาธารณะหลายแห่ง แม้การบังคับใช้กฎหมายจะเป็นความท้าทายของมหานครแห่งนี้ แต่ความสำเร็จที่มองเห็นได้คือ ประชาชน 20 ล้านคนในนครเซี่ยงไฮ้ได้ประโยชน์ต่อสุขภาพจากกฎหมายฉบับนี้

วางตำแหน่งการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นวาระทางการเมือง

ผู้เข้าร่วมประชุมมากกว่า 1,260 ท่าน จาก 131 ประเทศ ประกอบด้วย รัฐมนตรี 81 ท่าน นายกเทศมนตรี 123 ท่าน โดยผู้เข้าร่วมประชุมเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับนโยบาย จากหลายภาคส่วนและหลายระดับ ได้มาเน้นย้ำจุดเน้นที่ว่า “ การส่งเสริมสุขภาพคือวาระทางการเมืองที่ต้องทำอย่างจริงจัง “ วิทยากรผู้บรรยายหลากหลายและผู้เข้าร่วมประชุม รวมถึง ผู้นำประเทศหรือรัฐบาล รัฐมนตรี ผู้นำการเมืองท้องถิ่น เลขาธิการองค์การสหประชาชาติ (UN) , UNEP (UN Environmental Program) ,UNFPA (UN Population Fund) ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก (WHO) ,International Telecommunication Union(ITU) ประชาสังคม และภาคเอกชน ได้สรุปในที่ประชุมว่า “สุขภาพคือประเด็นทางการเมือง ฉะนั้น ทางเลือกที่เน้นสุขภาพ และความมุ่งมั่นทางการเมือง จึงเป็นประเด็นที่สำคัญ “ และเน้นย้ำว่า “ สุขภาพคือศูนย์กลางของการพัฒนาที่ยั่งยืน และจำเป็นต้องพัฒนากลยุทธ์โดยให้ความสำคัญกับคน และโลก (สิ่งแวดล้อม) “

3 เสาหลักในหัวข้อการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 9 ที่ นครเซี่ยงไฮ้

หัวข้อหลักในการประชุมประกอบด้วย

1) ธรรมาภิบาลเพื่อสุขภาพ เน้นการบริหารจัดการบ้านเมือง โดยการสร้างความเข็มแข็งของระบบธรรมาภิบาลและนโยบายเพื่อสร้างทางเลือกด้านสุขภาพที่ทุกคนสามารถเข้าถึงและเข้ารับบริการได้ และรวมพลังทุกภาคส่วนในสังคมมาร่วมกันดำเนินการ เป็นการดำเนินการที่มีเหตุผล โปร่งใส ตรวจสอบได้ และมีจริยธรรม
2) การพัฒนาเมืองเพื่อสุขภาพ (Healthy City) สร้างเมืองสีเขียว เพื่อให้ประชาชนสามารถอยู่อาศัย ทำงาน หรือเล่นได้อย่างสมัครสมานสามัคคี มีความสุข และเอื้อต่อสุขภาพ
3) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเพิ่มความรู้ และทักษะทางสังคม เพื่อให้ประชาชนสามารถตัดสินเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว มีกิจกรรมทางสังคมภายในชุมชน ทำให้ชุมชนสามารถเห็นความเชื่อมโยงของปัจจัยกำหนดสุขภาพที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จนนำไปสู่การเคลื่อนไหวทางสังคม จนเกิดกิจกรรมที่คิดโดยชุมชน ทำโดยชุมชน โดยใช้ทรัพยากรของชุมชน เช่น การเฝ้าระวังของชุมชน การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกำหนดมาตรการทางสังคม และการจัดทำแผนงาน/โครงการ ซึ่งไม่เพียงแต่ยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ เท่านั้น แต่ยังผลต่อการยกระดับสุขภาพในท้ายที่สุด (ความรอบรู้ด้านสุขภาพมี 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน (Funtional) สามารถรู้ว่าจะไปรับบริการสุขภาพที่ไหน อ่านฉลากยา และทำตามแผนการรักษาของแพทย์ และไปตามนัดได้ สูงขึ้นมาคือระดับสื่อสารตอบโต้ได้(Interactive) โดยซักถามจนเกิดความเข้าใจและเกิดทักษะ สามารถนำข้อมูลข่าวสารมาสังเคราะห์และสามารถเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระดับสูงสุด คือระดับที่สามารถวิพากษ์วิจารณ์ได้(Critical) เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ มีทักษะในรวมทุกภาคส่วนในสังคมเพื่อร่วมกันยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพไปพร้อมกับการยกระดับสุขภาพ)

Figure 3. 3 เสาหลักของการส่งเสริมสุขภาพ (เพื่อใช้เป็นหัวข้อหลักในกาประชุม WHO 2016)

การประชุมวันที่ 1 เมืองเพื่อสุขภาพ (Healthy City)

ครึ่งหนึ่งของประชากรโลกอาศัยอยู่ในเมือง และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60 ในอีก 10 ปีข้างหน้า คนในเมืองใช้บริการและโครงสร้างพื้นฐานในเมือง เพื่อสุขภาพและดำรงชีวิตประจำวัน ความหนาแน่นของประชากรทำให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมในเมือง และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในเมือง การประชุมนี้ได้เชิญ นายกเทศมนตรี 100 ท่าน จากทั่วโลก มาร่วมแลกเปลี่ยนความเห็นและประสบการณ์ในการพัฒนาเมืองเพื่อสุขภาพ ภายใต้บริบทของ SDGs ฉันทามติจากที่ประชุมสรุปได้ว่า การจะพัฒนาให้เกิดเมืองเพื่อสุขภาพขึ้นได้นั้น ความรับผิดชอบของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริม สนับสนุน ให้ประชาชนที่อาศัยในเมืองทุกคน ให้มีสุขภาพดี มีความปลอดภัย ประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิต ด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ผู้บริหารเมือง ตระหนักเป็นอย่างดีว่า “ การวางแผน และการตัดสินใจทางนโยบายที่จะมีผลโดยตรงกับประชาชนในเมืองนั้น ต้องคำนึงถึงประโยชน์และคุณค่าที่ประชาชนจะได้รับ และต้องรับฟังเสียงของประชาชน “

ไมเคิล บลูมเบิร์ก นายกเทศมนตรี มหานครนิวยอร์ค กล่าวในที่ประชุม ส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 9 ที่นครเซี่ยงไฮ้ว่า “วิธีการที่ดีที่สุดที่จะทำให้เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนบรรลุเผลคือ การออกแบบแผนงานที่ดี โดยใช้ข้อมูลข่าวสาร และในภาวะที่โลกเผชิญปัญหาการเติบโตอย่างรวดเร็วของเมือง ผู้บริหารเมืองจึงความสำคัญต่อการพัฒนาเมืองมากกว่าในอดีตมาก ในฐานะที่เป็นผู้บริหารมหานครนิวยอร์ค ที่มีแผนงาน/โครงการต่างๆมากมาย เพื่อให้เป็นเมืองเพื่อสุขภาพ ได้แก่ เมืองที่ปลอดควันบุหรี่ในที่สาธารณะ ถนนปลอดภัย การรณรงค์ให้การศึกษาในหลายๆเรื่อง เพื่อยกระดับสุขภาพของคนในเมือง นโยบายการจ้างงานที่เอื้อต่อสุขภาพของคนงาน และกล่าวทิ้งท้าย ว่า “ถึงเวลาที่จะต้องดำเนินการแล้ว ให้รักษาคำมั่นสัญญาที่ให้ไว้กับประชาชน และวางแผนที่จะดำเนินการให้บรรลุคำมั่นสัญญาดังกล่าว เพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายร่วมกันของทุกคนในท้ายที่สุด “

องค์กรอนามัยโลกได้ขับเคลื่อนเรื่องเมืองเพื่อสุขภาพมาหลายทศวรรษ การบูรณาการเรื่องเมืองเพื่อสุขภาพกับ SDGs จึงเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญ ที่ผู้บริหารเมืองถือเป็นวาระทางการเมืองที่จะพัฒนาเมืองให้เป็นเมืองเพื่อสุขภาพ อย่างมุ่งมั่นและมีส่วนร่วม โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) จะเป็นตัวกลางในการให้การสนับสนุน และสร้างเครือข่ายเมืองเพื่อสุขภาพให้เกิดขึ้นทั่วโลก ตัวอย่างของการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ที่ทำให้เกิดผลประโยชน์ร่วมกันระหว่างสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ รวมถึงบูรณาการร่วมกับ SDGs เช่น เมืองสีเขียว โดยบูรณาการในเรื่อง การขนส่งมวลชนในเมือง ระบบสุขภาพสีเขียว (เน้นในเรื่องการรักษาสิ่งแวดล้อม) และบูรณาการในเรื่องการการไม่บริโภคยาปฏิชีวนะโดยไม่มีข้อบ่งชี้ เพื่อป้องกันเชื้อโรคดื้อยา (SDG 12)

ดร.เลย์ลา แมคเคย์ Center for Urban design and Mental Health กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมในเมืองส่งผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพจิต คนในเมืองเสี่ยงต่อความโดดเดียว ไม่มีความสุข เครียด และปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ จากการสำรวจพบว่าคนเมืองซึมเศร้าร้อยละ 40 วิตกกังวลร้อยละ 20 ผู้บริหารเมืองควรประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณะสุขอย่างใกล้ชิด และพัฒนาเมืองให้ปลอดภัย มีสีเขียว คนในเมืองมีสุขภาพกายและจิตที่ดี

การประชุมวันที่ 2 ธรรมภิบาลเพื่อสุขภาพ (Good Governance for health)

วิสัยทัศน์ของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) นั้นเรียกร้องให้ภาคส่วนสุขภาพ และภาคส่วนอื่นๆให้มีส่วนร่วมต่อการพัฒนา และบูรณาการงานร่วกันเพื่อส่งมอบทุกเป้าหมายโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง แม้เป้าหมายจะไม่สามารถที่จะแยกให้ภาคส่วนใดภาคส่วนหนึ่งทำโดยลำพังได้ แต่เป้าหมายดังกล่าวเป็นเรื่องของทุกคน ซึ่งการที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว สามารถดำเนินการได้หลากหลายช่องทาเพื่อให้ไปสู่จุดปลายทางดังกล่าว โดยขึ้นกับบริบทของแต่ละประเทศ

แต่ไม่ว่าจะใช้ช่องทางไหนในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุจุดหมายปลายทางของ SDGs ทุกช่องทางจะมีประเด็นของสุขภาพเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย การประชุมที่นครเซี่ยงไฮ้ได้ฉายภาพให้เห็นแนวทางของการวางตำแหน่งของการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นศูนย์กลางของ SDGs และตัวอย่างด้านล่างนี้จะเป็นตัวอย่างของแนวทางการเปลี่ยนแปลงที่อภิปรายในที่ประชุม

1. **ปฏิรูปผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์** : การจินตนาการความเจริญรุ่งเรืองของมนุษยชาติ ที่จะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง โดยทุกคนได้รับการยอมรับ มีความรุ่งเรือง สงบสุข และได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ และยั่งยืน หรือที่เรียกว่า สุขภาพของโลก (Planetary health)
2. **ปฏิรูปผ่านการกระทำ** : โดยกำหนดเป็นความสำคัญสูงสุดในระดับการเมืองหรือนโยบาย : แนวทางหลักที่จะส่งมอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) คือการทำให้เรื่องสุขภาพถูกกำหนดเป็นนโยบายหลักของรัฐบาล (ทั้งรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่น) ในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ประธานาธิบดี สี่จิ้นผิง ได้ประกาศนโยบายในเดือนสิงหาคม 2016 และจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อไปสู่ “Healthy China “ ซึ่งหลายๆประเทศเช่นประเทศ G20 ก็ขับเคลื่อนไปสู่ทิศทางเดียวกันกับประเทศจีน
3. **ปฏิรูปผ่านการสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ** : การส่งเสริมสุขภาพสามารถที่จะส่งผลต่อเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากถ้าทุกๆคนและทุกๆชุมชนมีสุขภาพดี มีผลิตภาพ มีความเท่าเทียม จะสามารถสร้างนวัตกรรม สร้างโอกาสและอุตสาหกรรมใหม่ๆ เช่น ธุรกิจเกี่ยวกับพลังงานหมุนเวียนหรือพลังงานทางเลือกเป็นต้น ซึ่งส่งผลดีทั้งต่อเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม
4. **ปฏิรูปในระดับโลก** : ก้าวย่างที่สำคัญในการพัฒนาความเข้มแข็งของการพัฒนาประเทศคือ การสร้างธรรมาภิบาลทางสุขภาพในระดับโลก เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นธรรม มีเหตุมีผล และมีระบบการควบคุมกำกับการลงทุนหรือการค้าที่ส่งกระทบต่อสุขภาพอย่างเข้มงวด ผ่านนโยบายทางด้านการเงินการคลัง เช่นมาตรการทางภาษี
5. **ปฏิรูปผ่านการเชื่อมโยงกันทางนโยบาย** : ประสบการณ์มากกว่า 30 ปี พิสูจน์ได้ว่า กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพได้ผลดี กลยุทธ์ส่งเสริมสุขภาพทำให้เกิดนวัตกรรมในการอภิบาลระบบ ตัวอย่างของความสำเร็จคือเรื่อง ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ (Health in all Policy) และกลยุทธ์นี้ได้กลายเป็นพื้นฐานของประเทศต่างๆเพื่อต่อยอดไปสู่ SDGs เป้าหมายที่ 16 และ 17 คือการส่งเสริมให้เกิดการเชื่อมโยงทางนโยบายและการสร้างพันธมิตรเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
6. **การปฏิรูปผ่านการอภิบาลโดยทุกคนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม** : การขับเคลื่อนสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นของกลุ่มอ่อนไหว (Vulnerable groups) เช่น คนพื้นเมือง ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการอภิบาลการดำเนินการตาม SDGs

การให้ความสำคัญกับภาวะทุพโภชนาการทุกประเภท โดยการปรับเปลี่ยนระบบอาหาร

ฟินแลนด์ เป็นประเทศที่พยายามที่จะยกเครื่องระบบอาหาร โดยให้ความสำคัญกับภาวะทุพโภชนาการทุกประเภท ในช่วงของการนำเสนอในที่ประชุมของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสวัสดิการสังคมและสุขภาพ ของประเทศฟินแลนด์ (Ms Pirkko Mattila) เธอได้เน้นหนักในประเด็นของทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ โดยพุ่งเป้าไปที่สุขภาพของประชาชนทุกคน เน้นปฏิบัติการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยการกำหนดวิสัยทัศน์ที่ให้ทุกระบบย่อยในระบบอาหารปรับเปลี่ยนไปสู่ อาหารที่เน้นพืชและผัก ลดการบริโภคเนื้อสัตว์ลง การดำเนินการในเรื่องการให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการการส่งเสริมให้เกิดทางเลือกที่ยั่งยืนและสร้างระบบในการส่งเสริมอาหารที่หาได้ในท้องถิ่น และลดอาหารที่เหลือจากการบริโภค สำหรับในอนาคต เธอมุ่งเน้นนโยบายสิทธิของสตรีและเด็กหญิง รวมถึงเรื่องความมั่นคงของอาหาร การเข้าถึงน้ำสะอาดและยั่งยืน

การป้องกันความรุนแรงในเด็ก

ในปี 2011 ประเทศแทนซาเนีย ได้รายงานเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงทางเพศ การกระทำรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจในเด็ก โดยถือเป็นปัญหา สาธารณสุข สิทธิมนุษยชน และปัญหาสังคมที่สำคัญของประเทศ รัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องได้แก่ รมต.สาธารณสุข สวัสดิการสังคม ศึกษาและยุติธรรม ได้บูรณาการการทำงานร่วมกัน เพื่อพัฒนาแผนงานระดับชาติเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

มีความก้าวหน้าในระดับนโยบาย ประกอบด้วย การกำกับติดตามการบังคับใช้กฎหมาย พรบ.เด็ก (กระทรวงสวัสดิการสังคม) เกณฑ์มาตรฐานของตำรวจในการคุ้มครองเด็ก (การบังคับใช้กฎหมาย) แนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้บริการผู้ที่ถูกกระทำรุนแรง (กระทรวงสาธารณสุข) ปรับปรุงแนวปฏิบัติทางจริยธรรมของวิชาชีพครู (กระทรวงศึกษาธิการ) และออกหนังสือเวียนเกี่ยวกับการห้ามทำโทษเด็กทางร่างกาย โดยให้ใช้แนวทางการทำโทษเด็กด้วยวิธีการอื่นแทน

ได้ออกมาตรการในการคุ้มครองสังคมโดยรัฐบาลได้แก่ สถานีตำรวจทุกแห่งต้องจัดให้มีพื้นที่สำหรับสตรีและเด็กพร้อมทีมงานที่ทำหน้าที่คุ้มครองเด็ก จัดให้มีการช่วยเหลือทางกฎหมายสำหรับเด็ก และสถานบริการสาธารณสุขต้องพัฒนาระบบบริการ โดยรวมบริการทั้งหมดให้พร้อมในที่แห่งเดียว (One stop services)

มาตรการในชุมชนมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความตระหนักและเปลี่ยนบรรทัดฐานและคุณค่าทางสังคมเกี่ยวกับความเป็นสุภาษบุรุษ และการสื่อสารระหว่างคู่สมรสและครอบครัว

แผนการดำเนินการในอนาคต (2017-2021) ได้พัฒนากลยุทธ์ โดยครอบคลุมทั้ง 3 เรื่องคือ การป้องกัน การตอบโต้ และการดำเนินการโดยบูรณาการข้ามภาคส่วน

การประชุมวันที่ 3 เป็นการดูงานในประเทศเจ้าภาพ Healthy China 2030

การดูงานเน้นในเรื่องแผนยุทธศาสตร์ชาติของประเทศจีนเพื่อไปสู่ Healthy China 2030 โดยมีประเด็น เช่น การปฏิรูประบบสาธารณสุข วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพและการแพทย์แผนจีน การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การตอบโต้เหตุฉุกเฉิน

Healthy China 2030 เป็นวิสัยทัศน์ใหม่ของการสาธารณสุขที่จะมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ มากกว่า 20 หน่วยงานของรัฐบาลมาร่วมกันวางแผนยุทธศาสตร์ โดยยุทธศาสตร์ประกอบด้วย 4 พื้นฐานหลักได้แก่ 1.สุขภาพคือประเด็นที่รัฐบาลให้ความสำคัญ 2.การปฏิรูปและการสร้างนวัตกรรม 3.การพัฒนาโดยใช้วิธีการทางวิทยาศาตร์ 4.ความเป็นธรรม การทำให้วิสัยทัศน์ China 2030 เป็นจริงได้ โดยการปฏิรูประบบสาธารณสุข และให้ทุกภาคส่วนยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่จะส่งผลต่อดัชนีชี้วัดสุขภาพ และที่สำคัญคือ การประกาศความมุ่งมั่นทางการเมืองที่จะมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในระดับโลก และมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมาย SDGs 2030

การประชุมวันที่ 4 การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

มีการอภิปรายอย่างกว้างขวางในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกาประชุมที่นครเซี่ยงไฮ้ เน้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลข่าวาร (access) การพัฒนาความสามารถของประชาชนในการตัดสินใจด้วยตนเองในสุขภาพของตนและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ และการเสริมพลังให้กับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสามารถให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้นำทางการเมือง (ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น) ผู้กำหนดนโยบาย รวมถึงการส่งเสริมให้เกิดความรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ โดยการทำให้ประชาชนเข้าใจในเชิงลึกถึงผลกระทบต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากการตัดสินใจเชิงนโยบาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงสุขภาพและสังคมได้หลายทางได้แก่

1. **การเปลี่ยนไปสู่การเน้นการส่งเสริมสุขภาพ** : โรคที่เป็นปัญหาทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศได้ประโยชน์จากกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ โดยการเสริมพลังชุมชนและบูรณาการเรื่องสุขภาพเข้าไปในทุกนโยบาย (ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ) การประชุมที่นครเซี่ยงไฮ้ได้ขยายขอบเขตของการส่งเสริมสุขภาพไปไกลกว่าเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โดยครอบคลุมในเรื่องโรคเอดส์หรือเอชไอวี โรคติดต่อ การดื้อยาปฏิชีวนะ และภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ แต่ประเด็นที่สำคัญที่สุดคือการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยจากเดิมที่เน้นโรคเป็นศูนย์กลาง มาเป็นการเน้นคนเป็นศูนย์กลาง
2. **การเปลี่ยนแปลงแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ** : โดยเชื่อมโยงเรื่องสุขภาพ สุขภาวะ ความสุข และสุขภาพจิต เป็นประเด็นสำคัญในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ โดยมองสุขภาพเป็นความเป็นอยู่ที่ทุกคนใช้ในชีวิตประจำวัน มองสุขภาพเชื่อมโยงกับวัฒนธรรมหรือความรู้สึกของประชาชน
3. **การเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้และข้อมูล** มีการแบ่งปันความรู้ใหม่และเทคโนโลยีใหม่ และการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลข่าวสารจนรอบรู้ นำไปสู่การวางแผนงาน/โครงการที่จะนำไปพัฒนาหรือแก้ปัญหาสาธารณสุข เช่น การพัฒนาเมืองและระบบบริการสาธารณสุขแนวใหม่ แต่ถึงจะมีการใช้เทคโนโลยีใหม่ก็ไม่ได้ละเลยประเด็นในเรื่องจริยธรรม การละเมิดความเป็นส่วนตัวหรือเปิดเผยความลับของผู้ป่วย

4. การเปลี่ยนแปลงทาด้านเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีทางด้านดิจิทัลได้ถูกนำมาสาธิตในการประชุมเพื่อนำมาใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยเทคโนโลยีดิจิทัลถือเป็นการปฏิวัติในเรื่องการพัฒนาความรู้ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงปฏิวัติการมีส่วนร่วมโดยใช้ social Media ที่สามารถสื่อสารและโต้ตอบกันได้โดยทันที

ใช้เทคโนโลยีเป็นคานงัด ในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สิงคโปร์เป็นประเทศที่ประชาชนมีเครื่องคอมพิวเตอร์หรือโทรศัทพ์มือถือ เฉลี่ย 4.6 อุปกรณ์ ต่อคน ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่เท่ากับ 3.6 อุปกรณ์ต่อคน จึงได้นำเทคโนโลยีมาเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนด้วยโครงการที่เรียกว่า Health Hub (https://www.healthhub.sg/) โดยจัดทำ Platform เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการให้สุขศึกษา การเก็บข้อมูลทางสุขภาพหรือเวชระเบียนด้วยสื่ออิเลคโทรนิค และการค้นหาการบริการ สถานบริการสุขภาพ หรือบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วยระบบ online โดยระบบ platform ที่ได้พัฒนาขึ้นนั้นได้บูรณาการในเรื่องเนื้อหาสุขภาพ (content) เข้ากับบริการสุขภาพ เพื่อหวังผลให้เกิดกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และทำให้การบริการเป็นมิตรต่อผู้ใช้บริการ คือ ง่าย สะดวก สามารถสื่อสาร 2 ทาง และนำระบบ Multimedia มาใช้

ประชาชนใช้เทคโลโลยีดิจิทัลเพื่อการเข้าถึงข้อมูล และตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ แต่ไม่ใช่ว่าทุกเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพที่อยู่เว็บจะถูกต้องทั้งหมด ที่ประชุมมีความห่วงกังวลถึงข่าวสารทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และเป็นเรื่องท้าทายในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน เพื่อที่จะเลือกเชื่อหรือไม่เชื่อข้อมูลข่าวสารที่มีอย่างท่วมท้น

สุขภาพดีด้วยการปรับปรุงน้ำสะอาด สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และอนามัยส่วนบุคคล

ประเทศ เนปาล ตระหนักว่าการเข้าถึงน้ำสะอาด สุขาภิบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนทุกคน จึงมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมาย SDGs ข้อ 6 (Water and Sanitation) และเรียกร้องให้ทุกภาคส่วนบูรณาการการทำงานเพื่อปรับปรุงน้ำสะอาดและสุขาภิบาล ในปี 2015 รัฐบาลเนปาลได้จัดตั้งกระทรวง จัดหาน้ำและสุขาภิบาล และเพิ่มงบประมาณในการจัดหาน้ำสะอาด และปรับสุขาภิบาลและอนามัยส่วนบุคคล โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นตัวขับเคลื่อนหลักในช่วงของการดำเนินการ มีการณรงค์ห้ามการถ่ายอุจจาระในที่เปิดทั่วปรเทศ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงเป็นตัวหลักในการขับเคลื่อนทางสังคม นโยบายและกลยุทธ์ได้ถูกพัฒนาขึ้น และมีการจัดทำมาตรฐานน้ำสะอาดสำหรับการบริโภคและแผนการจัดหาน้ำสะอาด และระบบการเฝ้าระวังน้ำสะอาด

อย่าทิ้งวัยรุ่นไว้ข้างหลัง เขาคือผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพในอนาคต

การประชุมครั้งนี้ มีการจัดประชุมสัมมนาของกลุ่มวัยรุ่น โดยเชิญวัยรุ่นจากทั่วโลก เนื่องจากมองเห็นศักยภาพของวัยรุ่นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางเทคโลยี เช่น social media ซึ่งกลุ่มวัยรุ่นคือกลุ่มที่เกิดในยุคดิจิทัล จนไม่ต้องปรับตัวเนื่องจากได้ใช้สื่อดิจิทัลในชีวิตประจำวันอยู่แล้ว วัยรุ่นที่เข้าร่วมประชุมเรียกร้องที่ประชุมให้ “ไว้ใจพวกเรา ฟังพวกเรา เปิดโอกาสให้พวกเรามีส่วนร่วม และให้ลงทุนในพวกเรา “

ที่ประชุมเรียกร้องให้มีการสร้างนักการสาธารณสุขรุ่นใหม่ เนื่องจากสามารถที่จะจัดการความท้าทายในปัจจุบันและอนาคตได้ดีกว่า เข้าใจในเรื่องเทคโนโลยีและการค้าโลกที่ผลิตอาหารที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อขายทั่วโลก จนเกิดปัจจัยกำหนดสุขภาพตัวใหม่ที่เรียกกว่า “ปัจจัยทางการค้าที่ส่งผลต่อสุขภาพ (Trade Determinant) “

ตัวขับเคลื่อนสู่ความสำเร็จ

สาเหตุที่กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จ เนื่องจากเป็นกลยุทธ์ที่ทำงานข้ามกลุ่มโรคและข้ามภาคส่วน และออกแบบการทำงานให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดำเนินการเพื่อพัฒนาสุขภาพหรือแก้ปัญหาสุขภาพ กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพให้ความสำคัญและรับฟังเสียงของสมาชิกในชุมชน ซึ่งแตกต่างกับการรักษาพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการมากกว่าผู้ป่วยหรือชุมชน

30 ปีที่ผ่านมาเป็นเครื่องพิสูจน์ได้ว่า การนำกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพไปสู่การปฏิบัตินั้นสามารถทำได้จริงและเกิดประสิทธิผล จึงมั่นใจต่อข้อเสนอเชิงนโยบายที่เรียกร้องให้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม รวมพลังกันเพื่อยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ พร้อมๆไปกับการยกระดับสุขภาพ โดยเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ต้องเป็นศูนย์กลางของทุกความพยายามที่จะส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 9 ที่นครเซี่ยงไฮ้ ได้บ่งชี้ปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ดังนี้

1) **ความมุ่งมั่นทางการเมือง** การตัดสินใจที่จะนำไปสู่สุขภาพที่ดีจำเป็นต้องอาศัยการเมืองในการออกนโยบายระดับสูงเพื่อที่จะส่งเสริมให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า “ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ” รวมถึงการเมืองสามารถที่จะจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณเพื่อนำมาใช้ในการดำเนินการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการสาธารณสุข
2) **ภาวะผู้นำในการเชื่อมโยงนโยบายต่าง ๆเข้าด้วยกัน** ผู้นำที่มีประสิทธิภาพต้องสามารถรวมพลังทุกภาคส่วนของสังคมมาร่วมกันพัฒนาโดยมีจุดหมายปลายทางร่วมกันคือ “สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานของภาคส่วนสุขภาพ ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทที่สำคัญในการ 1.ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 2.เป็นตัวกลางในการเจรจาไกล่เกลี่ยให้ทุกภาคส่วนของสังคมเลือกสุขภาพเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาในทุกเรื่อง และ 3.พัฒนาสมรรถนะของผู้นำในทุกระดับโดยเฉพาะผู้นำท้องถิ่น และผู้บริหารที่อยู่นอกภาคส่วนสุขภาพ (Non Health Sector)
3) **การพัฒนาสมรรถนะเพื่อที่จะทำงานในแนวทางใหม่** ปัจจุบันโลกเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมาก ทำให้สถานการณ์ไม่เหมือนก่อน จึงจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อให้เข้าใจแนวคิด และแนวปฏิบัติ ของการส่งเสริมสุขภาพ และความท้าทายในเรื่องการบูรณาการการทำงานในพื้นที่กับภาคส่วนอื่นๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาทักษะใหม่ให้กับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับ SDGs เพราะฉะนั้น การพัฒนาสมรรถนะของทั้งระบบที่ต้องทำงานร่วมกันจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น
4) **องค์กรที่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพที่เข้มแข็ง** การส่งเสริมสุขภาพที่เข็มแข็งและยั่งยืนจำเป็นต้องใช้องค์กรที่มีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพที่เข็มแข็ง การดำเนินการแบบข้ามภาคส่วน ข้ามวิชาชีพ จำเป็นต้องปรับตัวในการทำงานแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

เหนือสิ่งอื่นใด การจะทำให้ SDGS สำเร็จ จำเป็นต้องเปลี่ยนแบบแผนความคิด (Mind set) กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องทำงานแบบบูรณาการ เพื่อบรรลุเป้าหมายทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม พร้อมๆไปกับการบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพ โดยนิยามคำว่าสุขภาพ ไม่ใช่ภาวะที่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น แต่หมายรวมถึง สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพทางสังคมและสุขภาพทางปัญญาด้วย (completely physical , mental ,social and spiritual health)

การขับเคลื่อนไปทั่วโลกอย่างจริงจัง (A truely Global Movement)

กลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางโดยเฉพาะในเอเชีย ได้ขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในเมือง และตระหนักถึงความท้าทายด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสัมผัสได้จากการนำเสนอของรัฐมนตรีของกระทรวงต่างๆ และนายกเทศมนตรีจากเมืองต่างๆทั่วโลก กลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำก็แสดงความมุ่งมั่นที่จะขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพของสตรี

องค์การอนามัยโลก (WHO) และประเทศสมาชิก : การประชุมที่นครเซี่ยงไฮ้เป็นเครื่องแสดงความมุ่งมั่นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพในมิติใหม่

ผู้นำประเทศจากทั่วโลก มุ่งมั่นที่จะขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุทั้ง 17 เป้าหมายในวาระ 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ผู้เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้เรียกร้องให้ สุขภาพได้รับการส่งเสริมใน 194 ประเทศเฉกเช่นเดียวกับตอบสนอง SDGs ด้วย

การประชุมที่นครเซี่ยงไฮ้ได้เห็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพภายใต้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ในหลากหลายมิติและหลากหลายภาคส่วน ซึ่งสนับสนุนภารกิจในภาพรวมขององค์กรสหประชาชาติ (UN) ที่จะชี้นำประสานงานและดำเนินการที่จะทำให้คำมั่นสัญญา “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง “ เป็นจริง

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นพื้นฐานที่สำคัญของ ทุกกลยุทธ์ในระดับพื้นที่หรือระดับประเทศที่นำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ไปสู่การปฏิบัติ และบุคคลหรือองค์กรที่รับผิดชอบภารกิจส่งเสริมสุขภาพ ต้องถือเป็นภารกิจที่ต้องดำเนินการเป็นลำดับแรก

ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 9 ที่นครเซี่ยงไฮ้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ตัดสินใจเลือกประเด็น “ ส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Promote health promote SDGs) “ เป็นหัวข้อหลักในการประชุม เนื่องจากปี 2016 เป็นปีแรกของการดำเนินการตามวาระ 2030 SDGs ขององค์การสหประชาชาติ (UN) และที่สำคัญกว่านั้นคือ การส่งเสริมสุขภาพมีศักยภาพที่จะเสนอแนวทางในการแก้ปัญหาที่มีความซับซ้อน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

การประชุมครั้งนี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อประชากรโลก องค์กรอนามัยโลกเรียกร้องให้ทุกคนขับเคลื่อนไปข้างหน้าและลงมือทำอย่างจริงจัง “สุขภาพคือทางเลือกของเรา (Health is our choice) “

คำประกาศเซี่ยงไฮ้ เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ ในวาระ 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

Shanghai Declaration on Promoting health in the 2030 agenda for Sustainable development

ระหว่างวันที่ 21-24 พฤศจิกายน 2016 ที่นครเซี่ยงไฮ้ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พวกเราตระหนักว่า สุขภาพและการกินอยู่ที่ดี เป็นสิ่งที่สำคัญในการบรรลุวาระการพัฒนา 2030 ขององค์การสหประชาชาติ (UN) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

พวกเรายืนยันว่า สุขภาพเป็นสิทธิสากล และเป็นทรัพยากรที่จำเป็นในการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นเป้าหมายทางสังคมร่วมกัน และเป็นทางเลือกทางการเมืองของทุกประเทศ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน กำหนดให้ต้องลงทุนในสุขภาพ จัดให้มีหลักประกันสุขภาพทั่วหน้า และลดความเหลื่อมล้ำ สำหรับประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มอายุ และไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

เราจะส่งเสริมสุขภาพผ่านทุกการดำเนินงานในทุกเป้าหมายของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs)

สุขภาพดีและการยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชนทุกคนและทุกกลุ่มวัย สามารถกระทำให้สำเร็จได้ด้วยการส่งเสริมสุขภาพผ่านทุกเป้าหมายที่กำนดไว้ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และการให้ทุกภาคส่วนในสังคมมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาสุขภาพ กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์ในการปฏิบัติที่ได้ผลและเกิดผลกระทบสูง กฎบัตรอ๊อตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เปรียบเสมือนเข็มทิศนำทาง และเรายังมั่นใจว่า ยังสามารถที่จะนำมาใช้ได้จวบจนปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่อง การปรับปรุงหรือยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ การเสริมพลังประชาชนในการควบคุมสุขภาพ และให้คนเป็นศูนย์กลางของระบบสุขภาพ

เราจะทำให้สุขภาพ เป็นทางเลือกทางการเมือง (ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ)

เรากำลังเผชิญกับบริบทใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับพื้นที่และในระดับโลก สุขภาพของคนไม่สามารถที่จะแยกขาดจากสุขภาพของโลก การเติบโตทางเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถรับประกันได้ว่าสุขภาพของประชาชนจะดีขึ้น การประกันสุขภาพถูกท้าทายด้วยอิทธิทางการค้าซึ่งจะส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพ โลกที่เชื่อมต่อถึงกันและมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ส่งผลให้โลกเกิดวิกฤตทางสุขภาพ ซึ่งจำเป็นใช้การตอบสนองเชิงบูรณาการ

ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพจำเป็นต้องใช้มาตรการทางการเมือง(ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น) โดยบูรณาการทุกภาคส่วนและทุกพื้นที่เพื่อแก้ปัญหา และบางเรื่องอาจจะต้องใช้มาตรการในระดับโลกในการจัดการปัญหา ถ้าเราจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังแล้ว สิทธิของสตรี บุคคลที่ถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน และผู้ที่ประสบภัยพิบัติทางสิ่งแวดล้อมต้องถูกนำมาพิจารณาเป็นลำดับแรก เราเห็นความสำคัญของเรื่องธรรมาภิบาล การจัดการในพื้นที่ในระดับเมืองหรือชุมชนให้เป็นเมืองเพื่อสุขภาพ และการเสริมพลังบุคคลโดยการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เราสนับสนุนนวัตกรรมหรือการพัฒนาที่ทำให้คนใช้ชีวิตอย่างมีความสุข และถือว่ากลุ่มอ่อนไหวที่สุด ควรได้รับโอกาสที่เหนือกว่า

ธรรมาภิบาลเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับสุขภาพ

นโยบายเพื่อสุขภาพและความยุติธรรมในสังคมเกิดประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม การไม่มีธรรมาภิบาลทำให้เกิดความเสียหายต่อการส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับโลก เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนซึ่งเป็นที่ยอมรับทั่วโลก มีศักยภาพอย่างสูงที่จะทำให้เกิดการยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ

พวกเราตระหนักว่า รัฐบาลในระดับต่างๆ มีความรับผิดชอบทั้งในระดับชาติ ระดับท้องถิ่น หรือระดับโลก ที่จะไม่กระทำด้วยวิธีการใดๆ ให้เกิดการผลิตหรือการบริโภคที่ไม่ยั่งยืน ซึ่งรวมถึงนโยบายทางเศรษฐกิจซึ่งส่งผลให้เกิดการว่างงาน หรือสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย รวมถึงการค้าหรือการลงทุนในอุตสาหกรรมที่ส่งกระทบทางลบต่อสุขภาพ เราเรียกร้องให้ผู้บริหารในภาคเอกชนมีธรรมาภิบาล ผลกำไรต้องไม่ยืนอยู่เหนือสุขภาพของประชาชน และร่วมกันจัดการเรื่องที่เป็นความห่วงกังวลร่วมกันคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ที่เพิ่มมากขึ้นจนเสมือนกับการระบาด

พวกเรามุ่งมั่นที่จะ

- ใช้กลไกที่มีอยู่เพื่อให้รัฐบาลปกป้องสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน โดยออกนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ และทำให้ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ
- กวดขันในเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงการเก็บภาษีสินค้าที่ส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพ
- ใช้นโยบายทางด้านการเงินการคลัง เป็นเครื่องมือในการทำให้เกิดการลงทุนในสุขภาพ และลงทุนเพื่อเพิ่มความเข็มแข็งของระบบสาธารณสุข
- นำระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้เพื่อให้บรรลุทั้งเรื่องสุขภาพและคุ้มครองความเสี่ยงทางด้านการเงินเนื่องจากค่ารักษาพยาบาล
- มั่นใจการบริหารจัดการที่มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบต่อสังคม และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาสังคม
- สร้างความเข้มแข็งของระบบธรรมาภิบาลระดับโลก เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาสาธารณสุขข้ามพรมแดน
- เห็นความสำคัญของการแพทย์พื้นบ้านที่สามารถทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น รวมถึงการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

เมืองและชุมชนเป็นฐานที่ตั้ง (Setting) ที่สำคัญสำหรับสุขภาพ

สุขภาพสร้างจากทุกคนในที่ที่คนใช้ชีวิตประจำวัน ในชุมชนที่ประชาชน อยู่อาศัย ทำงาน เล่น และรัก สุขภาพเป็นเครื่องชี้วัดที่สะท้อนความสำเร็จของการพัฒนาที่ยั่งยืน และการมีส่วนร่วมในการทำให้เมืองเป็นเมืองของทุกคน ประชาขนทุกคนมีความปลอดภัย สามารถปรับตัวให้กลับมาเข้มแข็งดังเดิมหรือมากกว่าเดิม ได้

นอกจากนั้นผู้นำเมืองต้องเห็นความสำคัญ ของเรื่องการเคลื่อนย้ายของประชาชนจากชนบทมาสู่เมืองอย่างรวดเร็ว เรื่องภาวะเศรษฐกิจซับเซา อัตราการว่างงานสูง ความยากจน รวมถึงในเรื่องความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม หรือภาวะมลพิษ เราจะไม่ยอมรับให้ประชาชนอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่จะส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพ รวมถึงการข้าถึงระบบบริการสุขภาพด้วยความยากลำบาก

เรามุ่งมั่นที่จะ

- ให้ความสำคัญกับนโยบายที่เกิดประโยชน์ร่วมกันระหว่าง สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี กับ การใช้นวัตกรรมทางสังคมและเทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถโต้ตอบได้อย่างทันที เช่น Social Media
- สนับสนุนเมือง เป็นเมืองที่ส่งเสริม ความเท่าเทียม การนับรวมทุกกลุ่มทุกคนโดยไม่ทิ้งไว้ข้างหลัง (social inclusion) ส่งเสริมความรู้และทักษะของประชาชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนจนเกิดความผูกพัน
- ปรับระบบบริการทางการแพทย์และบริการทางสังคม โดยให้สามารถเข้าถึงระบบบริการอย่างเป็นธรรมและให้ประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่วย เสริมพลังและขับเคลื่อนความเท่าเทียม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเสริมพลังบุคคลและทำให้เกิดความผูกพันต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม ผู้มีอำนาจตัดสินใจ หรือนักลงทุนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะนำเรื่องผลกระทบด้านสุขภาพมาพิจารณาควบคู่กับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ความเท่าเทียมและการเข้าถึงระบบการศึกษาที่มีคุณภาพ รวมถึง การเรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยต้องบูรณาการร่วมกันระหว่าง ทักษะ และการพัฒนาสมรรถนะตลอดช่วงชีวิต โดยหลักสูตรในโรงเรียน มีความสำคัญทั้งในช่วงเริ่มต้น ต่อเนื่องไปถึงช่วงอื่นๆในชีวิต

พวกเรามุ่งมั่นที่จะ

- มองความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ และควรลงทุนในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- พัฒนากลยุทธ์ ดำเนินการตามแผน และกำกับติดตามการดำเนินการตามกลยุทธ์การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่
- เพิ่มความสามารถของประชาชนในการควบคุมสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยใช้ศักยภาพของเทคโนโลยีดิจิทัล
- สิ่งแวดล้อมมีผลต่อการการตัดสินเลือกของผู้บริโภค ต้องทำให้เกิดความมั่นใจถึงข้อมูลข่าวสารที่จะสนับสนุนให้สามารถเลือกทางเลือกเพื่อสุขภาพ เช่น ฉลากอาหารหรือโภชนาการ เป็นต้น

เรียกร้องสู่การปฏิบัติ

พวกเราตระหนักว่า สุขภาพคือทางเลือกทางการเมือง และเราจะตอบโต้ผลประโยชน์ทางการเมืองที่จะส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพ เราจะขจัดอุปสรรคต่อการเสริมพลัง โดยเฉพาะกลุ่มสตรีและเด็กหญิง เราเรียกร้องผู้นำทางการเมืองในทุกระดับ (ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น) ผู้นำส่วนราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ให้มาร่วมกับเราในการส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในทุกเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) การส่งเสริมสุขภาพต้องการการบูรณาการ การทำงานร่วมกันจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มันเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน จากคำประกาศเซี่ยงไฮ้ พวกเราผู้เข้าร่วมประชุมให้คำมั่นสัญญาว่า จะเร่งรัดการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ผ่านความมุ่งมั่นทางการเมือง และการลงทุนด้านการเงินในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ

ฉันทามติในเรื่อง “เมืองเพื่อสุขภาพ”

พวกเรา นายกเทศมาตรีที่มากกว่า 100 แห่งทั่วโลก โดยมาประชุมพร้อมกันในวันที่ 21 พฤศจิกายน 2016 ที่นครเซี่ยงไฮ้ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน องค์ความรู้ที่ได้แลกเปลี่ยนร่วมกันสรุปได้ว่า สุขภาพและการพัฒนาเมืองอย่างยั่งยืนเป็นสิ่งที่แยกออกจากกันไม่ได้ และจำเป็นต้องดำเนินการทั้ง 2 เรื่องให้ก้าวหน้าไปพร้อมกัน เราตระหนักว่า สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีเป็นแกนกลางของวาระ 2030 และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ

เมือง : เป็นสถานที่พัฒนาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนและเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาที่ยั่งยืน

นายกเทศมาตรีและผู้นำท้องถิ่นต่างๆ สามารถที่จะแสดงบทบาทโดยการส่งมอบทุกเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ในฐานะที่เป็นนายกเทศมนตรีซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในระดับท้องถิ่นในการทำให้เมืองที่เป็นของทุกคน เป็นเมืองที่ปลอดภัย สามารถปรับตัวและฟื้นสู่ความเข้มแข็ง ยั่งยืน และเอื้อต่อสุขภาพ และตั้งคำมั่นสัญญาว่า “จะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง “

สุขภาพสร้างจากระดับพื้นที่ ในสถานที่ที่บุคคลใช้ชีวิตประจำวัน อยู่ในบ้านข้างๆ อยู่ในชุมชนที่ทุกคน ทุกกลุ่มวัย อยู่อาศัย ทำงาน เรียน เล่น หรือ รัก สุขภาพดีทั่วหน้าไม่สามารถที่จะสำเร็จได้โดยปราศจากการนำในระดับพื้นที่ และปราศจากการมีส่วนร่วมของพลเมืองแบบผูกพัน สุขภาพดีของพลเมืองเป็นเครื่องชี้วัดที่สะท้อนความสำเร็จของการพัฒนาเมืองอย่างยั่งยืน และ สุขภาพคือศูนย์กลาง จึงเป็นวาระของผู้บริหารเมืองทุกคน

พวกเราตระหนักถึงความรับผิดชอบทางการเมืองที่จะสร้างเงื่อนไขให้พลเมืองทุกคนและทุกๆเมือง มีสุขภาดี มีความปลอดภัย และประสบความสำเร็จในชีวิต เมืองคือจุดวางแผนเชิงนโยบายที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุด โดยได้นำความเห็น เสียงสะท้อนและความต้องการของชุมชน มาเป็นปัจจัยนำเข้าในการวางแผนเชิงนโยบาย พวกเราสัญญาว่าเราจะขจัดอุปสรรคในการเสริมพลังให้แก่สตรี เด็ก และกลุ่มอ่อนไหวต่างๆ ที่เสียเปรียบที่จำเป็นต้องให้แต้มต่อ พวกเราจะสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อเพื่อสนับสนุนให้ประชาชนทุกคนและทุกกลุ่มวัยให้ได้รับการพัฒนาจนเต็มศักยภาพ

เราจะสร้างธรรมาภิบาลเพื่อสุขภาพ

“เมืองเพื่อสุขภาพ” จำเป็นต้องสร้างรูปแบบของการจัดการที่มีธรรมภิบาล ควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพและการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในฐานะที่เป็นผู้นำของเมือง เรากำหนดให้ สุขภาพคือทางเลือกทางการเมือง โดยในทุกๆนโยบายหรือทุกกิจกรรม ที่ดำเนินการในเขตเมือง จะพิจารณาอย่างรอบคอบถึงผลกระทบของนโยบายหรือกิจกรรมเหล่านั้น โดยรวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพด้วย การจะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน จำเป็นต้องบูรณาการเป้าหมายอย่างใกล้ชิด จากเป้าหมายระดับโลกและระดับประเทศ ถ่ายระดับไปสู่แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในระดับพื้นที่ หรือเมือง พวกเราตกลงร่วมกันที่จะกำหนดพื้นฐานการดำเนินการบน 5 หลักการของธรรมาภิบาลซึ่งสะท้อนวาระของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

หลัก ธรรมาภิบาลของเมืองเพื่อสุขภาพ

ในฐานะนายกเทศมนตรี เรามุ่งมั่นที่จะดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลของเมืองเพื่อสุขภาพ 5 เรื่อง ได้แก่

1) บูรณาการสุขภาพให้เป็นแกนกลางของทุกนโยบาย ให้ความสำคัญกับนโยบายบนพื้นฐานของผลประโยชน์ร่วมกันระหว่างสุขภาพ กับ นโยบายของเมืองด้านอื่นๆ และให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นพันธมิตรในการพัฒนาเมือง
2) ให้ความสำคัญในทุกมิติ ทั้ง สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ปัจจัยกำหนดสุขภาพ : ดำเนินการตามแผนและนโยบายการพัฒนาเมือง โดย ขจัดความยากจน และความเหลื่อมล้ำ ให้ความสำคัญกับสิทธิส่วนบุคคล สร้างทุนทางสังคม และครอบคลุมทุกคนและทุกกลุ่มทางสังคม(social inclusion) และส่งเสริมการใช้ทรัพยากรภายในเมืองอย่างยั่งยืน
3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจนเกิดความผูกพันในชุมชน บูรณาการการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพต่างๆในชุมชน ทั้งในโรงเรียน สถานประกอบการ และในฐานที่ตั้ง (Setting) อื่นๆ ยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้ประโยชน์จากความรู้ เน้นการให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านนวัตกรรมทางสังคมและการสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีที่โต้ตอบโดยทันที เช่น Social Media เป็นต้น
4) ปรับระบบบริการสุขภาพหรือบริการทางสังคม โดยเน้นความเท่าเทียม ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณะได้อย่างเป็นธรรม และมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
5) ประเมิน และกำกับติดตาม ความเป็นอยู่ที่ดี ภาระโรค และปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลข่าวสารในการปรับปรุงนโยบายและการดำเนินการ โดยให้ความสำคัญในเรื่องของ ความไม่เท่าเทียม และการเพิ่มความโปร่งใสและตรวจสอบได้

พวกเรามุ่งมั่นที่จะนำ แผนงานเมืองเพื่อสุขภาพ สู่การปฏิบัติ

เราตระหนักว่า การจะสร้างเมืองเพื่อสุขภาพนั้น ต้องการแนวทางที่เข้าใจอย่างถ่องแท้และครอบคลุมทุกแง่มุม และเป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ไม่ใช่ของภาคส่วนใดภาคส่วนหนึ่งโดยเฉพาะ

เราตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมายที่ 3 ของ SDGs (สุขภาพดีสำหรับทุกคน) กับเป้าหมายที่ 11 ของ SDGs (ทำเมือง และที่อยู่อาศัยของผู้อยู่อาศัยในเมือง ให้เป็นของทุกคนทุกกลุ่มทางสังคม มีความปลอดภัย สามารถปรับตัวให้กลับมาเข้มแข็งเหมือนเดิมหรือดีกว่าเดิม และมีความยั่งยืน) การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ สามารถปลดล๊อคให้เมืองพัฒนาได้เต็มศักยภาพ และสามารถทำให้บรรลุทั้ง เป้าหมายที่ 3 (สุขภาพ) และ 11 ของ SDGs (เมืองที่ยั่งยืน)

เมืองเป็นปราการด่านหน้าของการพัฒนาที่ยั่งยืน และพวกเรายืนยันว่า ผู้นำเมือง (นายกเทศมนตรีหรือนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) มีพลังอำนาจที่จะทำให้มันสามารถเกิดขึ้นจริงได้ และพวกเราเพียรพยายามที่จะทำวาระ 2030 ที่ “แม้แนวคิดเกิดในระดับโลกแต่ถูกดำเนินการได้จริงในระดับพื้นที่ “ พวกเราตระหนักร่วมกันว่า “ เป้าหมายทางสุขภาพ คือความรับผิดชอบของพวกเรา “ และเรียกร้องให้ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเมือง ต้องลงมือทำในส่วนที่ตัวเองเกี่ยวข้อง เพื่อให้ประเด็นสำคัญ 10 เรื่อง ที่จะดำเนินการในเมืองเพื่อสุขภาพ บรรลุผล “

ประเด็นสำคัญ 10 เรื่องที่จะดำเนินการใน “เมืองเพื่อสุขภาพ”

ในฐานะผู้นำของเมือง (นายกเทศมนตรีหรือนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ประเด็นสำคัญ 10 เรื่องสำหรับเมืองเพื่อสุขภาพ ที่พวกเราจะบูรณาการการดำเนินการเพื่อตอบสนองวาระ 2030 การพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยเราจะ

1. ส่งมอบความจำเป็นพื้นฐาน ได้แก่ การศึกษา ที่อยู่อาศัย การจ้างงาน และความมั่นคงในชีวิต ให้กับทุกคนที่อาศัยอยู่ในเมือง รวมถึงการสร้างความเท่าเทียมและความยั่งยืนของระบบประกันสังคม
2. กำหนดมาตรการในการจัดการมลพิษทางอากาศ น้ำ และดินในเมือง และตอบโต้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศในระดับพื้นที่ โดยทำอุตสาหกรรมสีเขียว และเมืองสีเขียว และสร้างให้เกิดความมั่นใจได้ว่าอากาศในเมืองจะสะอาด และจะใช้พลังงานสะอาด
3. ลงทุนในเด็กที่เป็นอนาคตของเมือง ให้ความสำคัญในเรื่องพัฒนาการเด็ก และสร้างให้เกิดความมั่นใจว่าทุกนโยบายและแผนงาน/กิจกรรมของเมืองมุ่งเน้นในเรื่องสุขภาพ การศึกษาและบริการทางสังคม โดยจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง
4. ทำสิ่งแวดล้อมในเมืองให้ปลอดภัยสำหรับสตรีและเด็กหญิง ป้องกันการกระทำรุนแรงและล่วงละเมิดทางเพศ
5. ยกระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนจนในเมือง ผู้ที่อาศัยอยู่ในสลัม และผู้อาศัยที่มีหลักแหล่งไม่แน่นอน ผู้อพยพ ผู้ลี้ภัย และมั่นใจถึงความสามารถในการเข้าถึงที่พักอาศัยและบริการสุขภาพที่ไม่เกินกำลังซื้อของประชาชนทุกระดับ
6. ไม่มีการแบ่งแยก หรือปฏิเสธการอยู่ร่วมกับผู้พิการหรือไร้ความสามารถ ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ผู้สูงอายุ และอื่นๆ
7. ทำเมือง ให้ปลอดภัยจากโรคติดต่อ ด้วยการให้ภูมิคุ้มกันโรค การจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาลที่ดี การจัดการของเสียและการควบคุมพาหะนำโรค
8. ออกแบบเมือง โดยส่งเสริมให้คนสามารถเดินทางภายในเมืองได้อย่างยั่งยืน ทั้ง การเดิน หรือการมีกิจกรรมทางกายอื่นๆ ได้แก่ วิ่ง จักรยาน มีพื้นที่สีเขียวหรือสวนสาธารณะ มีโครงสร้างพื้นฐานด้านการคมนาคมในเมืองที่ดี ถนนปลอดภัย มีการบังคับใช้กฎหมายทางการจราจรที่เข้มงวด และสามารถเข้าถึงที่เล่นและที่พักผ่อนได้อย่างสะดวกและเพียงพอ
9. ดำเนินการในเรื่องนโยบายอาหารปลอดภัยอย่างยั่งยืน โดยเพิ่มการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ น้ำสะอาด ลดการบริโภคน้ำตาลและเกลือไม่ให้เกินมาตรฐาน ลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอร์ รวมถึงใช้มาตรการทางการเงินหรือภาษีกับผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพ โดยบูรณาการในเรื่อง การให้การศึกษา การกำหนดราคาและพิกัดอัตราภาษีไปพร้อมกัน
10. ทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดจากควันบุหรี่ มีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ หรือสถานีขนส่งสาธารณะ และห้ามการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมถึงห้ามการส่งเสริมการขายหรือการสนับสนุนทางการเงิน (Sponsor)แก่องค์การต่างๆ

เราตัดสินอย่างแน่วแน่ที่จะกำหนดให้ “สุขภาพเป็นทางเลือกทางการเมือง”

หลายๆเมืองได้มีส่วนสนับสนุนเพื่อไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และกำหนดให้การพัฒนาเมืองให้เป็น “เมืองเพื่อสุขภาพ” คือวาระร่วมกันของเครือข่ายเมืองเพื่อสุขภาพ พวกเราเรียกร้องให้ ผู้นำของเมือง ไม่ว่าขนาดของเมืองจะเล็กหรือใหญ่ หรือรายได้ของเมืองไม่ว่าจะมากหรือน้อยก็ตาม ให้เข้ามาร่วมกับเราในการสร้างเมืองเพื่อสุขภาพ

พวกเรามุ่งมั่นที่จะแลกเปลี่ยนแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศระหว่างกัน โดยหวังว่าจะนำพาเป้าหมายระดับโลก/ประเทศด้วยแผนงาน/โครงการในระดับพื้นที่ การดำเนินการตามแนวทางดังกล่าวจะส่งผลให้การพัฒนาเมืองไปสู่เมืองเพื่อสุขภาพให้ได้มากที่สุดเท่าที่พวกเราจะทำได้

เรามุ่งมั่นที่จะไปด้วยกัน และจะนำเสนอความก้าวหน้าของความมุ่งมั่นทางการเมืองที่จะดำเนินการตามวาระ 2030 สู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นระยะๆ เราร้องขอองค์การอนามัยโลก (WHO) ในการสนับสนุนพวกเราในความพยายามนี้ และสนับสนุนการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายเมืองเพื่อสุขภาพในทุกภูมิภาค

****

10th Global Conference on Health Promotion at Geneva 13-15 December 2022

กฎบัตรเจนีวาเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี

กฎบัตรเจนีวาเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีเน้นย้ำถึงความเร่งด่วนในการสร้าง "สังคมแห่งความเป็นอยู่ที่ดี" อย่างยั่งยืน ที่มุ่งมั่นในการบรรลุสุขภาพที่เท่าเทียมในปัจจุบันและสำหรับคนรุ่นหลังโดยไม่ละเมิดขีดจำกัดของระบบนิเวศ กฎบัตรนี้สร้างขึ้นจากผลลัพธ์ของการประชุมโลกครั้งที่ 10 เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจัดขึ้นที่เจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ และแบบเสมือนจริง ในวันที่ 13-15 ธันวาคม 2564 และมรดกของกฎบัตรออตตาวาและการประชุมโลกครั้งก่อนๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุ ख ภาพ

ความเร่งด่วนในการดำเนินการ

โลกกำลังเผชิญกับวิกฤตการณ์ที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน แต่ส่งผลกระทบต่อประเทศต่างๆ ในรูปแบบที่แตกต่างกัน การแพร่ระบาดครั้งล่าสุดได้เปิดเผยรอยแตกร้าวในสังคมและเน้นย้ำถึงปัจจัยกำหนดด้านระบบนิเวศ การเมือง การค้า ดิจิทัล และสังคมของสุขภาพและความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ ทั้งภายในและระหว่างกลุ่มสังคมและประเทศต่างๆ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ มลพิษ การขยายตัวของเมืองอย่างรวดเร็ว ความขัดแย้งทางธรณีการเมืองและการทหาร การเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ การพลัดถิ่นของประชากร ความยากจน และความไม่เท่าเทียมอย่างกว้างขวาง สร้างความเสี่ยงของวิกฤตการณ์ในอนาคตที่รุนแรงยิ่งกว่าที่เผชิญอยู่ในปัจจุบัน

การตอบสนองต้องการการลงทุนที่บูรณาการสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของโลก สังคม ชุมชน และบุคคล รวมถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสังคมเพื่อสนับสนุนให้ผู้คนควบคุมชีวิตและสุขภาพของตนเอง จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนทิศทางพื้นฐานของค่านิยมและการดำเนินการของสังคมให้สอดคล้องกับวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน 2030

รากฐานของความเป็นอยู่ที่ดี

สังคมแห่งความเป็นอยู่ที่ดีจัดให้มีรากฐานสำหรับสมาชิกทุกคนของคนรุ่นปัจจุบันและอนาคตให้เจริญรุ่งเรืองบนโลกที่มีสุขภาพดี ไม่ว่าจะอาศัยอยู่ที่ใด สังคมดังกล่าวใช้นโยบายที่กล้าหาญและแนวทางการเปลี่ยนแปลงที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของ:

- **วิสัยทัศน์เชิงบวกของสุขภาพ** ที่บูรณาการความเป็นอยู่ที่ดีทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม
- **หลักการสิทธิมนุษยชน** ความยุติธรรมทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ความสามัคคี ความเท่าเทียมด้านเพศและระหว่างรุ่น และสันติภาพ
- **ความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคาร์บอนต่ำอย่างยั่งยืน** ที่มีรากฐานจากการให้และรับซึ่งกันและกันและความเคารพระหว่างมนุษย์และการสร้างสันติภาพกับธรรมชาติ

- **ตัวชี้วัดความสำเร็จใหม่** นอกเหนือจากผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ที่คำนึงถึงความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์และโลก และนำไปสู่ลำดับความสำคัญใหม่สำหรับการใช้จ่ายภาครัฐ
- **การมุ่งเน้นของการส่งเสริมสุขภาพ** ในการเสริมสร้างพลัง ความครอบคลุม ความเท่าเทียม และการมีส่วนร่วมที่มีความหมาย

การตอบสนองด้านการส่งเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21

การสร้างสังคมแห่งความเป็นอยู่ที่ดีต้องการการดำเนินการที่ประสานกันในห้าพื้นที่:

1. **เห็นคุณค่า เคารพ และหล่อเลี้ยงโลกและระบบนิเวศ**

โลกที่มีสุขภาพดีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของคนรุ่นปัจจุบันและอนาคตและเพื่อให้ทุกคนเจริญรุ่งเรือง สังคมแห่งความเป็นอยู่ที่ดีให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนผ่านอย่างรวดเร็วและยุติธรรมสู่เศรษฐกิจคาร์บอนต่ำเพื่อรักษาการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิให้ต่ำกว่า 1.5 องศาเซลเซียสในศตวรรษนี้ พวกเขาให้การเข้าถึงพลังงานสะอาดสำหรับทุกคน เพิ่มความหลากหลายทางชีวภาพ ลดการหมดสิ้นทรัพยากรและมลพิษ สนับสนุนความสัมพันธ์ที่กลมกลืนระหว่างมนุษย์และธรรมชาติ และให้ความสำคัญกับความรู้และการนำของชาวพื้นเมือง พวกเขาส่งเสริมระบบน้ำและอาหารที่ลดอันตรายและส่งเสริมโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพ (รวมถึงการให้นมแม่) สังคมแห่งความเป็นอยู่ที่ดีมีความเชื่อมโยงที่แข็งแกร่งกับ "One Health" และสุขภาพโลก รวมถึงการเสริมสร้างการเตรียมพร้อมต่อการแพร่ระบาดและปรับปรุงสุขภาพและความเท่าเทียม

2. **ออกแบบเศรษฐกิจที่เท่าเทียมที่รับใช้การพัฒนามนุษย์ภายในขอบเขตนิเวศวิทยาของโลกและท้องถิ่น**

สังคมแห่งความเป็นอยู่ที่ดีประกันงานที่มีศักดิ์ศรีและมั่นคง การค้าที่เป็นธรรม ระบบการคุ้มครองทางสังคมที่ครอบคลุม ระบบการผลิตและการบริโภคที่อิงหลักการของเศรษฐกิจหมุนเวียน ไม่มีการเลือกปฏิบัติโครงสร้าง การเปลี่ยนผ่านเมืองอย่างยั่งยืน และการเคารพและอนุรักษ์ระบบนิเวศธรรมชาติ เศรษฐกิจแห่งความเป็นอยู่ที่ดียอมรับสิทธิแรงงานและการมีส่วนร่วมของเศรษฐกิจนอกระบบ รวมถึงการดูแลที่จัดให้โดยผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน พวกเขาสนับสนุนการป้องกันและลดโรคติดต่อและไม่ติดต่อผ่านการควบคุมที่มีประสิทธิภาพของปัจจัยกำหนดทางการค้าของสุขภาพ เศรษฐกิจแห่งความเป็นอยู่ที่ดีมุ่งลดอันตรายผ่านการบังคับใช้ความรับผิดชอบและการควบคุมอุตสาหกรรมดิจิทัลและอาวุธ พวกเขายอมรับและแก้ไขนโยบายอาณานิคมและเศรษฐกิจที่ขัดขวางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ลำดับความสำคัญด้านความเป็นอยู่ที่ดีถูกแปลเป็นการดำเนินการผ่านการลงทุนในสุขภาพ งบประมาณความเป็นอยู่ที่ดี การคุ้มครองทางสังคม และกลยุทธ์ทางกฎหมายและการคลังที่ประกันเศรษฐกิจที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืนมากขึ้น

3. **พัฒนานโยบายสาธารณะที่ดีต่อสุขภาพเพื่อประโยชน์ส่วนรวม**

ในสังคมแห่งความเป็นอยู่ที่ดี รัฐบาลเป็นผู้ดูแลทรัพย์สินทั้งหมดของสังคมเพื่อโลกที่มีสุขภาพ ยั่งยืน และเท่าเทียมในนามของคนรุ่นปัจจุบันและอนาคต รัฐบาลมีความรับผิดชอบต่อประชาชนและประกันการมีส่วนร่วมในการปกครอง ความเป็นอยู่ที่ดีเป็นสัญญาสังคมใหม่และให้เข็มทิศสำหรับนโยบายสาธารณะ รวมถึงการตัดสินใจด้านงบประมาณและการควบคุม เพื่อบรรลุผลลัพธ์ที่ดีขึ้นสำหรับบุคคล ชุมชน และสังคม การปกครองในทุกระดับ จากท้องถิ่นสู่ระดับโลก มุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน การติดตามนโยบายข้ามภาคเพื่อสุขภาพและการกระจายทรัพยากรที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างเป็นธรรมทั่วโลก การขจัดการเลือกปฏิบัติโครงสร้างและความอยุติธรรมทุกรูปแบบ รวมถึงการกีดกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้คนในหลายรูปแบบ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการประกันสิทธิในสุขภาพสำหรับทุกคน การหุ้นส่วนกับภาคประชาสังคมที่เข้มแข็งได้รับการบำรุงเลี้ยงเพื่อเสริมสร้างโครงสร้างสังคมและความสามัคคีทางสังคมทั้งในระดับท้องถิ่นและระหว่างประเทศ

4. **บรรลุความคุ้มครองสุขภาพถ้วนหน้า**

ในสังคมแห่งความเป็นอยู่ที่ดี ความคุ้มครองสุขภาพถ้วนหน้าเป็นศูนย์กลางของการคุ้มครองทางสังคมสำหรับทุกคนและความมั่นคงของสังคม ลำดับความสำคัญด้านเงินทุนได้รับการจัดให้กับการพัฒนาการดูแลปฐมภูมิ การส่งเสริมสุขภาพ และบริการป้องกัน การปกครองสุขภาพโลกประกันการกระจายทรัพย์สินการดูแลสุขภาพอย่างเท่าเทียม ความเป็นอยู่ที่ดีทางจิตใจได้รับความสำคัญสูงในการปรับทิศทางบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่สุขภาพได้รับการหล่อเลี้ยงและคุ้มครอง การจัดหาเงินทุนด้านสุขภาพไม่ถูกเข้าใจว่าเป็นค่าใช้จ่าย แต่เป็นการลงทุนสำหรับความเป็นอยู่ที่ดีและความยืดหยุ่นของสังคม การปกครองเพื่อสุขภาพสร้างขึ้นจากการออกแบบร่วมและใช้การเปลี่ยนแปลงดิจิทัลอย่างเต็มที่เพื่อบรรลุประโยชน์ที่เท่าเทียมทั่วประชากร โดยประกันการเข้าถึงและการมีส่วนร่วมที่มีความหมายเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกกีดกันทางดิจิทัล ซึ่งรวมถึงความสำคัญสูงที่ได้รับมอบหมายในการพัฒนาการรู้เรื่องสุขภาพของผู้คนตลอดช่วงชีวิต การลงทุนในคนรุ่นหลัง โดยเฉพาะการพัฒนาเด็กปฐมวัยและการศึกษา วางรากฐานสำหรับชีวิตที่มีสุขภาพดี กระฉับกระเฉง และเชื่อมต่อ

5. **จัดการกับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงดิจิทัล**

การเปลี่ยนแปลงดิจิทัลและการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีสามารถสร้างโอกาสใหม่สำหรับการเชื่อมต่อ การรู้เรื่องสุขภาพ และการแบ่งปันความรู้ และการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น อย่างไรก็ตาม คุณลักษณะบางประการของระบบดิจิทัลและการถูกกีดกันทางดิจิทัลสามารถสร้างการแยกตัวและทำให้ความไม่เท่าเทียมรุนแรงขึ้น นอกจากนี้ สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีอาจได้รับอันตรายจากการใช้เวลาเพิ่มขึ้นในกิจกรรมดิจิทัลและในสถานที่เสมือน จากข้อมูลล้น ความเกลียดชังและการกลั่นแกล้ง การแพร่กระจายข้อมูลที่ผิดไปจนถึงการตลาดผลิตphภัณฑ์และพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ สังคมแห่งความเป็นอยู่ที่ดีประเมินและต่อต้านอันตรายและการทำให้ไร้อำนาจ ประกันการเข้าถึงที่เท่าเทียม และใช้ประโยชน์จากศักยภาพของเทคโนโลยีเพื่อให้มนุษย์และโลกเจริญรุ่งเรือง

การดูแลอนาคตที่เจริญรุ่งเรือง

ความเป็นอยู่ที่ดีคือการเลือกทางการเมือง มันคือผลลัพธ์ของนโยบาย สถาบัน เศรษฐกิจ และระบบนิเวศที่ผู้คนอาศัยอยู่ ความเป็นอยู่ที่ดีต้องการแนวทางของสังคมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการในทุกระดับ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และภาคส่วนจากชุมชนและภายในองค์กรไปจนถึงรัฐบาลระดับภูมิภาคและระดับชาติ

บทบาทของการส่งเสริมสุขภาพคือการกระตุ้นและสนับสนุนการเคลื่อนไหวนี้โดย:

- **ประกันให้ผู้คนและชุมชนสามารถควบคุมสุขภาพของตนเองและใช้ชีวิตอย่างสมบูรณ์** ด้วยความรู้สึกแห่งความหมายและจุดประสงค์ ในความกลมกลืนกับธรรมชาติ ผ่านการศึกษา การรู้เรื่องสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม การเสริมสร้างพลังและการมีส่วนร่วมที่มีความหมาย
- **เปิดใช้ ไกล่เกลี่ย และสนับสนุนแนวทางที่เป็นเอกภาพในการสร้างสังคมแห่งความเป็นอยู่ที่ดี** โดยการสร้างรูปแบบปัจจัยกำหนดสุขภาพในทุกสถานการณ์
- **ประกันว่าบริการสุขภาพและสังคมเชิงส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และบรรเทาทุกข์มีคุณภาพสูง** มีราคาไม่แพง เข้าถึงได้ และเป็นที่ยอมรับ และจัดให้ตามความต้องการ โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่มักถูกทิ้งไว้เบื้องหลัง

การดำเนินการเหล่านี้ควรได้รับการสนับสนุนทั่วโลกด้วยการลงทุนอย่างต่อเนื่องในเจ้าหน้าที่สุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ โครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุข และการวิจัย ภูมิทัศน์การพัฒนาโลกจะเปลี่ยนแปลงหากความเป็นอยู่ที่ดีของทั้งผู้คนและโลกกลายเป็นศูนย์กลางของการนิยามความสำเร็จ ในสังคมแห่งความเป็นอยู่ที่ดี ความสำเร็จถูกวัดตามชุดของค่านิยมที่แตกต่างจากที่เป็นหลักในปัจจุบันและมองในระยะยาว มันเกินไปกว่าการวัดกิจกรรมทางเศรษฐกิจไปสู่ตัวชี้วัดของปัจจัยกำหนดทั้งหมดของความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์และโลก รวมถึงสุขภาพในทุกมิติ ความเท่าเทียมด้านสุขภาพ และทรัพยากรที่จะสร้างรูปแบบและปกป้องความเป็นอยู่ที่ดีของคนรุ่นปัจจุบันและอนาคต สำหรับผู้คน นี่หมายความว่าทุกคนจะมีชีวิตที่ยาวนาน มีสุขภาพดี และใช้ชีวิตอย่างดี

ทางไปข้างหน้าคือการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมที่ยั่งยืนและเท่าเทียมมากขึ้น และเรียนรู้จากประเทศ ภูมิภาค เมือง ชุมชน และวัฒนธรรมต่างๆ โดยเฉพาะวัฒนธรรมพื้นเมือง ว่าจะสร้างสังคมที่ยั่งยืนและเท่าเทียมมากขึ้นได้อย่างไร WHO จะสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านนี้โดยรวมนักแสดงทุกฝ่ายเข้าด้วยกันเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ของสังคมแห่งความเป็นอยู่ที่ดี รวบรวมหลักฐาน และสนับสนุนทางเทคนิคแก่ประเทศสมาชิกและหุ้นส่วนในการดำเนินการตามกฎบัตรนี้ สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นอยู่กับการดำเนินการของทุกคนในสังคม กฎบัตรนี้เรียกร้องให้องค์กรพัฒนาเอกชนและภาคประชาสังคม สถาบันการศึกษา ธุรกิจ รัฐบาล องค์กรระหว่างประเทศ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในหุ้นส่วนสำหรับการดำเนินกลยุทธ์เพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีอย่างเด็ดขาด การดำเนินการร่วมกันนี้จะขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมแห่งความเป็นอยู่ที่ดีในทุกประเทศ โดยไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง

หมายเหตุ: กฎบัตรเจนีวาได้รับการพัฒนาก่อนและระหว่างการประชุมโลกครั้งที่ 10 เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญกว่า 5,000 คนจาก 149 ประเทศเข้าร่วมแบบเสมือนจริง รวมถึงหัวหน้ารัฐบาล รัฐมนตรีจากภาคส่วนต่างๆ รวมถึงสุขภาพ การคลัง กิจการ

Module ที่ 2

หัวข้อสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. วิวัฒนาการจากการสอนสุขศึกษาเมื่อ 50 ปีก่อน สู่การมุ่งสู่องค์กรและสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization : HLO)
3. Introduction to Epidemiology
4. การคัดกรองโรค ยกกรณีของมะเร็งเต้านม
5. Review Health Literacy
    - 5.1. Evolving Health Literacy concept ; Model and Definition.
    - 5.2. Health Literacy Movement USE,EU,Australia,Thailand
    - 5.3. Health Literacy Measurement and survey
    - 5.4. Standard of Health Literate Healthcare Organization(HLHCO)

Health Literacy From Concept to Practice

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

06 Sep 2023

Agenda

วิวัฒนาการของ Health Literacy 3

การประยุกต์ใช้ HL 35

HL Movement ในประเทศต่างๆ 47

Reference 63

วิวัฒนาการของ Health Literacy

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ทราบถึงพัฒนาการของ HL

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

Evolving of Health Literacy (1)

- Saranac Lake Conference of Health Education (1973 – USA)
  - บทบาทของ Health Education ในการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อช่วยในการรักษาและป้องกันโรค
  - 30 ปีผ่านไป มีน้อยประเทศมากที่ปรับหลักสูตรเพื่อตอบสนองบทบาทของ Saranac Lake Conference
- Review Literature มี Evidence base ว่า
  - Low HL สัมพันธ์กับ อัตราการมารับบริการ, Readmission , Increase Cost , Poor Health Outcome
  - Low HL ยังสัมพันธ์กับ การศึกษา เพศ รายได้ หรือมี Social gradient
- Institute of Medicine (2004-USA)
  - เผยแพร่เอกสาร Health Literacy A Prescription to End Confusion เปลี่ยนมุมมองของ HL ว่าเป็นเรื่องส่วนบุคคล (Absolute) มามอง HL แบบ Relative Concept ระหว่าง Individual skill กับ Demand and Complexity of Healthcare System
  - 2012 Propose ; Ten Attributes of Healthcare Organization.

Evolving of Health Literacy (2)

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

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

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

FIGURE 1A Foundations of a Health Literate Organization

A·H·L·A
9th AHLA
Phuket, Thailand
THLA
Dr. Kristine Sorensen
Prof. Don Nutbeam
Prof. Angela Leung
Prof. Stephan Van de Brouke
Prof. Wongsa Laohasiriwong
Assoc. Prof. Tuyen Van Duong
Dr. Wachira Pengjuntr
THE 9th ASIAN HEALTH LITERACY ASSOCIATION
INTERNATIONAL CONFERENCE 2023
May 14 - 17, 2023
at Royal Phuket City Hotel, Thailand
PANEL DISCUSSION 4 :
GLOBAL PERSPECTIVE IN HEALTH LITERACY
Don Nutbean

Fig. 1. Interactive health literacy framework

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

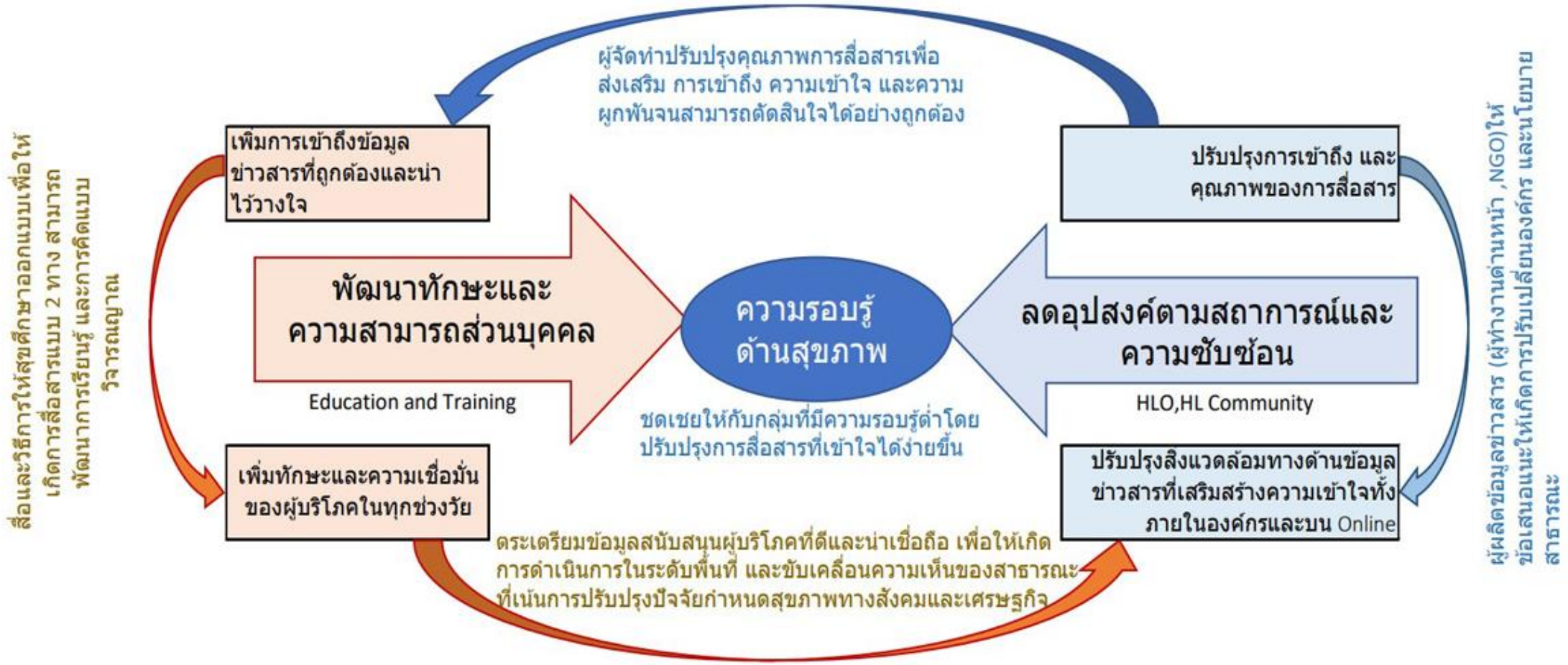
There is a growing appreciation that health literacy does not depend on the skills of individuals alone (IOM, 2003). Health literacy is the product of individuals' capacities and the health literacy–related demands and complexities of the health care system (Baker, 2006; Rudd 2003). System changes are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

Individual Capacity	x	HL related Demand and Complexity of Healthcare System

Adapted From : https://www.ncbi.nim.nih.gov/books/NBK45386/

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

การยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในสถานการณ์ของระบบข้อมูลข่าวสารที่มีความพลวัตรและซับซ้อน



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

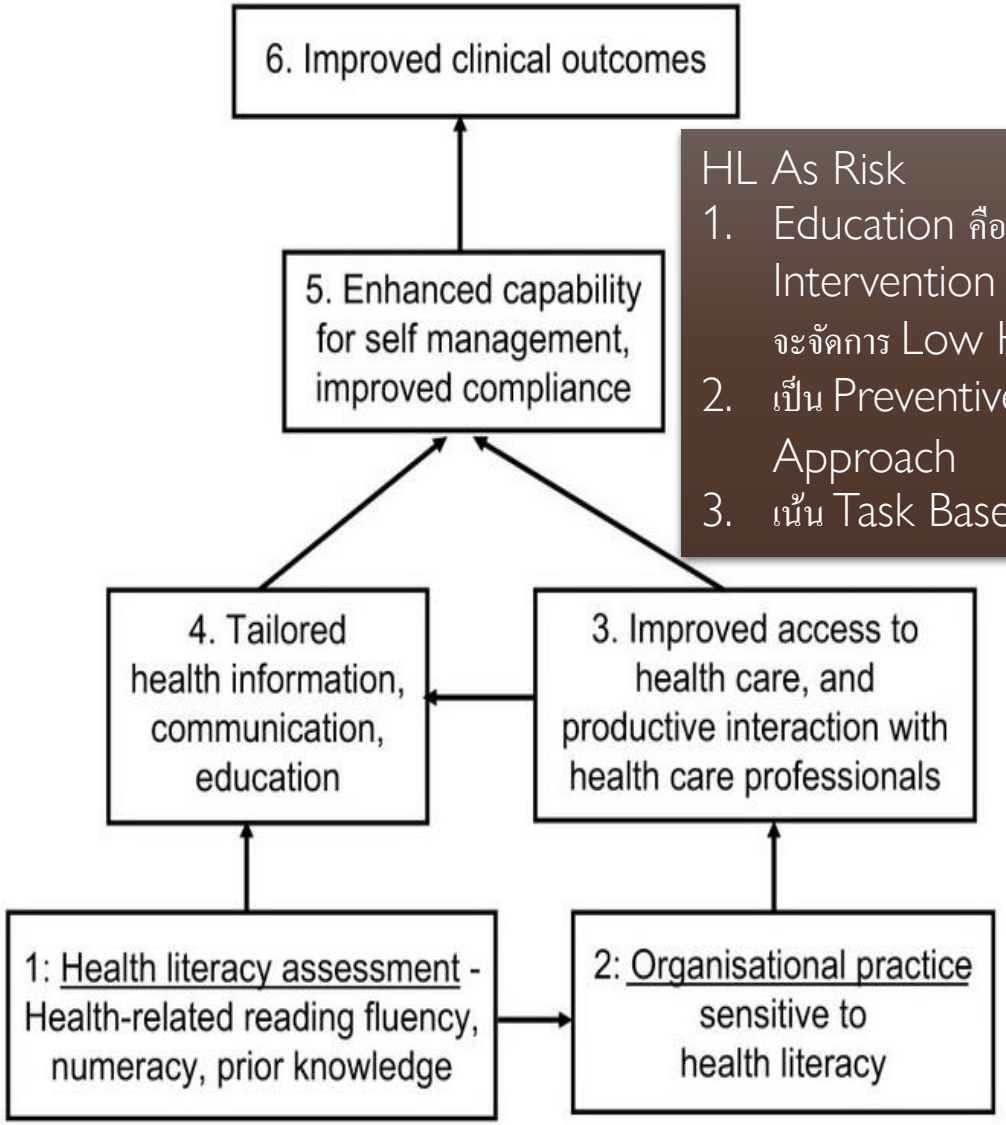
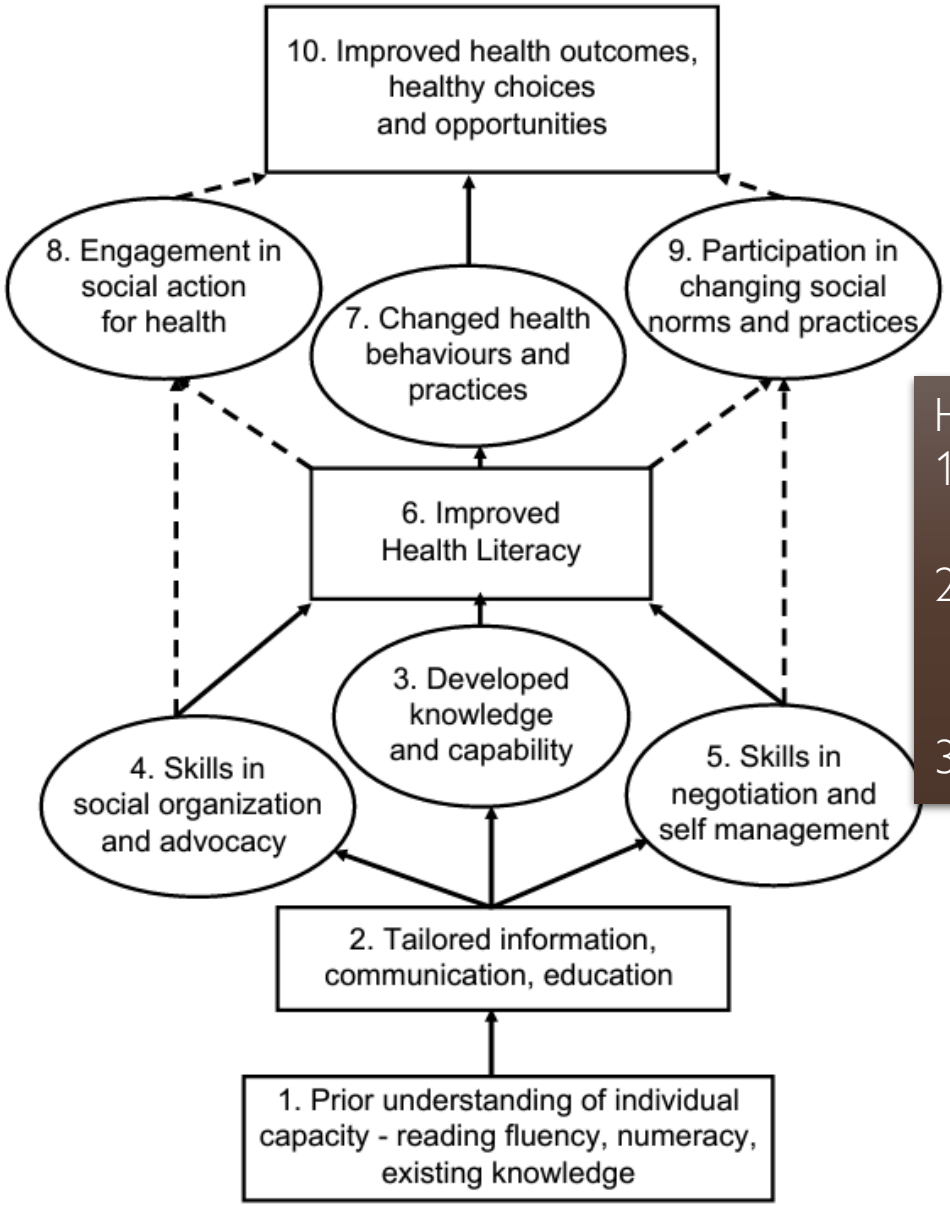


Fig. 1. Conceptual model of health literacy as a risk.

HL As Risk

1. Education คือ Intervention ที่จะจัดการ Low HL
2. เป็น Preventive Approach
3. เน้น Task Base



HL As Asset

1. HL คือ ผลผลิต ของ Education
2. เป็น Health Promotion Approach
3. เน้น Skill Base

HL Level (Purposed By Don Nutbean)

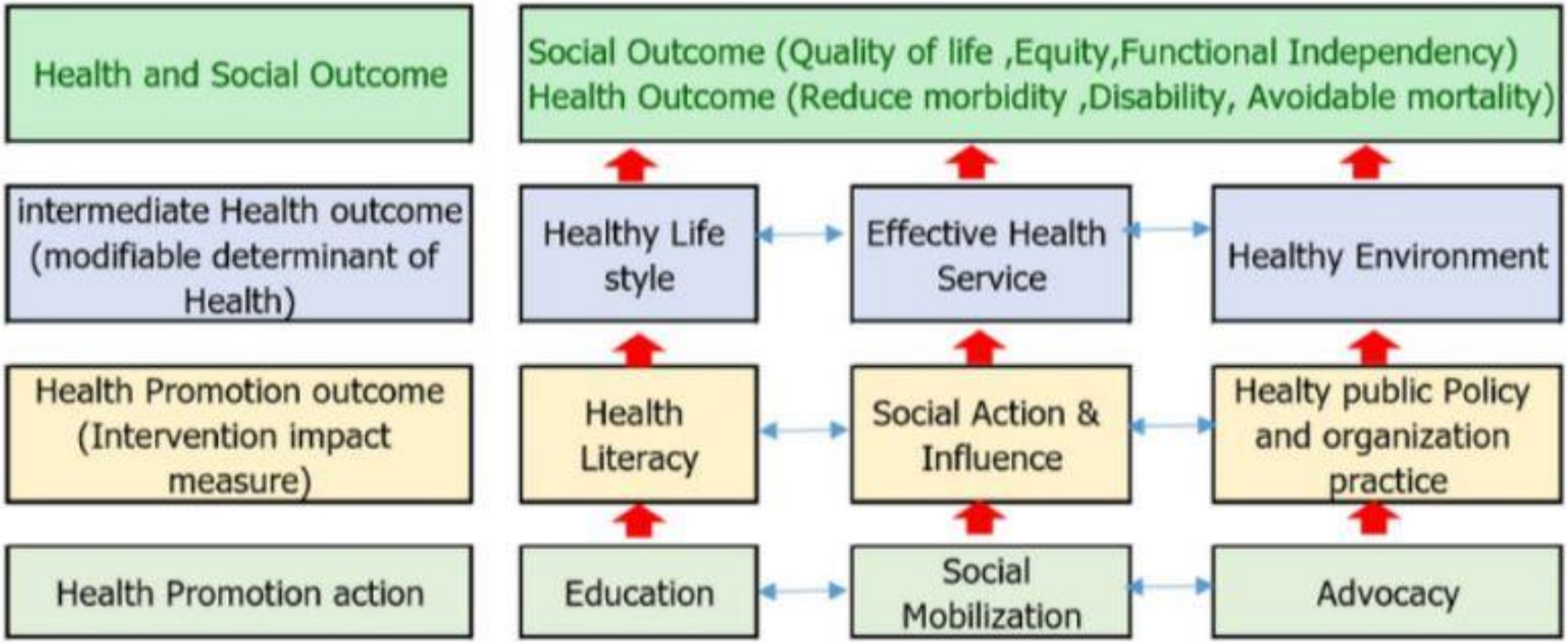
HL Level	ระดับความรู้และทักษะ	พฤติกรรมเชิงประจักษ์
Functional (ระดับพื้นฐาน)	ความรู้ในเรื่องโรคและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค	สามารถปฏิบัติตามตามแผนการรักษา และไปรับการรักษาตามนัดได้
Interactive (ระดับปฏิสัมพันธ์)	เพิ่มจากระดับ Functional โดยมี Social Skill สามารถใช้การสื่อสารแบบ Interactive ทำให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของโรคในระดับที่สามารถจัดเจรจาต่อรอง (Negotiate) จัดการตนเองได้	สามารถบูรณาการความรู้จากแหล่งต่างๆ และสามารถสังเคราะห์เป็นความรู้ใหม่ ทำให้จัดการกับสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยประสบมาก่อนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและทันเวลา และมีความส่วนร่วม (Participate) ในการที่จะปรับเปลี่ยนวิถีปฏิบัติทางสังคม (Social Norm and Practice)
Critical (ระดับวิจารณญาณ)	เพื่อจากระดับ Interactive โดยทราบถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) ที่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่ต้องใช้ นโยบายสาธารณะ จากส่วนบนในการจจัดการปัญหา	สามารถให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อจะยระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง และมีความผูกผัน (Engage) ในการทำให้ทุกกิจกรรมเพื่อสุขภาพ (Social action for Health)

2 Type of Health Education

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

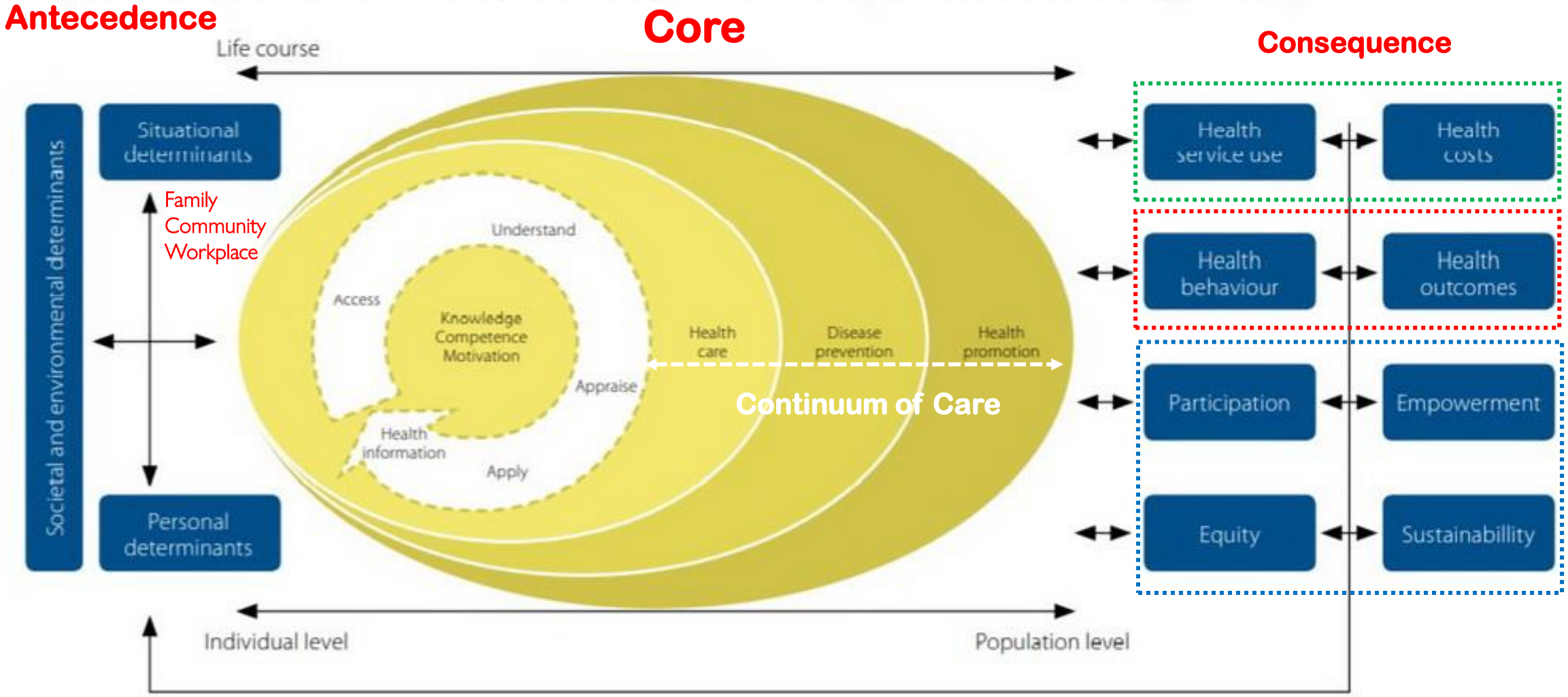
Figure 2 Logic model for prevention planning

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



Sørensen, 2022
THE 9th ASIAN HEALTH LITERACY ASSOCIATION
INTERNATIONAL CONFERENCE 2022

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



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

Evolving of Health Literacy (3)

- HLS-EU (Health Literacy Survey in 8 Countries of EU - 2012)
  - HLS-EU-Q47 Questionnaire
  - หลังจากมีตัววัด HLS-EU-Q47 ทำให้มีการวิจัยเกี่ยวกับ HL ตามมาอย่างมากมาย
  - มีการสร้าง Short form เพื่อให้ใช้เวลาลดลงแต่ยังสามารถวัด HL ได้แก่ HLS-EU-Q16 ,HLS-EU-Q12,
- 9th Global Health Promotion Conference (Shanghai 2016)
  - Promote HL Promote Health Promotion
  - Promote Health Promotion Promote SDG

#CHOOSEHEALTH
GOOD GOVERNANCE
1
2
HEALTH LITERACY
HEALTHY CITIES
3
3 เสาหลักของการส่งเสริมสุขภาพ
World Health Organization
9th Global Conference on Health Promotion
SHANGHAI 2016

Health for all
and all for health
#CHOOSEHEALTH
ส่งเสริมสุขภาพ
ส่งเสริม
การพัฒนาอย่างยั่งยืน
(SDG)
World Health Organization
8th Global Conference on Health Promotion
SHANGHAI 2016

Concept Change Make The Change of

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

V-HLO

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

The nine standards of V-HLO (1)

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

The nine standards of V-HLO (2)

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

- Sources: Pelikan and Dietscher

HLS-EU(2011)

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

WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich GmbH

HLS-EU Survey Overview: Sampling, Data collection

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

Pelikan Haiphong short form 9-11-2016 9

HLS-EU-Q47

การให้คะแนน

1 = ยากมาก

2 = ยาก

3 = ง่าย

4=ง่ายมาก

คะแนนรวม = (Mean-1)* 50/3

การแบ่งระดับ HL

0-25 = Likely Inadequate

26-42=Likely Problematic

43-50=Likely Sufficient

0-33 = Limited HL

WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich GmbH

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

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

Pelikan Haiphong short form 9-11-2016 7

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

Comprehensive & 7 Sub-indices HLS-EU-Q47

WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich GmbH

Types of Health Literacy Indices by the HLS-EU Model

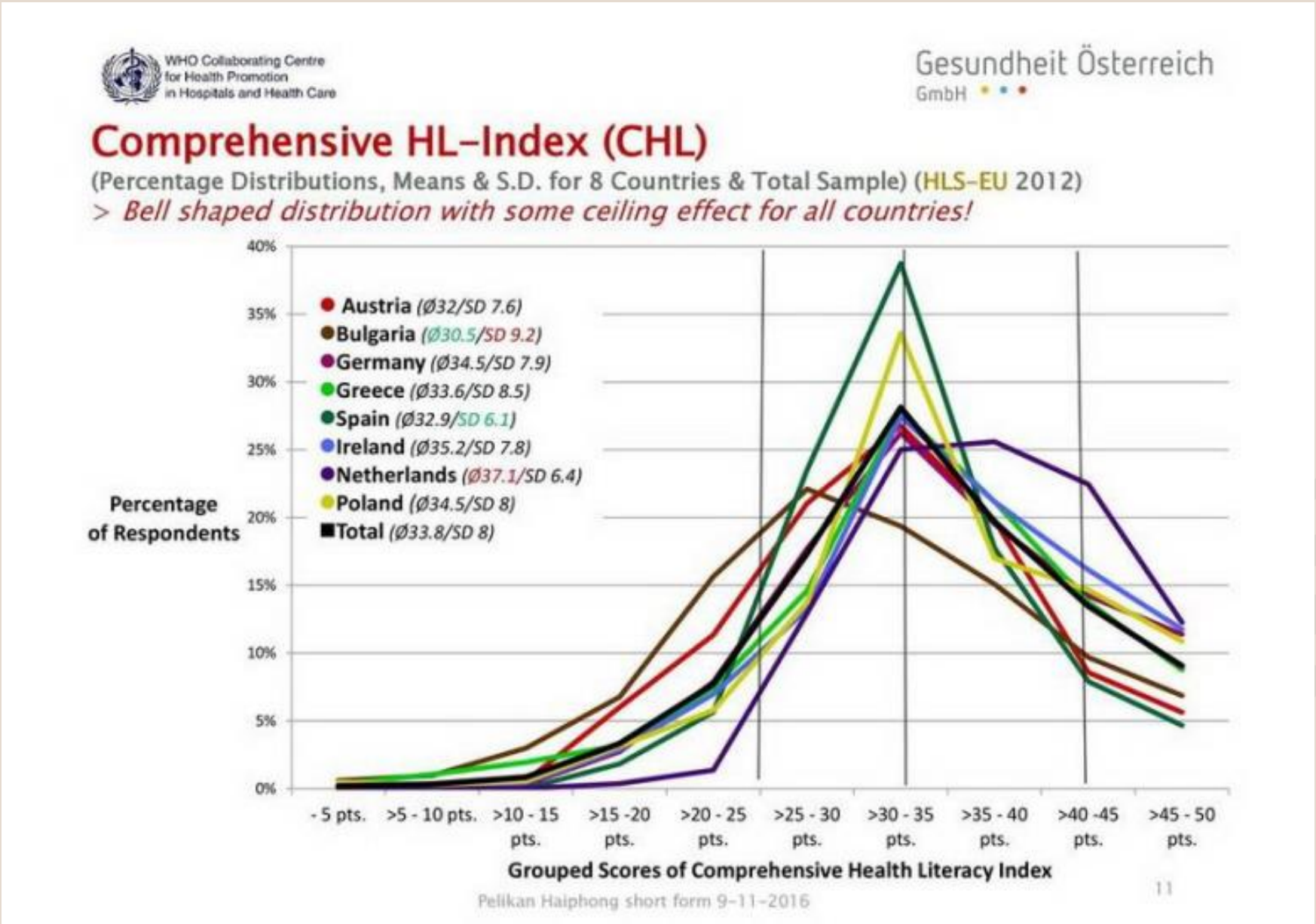
1 comprehensive index, 7 sub-indices and 12 sub-sub-indices

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

Pelikan Hainhong short form 9-11-2016

Comprehensive HL-Index(CHL)

1. CHL มีการกระจายเป็น Bell Shape ใกล้เคียงกับ Normal Distribution
2. สามารถนำมาเปรียบเทียบระหว่างประเทศได้



HLS-EU-Q16

การให้คะแนน
1 = ง่าย/ง่ายมาก
0= ยาก / ยากมาก

การแบ่งระดับ HL
0-8 = Likely Inadequate
9-12=Likely Problematic
13-16=Likely Sufficient

WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich GmbH

Resulting Items for HLS-EU Short Scale

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

17

Pelikan Haiphong short form 9-11-2016

HLS-EU-Q6

การให้คะแนน

1 = ยากมาก

2 = ยาก

3 = ง่าย

4=ง่ายมาก

คะแนนรวม = Mean

การแบ่งระดับ HL

<2.00 = Likely Inadequate

2.00-2.99=Likely Problematic

3.00-4.00=Likely Sufficient

WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich GmbH

Resulting Items for HLS-Q Short-Short Form

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

Recommend

1. ใช้ HLS-EU-Q47 กรณีที่ HL เป็นวัตถุประสงค์หลักของการศึกษา
2. ใช้ Short form กรณีที่ HL ไม่ใช่การศึกษาหลัก แต่เป็นเพียงตัวแปรหนึ่งของการศึกษา และไม่ต้องการหาลึกถึง sub dimension

WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich GmbH

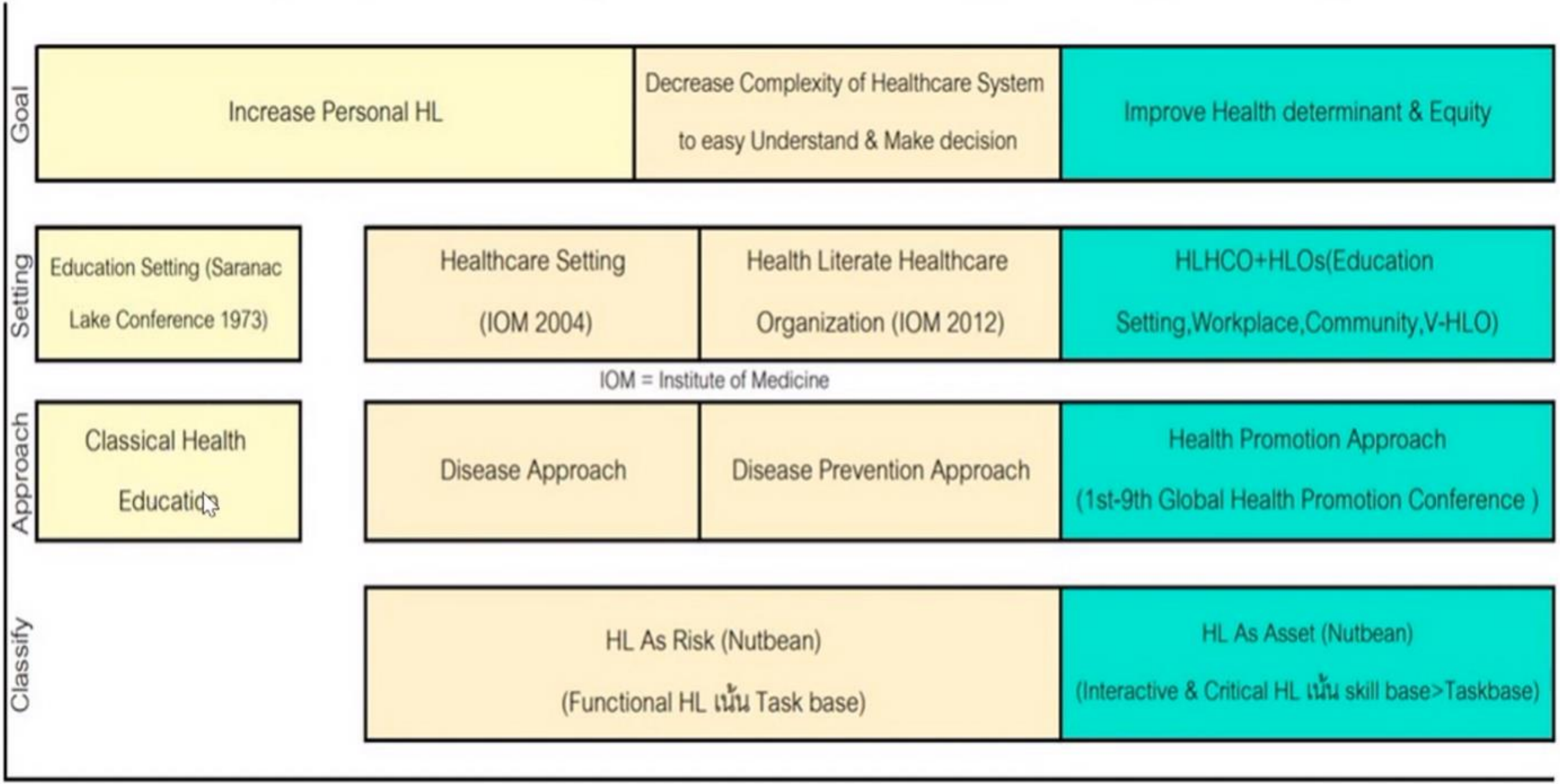
Comparison HLS-EU-Q 47, Q16, Q6

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

** Computations based on HLS-EU total sample*

36

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



Question : 1

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

การประยุกต์ใช้ HL

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถนำ HL ไปประยุกต์ใช้

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

Health Literacy as Risk or as Asset

HL As Risk

↓

Risk Management

↓

Disease Prevention Approach

HL As Asset

↓

HR Development

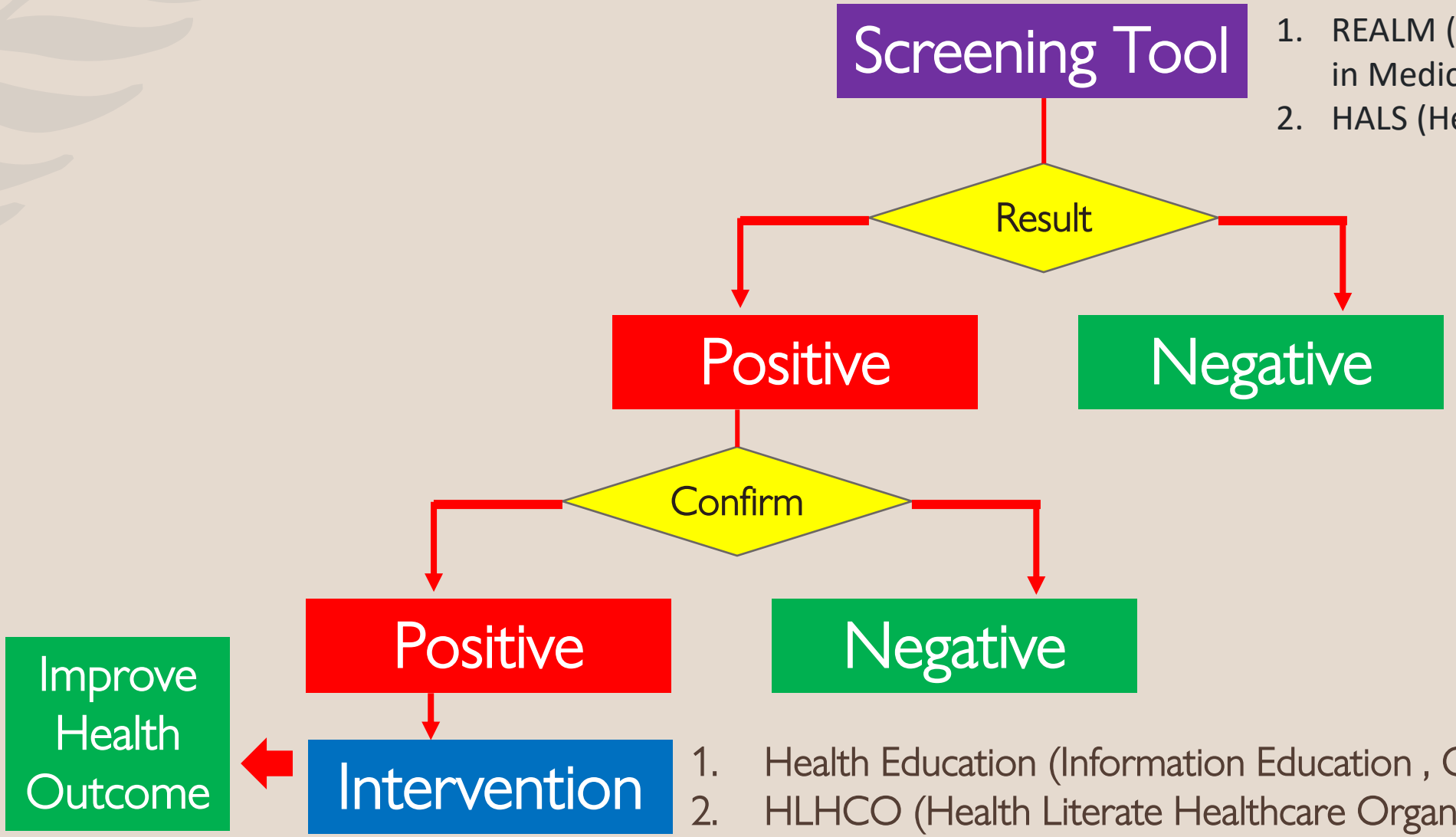
↓

Health Promotion Approach

การพัฒนาในส่วนของ Healthcare

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

HL As Risk Approach (Health Education=Intervention)



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

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

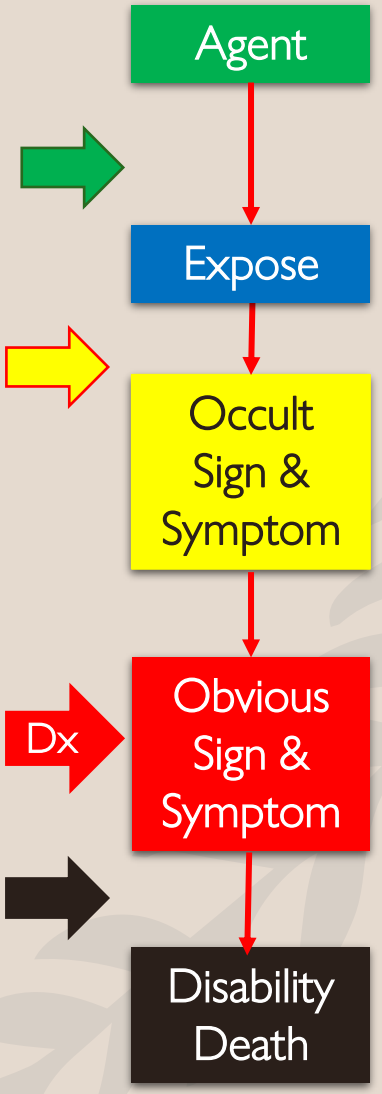
Disease Prevention Definition

Disease Prevention การป้องกันโรคไม่ได้หมายถึงการการป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรือการควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคนั้นๆ แต่ยังรวมถึงการจัดการไม่ให้โรคที่เกิดขึ้นแล้วแพร่กระจายออกไป และการลดผลกระทบที่เกิดจากโรคนั้นๆ

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

การป้องกันโรคแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1) **Primary Prevention** คือการป้องกันไม่ให้เกิดเกิดโรคตั้งแต่แรก ด้วยการไม่ให้สัมผัส **Agent** ที่ทำให้เกิดโรค หรือสร้างภูมิคุ้มกันต่อ **Agent** นั้น ทำให้รับ **Agent** แต่ก็ไม่เป็นโรคดังกล่าว
2) **Secondary Prevention** คือป้องกันหลังจากที่ได้สัมผัส **Agent** นั้นแล้ว ในช่วงระยะฟักตัวของโรค **(Incubartion Peroid)** ที่ยังไม่มี หรือมีอาการหรืออาการแสดงที่ไม่ชัดเจนนั้น การป้องกันทำได้โดยการค้นหาโรคเพื่อวินิจฉัยแต่แรก **(Early detection/diagnosis)** และให้การรักษาที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว **(Prompt Treatment)** หลักการของ **Secondary Prevention** คือ รักษารายเดิม และป้องกันไม่ให้เกิดรายใหม่ หรือชะลอจำนวนรายใหม่ หรือป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำในรายเดิม **(relapse)** เพื่อลดทั้งการแพร่ระบาดและผลกระทบของโรค
3) **Tertiary Prevention** เมื่อเป็นโรคโดยมีอาการและอาการแสดงอย่างชัดเจน การป้องกันไม่ให้การดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง จนเกิดผลแทรกซ้อนจากโรค เรียกว่า **Tertiary Prevention** โดยใช้แนวทางของการฟื้นฟูสภาพ **(Rehabilitation)**



Accept
RISK
Management
Control
Mitigate
Transfer
trategy
Avoid
Reduce
credit : Nneoma Uche ;Forbes Advisor

Definition :

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

Definition

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

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

สรุป HL As Risk

1. แนวคิดที่มอง HL คือความเสี่ยง ต้องจัดการความเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือคัดกรองเพื่อหาคนที่มี Low HL มายกระดับความรู้และทักษะด้วย Health Education ซึ่งถือเป็น Intervention.
2. HL = Individual Capacity x Healthcare demand & Complexity การยกระดับ HL ไม่ได้เป็นหน้าที่ของประชาชนเท่านั้น แต่องค์กรด้าน Healthcare ต้องลดระดับความซับซ้อนขององค์กรรวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารให้ง่ายต่อความเข้าใจโดยทำเป็นระบบทั่วทั้งองค์กร (Health Literatre Healthcare organization)
3. เมื่อมอง HL คือความเสี่ยง เครื่องมือวัด HL รวมถึง Indicators ต่างๆที่เกี่ยวกับ HL ก็ออกแบบเพื่อรองรับแนวคิด HL as Risk. โดยเน้น Disease Prevention Approach ที่โรคหรือปัญหา (Task Base)

สรุป HL As Asset

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

Question : 2

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

HL Movement ในประเทศต่าง ๆ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถนำ HL ไปประยุกต์ใช้

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

HL Movement in USA

1. Top Down ออกกฎหมาย
    1. Patient Protection and Affordable Act (ACA หรือ Obama Care) ทำให้คนจนที่มี Low HL ได้มีสิทธิการเข้าถึงบริการ
    2. National Action Plan to Improve Health Literacy.
    3. Plain Writing Act 2010.
    4. Healthy People 2020 มีเป้าหมายการยกระดับ HL ด้วย
2. Bottom up หรือ Grass Root
    1. IOM ออกมาตรฐาน Ten Attributes of Health Literate Healthcare Organization
    2. หน่วยงานของรัฐได้ร่วมในการพัฒนา HL เช่นออก Tools และ Guideline ต่างๆ เกี่ยวกับ HL

HL Movement in EU

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

HL Movement in Australia

1. 2019 ออกนโยบาย HL เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่าง บุคคล กับ สถานบริการสุขภาพ
2. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) รับผิดชอบในการพัฒนาและธ ารง รักษามาตรฐานที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการและความปลอดภัย ACSQHC's ได้ก าหนด National statement on health literacy (2014) ส่งผลให้นโยบายที่เกี่ยวกับ HL ได้ถูกน าสู่การปฏิบัติทั่วทั้งประเทศ
3. เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายของ HL ขึ้นใน Australiaจาก health promotion Approach ธรรมดา เป็น health system reform approaches ซึ่งต้องเสริมสมดุลระหว่าง 2 Approaches ในระดับนโยบาย และความ พยายามในดำเนินการในเรื่อง การกำกับติดตาม/ประเมินผล ในเรื่อง HL ในระดับชาติ พัฒนาสมรรถนะของบุคลกร สาธารณสุขและสมรรถนะของระบบสุขภาพเพื่อ implement HL programs อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในเรื่องสุขภาพและการเพิ่มความสามารถในเรื่องHL ให้กับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

HL Movement in Thailand

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

HL Tools and Guideline in Thailand

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

กรอบแนวคิดและการดำเนินการ

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

HEALTH LITERACY เป็นฐานราก ของระบบสุขภาพ

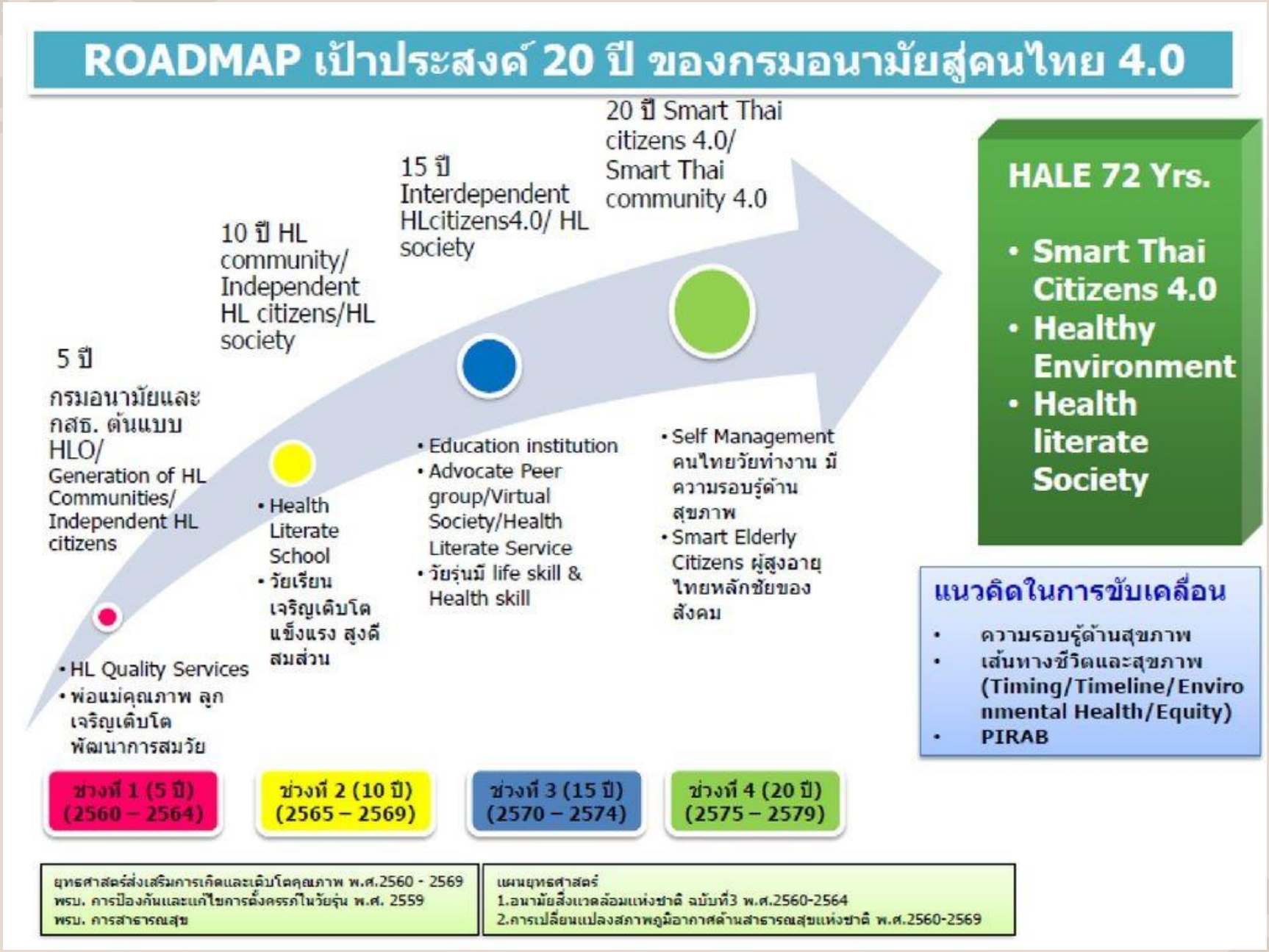
Lift Course Approach (LCA)
ประกอบด้วย 4 concept

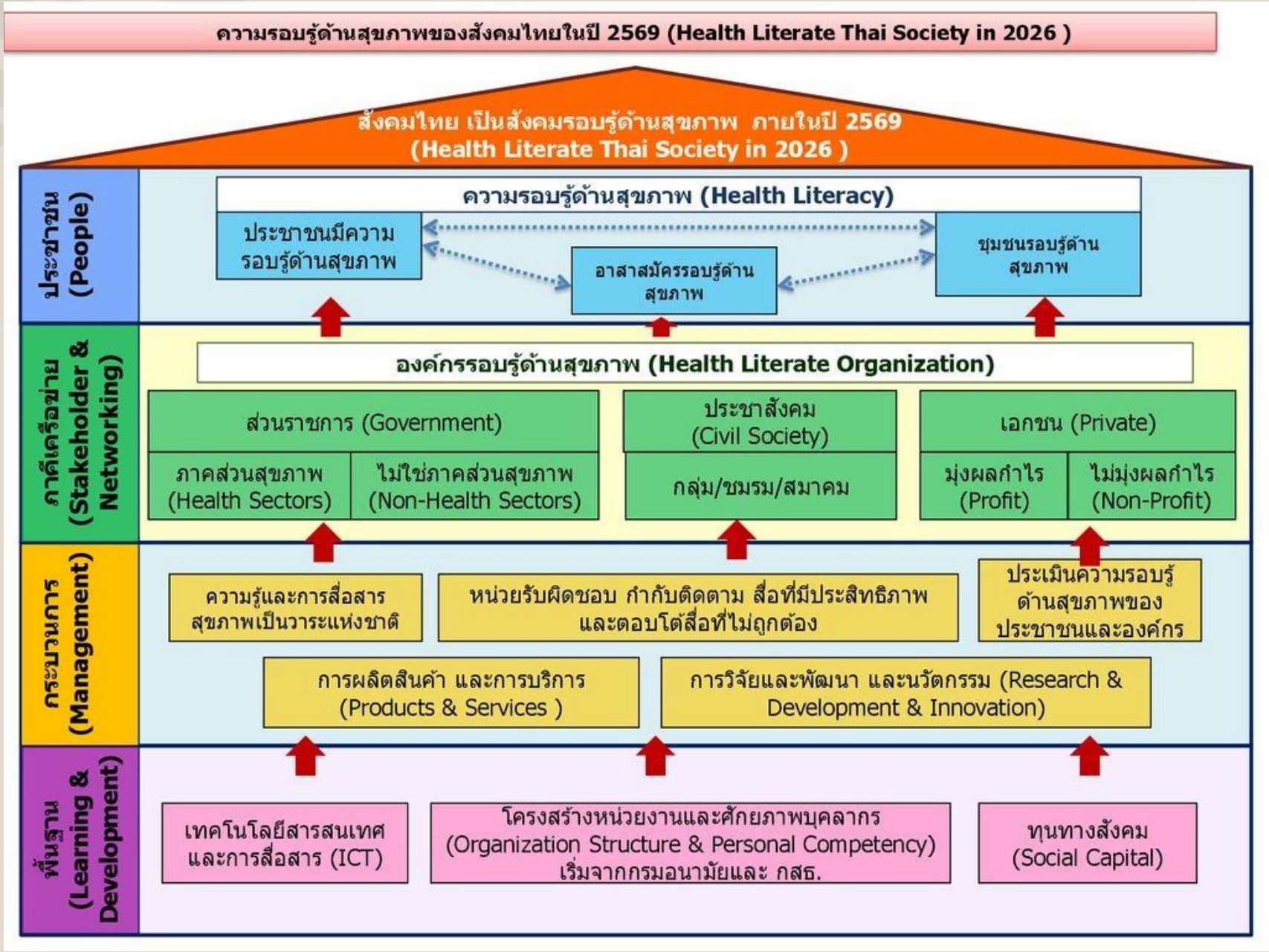
1.Timeline : "today's experiences and exposures influence tomorrow health"

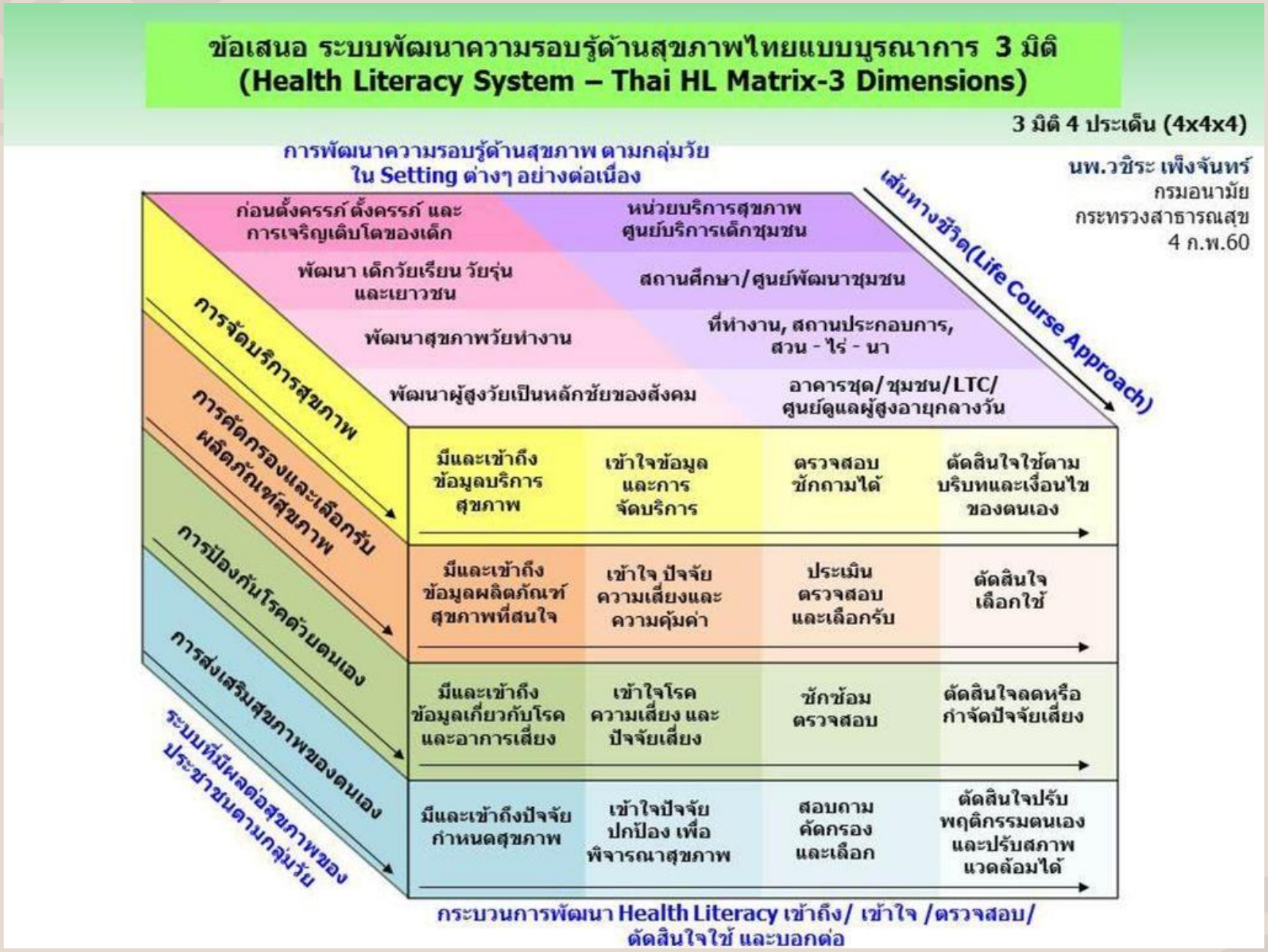
2. Timing ★ Health Trajectory
เส้นทางหรือถนนชีวิตและสุขภาพมีช่วงที่สำคัญและไวต่อการรับผลกระทบต่อสุขภาพ

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

4. Equity – ความเหลื่อมล้ำส่งผลต่อสุขภาพ มากกว่าพันธุกรรม และการตัดสินใจส่วนบุคคล


ROADMAP เป้าประสงค์ 20 ปี ของกรมอนามัยสู่คนไทย 4.0
5 ปี
กรมอนามัยและ กสธ. ต้นแบบ HLO/ Generation of HL Communities/ Independent HL citizens
10 ปี HL community/ Independent HL citizens/HL society
15 ปี Interdependent HLcitizens4.0/ HL society
20 ปี Smart Thai citizens 4.0/ Smart Thai community 4.0
• HL Quality Services
• พ่อแม่คุณภาพ ลูกเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย
• Health Literate School
• วัยเรียนเจริญเติบโตแข็งแรง สูงดีสมส่วน
• Education institution
• Advocate Peer group/Virtual Society/Health Literate Service
• วัยรุ่นมี life skill & Health skill
• Self Management คนไทยวัยทำงาน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
• Smart Elderly Citizens ผู้สูงอายุไทยหลักชัยของสังคม
HALE 72 Yrs.
• Smart Thai Citizens 4.0
• Healthy Environment
• Health literate Society
แนวคิดในการขับเคลื่อน
• ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
• เส้นทางชีวิตและสุขภาพ (Timing/Timeline/Environmental Health/Equity)
• PIRAB
ช่วงที่ 1 (5 ปี) (2560 – 2564)
ช่วงที่ 2 (10 ปี) (2565 – 2569)
ช่วงที่ 3 (15 ปี) (2570 – 2574)
ช่วงที่ 4 (20 ปี) (2575 – 2579)
ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการเกิดและเติบโตคุณภาพ พ.ศ.2560 - 2569
พรบ. การป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559
พรบ. การสาธารณสุข
แผนยุทธศาสตร์
1.อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่3 พ.ศ.2560-2564
2.การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศด้านสาธารณสุขแห่งชาติ พ.ศ.2560-2569


ความรอบรู้ด้านสุขภาพของสังคมไทยในปี 2569 (Health Literate Thai Society in 2026)
สังคมไทย เป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในปี 2569
(Health Literate Thai Society in 2026)
ประชาชน (People)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)
ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
อาสาสมัครรอบรู้ด้านสุขภาพ
ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ
ภาคีเครือข่าย (Stakeholder & Networking)
องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization)
ส่วนราชการ (Government)
ภาคส่วนสุขภาพ (Health Sectors)
ไม่ใช่ภาคส่วนสุขภาพ (Non-Health Sectors)
ประชาสังคม (Civil Society)
กลุ่ม/ชมรม/สมาคม
เอกชน (Private)
มุ่งผลกำไร (Profit)
ไม่มุ่งผลกำไร (Non-Profit)
กระบวนการ (Management)
ความรู้และการสื่อสารสุขภาพเป็นวาระแห่งชาติ
หน่วยรับผิดชอบ กำกับติดตาม สื่อที่มีประสิทธิภาพ และตอบโต้สื่อที่ไม่ถูกต้อง
ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนและองค์กร
การผลิตสินค้า และการบริการ (Products & Services)
การวิจัยและพัฒนา และนวัตกรรม (Research & Development & Innovation)
พื้นฐาน (Learning & Development)
เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT)
โครงสร้างหน่วยงานและศักยภาพบุคลากร (Organization Structure & Personal Competency) เริ่มจากกรมอนามัยและ กสธ.
ทุนทางสังคม (Social Capital)

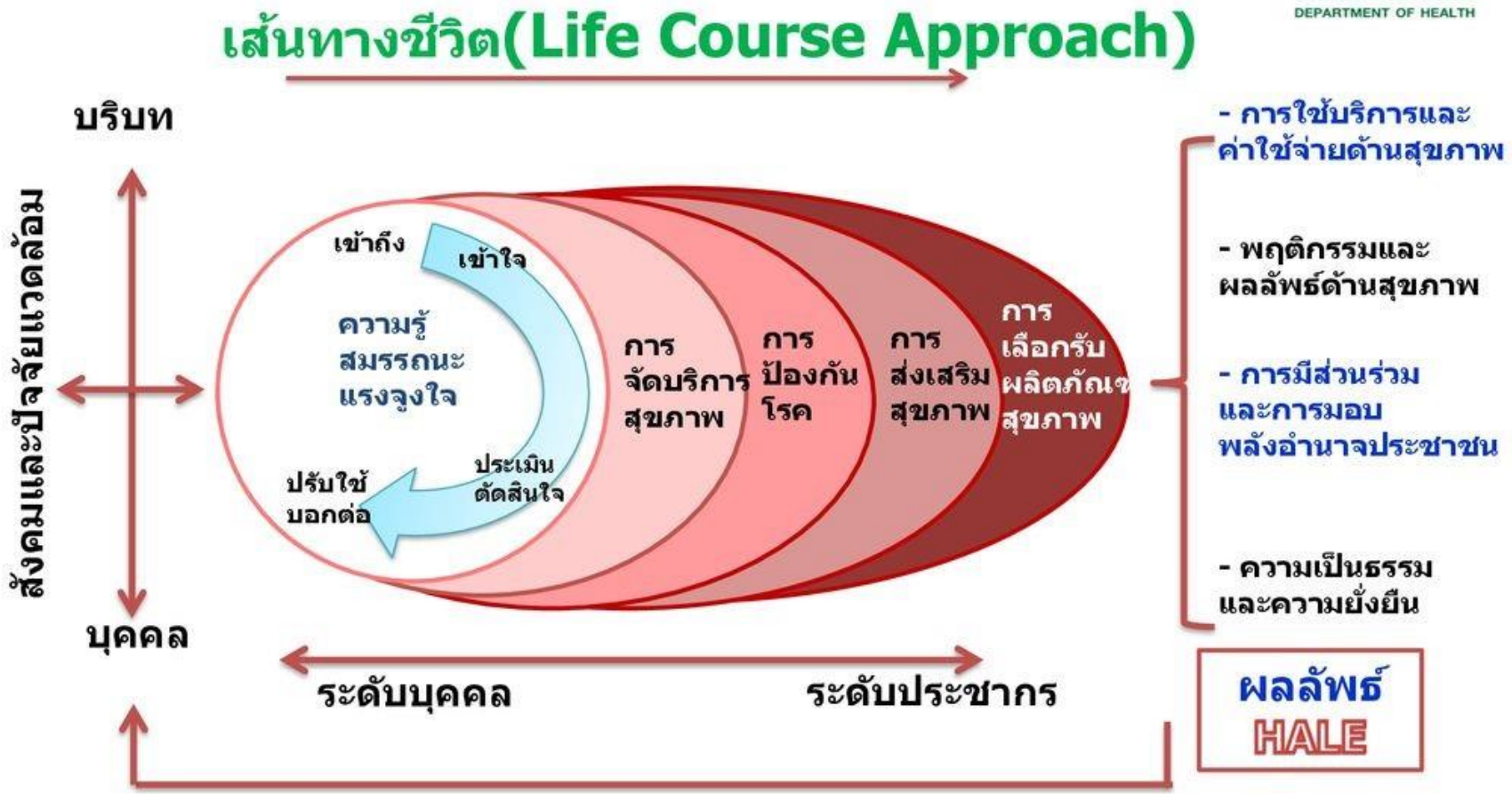

ข้อเสนอ ระบบพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพไทยแบบบูรณาการ 3 มิติ
(Health Literacy System – Thai HL Matrix-3 Dimensions)
3 มิติ 4 ประเด็น (4x4x4)
นพ.วชิระ เพ็งจันทร์
กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข
4 ก.พ.60
การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามกลุ่มวัย
ใน Setting ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง
เส้นทางชีวิต(Life Course Approach)
ก่อนตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ และ
การเจริญเติบโตของเด็ก
หน่วยบริการสุขภาพ
ศูนย์บริการเด็กชุมชน
พัฒนา เด็กวัยเรียน วัยรุ่น
และเยาวชน
สถานศึกษา/ศูนย์พัฒนาชุมชน
พัฒนาสุขภาพวัยทำงาน
ที่ทำงาน, สถานประกอบการ,
สวน - ไร่ - นา
พัฒนาผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม
อาคารชุด/ชุมชน/LTC/
ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน
การจัดบริการสุขภาพ
การคัดกรองและเลือกรับ
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
การป้องกันโรคด้วยตนเอง
การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง
ระบบที่มีผลต่อสุขภาพของ
ประชาชนตามกลุ่มวัย
มีและเข้าถึง
ข้อมูลบริการ
สุขภาพ
เข้าใจข้อมูล
และการ
จัดบริการ
ตรวจสอบ
ซักถามได้
ตัดสินใจใช้ตาม
บริบทและเงื่อนไข
ของตนเอง
มีและเข้าถึง
ข้อมูลผลิตภัณฑ์
สุขภาพที่สนใจ
เข้าใจ ปัจจัย
ความเสี่ยงและ
ความคุ้มค่า
ประเมิน
ตรวจสอบ
และเลือกรับ
ตัดสินใจ
เลือกใช้
มีและเข้าถึง
ข้อมูลเกี่ยวกับโรค
และอาการเสี่ยง
เข้าใจโรค
ความเสี่ยง และ
ปัจจัยเสี่ยง
ซักซ้อม
ตรวจสอบ
ตัดสินใจลดหรือ
กำจัดปัจจัยเสี่ยง
มีและเข้าถึงปัจจัย
กำหนดสุขภาพ
เข้าใจปัจจัย
ปกป้อง เพื่อ
พิจารณาสุขภาพ
สอบถาม
คัดกรอง
และเลือก
ตัดสินใจปรับ
พฤติกรรมตนเอง
และปรับสภาพ
แวดล้อมได้
กระบวนการพัฒนา Health Literacy เข้าถึง/ เข้าใจ /ตรวจสอบ/
ตัดสินใจใช้ และบอกต่อ

กรอบคิด Health Literacy ของกรมอนามัย

Decision Process → HL → Output/Outcome of HL

CONCEPTUAL MODEL OF HEALTH LITERACY (ประเทศไทย)

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



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

เปรียบเทียบ HLS-EU-Q47 กับ HLS-TH-Q87

Compare HLS-EU-Q47 กับ HLS-TH-Q87

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

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

Question : 3

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

Reference:

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

ถอดคำบรรยาย เรื่อง Recent Development in Implementing Organizational Health Literacy

Professor Stephan Van Den Broucke

Ho Chi Minh City 15 May 2024

ที่มา ความสำคัญและแนวคิด OHL,HLO

1. การพัฒนาการวิจัยและการนำสู่การปฏิบัติเกี่ยวกับ Health Literacy
   1.1. จาก Health Literacy ไปสู่ประเด็นอื่นๆ เช่น Digital Literacy และ Media Literacy.
   1.2. จาก Intervention ที่ประสิทธิผลยังไม่สูง มาสู่การเพิ่มความเข้มแข็งของ Health Literacy
   1.3. จาก ระดับบุคคลรอบรู้ด้านสุขภาพสู่องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นการปรับองค์กร และระบบขององค์กร เพื่อมาเน้นเรื่อง Health Literacy
2. ทำไมต้องเน้นหนักในกลุ่มที่มี Low Health Literacy

Adapted From : https://www.ncbi.nim.nih.gov/books/NBK45386/

   2.1. อุปสงค์ตามสถานการณ์ (Situation Demands) คือ ข้อกำหนด ความต้องการ ความคาดหวังที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งรวมถึงปัจจัยภายนอกได้แก่ สิ่งแวดล้อม(Environment) ข้อจำกัด(Constrain) ทรัพยากร (Resource) ความมีพร้อมในขณะนั้น (Available) รวมถึงความคาดหวังของผู้อื่น ฉะนั้นอุปสงค์ตามสถานการณ์จึงเป็นความต้องการที่ขึ้นกับข้อเท็จจริงและการปฏิบัติได้จริง (Objective)
   2.2. ความต้องการ(Want) ขึ้นกับความต้องการ ความชอบ แรงบันดาลใจ หรือเป้าหมายส่วนบุคคล ซึ่งอารมณ์ ความเชื่อ ค่านิยม หรือประสบการณ์ที่ผ่านมาจะเข้ามีอิทธิพลต่อความต้องการ ฉะนั้นความต้องการบางครั้งจึงขึ้นกับอารมณ์ (Subjective) มากกว่าข้อเท็จจริงหรือการปฏิบัติได้จริง(Objective)
   2.3. การตัดสินใจ (Decision) จึงต้อง Balance ระหว่างอุปสงค์ตามสถานการณ์และความต้องการและจัดระดับความสำคัญ (Priority) ว่าจัดลำดับความสำคัญของอุปสงค์ตามสถานการณ์ก่อนความต้องการ หรือความต้องการก่อนอุปสงค์ตามสถานการณ์
   2.4. บริการทางการแพทย์นั้นมีความซับซ้อน และในหลายๆครั้งที่อุปสงค์ถูกกำหนดจากแพทย์ เนื่องจากแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยอาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ นอกจากนั้นระบบการเข้ารับบริการก็มีความซับซ้อน มีห้องต่างๆมากมาย ได้แก่

ห้องบัตรและเวชระเบียน ห้องตรวจซึ่งแบ่งแยกเป็นแผนกต่างๆ ห้อง Lab ห้องเอกซเรย์ ห้องยา ผู้ป่วยในที่แบ่งแยกตามแผนก ปัจจัยด้านอุปสงค์ตามสถานการณ์และความซับซ้อนของระบบบริการเกินความสามารถของประชาชนแม้จะมีการศึกษาที่ดี (Literacy) ก็ตาม สามารถเข้าใจในระดับที่สามารถตัดสินใจได้ การที่จะทำให้เกิด Health Literacy จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

2.5. Health Literacy จะเกิดขึ้นได้ต้องทำทั้ง 2 ด้าน ทั้งฝั่งของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ทางฝั่งผู้รับบริการต้องพัฒนาความรู้และความสามารถส่วนบุคคล ส่วนทางฝั่งผู้ให้บริการ ก็ต้องพัฒนาทั้งระบบเพื่อลดอุปสงค์ตามสถานการณ์และความซับซ้อนของระบบของโรงพยาบาล เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจของผู้รับบริการในระดับที่สามารถตัดสินใจได้ ซึ่งการต้องปรับระบบทั้งองค์กร เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กร (Organizational health Literacy - OHL) โดยองค์กรที่ทำ OHL ได้สำเร็จก็คือ HLO (Health Literate Organization)

2.6. แม้ระดับของ HL ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ก่อนหน้านั้นมักจะทำการคัดกรองหากลุ่มที่มี Low Health Literacy เพื่อที่จะให้ความรู้แก่กลุ่ม Low HL แต่ปัจจุบันเริ่มมองว่าการให้ความรู้นั้นควรทำทุกกลุ่มไม่เฉพาะกลุ่ม Low HL จึงเกิดคำว่า Universal Health Literacy Precaution แก่ทุกคน แต่ให้แต้มต่อในกลุ่ม Low HL ที่จะต้องให้ความรู้ที่ใช้กระบวนการที่แตกต่างออกไปหรือให้เวลาในการให้ความรู้ที่เพิ่มมากขึ้น

2.7. การวัด HL (Measurement) ก็ขึ้นกับว่าจะวัดที่จุดใด คือที่ระดับบุคคล หรือระดับองค์กร หรือระดับของจุดที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับองค์กร

3. ทำไมถึงต้องมุ่งเน้น HL ระดับองค์กร

3.1. ความสามารถในการเข้าใจข้อมูล และเข้าสู่กระบวนการรับบริการสุขภาพ สัมพันธ์กับ อุปสงค์ที่ถูกกำหนดโดยระบบบริการสุขภาพ

3.2. ระบบบริการสุขภาพไม่สามารถตอบสนองต่อกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ

3.3. เกิดวงจรความสัมพันธ์ ระหว่าง สุขภาพไม่ดี กับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ โดยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานในระบบสุขภาพที่ยากต่อการเข้าถึงและยากต่อการสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจ

3.4. ความยากต่อการเข้าใจและเข้าถึงระบบสุขภาพที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ไม่สามารถที่จะจัดการผ่านบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในองค์กร แต่ต้องจัดการในบริบทขององค์กรถึงจะสามารถยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้

4. แนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กร (Organizational Health Literacy)

4.1. Organizational Health Literacy (OHL) คือ **วิธีการ** ของการบริการ หรือขององค์กร หรือระบบขององค์กร ในการจัดทำข้อมูลข่าวสารหรือทรัพยากรด้านสุขภาพ ให้มีความพร้อม และประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่างๆไม่ว่าจะเพียงพอหรือต่ำ สามารถเข้าถึงได้ (The way in which services, organizations and systems make health information and resources available and accessible to people according to their health literacy strengths and limitation.)

4.2. Health Literate Organization (HLO) คือ

4.2.1. ***องค์กร*** ที่ปรับระบบเพื่อให้ประชาชนสามารถ ค้นหา เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารหรือบริการสุขภาพที่ได้รับในการดูแลสุขภาพของตน (An organization that makes it easy for people to navigate , understand , and use information and services to take care of their health) หรือ

4.2.2. ***ความพยายามในระดับองค์กร***เพื่อทำให้ประชาชนสามารถค้นหา เข้าใจ และใช้ข้อมูลหรือบริการสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพของตน (An organization-wide effort to make it easier for people to navigate , understand and use information and services to look after their health.)

หมายเหตุ OHL และ HLO มีความแตกต่างกัน โดย OHL แปลเป็นไทยได้ว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กร” คือ วิธีการที่ทำให้องค์กรเป็น HLO ส่วน HLO แปลเป็นไทยได้ว่า “องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ” คือองค์กรที่ปรับระบบทั่วทั้งองค์กรให้มีคุณลักษณะเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

การพัฒนา OHL ล่าสุด What and How to Do?

1. การพัฒนาเกี่ยวกับ OHL ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องต่างๆ ดังนี้
   1.1. การวิจัยเกี่ยวกับ OHL
      1.1.1. แนวคิดและคุณลักษณะของ Health Literacy Friendly Healthcare organization.
      1.1.2. การบริการสุขภาพที่เน้นในเรื่อง Health Literacy สำหรับชนกลุ่มน้อย
      1.1.3. วิธีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลที่เน้นเรื่อง Health Literacy.
      1.1.4. อุปสรรคในการพัฒนาและนำ OHL สู่การปฏิบัติในองค์กร
      1.1.5. ผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนา OHL
   1.2. เครื่องมือวัด OHL
   1.3. แนวทาง (Guideline) ที่จะช่วยองค์กรในช่วงเปลี่ยนผ่านไปสู่ OHL
2. แนวคิดในเรื่อง OHL
   2.1. What - ทฤษฎีของ OHL
      2.1.1. มอง OHL เป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติ (Multidimensional phenomenon) ที่เกี่ยวข้องทั้งมิติสาธารณสุขและมิติทางวัฒนธรรมในบริบทของบริการสุขภาพ
      2.1.2. มองกลุ่มที่มี Low HL เป็นกลุ่มเปราะบางที่เกิดร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กับความเปราะบางทางสังคมอื่นๆ
   2.2. How จะนำ OHL ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างไร
      2.2.1. มุ่งเน้นที่สมรรถนะขององค์กรในการพัฒนาและส่งมอบบริการที่เน้น HL

2.2.2. ต้องบูรณาไปพร้อมกับการพัฒนาองค์กรในด้านต่างๆได้แก่ ทฤษฎีองค์กร (Organization Theory) การบริหารจัดการบริการสุขภาพ (Healthcare Management) การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement) ศาสตร์ในการนำสู่การปฏิบัติ (Implementation Science)

3. Tools ที่จะช่วยเรื่อง What to do ? คือ Ten Attributes of Health Literate Healthcare Organization ซึ่งประกอบด้วย
   3.1. ผู้บริหารได้บูรณาการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้ากับ พันธกิจ โครงสร้าง และการปฏิบัติงานขององค์กร
   3.2. บูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปในเรื่องการวางแผน มาตราการในการประเมินผล ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความเป็นธรรม และการปรับปรุงคุณภาพ
   3.3. เตรียมบุคลากรในองค์กรให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง
   3.4. รวมเรื่องการตอบสนองประชาชนเข้าสู่การกระบวนการออกแบบ การนำแผนสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลในเรื่องข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพ
   3.5. ตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีทักษะด้านความรอบรู้สุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน โดยหลีกเลี่ยงการตีตรา
   3.6. ใช้กลยุทธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคล และทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการสื่อสารนั้นสามารถสร้างความเข้าใจในทุกจุดสัมผัสของการบริการ
   3.7. ตระเตรียมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและบริการสุขภาพให้ง่ายต่อการเข้าถึง รวมถึงการช่วยเหลือในด้านการนำทางในการรับบริการ
   3.8. ออกแบบและเผยแพร่สิ่งพิมพ์ สื่อวิดีโอ หรือสื่อสังคม (Social media) ด้วยเนื้อหาที่ง่ายต่อความเข้าใจ และง่ายต่อการนำไปสู่การปฏิบัติ
   3.9. ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการดูแลในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการบริการ (เช่นการส่งต่อ หรือการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน) และการสื่อสารด้านการใช้ยา ต้องใช้การสื่อสารที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพ เช่น Teach Back , Chunk and Check หรือ Ask me Three เป็นต้น
   3.10. สื่อสารเกี่ยวกับ การครอบคลุมของสิทธิของการรักษาและบริการอะไรที่สิทธิไม่ครอบคลุมที่ต้องชำระเงินเอง

หมายเหตุ Link เอกสาร

a) ข้อ 1-3 เป็นส่วนของ เงื่อนไขของคุณภาพ (Quality Condition)
b) ข้อ 4 เป็นส่วนของ หลักการมีส่วนร่วม (Principle of participation)
c) ข้อ 5-8 เป็นส่วนของเนื้อหาเฉพาะของ HL (Specific HL Contents)
d) ข้อ 9-10 เป็นส่วนของการบริการสุขภาพในช่วงสำคัญที่จำเป็นต้องใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Aspects of healthcare where adequate communication is specifically important)

4. Tools ที่จะช่วยเรื่อง How to Do ? มี 2 Frameworks ที่มีการนำไปใช้จริง ได้แก่
   4.1. Org-HLR (Organizational Health Literacy Responsiveness Framework (Trezona et al.2017)

4.1.1. OHL คือการตอบสนองขององค์กรด้านสุขภาพ ในการรองรับความต้องการของชุมชน (Consider OHL as a response of healthcare organization to need of community)

4.1.2. จำเป็นต้องใช้การเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบเพื่อที่มุ่งเน้นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำที่อยู่ในสังคม (Assert that systematic change is required to address the issue of low HL in society)

4.2. V-HLO พัฒนาใน Vienna(V-HLO) โดยทีมพัฒนานี้เป็นทีมของ WHO ที่พัฒนา Health Promotion Hospital standard (HPH) แนวคิด V-HLO จึงเป็นแนวคิดที่ต่อยอดจาก HPH โดย

4.2.1. ใช้ Setting Approach ของการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนา Health Literacy ทั้งภายในและภายนอกสถานบริการ

4.2.2. มุ่งเน้นในการยกระดับ HL ของผู้ป่วย (Patients) ผู้รับบริการ (Clients) ผู้ให้บริการ (Health provider) องค์กรต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานบริการ เช่น สถานศึกษา สถานประกอบการ โรงงาน ฯลฯ (Organizations) ประชาชนในชุมชน (Population)

5. Tools ที่จะใช้ในการวัดหรือประเมิน Organizational HL (สามารถ Search หาแต่ละหัวข้อได้ใน Web site)

5.1. Health Literate Healthcare Organization Scale (HLHO-10)

5.2. Enliven Organizational Health Literacy Self-Assessment Resource

5.3. Health Literacy Universal Health Literacy Tool kid (Agency of Healthcare Research and agency)

5.4. Vienna Health Literate Organization (V-HLO) Questionnaire.

5.5. International Self Assessment Tool for Organizational Health Literacy (M-POHL)

5.6. Standard and Substandard of V-HLO (อ่านรายละเอียดในภาคผนวก)

5.7. Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) Tools

5.7.1. WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL)

5.7.1.1. มีเครือข่าย 23 ประเทศใน WHO Euro Region.

5.7.1.2. HLS19 Instrument คือเครื่องมือในการวัด General HL โดยปรับปรุงเป็น HLS19-Q47 และมีอีก 2 Short form ได้แก่ HLS19-Q12 และ HLS19-Q16 นอกจากนั้นยังสร้างเครื่องมือเพิ่มเติมได้แก่ HLS19-DIGI (Digital HL) , HLS19-COM (Communicative HL), HLS19-NAV(Navigational HL) ,HLS19-VAC (Vaccination HL) เป็นต้น

5.7.1.3. The Health Literacy Survey 24-26 (HLS24) จะทำการ Survey ในปี 2024 โดยใช้ HLS19

5.7.2. พัฒนา Assessment Tools จำนวน 2 Tools ได้แก่

5.7.2.1. Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospital (OHL-Hos) ประกอบด้วย 8 มาตรฐาน 155 เครื่องชี้วัด Link เอกสาร

5.7.2.2. Organizational Health Literacy in Primary Healthcare Services (OHL-PHC) มี 65 เครื่องชี้วัด

5.7.3. ได้ทำการแปลมาตรฐานดังกล่าวแล้ว 13 ภาษา ได้แก่ Austria, Belgium ,Czech Republic ,Denmark ,Germany , Israel ,Norway , Serbia ,Slovenia and Switzerland)

HLO Guideline & Tools Assist Implementation and Outcome

1. การนำ HLO Guideline สู่การปฏิบัติ
   1.1. การนำ HLO Guideline ไปสู่การปฏิบัติ จำเป็นต้องผสมผสาน 2 หลักการเข้าด้วยกัน
      1.1.1. การนำ HLO Guideline ไปใช้ทั้งหมดโดยไม่มีการปรับเปลี่ยน
      1.1.2. การปรับเปลี่ยน HLO Guideline ให้สอดคล้องกับบริบทขององค์กร
   1.2. รายละเอียดเกี่ยวกับการนำ HLO ไปสู่การปฏิบัติที่มีการเขียนเป็นเอกสารมีน้อยมาก ที่ปรากฏให้เห็นได้แก่ การนำ HLO ไปใช้ในประเทศเบลเยี่ยม
      1.2.1. Mizrahi (2018) Survey of 25 Health workers(doctors and Nurses) in hospital.
      1.2.2. Henrard (2021) exploratory case studies in 3 hospitals using the V-HLO
   1.3. เอกสารจากการ Review of International Literature(Farmanova et al 2018)
      1.3.1. ประโยชน์ของ Guidelines คือ สามารถช่วยทำให้การนำ HLO ไปสู่การปฏิบัติได้ง่ายขึ้น โดย
         1.3.1.1. ทำให้เข้าใจถึงความซับซ้อนของ OHL
         1.3.1.2. สามารถนำแนวปฏิบัติบางเรื่องใน Tools ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กรมาประยุกต์ใช้ได้
      1.3.2. ประโยชน์ของเครื่องมือที่เกี่ยวกับการประเมิน (evaluation Tools)
         1.3.2.1. ช่วยในการประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการ HL ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติในสถานบริการ
         1.3.2.2. นำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงาน
2. การเรียนรู้การนำ OHL ไปใช้จริงใน 18 ชุมชน (18 Primary Care) ในประเทศ Belgium (แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันผ่าน Platform ,lecture ,webinar) ผลการแลกเปลี่ยนเป็นดังนี้
   2.1. ต้องบูรณาการร่วมกันทั้ง Individual & Community Approach.
   2.2. ความท้าทายที่สำคัญคือต้องทำให้ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วม
   2.3. การสร้าง Intervention ร่วมกัน (Co-Creation) จำเป็นต้องพัฒนาความสามารถของบุคคล (Building competency) ควบคู่กันไปด้วย
   2.4. จำเป็นต้องนำเครื่องมือ (tools) ต่างๆเช่น เครื่องมือประเมิน หรือวิธีการทำ โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทขององค์กร
   2.5. การจะต่อยอดจากโครงการให้เป็นงานประจำที่ยั่งยืน ต้องใช้เวลา
   2.6. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างองค์กรในเรื่อง OHL เป็นสิ่งที่จำเป็น
   2.7. การดำเนินโครงการ OHL จำเป็นต้องนำประเด็นเรื่องสังคมและนโยบายมาพิจารณาด้วย

2.8. OHL ไม่ได้เป็นสิ่งแปลกแยกออกมา แต่เป็นส่วนหนึ่งของการปรับเปลี่ยนให้มองคนเป็นศูนย์กลาง (Person center) การมีส่วนร่วม (Participative) และเป็นการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated care)

3. หลักการ 5 ประการในนำ OHL สู่การปฏิบัติ

3.1. เป็นการปรับเปลี่ยนระดับองค์กร (Organization Change) กระบวนการภายในองค์การในการ นำแนวทาง OHL สู่การปฏิบัติ รวมถึงการสถาปนาระบบ (institutionalized) เพื่อทำให้องค์กรเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.2. การตอบสนองของบุคลากรทุกคน (Workforce Responsiveness) เพื่อให้องค์กรตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับ Health Literacy ของประชาชนผู้มารับบริการผ่านการดำเนินการของบุคลากรทั้งสายวิชาชีพและสายสนับสนุน

3.3. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมและใช้คนเป็นศูนย์กลาง (User involvement and Person center care) ยกระดับความคิดของประชาชนให้สามารถคิดแบบมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) เสริมพลังหรือเพิ่มความเข้มแข็งของบุคคลให้สามารถปรับปรุงสุขภาพและเงื่อนไขทางสุขภาพได้

3.4. การเข้าถึงและนำทางสู่การไปรับบริการสุขภาพ (Access and Navigation) องค์กรเพิ่มโอกาสให้ผู้รับบริการกลุ่มต่างๆได้รับข้อมูลด้านและบริการสุขภาพตามความต้องการ ความชอบ หรือประสบการณ์

3.5. ภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกองค์กร (Internal and External Partnership) ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน (องค์กร ทีมงาน ฝ่าย) ที่ทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับ OHL ร่วมกัน

4. การทำ Systematic Review หลักฐานของการบรรลุผลลัพธ์ (

4.1. HL มักถูกอ้างอิงว่าสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ต่างๆ ได้แก่ มาตรการให้การศึกษาเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต อัตราการคัดกรองเกี่ยวกับ HL หรือผลลัพธ์อื่นๆ

4.2. มี 7 การศึกษาที่พบว่า HL ส่งผลกระทบระดับปานกลางกับตัวแปรต่างๆ เช่น คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

4.3. มี 3 การศึกษาที่ศึกษาองค์ประกอบย่อยของ HL เช่น การค้นหาข้อมูล การสื่อสารสำหรับ HL การประเมิน และการใช้ข้อมูล เป็นต้น

4.4. มาตรการที่เน้นการใช้ HL หรือองค์ประกอบย่อยของ HL (Dimension of HL) นั้นได้รับการพิสูจน์แล้วสามารถทำให้ผลลัพธ์ในหลายๆเรื่อง ดีขึ้น

4.5. ใช้วิธีการที่ผสมผสานโดยมีเป้าหมายในการปรับปรุง HL ของผู้ป่วย รวมถึงการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถจัดการกับกลุ่มที่มี Low HL ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในระยะยาว

4.6. HL นอกจากจะใช้ในระดับบุคคล ยังสามารถนำมาใช้ในระดับองค์กร เช่นในสถานบริการสุขภาพ และส่งผลให้การนำ OHL มาใช้และผลลัพธ์ดีขึ้น

5. สรุป

5.1. เมื่อมอง HL ในระดับองค์กร ช่วยให้สถานบริการสุขภาพนำบริบทของสังคมและการเมือง (Sociopolitical context) มาประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวางขึ้น โดยไม่ได้มอง การเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ใช่เป็นแค่ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพเท่านั้น แต่ต้องนำเรื่อง วิถีชีวิต การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อม ซึ่งมักจะถูกละเลย เข้ามาอยู่ในกรอบแนวคิดของ OHL ด้วย

5.2. Guideline สำหรับ OHL สามารถเข้ามาช่วยตั้งแต่ขั้นตอน การเริ่มต้น การนำสู่ปฏิบัติ และการสถาปนาระบบ OHL ให้เกิดขึ้นในองค์กร โดย Guideline เหล่านั้นได้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าได้ผล และถือเป็น Good Practice

5.3. ความท้าทายในการนำ OHL สู่การปฏิบัติ จะเหมือนกับการนำระบบปรับปรุงคุณภาพมาใช้ในสถานบริการสุขภาพ

5.4. กรอบแนวคิดของ OHL ต้องนำแนวคิดของการประสานความร่วมมือในทุกภาคส่วน (Intersectoral collaboration) การเสริมพลังให้ผู้ป่วย (Patient empower) และสร้างบริการร่วมกัน (Co-construction) และให้บริการแบบบูรณาการ (Integrated care)

Part 4.

Standard of Health Literate Healthcare Organization (HLHCO)

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

Executive Summary

1. การเปรียบเทียบ Organization Health Literate Responsiveness Framework (Org-HLR) จากการศึกษาของ Trezona[1] และ Angela [1] กับ Baldrige Excellence Framework [3] ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ประเทศต่างๆนิยมใช้ในปัจจุบัน มาตรฐานในประเทศไทยที่นำ Baldrige Excellence Framework มาเป็นแม่แบบได้แก่ TQA , PMQA ,HA โดยโรงพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่พัฒนาเพื่อการรับรองด้วย HA Standard จากการเปรียบเทียบพบว่า Baldrige Excellence Framework ครอบคลุมหัวข้อได้มากกว่า Org-HLR Framework ที่ได้จาก 2 การศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งทั้ง 2 การศึกษาไม่ได้พูดถึง Result เพราะฉะนั้นต่อไปจะใช้ Baldrige Excellence framework เป็นกรอบเพื่อจะวาง Ten Attribute of HLHCO ของ IOM , V-HLO ของ Vienna Study ,และ International OHL-hos ของ CC-HPH เข้าไปในกรอบดังกล่าว โดย ในส่วนของ Process Management ในหมวด 6 จะประกอบด้วย Process ที่เกี่ยวกับ HL ดังนี้

   1.1. Communication Practice and Structure

   1.2. Ease Access to services and Process (Ease of Nagivation)

   1.3. Patient engagement and self management support.

   1.4. Community engagement & Partnership

   รูปที่ 1 เปรียบเทียบ Organizational Health Literate Resonsiveness กับBadrige Excellence Framework

Compare Org_HLR Framework with Baldrige Excellence Framework

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

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

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

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

Compare Bradrige Excellece Framework with Ten Attribute(IOM),V-HLO and Internatonal OHL-Hosp

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

3. ทั้ง 10 Attribute ,V-HLO , International OHL-hos ตัว Standard ไม่ได้กล่าวถึง Result แต่ไปกล่าวในแบบประเมินตนเอง (Self Assessment) โดย International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (OHL-Hos) [4] โดย V-HLO จะมี 160 indicator ส่วน OHL-hos จะมี 156 indicator โดยสามารถเลือก indicators ให้เหมาะสมกับบริบท ถ้าพิจารณาจาก Integrated model of Health Literacy [7] Consequence คือ สิ่งที่จะตามหลัง Health Literacy แบ่งเป็น 4 คู่ได้แก่

   3.1. อัตราการมาใช้บริการสุขภาพ (Health service use) ซึ่งจะสัมพันธ์กับ ต้นทุนของการมารับบริการ (Health cost) (Disease Approach ใน Healthcare Setting)

   3.2. พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) จะสัมพันธ์กับ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcome) – (Disease prevention & Health promotion approach)

   3.3. การมีส่วนร่วม (Participation) จะสัมพันธ์กับ ระดับการเสริมพลัง (Empowerment) – Health promotion Approach

   3.4. ความเท่าเทียม (Equity) จะสัมพันธ์กับ ความยั่งยืน (Sustainable) – Health promotion approach.

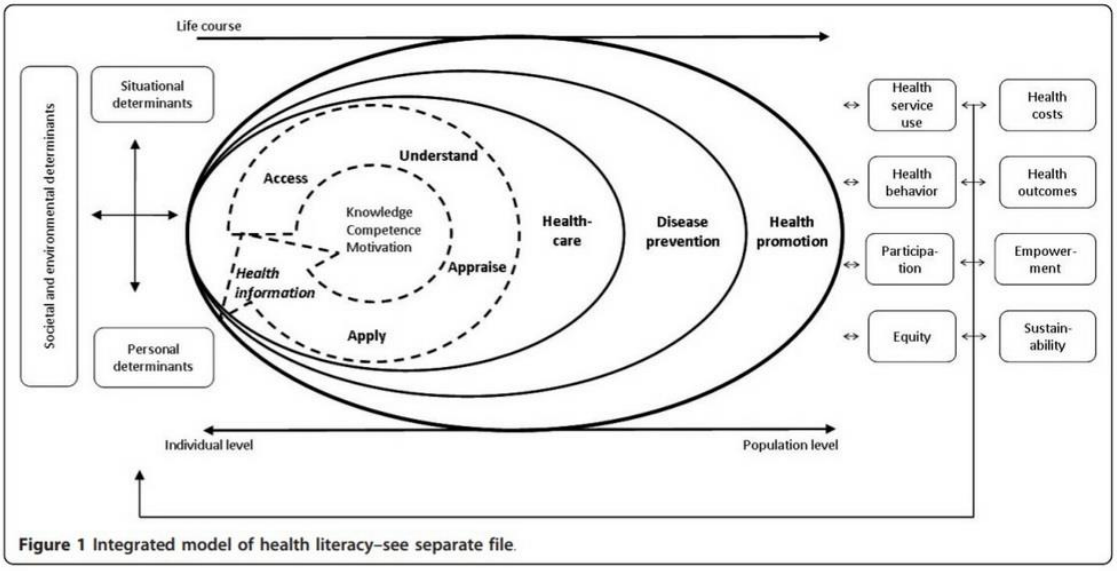


Figure 1 Integrated model of health literacy–see separate file.

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

TABLE 3.

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

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

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

สรุปและข้อเสนอแนะ

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

เอกสารอ้างอิง

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

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

Health Literate Healthcare Organization (HLHCO) Jürgen M. Pelikan

Contents:

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

Health Literate Healthcare Organization (HLHCO)

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

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

ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้เป็นที่ทราบกันดีในสถาบันที่ให้บริการสุขภาพ และรัฐบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาก็ให้การสนับสนุนนโยบาย เพื่อชี้นำให้ผู้ให้บริการและนักวิจัยมาให้ความสำคัญของกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดในระบบสุขภาพ เดิมใช้กลยุทธ์แบบแยกส่วน ขึ้นกับว่าองค์กรใดจะนำประเด็นได้มาใช้ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มที่มี Low

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

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

ประเด็นคำถามในบทนี้คือ

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

การพัฒนาแนวคิดที่เป็นองค์รวมเชิงระบบของ HLHOs

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

Terminology and definitions of organisational health literacy

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

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

3. นิยามที่สาม คือนิยามที่เป็นปัจจุบันที่ได้บูรณาการเนื้อหาที่กำหนดในนิยามของ Brach et al (2012) (10) กับนิยามเชิงองค์กรวมของ Health Literacy ของ HLS-EU Consortium (Sorensen et al, 2012, p 3 [50]) HLHOs คือ องค์กรที่พัฒนาระบบเพื่อให้ง่ายต่อการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม (ผู้ป่วยและญาติ บุคลากร/ ผู้บริหาร ในสถานบริการสุขภาพ ประชาชนทั่วไป)ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหรือข้อมูลสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้เพื่อการยกระดับ Health literacy ทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพในทุกๆวัน โดยใช้การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ เพื่อธำรงรักษาและยกระดับคุณภาพชีวิตตลอดทุกช่วงชีวิต เพื่อให้สามารถบรรลุแนวคิดที่เป็นองค์รวมเชิงระบบและยั่งยืน สถานบริการสุขภาพจำเป็นต้องประยุกต์ใช้หลักการและเครื่องมือของ การบริหารคุณภาพ (Quality Management) การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ร่วมกับการเสริมสมรรนะขององค์กร ทั้งเรื่องโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรเพื่อให้เป็นองค์กรที่ Health Literate มากขึ้น (Pelikan and Dietscher, 2015b, slide 16 [42])

Concepts, models and frameworks of organisational health literacy

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

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

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

Institute of Medicine's Ten attributes of HLHCOs

Instiure of Medicine (IOM) ได้พัฒนา Ten attributes of health literate health care organizations (Brachet al, 2012, p 19 [10]), โดยกำหนด 10 คุณลักษณะของ HLHOs ควรนำไปใช้และลงทุนในระบบนี้เพื่อช่วยให้ทุกคนได้ประโยชน์สูงสุดจากระบบการดูแลสุขภาพ (see Box 1).

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

1. ผู้นำได้บูรณาการเรื่อง Health Literacy เข้าไปใน พันธกิจ โครงสร้าง และการดำเนินการขององค์กรหรือไม่
2. บูรณาการเรื่อง Health Literacy เข้าไปในการวางแผน การวัดผลการดำเนินการ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และเรื่องการปรับปรุงคุณภาพ
3. เตรียมบุคลากรเพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการวัดความก้าวหน้าขอการดำเนินการ
4. รวมเรื่องการตอบสนองในระดับประชากรเข้าไปในขั้นตอนของการออกแบบ การดำเนินการ และประเมินผลทั้งระบบข้อมูลข่าวสารและการบริการ
5. ตอบสนองความต้องการของประชาชนซึ่งมีความหลากหลายของระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยหลีกเลี่ยงการตีตรา (ปฏิบัติเหมือนๆกัน เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าตนอยู่ในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ)
6. ใช้กลยุทธ์สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเน้นการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพและแน่ใจได้ว่าจะเกิดความเข้าใจในทุกจุดสัมผัสของการบริการ
7. จัดเตรียมระบบข้อมูลข่าวสารและบริการที่ง่ายต่อการเข้าถึง และมีระบบช่วยในการนำทางไปรับบริการในจุดต่างๆ
8. ออกแบบและกระจายสื่อสิ่งพิมพ์ รวมถึงวิดิโอ หรือ social media ที่ง่ายต่อการเข้าใจและเน้นการปฏิบัติ

9. เน้นหนักในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพิเศษในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ในช่วงรอยต่อของการบริการ หรือการสื่อสารเกี่ยวกับการรับยา
10. สื่อกสารให้เข้าใจอย่างละเอียดเกี่ยวกับการครอบคลุมของชุดสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ และค่าบริการที่ต้องจ่ายนอกเหนือจากสิทธิการรักษา

10 Attributes of HLHCOs *Institute of Medicine*

โดยในแต่ละคุณลักษณะจะอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็น และรายละเอียด รวมถึงวิธีการประเมิน และการนำสู่การปฏิบัติ เมื่อพิจารณาคุณลักษณะทั้ง 10 ประการ พบว่า

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

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

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

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

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

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

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

6. พัฒนาความร้อบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ (Learning offer)
7. พัฒนาความร้อบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากร โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ (Learning offer)
8. พัฒนาความร้อบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนหรือพื้นที่ ที่สถานบริการรับผิดชอบ
9. แบ่งปันประสบการณ์และเป็นทำตัวเป็นตัวอย่างในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนที่สถานบริการรับผิดชอบ

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

Guides and toolkits เพื่อการประเมินหรือปรับปรุง organisational health literacy

Farmanova et al (2018) [20] ได้บ่งชี้ 20 health literacy guides โดยประเมินภายใต้ 6 dimensionได้แก่

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

การปรับปรุงคุณภาพ 8 เรื่องคือ

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

Farmanova et al (2018, p 6) [20] สรุปว่าแนวทาง (Guide) มีความแตกต่างทั้ง scope (single- to multiple-issue) และบริบทที่จะนำแนวทางนั้นไปสู่การปฏิบัติ โดยแนวทางส่วนใหญ่พัฒนาสำหรับสถานบริการสุขภาพ โดย 6 แนวทางพัฒนาสำหรับสถานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล และร้านยา หรือพัฒนาแนวทางสำหรับการให้บริการของพยาบาล แนวทางจะมีแนวทางการประเมินว่าอะไรคืออุปสรรค และแผนปฏิบัติการในการพัฒนาให้เป็น HLOs สรุป สำหรับระดับองค์กรแล้วขณะนี้มีแนวทางที่หลากหลายที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาองค์กรให้เป็น HLOs ในบริการที่หลากหลาย แต่สำหรับระดับบุคลากรที่เป็นวิชาชีพจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางให้เหมาะสมกับแต่ละวิชาชีพ รวมถึงการบูรณการและทำให้เป็นมาตรฐาน

วิจัยเชิงประจักษ์ ในการสำแนวคิด (Concepts)และแนวทาง (Guide) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ

วิจัยเชิงประจักษ์ สำหรับแนวคิด (Concepts)และแนวทาง (Guide) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ สรุปได้ว่า

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

8. การนำ Health Literacy guide จะมีประโยชน์ถ้า guide นั้นมีประโยชน์อย่างเด่นชัด ง่ายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ และสามารถสนับสนุนกาดำเนินการของผู้ให้บริการหรือสามารถกำจัดอุปสรรคต่อการพัฒนา Health Literacy ได้ (Shoemaker et al, 2013 [49])'.

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

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

ปัจจัยสู่ความสำเร็จที่จะ Health Literacy สู่การปฏิบัติ

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

Summary and conclusion

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

Reference

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

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

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

15. Coughlan, D., Turner, B. and Trujillom, A. (2013) 'Motivation for a healthliteratehealthcare system – Does socioeconomic status play a substantial role? Implications for an Irish health policy-maker', Journal of Health Communication,18, Suppl 1, 158-71.
16. DeWalt, D.A., Callahan, L.F., Hawk, V.H., Broucksou, K.A. and Hink, A. (2010) Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Prepared by North Carolina Network Consortium, the Cecil G. Sheps Center for Health Services Research, the University of North Carolina at Chapel Hill, Under Contract No HHSA290200710014, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
17. Dietscher, C. and Pelikan, J.M. (2017) 'Health-literate hospitals and healthcare organizations – Results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals', in D. Schaeffer and J.M. Pelikan (eds) Health Literacy Forschungsstand und Perspektiven, Bern: Hogrefe, 303-13.
18. Eichler, K., Wieser, S. and Brugger, U. (2009) 'The costs of limited health literacy: A systematic review', International Journal of Public Health, 54, 313-24.
19. Farmanova, E. (2017) Organization of health services for minority populations: The role of organizational health literacy and an active offer of health services in French in Ontario, Ottawa.
20. Farmanova, E., Bonneville, L. and Bouchard, L. (2018) 'Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues', INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 55, 1-17.
21. Frosch, D.L. and Elwyn, G. (2014) 'Don't blame patients, engage them: Transforming health systems to address health literacy', Journal of Health Communication, 19, Suppl 2, 10-14.
22. Groene, R.O. and Rudd, R. (2011) 'Results of a feasibility study to assess the health literacy environment: Navigation, written, and oral communication in 10 hospitals in Catalonia, Spain', Journal of Communication in Healthcare, 4, 4, 227-37.
23. Hernandez, L.M. (2012) How can health care organizations become more health literate? Workshop summary, Population health and public health practice, Washington, DC: Institute of Medicine. Institute of Medicine. (2004) Health literacy: A prescription to end confusion, Washington, DC: National Academies of Science.
24. Johnson, A. (2014) 'First impressions: Towards becoming a health literate health service', Australian Health Review, 38, 2, 190-3.
25. Johnson, M. (2014) Tackling barriers to integration in health and social care, London: Housing LIN, Viewpoint 69 (www.housinglin.org.uk/_library/Resources/Housing/Support_materials/Viewpoints/HLIN_Viewpoint69_Integration.pdf).

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

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

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

Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations

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

บทความนี้กล่าวถึง คุณลักษณะ 10 ประการของสถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate health care organizations : HLHOs) หรือ สถานบริการที่ทำให้ผู้มารับบริการ มีความง่ายในการ ได้รับข้อมูลสารสนเทศ เข้าใจ และใช้ข้อมูลสารสนเทศเหล่านั้นในการดูแลสุขภาพของตน สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถช่วยคนอเมริกัน 77 ล้านคนที่มีความจำกัดในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งช่วยคนอเมริกันส่วนใหญ่ที่มีความยุ่งยากในการทำความเข้าใจข้อมูลสารสนเทศ และการใช้บริการของสถานบริการสุขภาพ (ODPHP, 2008).

ส่วนใหญ่มักจะเข้าใจโดยทั่วไปว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล ในการที่จะได้รับ เข้าใจข้อมูลพื้นฐานและบริการด้านสุขภาพ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจที่เหมาะสม (Ratzan and Parker, 2000) แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพหาใช่ขึ้นกับทักษะส่วนบุคคลอย่างเดียว (IOM, 2003). **แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นผลคูณระหว่างความสามารถส่วนบุคคล x อุปสงค์ที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและ ความซับซ้อนของระบบสุขภาพ** (Baker, 2006; Rudd 2003)

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

จากความตระหนักที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะส่งมอบบริการสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยแต่ละคน และการดำเนินเพื่อให้ผู้รับบริการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำเป็นต้องกระทำที่ระบบขององค์กร เพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่า ผู้รับบริการสามารถที่จะตัดสินใจบนข้อมูลสารสนเทศที่มีเข้าใจอย่างชัดแจ้ง(AHIP, 2011; AMA, 2007; NQF, 2009; ODPHP, 2010; DeWalt et al., 2012;). และเป็นเรื่องเร่งด่วนสำหรับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด (Martin and Parker 2011). ที่ประสบปัญหาต่างๆ ได้แก่ เรื่องความผิดพลาดทางยาที่รุนแรง (Schillinger et al., 2005), การไปรับบริการที่ห้องฉุกเฉินหรือโรงพยาบาลในอัตราที่สูงกว่า (Baker et al., 2002),การไม่มีการป้องกันโรคจนทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดีสำหรับเด็กในความดูแล (Sanders et al., 2009), การเพิ่มอัตราการตาย (Sudore et al., 2006; Bostock and Steptoe, 2012; Yaffe et al., 2006) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการส่งมอบบริการที่คำนึงถึงมิติของภาษาและสังคม โดย National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services แนะนำให้บูรณา

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

สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพตะหนักว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ นั้นสัมพันธ์กับเรื่องของภาษาและวัฒนธรรมอย่างแยกกันไม่ออก และความพยายามในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และปรับปรุงในเรื่องการสื่อสารเพื่อให้สอดคล้องกับมิติของภาษาและวัฒนธรรม (Andrulis and Brach, 2007; Sudore et al., 2009). ภายใต้การดูแลของ สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มุ่งมั่นที่จะยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน และให้ทุกการสื่อสาร เป็นที่เข้าใจอย่างชัดแจ้ง

เอกสารนี้ประกอบด้วยคุณลักษณะ 10 ประการของสถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้มารับบริการสามารถ เข้าถึงบริการและได้ประโยชน์สูงสุดจากการรับบริการ โดยได้สังเคราะห์องค์ความรู้และแนวปฏิบัติ โดยคาดหวังว่า เอกสารชิ้นนี้จะเป็นก้าวย่างขององค์กรที่จะนำพาไปสู่องค์กรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในแต่ละคุณลักษณะจะอธิบายสั้นๆเกี่ยวกับความหมาย ตามด้วยชุดของแนวปฏิบัติ กลยุทธ์ที่สามารถนำไปใช้เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ของแต่ละองค์ประกอบ โดยกลยุทธ์ที่ได้ยกตัวอย่างมาเป็นแค่ตัวอย่าง ซึ่งความเป็นจริงยังมีอีกหลากลายวิธีที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของแต่ละคุณลักษณะ ซึ่งต้องทำการทดสอบหลังการปฏิบัติในกลุ่มเป้าหมายที่กลยุทธ์นั้นได้กำหนดไว้ว่าประสบผลสำเร็จหรือไม่ และแบ่งปันผลการดำเนินการให้กับหน่วยงานอื่น และองค์กรต้องเลือกว่าจะทำองค์ประกอบใดก่อนหลัง ก่อนที่จะขยายไปทำองค์ประกอบอื่น

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

รายละเอียดของ 10 คุณลักษณะได้แก่

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

4. รวมเรื่องการตอบสนองประชาชนเข้าสู่การกระบวนการออกแบบ การนำแผนสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลในเรื่องข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพ
5. ตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีทักษะด้านความรอบรู้สุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน โดยหลีกเลี่ยงการตีตรา
6. ใช้กลยุทธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคล และทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการสื่อสารนั้นสามารถสร้างความเข้าใจในทุกจุดสัมผัสของการบริการ
7. ตระเตรียมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและบริการสุขภาพให้ง่ายต่อการเข้าถึง รวมถึงการช่วยเหลือในด้านการนำทางในการรับบริการ
8. ออกแบบและเผยแพร่สิ่งพิมพ์ สื่อวิดีโอ หรือสื่อสังคม (Social media) ด้วยเนื้อหาที่ง่ายต่อความเข้าใจ และง่ายต่อการนำไปสู่การปฏิบัติ
9. จัดการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการดูแลในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการบริการ (เช่นการส่งต่อ หรือการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน) และการสื่อสารด้านการใช้ยา
10. สื่อสารเกี่ยวกับ การครอบคลุมของสิทธิของการรักษาและบริการอะไรที่สิทธิไม่ครอบคลุมที่ต้องชำระเงินเอง

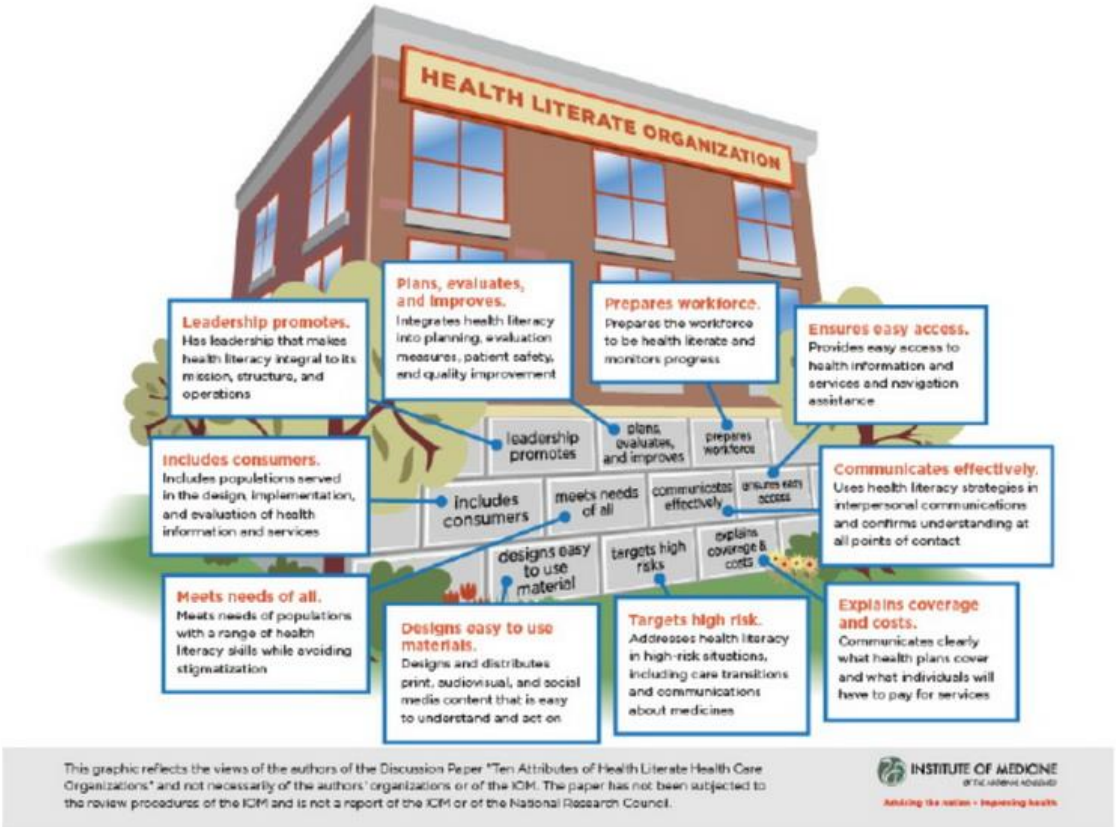


FIGURE 1B Elaborations on the Foundations of a Health Literate Organization

รายละเอียดของแต่ละหัวข้อเป็นดังนี้

1. ผู้บริหารได้บูรณาการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้ากับ พันธกิจ โครงสร้าง และการปฏิบัติงานขององค์กร หรือไม่

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

1.1. ให้ความสำคัญกับการสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพในทุกระดับภายในองค์กร และผ่านสื่อหลายช่องทาง

1.2. สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ให้คุณค่ากับผู้ป่วยและลูกค้า และมุ่งเน้นการสื่อสารแบบสองทางอย่างมีปฏิสัมพันธ์และมีความเท่าเทียม

1.3. มีความมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์กรให้ปรากฏอย่างชัดแจ้ง และมีพันธกิจที่จะสร้างวัฒนธรรมที่ให้คุณค่ากับผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ

1.4. มอบหมายความรับผิดชอบรวมถึงมอบอำนาจในการดำเนินการในภาพภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เช่น มีการแต่งตั้ง Health Literacy Officers หรือกำหนดความรับผิดชอบใน Job description ให้แก่ หัวหน้าหน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์)

1.5. กำหนดเป้าหมายของการปรับปรุงความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีระบบเสริมแรงจูงใจเมื่อผลงานบรรลุเป้าหมายดังกล่าว และกำหนดความรับผิดชอบให้แก่บุคลากรในทุกระดับในการบรรลุผลลัพธ์ของการดำเนินการในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.6. จัดสรรทรัพยากรทั้งด้านการเงินและบุคคลากร ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการ หรือการปรับปรุงเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพ (เช่น งบประมาณในการแก้ไขหรือตรวจสอบสื่อต่างๆว่าเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายหรือไม่ ให้เวลาเพื่อสนับสนุนบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น หรือการสนับสนุนสนับงบประมาณและเวลาสำหรับการฝึกอบรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.7. ปลูกฝังหรือสร้างให้เกิด Health Literacy Champion ทั่วทั้งองค์กร

1.8. ออกแบบระบบ เพื่อพัฒนาคนให้เกิดศักยภาพสูงสุด ในการเรียนรู้เพื่อธำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพดี และสามารถจัดการโรคต่างๆได้ สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และเกิดผลดีต่อสุขภาพ

1.9. ออกแบบสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดที่ที่เป็นส่วนตัวเพื่อให้ปรึกษาในเรื่องการใช้ยา

1.10. ส่งเสริมให้องค์กรอื่นให้มาดำเนินการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เช่น การสั่งการหน่วยงานใต้บังคับบัญชา หรือใช้อำนาจซื้อ (purchasing power) หรือใช้ประสานเครือข่าย

1.11. มีส่วนร่วมกับระดับ ท้องถิ่น/จังหวัด/ประเทศ ในการพัฒนาองค์กรเพื่อตอบสนองความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เช่น เข้าร่วมเป็นภาคีเครือข่ายความ รอบรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับชุมชนหรือระดับประเทศ)

1.12. ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยหรือกิจกรรมอื่นๆ เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ถึง มาตรการที่มีประสิทธิผลในการลดความเลื่อมล้ำ ระหว่างกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ กับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างจำกัด

2. บูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปกับเรื่องการวางแผน มาตราการในการประเมินผล ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความเป็นธรรม และการปรับปรุงคุณภาพ

HLHOs ทำให้มั่นใจว่าได้บูรณาการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปในกิจกรรมของสถานบริการ ทั้งในรูปของแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติงาน มาตรการในการประเมินการดำเนินการในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ถูกพัฒนาและดำเนินการ การวัดความสำเร็จของผลการดำเนินการโดยรวมโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง

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

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

2.1. นำเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปอยู่ในทุกกิจกรรมของการวางแผน

2.2. ทำการประเมินผลการดำเนินการในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสภาพแวดล้อมทางกายภาพ โดยการประเมินประกอบด้วย

2.2.1. สภาพแวดล้อมของความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงพยาบาล หรือ สถานีอนามัย (Ruddand Anderson, 2006);

2.2.2. CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and System) Item Set for Addressing Health Literacy (AHRQ, 2007a)

2.2.3. ตอบคำถามการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สำหรับการดูแลระดับปฐมภูมิ)(DeWalt et al., 2010);

2.2.4. ใช้เครื่องมือในการประเมิน บรรยากาศของการสื่อสาร (สำหรับบริการทางการแพทย์ และโรงพยาบาล (Wynia et al., 2010);

2.2.5. การประเมินการวางแผนด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Gazmararian et al., 2010);

2.2.6. ใช้เครื่องมือการประเมินความรอบรู้ด้านเภสัชกรรม ว่า ห้องยาและการจ่ายยาสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ A Pharmacy Health LiteracyAssessment Tool User's Guide (Jacobson et al., 2007).

3. เตรียมบุคลากรในองค์กรให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคิดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

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

แม้การศึกษายังไม่สามารถที่จะพิสูจน์ความสัมพันธ์ทางตรงระหว่าง การฝึกอบรมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่การอบรมความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้บรรลุผลลัพธ์ด้านการศึกษา(Coleman, 2011)

สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพตระหนักว่า บุคลากรทุกคนในองค์การจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรม เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรในการส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ แม้จะมุ่งเน้นที่จะฝึกอบรมแพทย์ แต่การฝึกทักษะด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับสายอาชีพอื่นที่ทำงานสัมผัสผู้ป่วยก็มีความจำเป็นเช่นกัน เช่น พนักงานต้อนรับ พนักงานเก็บเงิน นอกจากนั้นบุคลากรที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรงแต่ทำงานเกี่ยวกับผลิตสื่อ หรือผู้บริหารระดับสูงที่มีส่วนสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้บุคลากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องรอบรู้ด้านสุขภาพ ก็เป็นกลุ่มที่ควรเข้ารับการอบรมด้วย

ทีมให้บริการสุขภาพที่มีบทบาทเกี่ยวกับการให้สุขศึกษา จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเฉพาะในเรื่องเทคนิคด้านการศึกษา สมาชิกในทีมได้แก่ แพทย์ นักสุขศึกษา พยาบาล ผู้ช่วยแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล เภสัชกร ,health coaches , นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ที่นำทางผู้ป่วย (patient navigators) และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน องค์ประกอบย่อย ประกอบด้วย.

3.1. จ้างบุคคลที่มีความชำนาญในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ.

3.2. กำหนดเป้าหมายและทำให้บรรลุเป้าหมายในการฝึกอบรมบุคลากรอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการเกี่ยวกับเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่บุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กร

3.3. ประเมินทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และให้การฝึกอบรมในรายที่ผลการประเมินยังไม่ผ่านมาตรฐานที่กำหนด รวมถึงการประะมินผลกระทบของการฝึกอบรมดังกล่าว

3.4. บรรจุเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปอยู่ในโปรแกรมของการปฐมนิเทศ และการฝึกอบรมอื่นๆ (ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย วัฒนธรรมองค์กร การดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง)

3.5. เตรียมให้บุคลากรให้ได้ประโยชน์จากสื่อ online เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เช่น AHRQ, 2007b; AMA, 2007; CDC, 2011 ODPHP, 2007; DeWalt et al., 2010; HRSA, 2012; New York New Jersey Public Health Training Center, 2011).

3.6. สนับสนุนบุคลากรให้เข้ารับการอบรมหลักสูตรภายนอกเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.7. เชิญผู้เชี่ยวชาญภายนอก มาทำการอบรมบุคคลกรภายในเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ.

3.8. พัฒนาให้มีการนักการศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญ (Expert educators) ที่มีทักษะในด้านการให้การศึกษา และเป็นแบบอย่าง (Role model) เป็นพี่เลี่ยง (Mentor) และเป็นครูที่สอนทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.9. บ่งชี้หลักสูตรใหม่ที่จำเป็น และดำเนินการให้มีการอบรมตามหลักสูตรนั้น

3.10. ประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยที่มีความสามารถในการพูดหรือบรรยายและสามารถที่จะมาเป็นผู้ฝึกสอนได้ (Garcia and Brach, 2008).

4. รวมเรื่องการตอบสนองระดับประชาชนเข้าสู่การกระบวนการออกแบบ การนำแผนสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลในเรื่องข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพ

จะพบเสมอว่า การออกแบบข้อมูลสารสนเทศและการบริการ ไม่ค่อยได้ปรึกษาสมาชิกในชุมชน แต่ข้ามไปปรึกษาในช่วงประเมินผล เป็นเรื่องที่จำเป็นมากที่จะต้องฟังเสียงของกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดในช่วงที่ออกแบบโปรแกรม และเตรียมจัดทำสื่อเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มนี้

ตัวอย่าง รูปแบบของการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนตั้งแต่การออกแบบและการวางแผนได้แก่ Iowa Health System and the New Readers of Iowa. สมาชิกของ New Readers of Iowa ได้นำผู้ป่วยเดินชมสถานบริการสาธารณสุข ได้ทบทวนเกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์ และเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางสร้างการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learner) ในการเข้าถึงบริการภายในสถานบริการสาธารณสุข

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

4.1. มีตัวแทนของประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้ามาอยู่ในคณะกรรมการบริหาร (governing bodies.)

4.2. จัดตั้ง

4.2.1. ทีมที่ปรึกษา เพื่อที่จะให้คำปรึกษาเกี่ยวกับจัดบริการสำหรับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด การศึกษาสำหรับผู้ใหญ่

4.2.2. ผู้เชี่ยวชาญด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4.3. ประสานความร่วมมือกับสมาชิกในชุมชนเป้าหมายในการออกแบบ และทดสอบ โครงการหรือกิจกรรม รวมถึงการจัดทำสื่อต่างๆ

4.4. มีระบบในการรับ Feedback เกี่ยวกับ สารสนเทศและบริการ สุขภาพ จากผู้ใช้บริการ

4.5. กำหนดบุคคลที่เป็นสมาชิกในชุมชนเป้าหมาย เพื่อร่วมเป็นทีมประเมินผลความสำเร็จของแผนงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพองค์กร

5. ตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีทักษะด้านความรอบรู้สุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน โดยหลีกเลี่ยงการตีตรา

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

สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงต้องออกแบบระบบเพื่อให้สามารถตอบสนองในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับทุกคนอย่างถ้วนหน้าได้ (health literacy universal precautions.) หรือการสื่อสารที่ได้รับพิสูจน์ว่าทุกคนสามารถเข้าใจได้ เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาได้ว่าผู้รับบริการอยู่ในกลุ่มไหน และไม่ควรใช้เอกสารสิ่งพิมพ์เพื่อสื่อสารข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ โดยตั้งสมมุติฐานว่า ทุกคนต้องอ่าน และเมื่อได้อ่านแล้วทุกคนต้องเข้าใจ และการช่วยเหลือหรืออธิบายให้กับทุกคนโดยไม่เลือกที่จะลดปัญหาเรื่องการตีตราเฉพาะกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดเท่านั้น สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องมีระบบในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาอย่างมากในการสื่อสารและไม่สามารถที่จะหาห้องตรวจได้ด้วยลำพัง. ยกตัวอย่างการใช้ IT เพื่ออธิบายแทนการอ่านเอกสารสิ่งพิมพ์ และใช้ข้อมูลสารสนเทศมาตรฐานและจัดทำขึ้นเฉพาะสำหรับความต้องการเฉพาะกลุ่ม

แม้การดำเนินการในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพได้บูรณาการเข้าไปในบริการปกติแล้ว บางครั้งก็จำเป็นต้องใช้เวลา หรือ บุคลกร หรือเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นกว่าปกติ และแต่ละพื้นที่อาจจะมีปัญหาไม่เหมือนกัน จึงจำเป็นต้องจัดสรรทรัพยากรที่แตกต่างกันตามสภาพของพื้นที่ด้วย ซึ่งมีวิธีการในการประเมินระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อที่จะระบุพื้นที่ที่คาดว่าจะมีปัญหา (Hanchate et al., 2008; Martin et al., 2009). องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ ได้แก่

5.1. ใช้แนวทางเชิงป้องกันปัญหาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมในทุกคนอย่างถ้วนหน้า (health literacy universal precautions)

5.2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่ต้อนรับทุกคน และไม่ทำการสื่อสารที่ทำให้เกิดความยุ่งยากต่อการทำความเข้าใจโดยเฉพาะในการกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด (เช่น การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ที่พิมพ์ข้อความมากมายด้วยภาษาที่ยากต่อการเข้าใจ)

5.3. ปรับปรุงการเก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศ โดยเก็บรวบรมข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นและรวบรวมอยู่แหล่งเดียว

5.4. ใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อเอาชนะอุปสรรคต่อการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด

5.5. เตรียมความช่วยเหลือเพิ่มเติม (เช่น นักการศึกษา (Educator) เจ้าหน้าที่ช่วยนำทางผู้ป่วย (Patient navigator) ,เจ้าหน้าที่ที่จะมาช่วยอธิบายหรือชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิการรักษา ,การนัดหมายการมารับการรักษาครั้งต่อไป) (Schillinger et al., 2008; Dewalt et al., 2010).

5.6. สอบถามเกี่ยวกับปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านยา และให้การช่วยเหลือโดยให้ใช้ยาเฉพาะในรายการที่ครอบคุมตามสิทธิการรักษา และส่งต่อหน่วยงานที่จะสงเคราะห์ค่ายา (DeWalt et al. 2010).

5.7. ใช้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อชี้นำให้การสื่อสารด้วยการพูดนั้นตรงกับข้อความที่เป็นตัวหนังสือและใช้สื่อเช่น video ที่มีทั้งรูปและเสียงแทนเอกสารที่มีแต่ตัวหน้งสือให้อ่านเอง ซึ่งยากต่อการทำความเข้าใจในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด

5.8. จัดสรรทรัพยากรโดยมุ่งเน้นช่วยเหลือกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด

6. ใช้กลยุทธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคล และทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการสื่อสารนั้นสามารถสร้างความเข้าใจในทุกจุดสัมผัสของการบริการ

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

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

กลยุทธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ได้จำเพาะแค่ปฏิสัมพันธ์ทางคลินิกเท่านั้น การสื่อสารที่ชัดเจนในการอธิบายเกี่ยวกับ ค่ารักษาพยาบาล การบอกทางที่จะไปรับบริการตามห้องต่างๆ การนัดหมายให้มาติดตามการรักษา สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่สามารถส่งเสริมและสนับสนุนกลยุทธ์ดังกล่าว รวมถึงกลยุทธ์ในการให้ความสำคัญในมิติของวัฒนธรรมและภาษาด้วย องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ได้แก่

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

6.1.1. สนับสนุนวัฒนธรรมที่จะมุ่งเน้นให้สอบทวนเพื่อให้มั่นใจว่าทุกการสื่อสารมีความเข้าใจที่ตรงกัน

6.1.2. ให้เวลาอย่างพอเพียงสำหรับทุกปฏิสัมพันธ์

6.1.3. ทำการสอบถาม และปรับให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

6.1.4. วางแผนที่จะมีล่ามที่จะมาช่วยในการแปลภาษา โดยเฉพาะชาวต่างชาติที่ไม่ได้ใช้ภาษาถิ่น

6.1.5. เตรียมเทคโนโลยีที่จะมีช่วยเหลือเพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น (e.g., video interpreters, talking touch screens).

6.1.6. รณรงค์เพื่อสนับสนุนให้เกิดการสอบถามมากขึ้น โดยให้บุคคลากรทุกคนกระตุ้นให้ผู้รับบริการสอยถาม เช่น กระตุ้นให้คิดคำถามล่วงหน้าก่อนเข้าห้องตรวจ หรือใช้เทคนิค Ask me three (1.อะไรคือปัญหาที่ทำให้ต้องมา 2.ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร 3.จะเกิดอะไรตามมาถ้าไม่ปฏิบัติตัวตามนั้น)

6.1.7. ให้ถือว่า ความล้มเหลวของการสื่อสาร เป็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ทำการจัดการความเสี่ยง

6.2. บุคลากรในสถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHOs)

6.2.1. ห้ามมีสมมุติฐานในใจว่า ทุกคนมีความรู้และทักษะในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความเชื่อทางสุขภาพที่ดี

6.2.2. ตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับที่แสดงออกให้เห็นได้

6.2.3. ฟังอย่างตั้งอกตั้งใจ และไม่ขัดจังหวะการสนทนา

6.2.4. ใช้ศัพท์ชาวบ้านในการสื่อสาร หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์

6.2.5. จำกัดประเด็นหลัก (Key messge) ในการสนทนาเพียง 2-3 ประเด็นหลักเท่านั้น

6.2.6. สอบทวนความเข้าใจ โดยใช้เทคนิด เช่น teach-back (ให้พูดด้วยความเข้าใจตนเอง ที่ฟังมาเข้าใจว่าอย่างไร โดยใช้ภาษาของตน) , show-me, teach to goal (Baker et al., 2011), chunk and check.(แบ่งเรื่องเป็นตอนๆ (Chunk) แล้วถามเพื่อตรวจสอบความเข้าใจในแต่ละตอน)

6.2.7. พูดช้าๆ และชัดเจน

6.2.8. กระตุ้นให้เกิดคำถาม และตรวจสอบว่าคนฟังมีความเข้าใจในทุกคำตอบที่ถาม

6.2.9. มุ่งเน้นข้อมูลสารสนเทศที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ

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

6.2.11. ห้ามตั้งสมมุติฐานในใจว่า สื่อโดยเฉพาะสิ่งพิมพ์จะได้รับการอ่านอย่างละเอียดทุกบันทัดจนเป็นที่เข้าใจ และสามารถใช้แทนการสนทนาได้ รวมถึงการทบทวนเอกสารที่เป็นสิ่งพิมพ์ ว่าอ่านง่าย ทำให้เข้าใจตรงกันหรือไม่

6.2.12. ร้องขอบริการล่าม มาช่วยเหลือในการแปลภาษา ในกรณีที่ประสบปัญหาด้านการสื่อสาร

7. ตระเตรียมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและบริการสุขภาพให้ง่ายต่อการเข้าถึง รวมถึงการช่วยเหลือในด้านการนำทางในการรับบริการ

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

7.1. ออกแบบสถานที่เพื่อให้ประชาชนที่ไปรับบริการสุขภาพ สามารถหาช่องทางไปรับบริการด้วยตนเองได้จากป้ายบอกทาง

7.2. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และใช้ระบบสัญลักษณ์หรือป้ายบอกทาง

7.3. ฝึกอบรมบุคลากรที่จะตอบคำถามเกี่ยวกับการถามช่องทางการให้บริการ ด้วยท่าทีที่สุภาพและเป็นมิตร โดยไม่ตั้งสมมุติฐานในใจว่า ทุกคนมีทักษะในการอ่านแผนที่

7.4. บูรณาการและออกแบบบริการที่ต้องใช้สิ่งอำนวยความสะดวกร่วมกันให้อยู่ใกล้กัน (บริการปฐมภูมิ บริการพิเศษ บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, Heath and Wellness Service,บริการทางสังคม)

7.5. ช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัวเพื่อให้เข้าใจว่าจะได้รับบริการอะไร และจะได้ประโยชน์อะไรจากการรับบริการ และการเข้าสมัครเข้าร่วมโปรแกรมบริการต่างๆ เช่น wellness, case management, and disease management programs.

7.6. จัดเตรียมผู้นำทางเพื่อไปรับบริการ (community health workers [promotores], lay health advisors, peer coaches) เพื่อให้ความช่วยเหลือโดยการตอบข้อสงสัยต่างๆ รวมถึงการแก้ปัญหาต่างๆ และช่วยเหลือเพื่อให้สามารถเข้าถึง ข้อมูลสารสนเทศและการบริการได้

7.7. ช่วยเหลือในการกำหนดตารางนัดหมายมาติดตามการรักษา โดยเฉพาะรอยต่อการบริการ จาก บริการปฐมภูมิกับบริการจากแพทย์เฉพาะทาง หรือ Home care กับบริการปฐมภูมิ)

7.8. ผู้ให้บริการต้องไม่รีรอที่ให้ข้อมูลสารสนเทศแก่ผู้ป่วย โดยไม่คาดหวังว่าผู้ป่วยจะไปค้นหาข้อมูลสารสนเทศเอง.

7.9. กำหนดรายชื่อของเครือข่ายบริการ ได้แก่ หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ Community health ,หน่วยงานที่ยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ,หน่วยบริการที่ให้บริการทางสังคม เพื่อส่งต่อการบริการกับหน่วยงานดังกล่าว และปรับปรุงรายชื่อของเครือขายบริการให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

7.10. ติดตามการส่งต่อและการติดตามมารับบริการ เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีการผิดนัดการรักษา หรือไปไม่ถึงหน่วยงานที่ส่งต่อ

7.11. มีและธำรงรักษาระบบให้บริการทางโทรศัพท์ที่เป็นมิตร และกำหนดระเบียบปฏิบัติให้กับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับกติกามารยาทในการสนทนาทางโทรศัพท์

7.12. การเคลมค่ารักษาตามสิทธิ และการยื่นอุทธรณ์ในกรณีที่ไม่เห็นกับการปฏิเสธการเคลม

7.13. จัดหาหรือพัฒนาการให้บริการผ่าน Application (เช่น ช่องทางให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับโรงพยาบาลหรือผู้ให้บริการได้ (patient portals) ,ตู้คีออสให้ข้อมูล ,เครื่องมือช่วยในการคัดสินใจที่เกี่ยวกับสุขภาพ อุปกรณ์ในการกำกับติดตาม) โดยออกแบบอย่างเป็นมิตร และได้รับการทดสอบแล้วว่าสามารถใช้ได้กับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด

7.14. อบรวมผู้ป่วยหรือผู้รับบริการถึงวิธีการใช้ Application ที่องค์กรจัดทำขึ้น

7.15. ทำให้ Application ที่เกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศ (ทั้งบันทึกทางการแพทย์และช่องทางที่ให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับโรงพยาบาลหรือผู้ให้บริการ (Patient portal)ง่ายต่อการเข้าใจ และข้อมูลสารสนเทศที่สามารถปฏิบัติได้

7.16. จัดหาหรือพัฒนา application ที่สามารถจะเชื่อมต่อไปยังสื่อสุขศึกษาต่างๆตามความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อทำการค้นหาศัพท์ที่เกี่ยวกับทางการแพทย์

7.17. คุณลักษณะของโปรแกรม ที่สนับสนุนและสามารถติดตามการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถบันทึกด้วยสื่ออิเลคโทรนิคเข้าไปในบันทึกทางการแพทย์ ร่วมกับการอบรมการใช้งานให้กับผู้ใช้โปรแกรม

8. ออกแบบและเผยแพร่สิ่งพิมพ์ สื่อวิดีโอ หรือสื่อสังคม (Social media) ด้วยเนื้อหาที่ง่ายต่อความเข้าใจ และง่ายต่อการนำไปสู่การปฏิบัติ

ข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์นั้นซับซ้อนเกินไปที่ประชาชนทั่วไปเข้าใจ (Walsh and Volsko, 2008). และบุคลากรทางการแพทย์อาจจะไม่อยากทำให้เป็นเรื่องที่เข้าใจง่าย แม้ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอก็อยากจะ

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

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

ข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ ไม่เฉพาะสื่อการให้สุขศึกษาในการป้องกันโรค การวินิจฉัน และทางเลือกในการรักษา แต่รวมถึงข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับนโบบายเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ โดยอธิบายเกี่ยวกับผลประโยชน์ ค่ารักษา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องปฏิบัติตามหลักการของการสื่อสารที่ชัดเจนเกี่ยวกับแบบฟอร์มที่ผู้รับบริการต้องกรอกข้อมูล

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

สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ควรใช้แต่ สื่อสิ่งพิมพ์ แต่ต้องใช้สื่อ video ที่มีทั้งภาพเคลื่อนไหวและเสียง สำหรับโทรศัพท์มือถือ ก็มีข้อดีและข้อเสีย ข้อดีคือสามารถพกพาได้สะดวก และสามารถแสดงได้ทั้งภาพและเสียง แต่มีข้อเสียคือหน้าจอเล็ก ทำให้มองเห็นรายละเอียดได้ยาก มีการศึกษาว่าสื่อ Multimedia ไม่สามารถที่จะลดเหลื่อมล้ำระหว่าง กลุ่มที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดและกลุ่มที่เพียงพอ (Kandula et al., 2009). สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องตระหนักในประเด็นที่ว่า กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด มักจะมีความรอบรู้ด้าน e Health จำกัดด้วย โดยจะมีความสามารถในการเข้าถึง ค้นหา ประเมิน และใช้ความรู้ที่ได้มาจากสื่ออิเลคโทรนิคเหล่านั้นเพื่อนำมาแก้ปัญหาสุขภาพ ได้อย่างจำกัดด้วย (Norman and Skinner, 2006).

ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อทั้งภาพและเสียง ต้องใช้ภาษาท้องถิ่นที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายใช้ การแปลภาษาแบบคำต่อคำ อาจจะไม่เพียงพอ โดยสื่อนั้นต้องปรับให้เข้ากับมิติของภาษาและวัฒนธรรมด้วย โดยแม้จะมีการใช้ภาษาที่แตกต่างกันแต่ความหมายต้องเหมือนกัน **องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ได้แก่**

8.1. ใช้สื่อการให้สุขศึกษาเพื่อเป็นการเติมเต็มให้เกิดความสมบูรณ์ ไม่ได้ใช้เพื่อการทดแทนการให้สุขศึกษาส่วนบุคคล (Face to Face)

8.2. เก็บรวบรวมสื่อการสอนสุขศึกษาที่มีคุณภาพสูง (เช่น โมเดล 3 มิติ หรือ สื่อ video) รวมถึงสื่อที่จัดทำเฉพาะสำกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด (เช่น Photo-novellas, การนำเสนอในรูปการ์ตูน , multimedia tutorials, podcasts) และใช้ช่องทางการสื่อสารในหลากหลายช่องทาง เช่น DVDs, patient portals.

8.3. ประเมิน สื่อการสอนสุขศึกษา ที่ได้ทำการเผยแพร่ โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า state-of-the-art assessment tools และนำข้อมูลการสะท้อนกลับของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมาปรับปรุง เพื่อให้แน่ใจว่าสื่อดังกล่าวเหมาะสมสำหรับทุกคนในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

8.4. ใช้เครื่องมือที่จะช่วยให้การพัฒนาให้ง่ายต่อการเข้าใจทั้งสิ่งพิมพ์ หรือสื่อ Online เช่น

8.4.1. เครื่องมือในการทำให้สิ่งพิมพ์ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ (CMS, 2011);

8.4.2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ Onlie เช่น แนวทางในการเขียนหรือออกแบบเพื่อให้ง่ายต่อใช้ Web site ทางสุขภาพ(HHS, 2010);

8.4.3. การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพ (Health IT) สำหรับประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับจำกัด เช่น แนวทางสำหรับผู้พัฒนาหรือผู้ซื้อ เทคโนโลยีข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (Eichner and Dullabh, 2007);

8.4.4. การพัฒนาสื่อสิ่งพิมพ์ที่มีประสิทธิภาพ ง่ายและชัดเจนสำหรับผู้อ่านที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับจำกัด (NCI, 2003)

8.5. เลือกหรือผลิตสื่อที่

8.5.1. มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน

8.5.2. ใช้ภาษาทั่วไป ไม่ใช้ภาษาที่รู้กันเฉพาะกลุ่ม (no jargon);

8.5.3. จำกัดประเด็นหลักไม่ให้มากเกินไป ไม่เกิน 2-3 ประเด็นหลัก

8.5.4. ใช้ภาพประกอบที่ง่ายต่อการเข้าใจ

8.5.5. ใช้ประโยคสั้นๆ และเขียนในรูป Active Voice (ประธาน กริยา กรรม) แทน Passive Voice(กรรมถูกกระทำ(กริยา) โดย ประธาน)

8.5.6. สื่อที่ทำให้ผู้ฟังได้ยินคำพูดที่ชัดเจน (กรณีที่ใช้สื่อทั้งภาพและเสียง)

8.5.7. การตอบแบบสอบถามต่างๆ ต้องมีช่องให้ตอบว่าไม่ทราบ ด้วย เพื่อไม่เป็นการบังคับผู้ตอบ เพราะถ้าบังคับให้ต้องตอบ อาจจะตอบในสิ่งที่ไม่ตรงกับความจริงได้

8.5.8. ข้อมูลสารสนเทศที่ยาว ต้องทอนให้เป็นข้อๆ (manageable chunks) และทำเครื่องหมายเพื่อแยกแต่ละหัวข้อนั้นอย่างชัดเจน รวมถึงจัดลำดับให้สอดคล้องตามลำดับก่อนหลัง

8.5.9. ข้อมูลสารสนเทศไม่ควรต้องให้ผู้อ่านต้องใช้การคำนวณ ในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงต้องใช้การคำนวณต้องระบุวิธีการคำนวณให้ชัดเจน

8.5.10. สื่อสารอย่างชัดเจนว่าจะทำอะไร และให้กำหนดขั้นตอนการกระทำออกมาเป็นข้อ ๆ

8.6. ทำให้สื่อการสอนต่าง ๆ มีพร้อม โดยใช้ภาษาทั่วไปที่ทุกคนเข้าใจ

8.7. ให้ความสำคัญกับกระบวนการแปลภาษาในการผลิตสื่อที่ไม่ใช่ภาษาท้องถิ่น ตัวอย่างเช่น

8.7.1. ใช้คนแปลภาษาที่ผ่านการอบรม 2 คน ซึ่งเป็นเจ้าของภาษาของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ภาษานั้น และเข้าใจวัฒนธรรมของผู้ฟังที่เป็นเจ้าของภาษานั้น

8.7.2. ปรับความแตกต่างของคนแปลภาษาของทั้ง 2 คน

8.7.3. ให้ทำการทบทวนการแปลภาษาโดยผู้ที่มีความชำนาญเนื้อหาที่เป็นเจ้าของภาษานั้น และปรับจูนเพื่อลดความแตกต่างลง

8.7.4. ทดสอบความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมายที่จะนำสื่อนั้นไปใช้

8.8. ว่าจ้างหรือใช้บุคลากรรวมถึงที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในช่วงเวลาที่ทำการผลิตสื่อใหม่

8.9. ให้กลุ่มเป้าหมายที่จะใช้สื่อ รวมถึงกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับจำกัด เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบและทดสอบความเข้าใจของสื่อที่ได้ผลิตขึ้น

8.10. ทดสอบความเข้าใจในการรับรู้สื่อของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงกลุ่มทีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด ก่อนที่จะส่งสื่อเหล่านั้นไปยังสื่อ Online หรือ social media

9. **จัดการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการดูแลในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการบริการ (เช่นการส่อต่อ หรือการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน) และการสื่อสารด้านการใช้ยา**

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

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

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

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

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

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

9.1. บ่งชี้สถานการร์เสี่ยงและหัวข้อที่จำเป็นต้องใช้ความระมัดระวังหรือทรัพยากรที่มากขึ้น ในการวางแผน และนำแผนสู่การปฏิบัติ เพื่อให้มั่นใจถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยการดำเนินการประกอบด้วย

9.1.1. สนับสนุนวัฒนธรรมองค์การที่ขอความยินยอมจากผู้รับบริการ เพื่อให้เป็นการให้ความยินยอมที่มีความหมาย และเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ .

9.1.2. ปรับปรุงให้ผู้รับบริการเข้าใจเนื่อหาในแบบฟอร์มการขอความยินยอม และมีการแปลเป็นภาษาอื่นสำหรับผู้ที่ไม่ใช้ภาษาท้องถิ่น

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

9.1.4. ใช้เครื่องมือช่วย เช่น กล่องใส่ยาเม็ด, Card หรือ chart ในการให้ยา., และเครื่องมือในการคำนวณขนาดของยา เพื่อเป็นเครื่องช่วยหรือเตือนให้รับประทานยาตามขนาดและเวลาที่กำหนด (DeWalt et al., 2012; Yin et al., 2010).

9.1.5. สร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการให้เวลากับ การให้ความสำคัญกับการให้ผู้ป่วยนำยาที่รับประทานทุกชนิด รวมถึงยาสมุนไพร หรือวิตามินต่างๆ ที่รับประทานประจำมาด้วย โดยให้ผู้ป่วยอธิบายว่า รับประทานยาแต่ละชนิดอย่างไร ขนาดเท่าไร รับประทานมานานเท่าไร และทำไมถึงต้องรับประทาน

9.1.6. ฉลากยาแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสอดคล้องกับคำแนะนำของ U.S. Pharmacopeia (U.S. Pharmacopeial Con-vention, 2011).

9.1.7. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายเพื่ออธิบานกับผู้ป่วยและญาติ ในการตัดสินใจสำหรับการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต

9.1.8. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย และมั่นใจว่าทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจ ทั้งในช่วงที่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือกลับไปพักฟื้นรักษาตัวที่บ้าน โดยเขียนเป็นลายอักษรด้วยข้อความที่เข้าใจง่าย และแนะนำให้มารับการตรวจติดตามตามนัด ก่อนที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และทำการสรุปหลังจำหน่าย (Discharge Summary) ภายใน 24 ชั่วโมง และนัดติดตามหลังการรักษาภายหลังจำหน่าย (BUMC, 2011; The Joint Commission, 2007)

10. สื่อสารเกี่ยวกับ การครอบคลุมของสิทธิของการรักษาและบริการอะไรที่สิทธิไม่ครอบคลุมที่ต้องชำระเงินเอง

ผู้รับบริการตั้งตัดสินใจเกี่ยวกับความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ เนื่องจากมีข้อมูลสารสนเทศที่มีมากและซับซ้อนที่ยากต่อการเลือกว่าจะซื้อประกันสุขภาพแบบใด มีความจำเป็นที่จะต้องทำตารางเปรียบเทียบความครอบคลุมในแต่ละชุดสิทธิประโยชน์ The Center for Consumer Information and Insurance Oversight (CCIIO) ได้ทำการสรุปเกี่ยวกับตารางเปรียบเทียบดังกล่าวพร้อมทั้งนิยามศัพท์เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ

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

ความโปร่งใส และเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่ายคือประเด็นที่สำคัญ ก่อนที่แพทย์จะวางแผนการรักษาและสั่งการรักษา ต้องทราบความต้องการโดยรวมของผู้ป่วย ณ.จุดบริการ ว่าการรักษาหรือใช้ยานั้นอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยซื้อประกันสุขภาพหรือไม่ การรักษาอะไรที่ไม่ครอบคลุมที่ต้องจ่ายส่วนเกิน ก่อนที่จะตกลงการรักษา ไม่มีใครที่สั่งอาหารในภัตตาคารที่ไม่ได้กำหนดราคาในเมนูอาหาร และผู้ป่วยต้องการที่จะทราบราคาค่าบริการก่อนที่จะตัดสินใจรับการรักษา ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถเป็นตัวกลางในการทำรายการเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยจะต้องจ่ายส่วนเกินเท่าไรโดยทันที ทำให้การตัดสินใจว่าจะรับการรักษาหรือไม่รับการรักษาได้รวดเร็วขึ้น องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ได้แก่

10.1. ผู้ทำประกัน ที่ให้ความสำคัญในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ : เตรียมข้อมูลสารสนเทศที่ง่ายต่อการเข้าใจ และมีตารางเปรียบเทียบสิทธิการรักษาประเภทต่างๆได้แก่ การครอบคลุมสิทธิประโยชน์ต่างๆ และเงินที่จะต้องสมทบจ่ายเพิ่มเติม กรณีที่มีการถามว่าสิทธิการรักษา จะครอบคลุมการรักษาหรือหัตถการเฉพาะหรือไม่ ต้องตอบคำถามอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ปรับปรุงข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับความครอบคลุมเกี่ยวกับสิทธิการรักษาประเภทต่างๆ รวมถึงจำนวนเงินที่ต้องร่วมจ่าย ให้เป็นปัจจุบัน

10.2. สภานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate health care organizations:)

10.2.1. จัดเตรียมเจ้าหน้าที่และทรัพยากรเพื่อสรุปสิทธิการรักษาประเภทต่าง และจำนวนเงินที่ผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย รวมถึงสิ่งที่เป็นปัญหาที่มักจะเกิดขึ้นในเรื่องการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

10.2.2. แจ้งเกี่ยวกับการรักษาและค่าล่วงหน้าให้ทราบก่อนการให้บริการ

10.2.3. ผู้ให้บริการเข้าใจสิทธิประโยชน์ต่างๆว่าครอบคลุมการรักษาประเภทใดบ้าง และเลือกบริการที่เหมาะสมโดยพิจารณาถึงต้นทุนส่วนเพิ่มที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่มด้วย ก่อนที่จะสั่งการรักษา

10.2.4. ส่งต่อผู้ป่วยไปยัง health insurance consumer and navigator program

****

REFERENCES

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

2012). AHRQ. 2009. The AHRQ informed consent and authorization toolkit for minimal risk research. http://www.ahrq.gov/fund/informedconsent/ (accessed March 16, 2012).

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

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

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

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

53. Lindquist, L.A., L. Go, J. Fleisher, N. Jain, E. Friesema, D.W. Baker. 2012. Relationship of health literacy to intentional and unintentional non-adherence of hospital discharge medications. Journal of General Internal Medicine. 27(2):173-178.
54. Machtinger, E. L., F. Wang, L. L. Chen, M. Rodriguez, S. Wu, and D. Schillinger. 2007. A visual medication schedule to improve anticoagulation control: A randomized, controlled trial. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 33(10):625-635.
55. Mackert, M., J. Ball, and N. Lopez. 2011. Health literacy awareness training for healthcare workers: Improving knowledge and intentions to use clear communication techniques. Patient Education and Counseling 85(3):e225-e228.
56. Martin, L., T. Ruder, J. Escarce, B. Ghosh-Dastidar, D. Sherman, M. Elliott, C. Bird, A. Fremont, C. Gasper, A. Culbert, and N. Lurie. 2009. Developing predictive models of health literacy. Journal of General Internal Medicine 24(11):1211-1216.
57. Martin, L.T. and R.M. Parker. 2011. Insurance expansion and health literacy. JAMA 24;306(8):874-875.
58. NCI (National Cancer Institute). 2003. Clear & simple: Developing effective print materials for low-literate readers. http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/clear-andsimple/ page1/AllPages (accessed March 16, 2012).
59. Neuhauser, L., B. Rothschild, C. Graham, S. L. Ivey, and S. Konishi. 2009. Participatory design of mass health communication in three languages for seniors and people with disabilities on Medicaid. American Journal of Public Health 99(12):2188-2195.
60. New York New Jersey Public Health Training Center. 2011. Health literacy & public health: Strategies for addressing low health literacy. http://www.nynj-phtc.org/pages/ catalog/phlit02/ (accessed March 16, 2012).
61. Norman, C. D., and H. A. Skinner. 2006. Eheals: The ehealth literacy scale. Journal of Medical Internet Research 8(4):e27.
62. NQF (National Quality Forum). 2005. Improving patient safety through informed consent for patients with limited health literacy. Washington, DC: National Quality Forum.
63. NQF. 2009. Health literacy: A linchpin in achieving national goals for health and healthcare. Washington, DC: National Quality Forum.
64. NQF. 2010. Safe practices for better healthcare—2010 update. Washington, DC: National Quality Forum.
65. ODPHP (Office of Disease Prevention and Health Promotion). 20007. Quick guide to health literacy. http://www.health.gov/communication/literacy/quickguide/ (accessed June 12, 2012).

66. ODPHP. 2008. America's health literacy: Why we need accessible health information. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
67. ODPHP. 2010. National action plan to improve health literacy. http://www.health.gov/communication/HLActionPlan (accessed March 16, 2012).
68. Paasche-Orlow, M., and M. Wolf. 2008. Evidence does not support clinical screening of literacy. Journal of General Internal Medicine 23(1):100-102.
69. Parikh, N. S., R. M. Parker, J. R. Nurss, D. W. Baker, and M. V. Williams. 1996. Shame and health literacy: The unspoken connection. Patient Education and Counseling 27(1):33- 39.
70. Parker, R. 2000. Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. Health Promotion International 15(4):277-283. 24
71. Parker, R., and S. C. Ratzan. 2010. Health literacy: A second decade of distinction for Americans. Journal of Health Communication 15(Suppl 2):20-33.
72. Parker, R. M. 2009. What? So what? Now what? Paper presented at Measures of Health Literacy Workshop, Washington, DC.
73. Persell, S., C. Osborn, R. Richard, S. Skripkauskas, and M. Wolf. 2007. Limited health literacy is a barrier to medication reconciliation in ambulatory care. Journal of General Internal Medicine 22(11):1523-1526.
74. Ratanawongsa, N., M. Handley, J. Quan, U. Sarkar, K. Pfeifer, C. Soria, and D. Schillinger. 2012. Quasi-experimental trial of diabetes self-management automated and real-time telephonic support (SMARTSteps) in a Medicaid managed care plan: Study protocol. BMC Health Services Research 12(1):22.
75. Ratzan, S. C., and R. M. Parker. 2000. Introduction. In National Library of Medicine current bibliographies in medicine: Health literacy, edited by C. Selden, M. Zorn, S. C. Ratzan and R. M. Parker. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
76. Rice, M. F. 2007. Promoting cultural competency in public administration and public service delivery: Utilizing self-assessment tools and performance measures. Journal of Public Affairs Education13(1):41-57.
77. Rozier, R. G., A. M. Horowitz, and G. Podschun. 2011. Dentist-patient communication techniques used in the United States. Journal of the American Dental Association 142(5):518-530.
78. Rudd, R. 2003. Objective 11-2. Improvement of health literacy. In Communicating health: Priorities and strategies for progress. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
79. Rudd, R. 2004. Navigating hospitals: Literacy barriers. Literacy Harvest (Fall):19-24.

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

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

101. Turner, T., W. L. Cull, B. Bayldon, P. Klass, L. M. Sanders, M. P. Frintner, M. A. Abrams, and B. Dreyer. 2009. Pediatricians and health literacy: Descriptive results from a national survey. Pediatrics 124(Suppl 3):S299-S305.

102. U.S. Pharmacopeial Convention. 2011. Proposed chapter 17 prescription container labeling. www.usp.org/sites/default/files/usp_pdf/EN/USPNF/M5531.pdf (accessed March 16, 2012).

103. Volandes A.E., M. Ariza, E.D. Abbo, M. Paasche-Orlow. 2008a. Overcoming educational barriers for advance care planning in Latinos with video images. Journal of Palliative Medicine (5):700-706.

104. Volandes A.E., M. Paasche-Orlow, M.R. Gillick, E.F. Cook, S. Shaykevich, E.D. Abbo, L. Lehmann. 2008b. Health literacy not race predicts end-of-life care preferences. Journal of Palliative Medicine. 11(5):754-762.

105. Volandes A.E., M.J. Barry, Y. Chang, M.K. Paasche-Orlow. 2010. Improving decision making at the end of life with video images. Medical Decision Making 30(1):29-34.

106. Walsh, T. M., and T. A. Volsko. 2008. Readability assessment of Internet-based consumer health information. Respiratory Care 53(10):1310-1315.

107. Wolf, M. S., T. C. Davis, L. M. Curtis, J. A. Webb, S. C. Bailey, W. H. Shrank, L. Lindquist, B. Ruo, M. V. Bocchini, R. M. Parker, and A. J. J. Wood. 2011. Effect of standardized, patient-centered label instructions to improve comprehension of prescription drug use. Medical Care 49(1):96-100, 110.1097/MLR.1090b1013e3181f38174.

108. Wolf, M. S., M. V. Williams, R. M. Parker, N. S. Parikh, A. W. Nowlan, and D. W. Baker. 2007. Patients' shame and attitudes toward discussing the results of literacy screening. Journal of Health Communication 12(8):721-732.

109. Wynia, M. K., M. Johnson, T. P. McCoy, L. P. Griffin, and C. Y. Osborn. 2010. Validation of an organizational communication climate assessment toolkit. American Journal of Medical Quality 25(6):436-443.

110. Yin, H. S., B. P. Dreyer, L. van Schaick, G. L. Foltin, C. Dinglas, and A. L. Mendelsohn. 2008. Randomized controlled trial of a pictogram-based intervention to reduce liquid medication dosing errors and improve adherence among caregivers of young children. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 162(9):814-822.

111. Yin, H. S., A. L. Mendelsohn, M. S. Wolf, R. M. Parker, A. Fierman, L. van Schaick, I. S. Bazan, M. D. Kline, and B. P. Dreyer. 2010. Parents' medication administration errors: Role of dosing instruments and health literacy. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 164(2):181-186.

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

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

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

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

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

3.1. Core concepts ของ Healht Literacy คือ Health promotion และ re oriented health services คือ ประเด็นที่สำคัญที่จะทำให้เกิดคุณภาพของ Health promotion (กล่าวไว้ใน Ottawa charter)

3.2. เข้าใจ Health Literacy ในเชิงองค์รวม (Comprehensive)

3.3. บูรณาการ HL เข้าไปในยุทธศาสตร์ของ Comprehensuve setting approach ของ Health Promoting Hospital

3.4. ทำให้วิธีการเพื่อให้เกิดคุณภาพมีความเป็นรูปธรรมขึ้น (Making more explicite use of quality method)

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

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

WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich GmbH

Self-assessment tool following the Vienna-HLO model

	Patients	Staff	Community	Organizational structures & processes – capacities implementation
Domain1: Access to, living & working in the organization	**Standard 4: Navigation assistance** 4.1 Barrier-free contact via website and telephone 4.2 Provision of information relevant for arrival and hospital stay 4.3 Availability of support at main entrance 4.4 Clear and easy-to-understand navigation system 4.5 Free availability of health information for patients and visitors			**Standard 1: Management policy and organizational structures** 1.1 HL as corporate responsibility 1.2 Quality assurance of HL **Standard 2: Participative development of materials and services** 2.1 Participation of patients 2.2 Participation of staff **Standard 9: Dissemination and further development** 9.1 support of the dissemination and further development of health literacy
Domain 2: Diagnosis, treatment & care	**Standard 5: HL in patient communication** 5.1 in spoken communication 5.2 in written communication 5.3 support by language translators and interpreters 5.4 also in high-risk situations	**Standard 3: Develop HL skills of staff for patient communication** 3.1 for all situations that involve communication	**Standard 8: Contribute to HL in the region** 8.1: promotion of continuous and integrated care	
Domain 3: Disease management & prevention	**Standard 6: Promote HL of patients and relatives** 6.1 for disease-specific self-management	**Standard 7: Promote HL of staff** 7.1 for the self-management of occupational health and safety risks		
Domain4: Healthy lifestyle development	**Standard 6: Promote HL of patients and relatives** 6.2 for healthy lifestyle development	**Standard 7: Promote HL of staff HL** 7.2 for healthy lifestyles	**Standard 8: Contribute to HL in the region** 8.2 contribution to public health within the realm of possibility	

Pelikan HLH HARC 14–10–2016 13

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

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

<table>
<tr><th>HL Stakeholders / HL Domains</th><th>Patients</th><th>Staff</th><th>Community</th><th>Organizational structures & processes</th></tr>
<tr><td>Domain 1 Access to, living & working in the organization</td><td colspan="3">Standard 4: Provide and support easy navigation and access to documents materials and services.</td><td rowspan="4">Standard 1: Implement organizational health literacy best-practices across all structures and processes of the organization.

Standard 2: Develop documents, materials and services with stakeholders in a participatory manner.</td></tr>
<tr><td>Domain 2 Diagnosis, treatment & care</td><td>Standard 5: Apply health literacy best-practices in all forms of communication with patients.</td><td>Standard 3: Enable and train staff for personal and organizational health literacy.</td><td rowspan="2">Standard 8: Contribute to HL in the region by dissemination and development of HL</td></tr>
<tr><td>Domain 3: Disease management & prevention</td><td>Standard 6: Promote personal health literacy of patients and relatives beyond discharge.</td><td>Standard 7: Promote personal health literacy of staff with regard to occupational risks and personal lifestyles.</td></tr>
<tr><td>Domain 4: Healthy lifestyle development</td><td>Standard 6: Promote HL of patients and relatives</td><td>Standard 7: Promote personal health literacy of staff with regard to occupational risks and personal lifestyles.</td><td>Standard 8: Contribute to promoting personal and organizational health literacy in the region.</td></tr>
</table>

5. ขั้นตอนในการประเมินตนเอง ประกอบด้วย ประกอบด้วย 7 steps ดังนี้

5.1. การได้รับมอบหมายจากผู้บริหารหน่วยงาน(ระดับฝ่าย/ระดับองค์กร) และการกำหนดขอบเขตของการประเมิน (ระดับฝ่าย/ทั้งองค์กร)

5.2. ผู้บริหารหน่วยงานต้องมอบหมายผู้ประสานงานกลางในเรื่องการประเมินตนเอง

5.3. แต่งตั้งทีมประเมิน จำนวนที่เหมาะสมคือ 5-10 คน ซึ่งควรประกอบด้วยสหวิชาชีพได้แก่ ผู้บริหาร ผู้บริหารระบบคุณภาพ ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพอื่นที่ร่วมทีมบริการในแผนกต่างๆ อาคารสถานที่ ซ่อมบำรุง ผู้ตรวจการ ตัวแทนผู้ป่วย/ผู้หญิง/กลุ่ม Self help group

5.4. การประเมินของแต่ละบุคคล โดยทำความเข้าใจแบบประเมินตนเอง และทำการประเมินตามขอบเขตที่กำหนด

5.5. รวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่การประเมินต้องใช้หลักฐานอ้างอิง ควรนำเอกสารที่อ้างอิงมาเก็บรวบรวม

5.6. ทำการประเมินโดยกลุ่ม โดยประชุมทีมประเมิน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง และต้องมี modulator เพื่อควบคุมการประชุม โดยเริ่มจาก indicators ที่กลุ่มเห็นเหมือนๆกันก่อน จากนั้นถึงไปสู่ indicators ที่มีความเห็นที่แตกต่างกัน

5.7. ที่ประชุมกลุ่มควรวิเคราะห์ Strength & Weakness จากนั้นกำหนดมาตรการและปรับปรุงโดยใช้ PDCA

Standard of V-HLO

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

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

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

4.3. ความมีพร้อมของการสนับสนุนที่หน้าทางเข้าหลักของโรงพยาบาล

4.4. ระบบการนำทางที่ชัดเจนและง่ายต่อการเข้าใจ

4.5. ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยหรือผู้มาติดต่อ ที่พร้อมบริการโดยไม่คิดราคา

5. ความรอบรู้ด้วนสุขภาพในการสื่อสารกับผู้ป่วย

5.1. การสื่อสารด้วยการพูด

5.2. การสื่อสารด้วยการเขียน

5.3. การสื่อสารด้วย computer application

5.4. มีการสนับสนุนด้วยล่ามแปลภาษา หรือ ช่วยแปลความหมาย

5.5. การสื่อสารในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง

6. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยและญาติ

6.1. ส่งเสริมการจัดการตนเองเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง

6.2. ส่งเสริมการพัฒนาวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy Lifestyle)

7. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคลากร

7.1. การจัดการตนเองในด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

7.2. ส่งเสริมการพัฒนาวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy Lifestyle)

8. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับชุมชน

8.1. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างบูรณการและต่อเนื่อง

8.2. ส่งเสริมด้านการสาธารณสุขที่มีความเป็นไปได้

9. เผยแพร่การพัฒนาและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

9.1. สนับสนุนการเผยแพร่การพัฒนาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

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

1. นำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นเลิศ (best practice) สู่การปฏิบัติ ในทุกฝ่ายและทุกกระบวนการขององค์กร
   1.1. ผู้บริหารมุ่งมั่นที่จะดำเนินการ ติดตามกำกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร
   1.2. องค์กรลำดับความสำคัญเรื่องความรู้ด้านสุขภาพขององค์กร และยืนยันความพอเพียงของโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรที่เพียงพอในการนำสู่การปฏิบัติ (implement)
   1.3. องค์กรจะทำให้มั่นใจได้ว่ามาตรการในการดำเนินการในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีคุณภาพ โดยผ่านการจัดการคุณภาพขององค์กร
2. การพัฒนาเอกสาร สื่อต่างๆ และบริการ แบบมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder)
   2.1. องค์กรพัฒนาและประเมินผลการเอกสาร สื่อต่างๆ และบริการที่เกี่ยวกับผู้ป่วย แบบมีส่วนร่วมจากผู้ป่วย
   2.2. องค์กรพัฒนาและประเมินผลการเอกสาร สื่อต่างๆ และบริการที่เกี่ยวกับผู้ป่วย แบบมีส่วนร่วมจากตัวแทนของบุคลากรของโรงพยาบาล
3. เพิ่มความสามารถและฝึกอบรมบุคลากรในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคล และขององค์กร
   3.1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลและขององค์กร เป็นที่เข้าใจว่าเป็นสมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพสำหรับบุคคลากรทุกคนที่ทำงานในองค์กร
4. จัดเตรียมและสนับสนุนการเข้าถึงช่องทางบริการ (Navigate) การเข้าถึงเอกสาร สื่อต่างๆ และบริการ
   4.1. องค์กรจัดเตรียมจุดติดต่อแรกผ่านทาง Web site ที่เป็นมิตร และโทรศัพท์
   4.2. องค์กรจัดเตรียมข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและผู้มาติดต่อ ในการที่จะมาที่องค์กร
   4.3. มีการสนับสนุนเพื่อช่วยผู้ป่วยหรือผู้มาติดต่อในการเข้าถึงช่องทางบริการของโรงพยาบาล (navigate)
   4.4. ข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและผู้มาติดต่อ ต้องเข้าใจง่ายและให้บริการโดยไม่คิดค่าบริการ
5. ใช้แนวปฏิบัติเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นเลิศ (Best practice) ในการสื่อสารกับผู้ป่วย
   5.1. การสื่อสารด้วยการพูดกับผู้ป่วย ต้องเป็นการพูดที่มีคุณภาพสูง และเข้าใจง่าย
   5.2. สื่อที่ใช้การเขียนต้องมีคุณภาพ เข้าถึงง่ายและเข้าใจง่าย
   5.3. บริการ Digital หรือสื่อใหม่ ที่มีคุณภาพสูง เข้าถึงและเข้าใจง่าย
   5.4. ข้อมูลสารสนเทศ และการสื่อสาร ที่จัดให้ต้องใช้ภาษาของกลุ่มผู้ป่วย ที่ส่งสารโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมและสื่อต่างๆที่ได้จัดเตรียมไว้
   5.5. การสื่อสารที่ง่ายต่อการเข้าใจและปฏิบัติได้ง่าย โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ถูกยอมรับว่าเป็นมาตรการที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัย
6. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลให้กับผู้ป่วยและญาติ ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและหลังจากนั้น (beyond discharge)

6.1. องค์กรสนับสนุนผู้ป่วยในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในประเด็นสุขภาพเฉพาะเรื่อง

6.2. องค์กรสนับสนุนผู้ป่วยในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ

6.3. ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการข้อมูลอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาในอนาคต และกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพ

7. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและ วิถีชีวิตส่วนบุคคล ให้กับบุคลากร

7.1. องค์กรสนับสนุนบุคลากรในการเพิ่มความรู้และทักษะในการจัดการตนเองในด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ

8. สนับสนุนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลและขององค์กร ในพื้นที่

8.1. องค์กรสนับสนุนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลให้กับประชาชนในท้องถิ่น

8.2. องค์กรสนับสนุนการเผยแพร่การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร ทั้งในและนอกภูมิภาคที่เป็นที่ตั้งขององค์กร

รายละเอียดของ Standard 8 ของ OHL-hos

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

หลักการและเหตุผล

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องจัดเตรียมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่หลักฐานเชิงประจักษ์ให้ง่ายต่อการเข้าถึง ซึ่งเป็นตัวผลักดันให้ค้นหาความรู้ทางด้านสุขภาพและส่งเสริมให้สร้างทักษะในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งการทำให้เกิดมาตรการหรือกิจกรรมเพื่อที่จะพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะบุคคลที่ยากต่อการเข้าถึงหรือกลุ่มเปราะบาง บริการสุขภาพสามารถที่จะเป็นแบบอย่าง (role model) และให้ข้อเสนอเพื่อให้มีสุขภาพดี และการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคล หรือระดับองค์กรหรือระดับชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบได้อีกด้วย การแบ่งปันประสบการณ์ด้วยการเผยแพร่ หรือการนำเสนอที่เวทีต่างๆ หรือการใช้สื่อสมัยใหม่ เช่น social media สามารถที่จะเพิ่มความตระหนัก และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กรอื่นๆ หรือชุมชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ การเผยแพร่ประสบการณ์ กลยุทธ์ หรือผลลัพธ์จากการดำเนินการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วทั้งองค์กร ทำให้เกิดประโยชน์ทั้งในระดับบุคคลหรือระดับองค์กรกับผู้ที่ได้รับการถ่ายทอด การถ่ายทอดประสบการณ์ของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับองค์กรอื่นหรือชุมชนนั้นเน้นให้ความสำคัญในเรื่องการประสานงาน และการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อสร้างเครือข่าย ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร (Pelikan et al. 2005).

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

8. สนับสนุนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลและขององค์กร ในพื้นที่
    - 8.1. องค์กรสนับสนุนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลให้กับประชาชนในท้องถิ่น
        - 8.1.1. องค์กรเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประเด็นสุขภาพให้กับชุมชนที่รับผิดชอบ (เช่น การจัด Health fair หรือการไปพูดหรือบรรยายในที่สาธารณะ ฯลฯ)
        - 8.1.2. องค์กรขับเคลื่อนการให้สุขศึกษาและมีมาตรการหรือกิจกรรมในการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ (เช่นการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในโรงงานหรือสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ หรือการจัดให้นักเรียนในพื้นที่รับผิดชอบไปเยี่ยมชมโรงพยาบาล ฯลฯ)
        - 8.1.3. องค์การจัดทำมาตรการหรือกิจกรรมที่จะส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มประชาชนที่ยากต่อการเข้าถึงในพื้นที่รับผิดชอบ (เช่นการการประชุมเชิงรุกเข้าไปในกลุ่มที่เสียเปรียบทางด้านเศรษฐกิจหรือสังคม หรือชุมชนผู้อพยพย้ายถิ่น ฯลฯ)

8.2. องค์กรสนับสนุนการเผยแพร่การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร ทั้งในและนอกภูมิภาคที่เป็นที่ตั้งขององค์กร

8.2.1. กิจกรรมหรือผลลัพธ์จากส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นส่วนหนึ่งของ รายงานต่อสาธารณะขององค์กร

8.2.2. องค์กรสื่อสารประสบการณ์การดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร ผ่าน เอกสารเผยแพร่ หรือการนำเสนอในวาระต่างๆ หรือผ่านสื่อสมัยใหม่ต่างๆ เช่น social media

8.2.3. องค์กรมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยหรือโครงการพัฒนาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

8.2.4. องค์กรสนับสนุน เป้าหมาย/นโยบาย หรือแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีขอบเขตที่กว้างออกไป (เช่นในเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพ)

8.2.5. องค์กรสนับสนุนการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยสนับสนุนทั้งบุคลากรทั้งในและนอกองค์กร

เอกสารอ้างอิง

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

Organizational Health Literacy: Quality Improvement Measures with Expert Consensus

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

1. Conceptual Framework ของ HLHCO

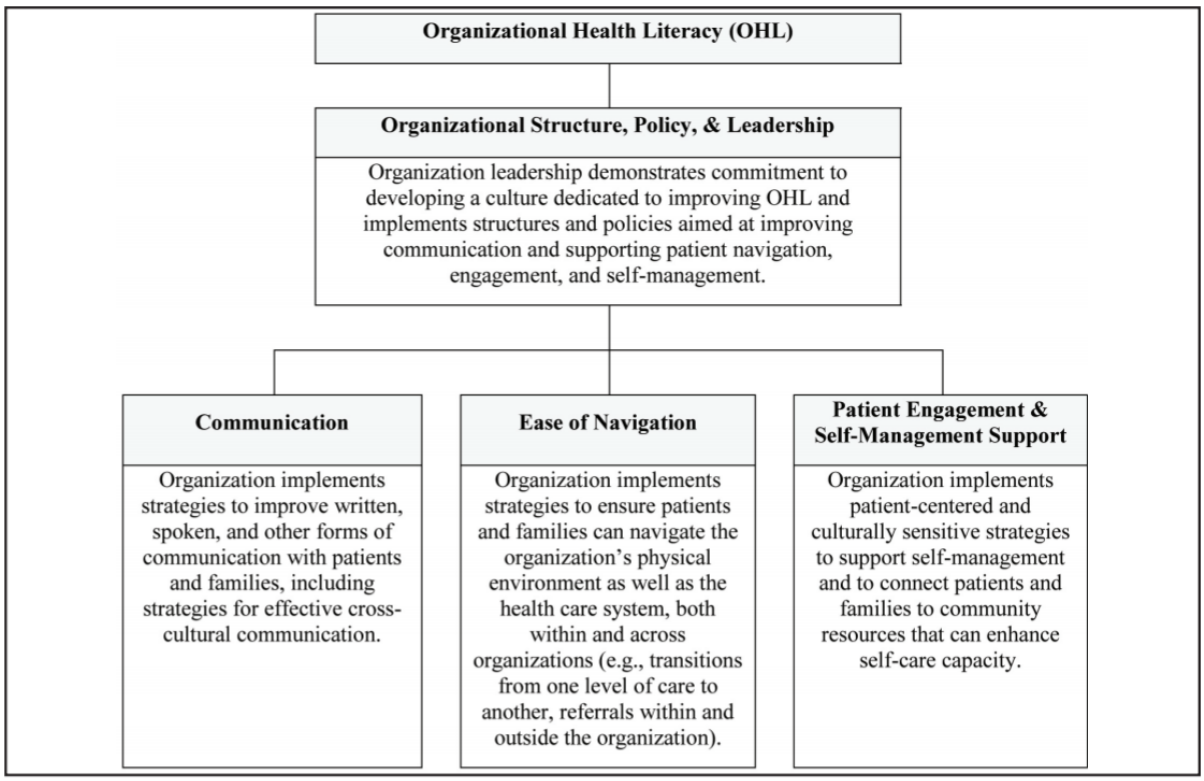


Figure 1. Conceptual framework of organizational health literacy.

2. เกณฑ์ในการประเมินได้แก่
   2.1. Usefulness: เป็นมาตรการที่มีประโยชน์ ในการนำไปใช้ในการติดตามว่ามีการปรับปรุงด้านคุณภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร
   2.2. Meaningfulness : มีความหมายในสายตาของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (e.g., patients, clinicians, administrators)
   2.3. Face validity: The measure appears to capture the construct it is designed to assess
   2.4. Feasibility: เป็นมาตรการที่สามารถคำนวณตัวเลขได้อย่างถูกต้องและทันเวลาโดยไม่ต้องเสียเวลาหรือต้นทุนในการหาข้อมูล
3. มาตรการที่ Expert concensus มี 22 มาตรการดังนี้

TABLE 3.

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

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

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

4. เนื่องจากความจำกัดของทรัพยากร การทราบว่า มาตรการใดมีผลต่อการเพิ่มคุณภาพ (Quality Improvement) จะทำให้องค์กรสามารถที่จะเลือกมาตรการที่ควรนำมาใช้

เอกสารอ้างอิง

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

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

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

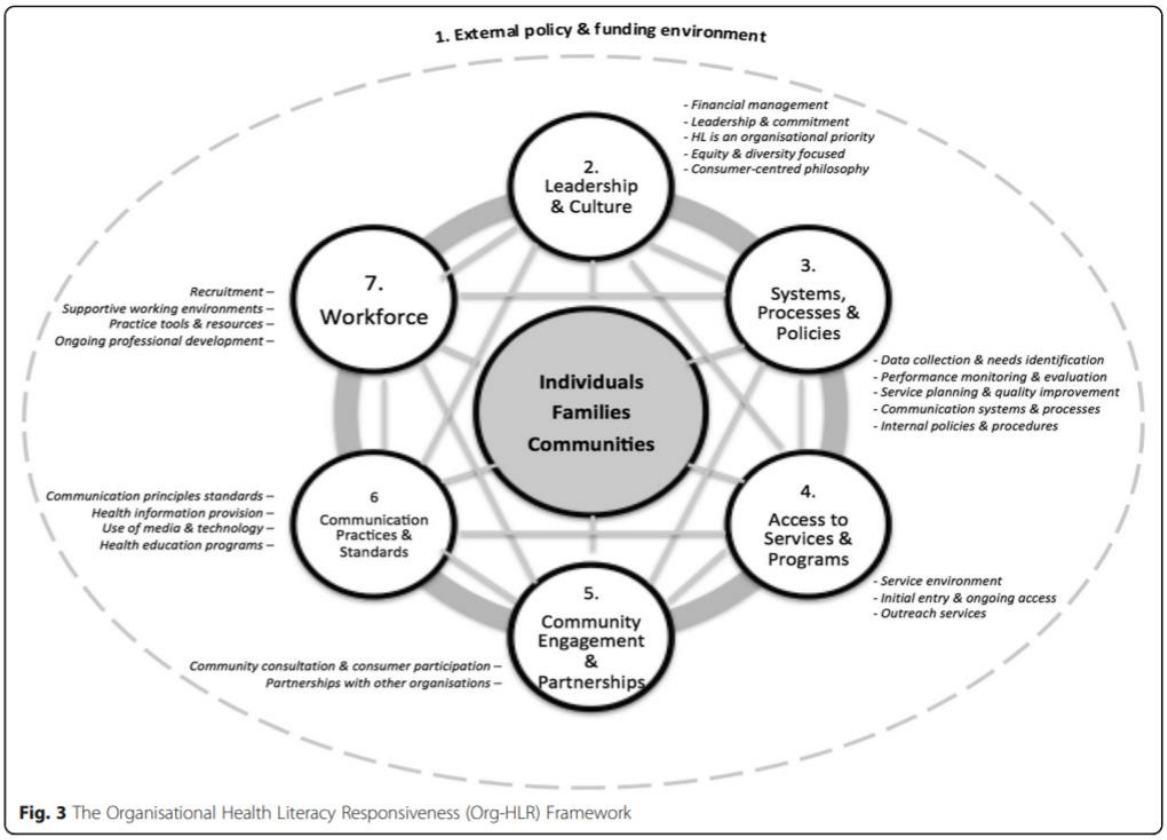


Fig. 3 The Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Framework

เอกสารอ้างอิง

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

ภาคผนวก

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

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

General data concerning the self-assessment in the health service

Name of the organization Click here to enter text.
Who is responsible for coordinating the self-assessment (name, position in the organization)? Click here to enter text.
For which part of the organization do you conduct the self-assessment (e.g. whole organization, department, or unit)? Click here to enter text.
Who else is involved in the self-assessment (name, department, position in the organization)? Click here to enter text.
Which of the following categories best describes the area where your organization is situated? ☐ Village, rural area (<3,000 inhabitants) ☐ Small town (≥3,000 and < 15,000 inhabitants) ☐ City (≥15,000 and <100,000 inhabitants) ☐ Large city (≥100,000 and < 1,000,000 inhabitants) ☐ Metropolis (≥1,000,000 inhabitants)
How many employees (full-time equivalents) work in your organizations? Click here to enter text.
Please indicate the number of employees per occupational / professional group in your organization (including employees employed through third parties): ☐ Physicians Click here to enter text. ☐ Nursing staff Click here to enter text. ☐ Other health professions e. g. therapists, pharmacists, medical-laboratory assistants Click here to enter text. ☐ Management and administration Click here to enter text. ☐ Maintenance staff e. g. cleaning, kitchen Click here to enter text. ☐ All other staff Click here to enter text.

General data concerning the self-assessment in the health service

How many in-patients does your organization treat per year (number of hospitalizations)?
Click here to enter text.

How many out-patients does your organization treat per year (number of patient visits)?
Click here to enter text.

Please indicate the main nationalities /language groups of your patients [adapt categories to the country/region; below, as an example, the version for Austria; ranked by size of sub-population in Austria]

☐ German
☐ Croation/Serbian/Bosnian
☐ Turkish
☐ Polish
☐ Russian
☐ Slovak
☐ Hungarian
☐ English
☐ Others: Click here to enter text.

Please indicate the main nationalities /language groups of your staff [adapt these categories for Austria to your country/region]

☐ German
☐ Croation/Serbian/Bosnian
☐ Turkish
☐ Polish
☐ Russian
☐ Slovak
☐ Hungarian
☐ English
☐ Others: Click here to enter text.

What are the main areas of expertise of your organization?

☐ General and acute care hospital
☐ Specialized hospital for: Click here to enter text.

Who is entitled to become a patient in your organization?

☐ public at large
☐ limited access, e.g. service provision limited to patients of a specific insurance company or private patients, etc.

General data concerning the self-assessment in the health service

Is your organization for-profit?

☐ not-for-profit
☐ for-profit
☐ both

Who is the owner of your organization?

☐ governmental owner on federal level
☐ governmental owner on regional and local level
☐ insurance company, e.g. health, accident, pension and private insurance
☐ charitable institution, e.g. NGO
☐ confessional institution/owner
☐ private organization, private person, other private institutions

Is your organization involved in vocational training of health professionals?

☐ No, no training
☐ Yes, continuous training for staff
☐ Yes, basic training (academic or non-academic), e.g. physicians, nursing staff in training
☐ Yes, specialized training, e.g. academic hospital

Standard 1: Implement organizational health literacy best-practices across all structures and processes of the organization.

Rationale: This standard can be seen as a precondition for all other standards. It influences the extent to which organizational health literacy or responsiveness is accepted (→ glossary) and can be achieved within the organization. Without making organizational health literacy a responsibility and an integral element of an organization´s structures, processes, culture and quality management, an organization cannot execute comprehensive implementation of organizational health literacy. A health literate healthcare organization (→ glossary) requires capacity building, i. e. infrastructures and resources, for being health literacy responsive in *all* decision making and acting within the organization. A committed management – which makes health literacy integral to the vision and mission, structures and processes, and all operations of the organizations – is one of the most crucial preconditions to developing health literate organizations (Brach et al., 2012). Leaders have to drive change management and continuous quality improvement (New Zealand Ministry of Health 2015) by reinforcing goals and expectations, and by modelling expected behaviours (Brach 2017).

Sub-Standard 1.1. **The management of the organization is committed to implementing, monitoring and improving organizational health literacy.**	**Yes** 76–100%	**Rather yes** 51–75%	**Rather no** 26–50%	**No** 0–25%	**N/A**
Indicator 1.1.1 The management of the organization drives the organizational health literacy culture by reinforcing goals and expectations for the organization, and by defining expected behaviors for the staff. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.1.2. The management of the organization ensures that health literacy is implemented for all relevant aspects of the organization, explicitly measured, regularly monitored, and continuously improved. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 1.1.3 The management of the organization is committed to driving health literacy improvement activities across all departments. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.1.4. The management of the organization serves on oversight committees for organizational health literacy. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.1.5. The management reviews metrics of success of each health literate intervention. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Sub-Standard 1.2. The organization makes organizational health literacy an organizational priority and secures adequate infrastructures and resources for implementing it.	**Yes** 76–100%	**Rather yes** 51–75%	**Rather no** 26–50%	**No** 0–25%	**N/A**
Indicator 1.2.1. Policy documents such as the mission statement, goals, and policies (→ glossary), explicitly define health literacy as an organizational priority.* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.2.2. Specific responsibilities for organizational health literacy are clearly defined. *(E. g. through a health literacy officer, a health literacy team)* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.2.3. Financial resources for promoting organizational health literacy are defined and allocated in business / operational plans. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.2.4. Qualified personnel for promoting organizational health literacy is defined and allocated in business / operational plans. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.2.5. Specific interventions for implementation of organizational health literacy are planned and implemented. *(E. g. for improving information, communication, navigation)* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 1.2.6. Organizational health literacy is promoted by all organizational units and policies *(E. g. in the units and policies for quality management, health promotion, risk management, human resource management, facility management)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.2.7. The organization demonstrates awareness of and respect for the values, needs and preferences of cultural groups within the community. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Sub-Standard 1.3. The organization ensures the quality of organizational health literacy interventions by quality management.	Yes 76–100%	Rather yes 51–75%	Rather no 26–50%	No 0–25%	N/A
Indicator 1.3.1. Organizational health literacy is integrated into the existing quality management system*					
a.) by definition of criteria and indicators ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
b.) by regular assessment ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
c.) by monitoring and improving of activities ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.3.2. Patient surveys include questions about the quality of information and communication.* *(E. g. comprehensibility of information provided)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.3.3. Staff surveys include questions about the quality of information and communication.* *(E. g. comprehensibility of information about occupational health and safety)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.3.4. Patient surveys use clear, everyday words and phrases.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 1.3.5. Staff surveys use clear, everyday words and phrases.* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.3.6. Patient health literacy is part of performance measurement of the organization. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.3.7. The organization uses "mystery patients" (→ glossary) or "walking interviews" (→ glossary) to assess how easy it is for patients/visitors to navigate the organization.* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.3.8. The organization uses "mystery patients" to assess the quality of communication with and the quality of information for patients (verbal, written, visual). *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Standard 2: Develop documents, materials and services with stakeholders in a participatory manner

Rationale: The involvement of all relevant stakeholders in the design and evaluation of documents, materials and services helps to ensure that their development and implementation are adequate in addressing the needs of these stakeholders (Thomacos and Zazryn 2013). This is the foundation for enabling and empowering different stakeholders for easy access to, navigation and use of the healthcare facilities. Healthcare organizations exist to serve the needs of individuals and communities, therefore organizations need to engage them in all aspects of service and product design and evaluation (Trezona et al. 2017, p. 7). For a healthcare organization that has taken first steps towards becoming a health literate healthcare organization it is particularly important to listen to the voices of individuals with limited health literacy (Brach 2017, p. 213). A health literate healthcare organization uses the results of the feedback of relevant stakeholders to adopt improvements.

Sub-Standard 2.1. The organization involves patients in the development and evaluation of patient-oriented documents, materials and services.	**Yes** 76–100%	**Rather yes** 51–75%	**Rather no** 26–50%	**No** 0–25%	**N/A**
Indicator 2.1.1 All documents and services relevant for patients are developed and tested together with patient advocates and representatives of patient groups.* *(E.g. information sheets, legal information, informed consent forms, apps)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 2.1.2. The navigation system of the organization is tested by patients and is improved following the outcomes. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 2.1.3 Guidelines and procedures for staff on patient communication are developed and tested not only with representatives of staff but also of patients. *(E.g. persons with limited reading skills, members of specific ethnic groups.)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 2.1.4. (Former) Patients or trained simulated patients are involved in the training of staff in order to provide feedback on staff's oral communication skills. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 2.1.5. The organization implements mechanisms and procedures to enable feedback and complaints by patients concerning comprehensibility of documents, materials and services. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Sub-Standard 2.2. **The organization involves staff in the development and evaluation of staff oriented documents, materials and services.**	**Yes** 76–100%	**Rather yes** 51–75%	**Rather no** 26–50%	**No** 0–25%	**N/A**
Indicator 2.2.1. The organization involves staff representatives in the development and evaluation of staff-oriented communication materials and services. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 2.2.2. The navigation system of the organization is tested by new staff members or colleagues from outside of the organization and is optimized following the outcomes. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Standard 3: Enable and train staff for personal and organizational health literacy

Rationale: Staff training in health literacy is an important dimension of capacity building for organizational health literacy responsiveness and communication. Health literacy training has been shown to improve the communication skills of staff and to achieve desirable outcomes (Blake at al. 2010; Coleman 2011; Mackert et al. 2011). Patients who report optimal communication with staff demonstrate high patient satisfaction, patient optimism about treatment, trust in providers, correct diagnoses, and a better assessment of the quality of care (Schillinger et al. 2004). Health literacy training is especially important for staff that has health education roles (Brach et al. 2012). A health literate healthcare organization has to establish a set of health literacy competencies required by staff and has to assess regularly the knowledge, skills and competencies of staff in relation to health literacy. Staff of health literate organizations has to be trained in patient-centered communication skills to ensure that messages are understood in every conversation (Dwamena et al. 2012; Silverman et al. 2013) and thus guarantee equality in treatment and contribute to an inviting atmosphere – without stigmatizing.

Sub-Standard 3.1. Personal and organizational health literacy is understood as an essential professional competence for all staff working in the organization.	**Yes** 76–100%	**Rather yes** 51–75%	**Rather no** 26–50%	**No** 0–25%	**N/A**
Indicator 3.1.1. Documents such as job descriptions, selection criteria for applicants, staff development plans etc. include health literacy as a main competence.* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 3.1.2. The organization ensures that staff – especially those with patient contact and new staff – are trained in health literacy and patient-centred communication. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 3.1.3 Staff training on patient communication follows principles of health literacy and refers to all situations that involve communication. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 3.1.4. Staff – especially those with patient contact – regularly get feedback on how effective they communicate. *(E.g. by using routine feedback forms on the communication quality of staff).* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 3.1.5. Internal health literacy experts serve as role models, mentors and teachers of health literacy competences to others. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 3.1.6. Staff are offered trainings with regard to:*					
a.) Use of clear, everyday words and phrases. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
b.) Providing easy-to-understand and easy-to-apply information. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
c.) Active listening, encouraging questions. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

d.) Use of methods and techniques such as chunk-and-check (→ glossary) or teach-back (→ glossary). ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
e.) Effective risk communication as the basis for informed patient consent on medical treatment. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
f.) Motivational interviewing (→ glossary) ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
g.) Use of written and audio-visual materials to support communication *(E. g. decision aids).* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
h.) Basic knowledge on designing easy-to-understand print materials. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
i.) When and how to use an interpreter (→ glossary), and how to effectively collaborate with interpreters. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Standard 4: Provide easy navigation and access to services, documents, and materials.

Rationale: Easy accesss to and navigation of health services is an important aspect of using healthcare services adequately. Therefore, the organization has to provide a design and features that help people find their way. It uses language, symbols and signage that is easy to understand, also by users with low levels of personal (health) literacy (Rudd and Anderson 2006). Research indicates that patients with sufficient health literacy skills and positive experiences regarding navigation and access to health information and services are more satisfied with the care received by their healthcare organization than those with non-sufficient health literacy skills and negative experiences (Altin and Stock 2015). Therefore, the provision of easy-to-access health information and services (navigation assistance included) is an important factor for being able to find health information and for making informed decisions, which in turn leads to improved health outcomes.

Sub-Standard 4.1. The organization enables first contact via user friendly website and phone.	**Yes** 76–100%	**Rather yes** 51–75%	**Rather no** 26–50%	**No** 0–25%	**N/A**
Indicator 4.1.1. The organization's contact information, location, and arrival information is easy-to-find via internet search engines. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.1.2. The organization's website is easy-to-use, also for people with low digital health literacy and/or low health literacy competences. *(E.g. by use of plain language, by flexible font size, read-aloud function).* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.1.3. The website is available in various languages based on the composition of the local population. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 4.1.4. The website provides evidence-based information on frequent treatments and cites the scientific sources appropriately. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.1.5. The website is easily accessible via smartphones and tablets. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.1.6. The organization can easily be reached by telephone 24 hours a day, not only by an automated system, but by a person. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.1.7. If there is an automated phone system, there is a clear option to repeat menu items. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.1.8. Telephone communication is available in most native languages of patients. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.1.9. People at a hotline or an information desk are qualified to adequately answer patient enquiries. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Sub-Standard 4.2. The organization provides information necessary for patients and visitors for getting to the organization.	Yes 76-100%	Rather yes 51-75%	Rather no 26-50%	No 0-25%	N/A
Indicator 4.2.1. The naming of locations on maps is consistent with the terms/wording used within the organization. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.2.2. The healthcare organization provides patients with easy-to-understand information about directions from the patient's home, including public and private transportation options. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.2.3. The healthcare organization negotiates with local transportation services to assist patients by displaying adequate signage, clear announcements, and location information at public transportation stations. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.2.4. Signage of the organization and its entrances is clearly visible when approaching the hospital grounds. *(E.g. on access roads, public transport)* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.2.5 Admission departments are clearly marked and visible. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Sub-Standard 4.3.	Yes	Rather	Rather		N/A

Support is available to help patients and visitors to navigate the hospital.	76-100%	yes 51-75%	no 26-50%	No 0-25%	
Indicator 4.3.1. To support navigation, an information desk is available at all main entrances. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.2. To support navigation, printed maps are available for free. *Comments:* Click here to enter text.					
Indicator 4.3.3. Maps clearly indicate the individual's location in the hospital through easy-to-understand symbols or "You are here" signage.* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.4. The staff responsible for the admission of patients appropriately directs patients and visitors to their respective unit and staff. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.5. New information and communication technologies support navigation. *(E.g. speech-based electronic assistance, kiosks with touch-screens, smartphone-apps.)* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 4.3.6. Staff is trained to direct and assist disoriented patients. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.7. Staff or volunteers with various language skills support the navigation of patients and visitors in the organization. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.8. Signage design is based on appropriate height, location, color, and font size. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.9. Signage applies wording and symbols commonly used by patients to describe the care they are receiving.* *(E.g. Kidney Ward instead of Nephrology Ward)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.10. A consistent wording and use of symbols is applied for all locations and rooms within the organization.* *(E.g. always "toilette" or always "WC" or always "rest room")* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 4.3.11. Color codes are applied consistently across the organization and support navigation from different starting points. *(E.g. green color for the intensive care ward)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.12. Signage is available between buildings if the organization contains multiple buildings.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.13. Signage is available in the native languages of the major patient groups* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.14. Navigation support for visually impaired patients is available. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Sub-Standard 4.4. **Health information for patients and visitors is available for free.**	**Yes** 76–100%	**Rather yes** 51–75%	**Rather no** 26–50%	**No** 0–25%	**N/A**
Indicator 4.4.1. Patients are informed about deductibles or other costs for treatment or services in advance. *(E.g. on the website and by telephone enquiry)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 4.4.2. Patients are informed about their patient rights. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.4.3. A physical or virtual patient information center comprising free health information is available. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.4.4. Various formats of easy-to-understand information regarding disease prevention such as diabetes, cardiovascular diseases, and cancer are available at multiple locations for free. (E.g. brochures, audio, video, web based) *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.4.5. Various formats of easy-to-understand information regarding healthy lifestyles are available at multiple locations for free. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.4.6. Easy-to-understand menu information is available at bedside and in the cafeteria/canteen indicating nutrients and calories to support healthy choices. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Standard 5: Apply health literacy best-practices in all forms of communication with patients.

Rationale: Patients in healthcare are increasingly understood as partners and active co-producers of health and not just as the objects of treatment. This shift in the patients' role requires more patient participation and shared decision-making in the context of increasing complexity and possibilities of healthcare. Good communication in healthcare has a huge impact on a diversity of health outcomes and on workplace satisfaction of healthcare professionals (Street et al. 2009; Sator et al. 2015). Patients with limited health literacy report worse communication with their providers than those with sufficient health literacy (Schillinger et al. 2004). Furthermore, patients with limited literacy are less likely to ask questions of their providers (Katz et al. 2007). Misunderstandings in communication lead to less accurate diagnoses and less effective treatment decisions, to poorer compliance with prescriptions, and thus to more frequent complications, referrals and emergency treatment (Berkman et al. 2011). A health literate organization takes the communication needs of different patient groups into account by ensuring that all communication in all formats is clear and easy to understand (New Zealand Ministry of Health 2015, p. 34). It uses patient-centered communication to promote health literacy responsiveness in all situations of communication (Brach et al. 2012; Silverman et al. 2013). This is true not only for high-risksituations and in clinical relevant discussions, such as admission, anamnesis/intake, visit and discharge, but also when explaining an invoice/bill, directions or coordinating appointments. (Brach et al. 2012).

Sub-Standard 5.1. Verbal communication with patients is of high quality and easy-to-understand.	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 5.1.1. Guidelines for verbal patient communication which follow health literacy best practices *(E. g. plain language, teach back)* are applied to all clinically important situations of communication.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.1.2. Communication guidelines consider the diverse needs of different patient groups*					
a.) Patients of different linguistic, ethnic and cultural backgrounds ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

b.) Patients with impaired visual capabilities ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
c.) Patients with impaired hearing capabilities ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
d.) Patients with impaired intellectual capabilities ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
e.) Patients with the need to involve relatives/caregivers. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.1.3. Patient information about diagnosis and therapy is given sufficiently extensive, in a clear and personalized way, following the current state of evidence to enable patients to make appropriate treatment decisions together with staff. *(E.g. shared decision making, use of decision aids)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.1.4. Staff use clear language and avoid jargon and technical terms when communicating with patients (written and verbal). ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.1.5. Patients are encouraged to ask questions concerning their condition and treatment options. *(E.g. using Ask Me 3-campaign (→ glossary); SPEAKUP (→ glossary))* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 5.1.6. Patients are allowed and encouraged to bring family, friends or informal caregivers to meetings with staff. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.1.7. Patient consultations take place in rooms/space that support effective communication. *(E.g. private counseling space, quiet environment)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.1.8. Sufficient and designated time is ensured for patient consultations. *(E.g. by discipline or department specific guidelines and procedures)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.1.9. Patient consultations are conducted when patients are attentive. *(E.g. not immediately after anesthesia)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.1.10. Patients are encouraged to arrange consultations with staff, when convenient for them. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Sub-Standard 5.2. **Written materials are of high quality, easily accessible, and easy-to-understand.**	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 5.2.1. Written (printed and/or online) materials follow design guidelines for better understandability (font size, line spacing, color scheme, use of images).* (*E.g. patient orientation materials, legal materials, informed consent forms, medical history forms, discharge forms and follow-up notifications)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.2.2 Written materials are used to reinforce and support verbal communication and as memory aid for patients, but never instead of verbal communication. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.2.3 To support patient communication, staff is trained to use high-quality written and audio-visual materials, which contain action-oriented information and are easily accessible. *(E.g. leaflets, photo-novellas, cartoon illustrations, multimedia tutorials, podcasts, DVDs, 3-D models, patient portals etc., which include easily detectable contact details of the organization (telephone numbers, e-mail- and web-addresses).* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 5.2.4 Written and audio-visual materials are revised periodically to ensure best quality and accuracy of information *(e.g. based upon current evidence).* Materials include a statement of last update and the information source so that the quality of the original information source can be assessed independently.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.2.5 Patients are supported to complete required documents and forms (e.g. for registration). ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Sub-Standard 5.3. **Digital services and new media are of high quality, easily accessible, and easy-to-use.**	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 5.3.1. Guidelines for the quality and distribution of digital services and new media are used to support communication and information transfer.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.3.2. All digital services and new media which are available via online portals, app download centers etc. are technically correct, easy-to-understand, contain action-oriented information and are adequate for target groups. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 5.3.3 Digital services and new media are pre-tested with representatives of target groups and patients before distribution. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.3.4 Training in the use of digital services and new media is offered upon demand for staff *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Sub-Standard 5.4. **Information and communication is offered in the languages of relevant patient groups by specific, trained personnel and for all provided materials.**	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 5.4.1. All major written, audio-visual or digital materials are available in the languages of relevant patient groups. *(E.g. information sheets, informed consent forms)* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.4.2. Staff knows when and how to access and utilize oral and written language assistance services as well as how to work with interpreters / translators. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.4.3. Protocols prohibit the use of children or untrained staff or volunteers as medical translators. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 5.4.4. Patients are informed about professional translation services routinely at admission and on demand. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.4.5. If needed, professional translation services are always available for medical examinations and consultations with clinical staff and also provide assistance in completing forms or documents. *(E.g. in house interpreters, telephone / video interpreting)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.4.6 There is a coordination office for the provision and scheduling of translation services in native language. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.4.7. Interpreters / translators are specifically qualified / certified in inter-cultural medical translation.* *(E.g. language certificates, letter of recommendation).* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.4.8 All interpreters / translators are trained to use clear, everyday words and phrases.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 5.4.9. Guidelines for reporting, documenting and processing problems and complaints with regard to translation services are available. Problems are monitored and improvement measures are implemented.* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Sub-Standard 5.5. **Communication which is easy-to-understand and to act on, especially in high-risk situations, is accepted as a necessary safety measure.**	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 5.5.1. The organization considers communication errors as adverse events and reacts by analyzing the origin of detected errors and by improving communication processes. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.5.2. A reporting and performance monitoring system for communication errors is available. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.5.3. Feedback from patients regarding patient safety, hospital hygiene etc. are routinely included in risk management. *(E.g. patient surveys, feedback forms, patient complaints)* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 5.5.4. A list of processes and procedures is available, that pose a higher risk to patients, and therefore require a heightened level of assurance to ensure that patients have fully understood the information provided.* *(E.g. patient communication about diagnosis, therapies, consent forms, filling in forms, preparation for surgeries, transferals)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.5.5. There exist specific guidelines and staff trainings on communication in situations that pose a higher risk to patients* *(E.g. breaking bad news, new therapies, preparation for surgeries)* are available. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.5.6. Taking medication is explained in detail (including clarification that medicines prescribed in the hospital can differ from those distributed in pharmacies). ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.5.7. Aids such as pill boxes, charts, etc. are used to increase comprehensibility of taking medicines correctly. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 5.5.8. The organization's emergency plan contains easy-to-use information for patients regarding evacuation. It also addresses people who are illiterate, with hearing or visual impairment and / or different intellectual capabilities, and other vulnerable types of patients. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Standard 6: Promote personal health literacy of patients and relatives during hospitalization and after discharge.

Rationale: For many patients, a hospital admission is just a recurrent episode in an ongoing career of living with a chronic condition. Therefore, improving personal health literacy and empowering for self-management is an important aspect of any treatment of chronic patients in healthcare. Research indicates that patients in disease-specific self-management groups have fewer hospital admissions for acute exacerbations and fewer unscheduled visits to their physician than patients who are not part of disease-specific self-management groups (DeWalt et al. 2006). Therefore, the aim is to provide patients with the necessary information and skills to deal competently and responsibly with their health after discharge (Brach 2017). Patients benefit from organizational support in gaining and improving their personal health literacy with regard to their disease-specific self-management, their navigating of and interacting effectively with health services in the future and their developing more healthy lifestyles. In this way, they gain more confidence in dealing with their disease and are empowered to more actively participate in their treatment as co-producers of health outcomes. Inpatient stays offer a "window of opportunity" and a "teachable moment" for changes in patients´ knowledge, competences, motivations and behaviours.

Sub-Standard 6.1. The organization supports patients in improving health literacy with regard to self-management of specific health conditions.	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 6.1.1. Patients are informed in a clear and personalized way about the possible self-management of their disease /health condition in their everyday life. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.1.2. The organization offers patient education on self-management of the most important chronic diseases / health conditions. Alternatively, patients are referred to other adequate providers. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 6.1.3. The organization explicitly informs patients about appropriate self-help organizations and similar support offers. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.1.4. The organization encourages patients to take upcoming symptoms seriously and to use services already in advance of agreed appointment, if necessary. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.1.5. The organization offers education on how to support patients for relatives and other informal caregiver*s.* Alternatively, they are referred to other adequate providers. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.1.6. The organization offers education in navigating of and effectively interacting with health services after discharge.* *(E.g. preparation for doctor-patient conversation)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Sub-Standard 6.2. **The organization supports patients in improving health literacy with regard to development of more healthy lifestyles.**	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 6.2.1. Patients' lifestyles and need for changes are routinely checked and documented. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 6.2.2. Relevant information and training for change of lifestyle is provided or referred to. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.2.3. Staff informs patients about educational health courses in the region. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Sub-Standard 6.3 **Upon discharge, patients are well informed about their future treatment and recuperation process.**	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 6.3.1. There is a clear and easy to understand care plan (written and verbally communicated) for patients who require complex interventions and multidisciplinary teams for treatment.* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.3.2. Upon discharge, patients are thoroughly informed about how to take care for themselves at home and about where to get support if needed. *(E.g. wound care, medication, nutrition, needs and options for caring assistance)* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.3.3. If needed, relatives or social services are involved in discharge management. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 6.3.4. The organization has a follow-up telephone service to ensure that patients or relatives can manage with the information received upon discharge. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.3.5. Patients are supported in scheduling their post-discharge appointments with other services. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.3.6. There are procedures in place to ensure that patients meet their scheduled appointments. *(E.g. follow-up telephone service)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.3.7. Clinical findings that were not conveyed to patients during hospital stay are conveyed to them following discharge. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.3.8. The responsibility to pass on clinical findings to other organizations that are relevant for further treatment rests with the organization in consent with the patient. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.3.9. During discharge, patients routinely receive up-to-date lists of relevant health and social services as well as of appropriate self-help groups. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 6.3.10. During discharge, Patients routinely receive contact details of relevant patient advocates and patients' ombudspersons. *(E.g. in case of complications or complaints).* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.3.11. The organization's website provides information about the self-management of common health conditions or refers to adequate partner websites. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Standard 7: Promote personal health literacy of staff with regard to occupational risks and personal lifestyles.

Rationale: Health of staff in healthcare services, especially in an aging healthcare workforce, is a relevant challenge for healthcare services. Staff´s health is endangered by a number of specific occupational risks, which in many institutions are on the rise. Staff's health is partly determined by their personal health literacy. Therefore health literacy of staff should be improved not only for better communication with patients, but also in relation to promoting their health.

Studies have indicated that workplace health promotion is important in the prevention of non-communicable diseases among employees. Health promoting organizations have shown benefits such as lowered disease prevalence, reduced medical costs, improved productivity and a higher level of personal health literacy (Dietscher 2012). A health literate healthcare organization promotes health literacy of staff both with regard to the self-management of occupational health and safety risks and with regard to healthy lifestyles of staff (Wong 2012).

The health literacy of staff impacts the quality of patient communication. Only an organization – with staff being health literate and healthy – is able to address the healthcare needs of their clients and patients adequately and foster their health-literacy skills. If staff does not understand their own health needs, it is hard to support patients to make good decisions about their health.

Sub-Standard 7.1. The organization supports staff in improving their knowledge and skills for self-management of occupational health, safety risks and healthy life-styles.	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 7.1.1. The organization understands improvement of health literacy of staff as a management responsibility. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 7.1.2. Leadership / management is sensitive to effects of their communication on staff health and adapts their management style accordingly. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 7.1.3. Performance reviews include status information on occupational health and safety, and on how staff can maintain their health. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 7.1.4. Staff is informed about occupational health and safety risks already during initial staff training.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 7.1.5. The organization regularly provides trainings on managing occupational health and safety risks.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 7.1.6. The organization uses materials such as posters, flyers, new media and electronic devices, to raise staff's awareness of occupational health and safety risks.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 7.1.7. Staff are encouraged to report on working conditions risky for health and to make suggestions for improvement. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 7.1.8. The organization provides measures for prevention or self-management of chronic conditions of staff. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 7.1.9. The organization uses materials, to raise staff's awareness of lifestyle issues for health.* *(E.g. posters, flyers, new media and electronic devices)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 7.1.10. The organization offers trainings on healthy lifestyles for staff, or informs staff about regionally available courses and programs on healthy lifestyles *(E.g. Information sheets, brochures)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Standard 8: Contribute to promoting personal health literacy of the local population and to dissemination of organizational health literacy in the region served.

Rationale: To promote personal health literacy of the local population, a health literate healthcare organization provides easily accessible, evidence-based health information. It drives health education and promotion initiatives to build skills for health literacy in the local population, and it also conducts interventions to improve health literacy in particular for hard to reach and vulnerable population groups. Healthcare services can act as a role model and advocate not only for better health, but also for better personal and organizational health literacy in their region. Sharing experiences of health literacy practices via publications, presentations and other media, leads to increased awareness and can stimulate organizational change beyond the own organization. By disseminating results and experiences with organizational health literacy across organizational boundaries, more people and institutions can benefit from an organization's experiences and strategies to promote health literacy. Therefore, a health literate healthcare organization has the responsibility to share its knowledge and experience of implementing organizational health literacy with other organizations. Sharing experiences within relevant communities highlights the importance of cooperation and peer learning for creating networks, which play an important role in supporting organizational change (Pelikan et al. 2005).

Sub-Standard 8.1. The organization contributes to the improvement of personal health literacy of the local population	Yes 76-100%	Rather yes 51-75%	Rather no 26-50%	No 0-25%	N/A
Indicator 8.1.1. The organization provides evidence-based and non-commercial information about relevant health topics issues to the local community it serves. *(E.g. through health fairs, public lectures).* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 8.1.2. The organization drives health education and promotion initiatives to build skills for health literacy in the local population. *(E.g. by organizing workshops on workplace health promotion in local companies, or facilitating guided tours to the hospital for students from local schools)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 8.1.3. The organization conducts interventions to improve health literacy of hard-to-reach patients / citizen groups at the local level. *(E.g. interactive meetings with socio-economically disadvantaged groups or migrant communities)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Sub-Standard 8.2 **The organization supports the dissemination and further development of organizational health literacy in the geographic region and beyond.**	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 8.2.1. Health literacy activities and outcomes are part of the organization's public reporting.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 8.2.2. The organization communicates experiences with organizational health literacy practices via publications, presentations, and other media.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 8.2.3. The organization participates in health literacy research and development projects. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 8.2.4. The organization contributes to wider (policy) goals or action plans in the field of health literacy. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 8.2.5. The organization offers health literacy best practices for the professional training of doctors, nurses, and other relevant professional groups also outside of the organization. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Introduction to Epidemiology

Content

1. เกริ่นนำ
2. ความหมายของระบาดวิทยา
3. ระบาดวิทยาของมะเร็งเต้านม
4. Descriptive Epidemiology (ส่วนนี้คือส่วนที่ไปใช้ในอธิบาย distribution of disease ตาม Time place person)
    1. อุบัติการณ์และความชุก
    2. Rate และ Ratio ต่างๆ
    3. Age Standardized Incidence Rate (ASR)
5. ระบาดวิทยาส่วนของ Determinant (หาความสัมพันธ์หรือสาเหตุของโลก)
    1. Epidemiology Study
    2. การทดสอบความสัมพันธ์ เพื่อหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค
    3. Screening Test
    4. Bias in clinical Research
6. เอกสารอ่านประกอบ
    1. Introduction to Epidemiology
    2. Excel ช่วยคำนวณ Aged Adjust & ASR [1]

เกริ่นนำ

ระบาดวิทยาเป็นวิชาที่นักสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้ในทุกขั้นตอนของการบริหารการสาธารสุข ตั้งแต่การวางแผน และการ Implement แผน และแนวคิดของระบาดวิทยาสามารถนำมาใช้ได้ทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ เพราะถ้าเรารู้การกระจายของโรค ตาม Time place Person รู้ว่าอะไรเป็นสาเหตุ หรือ ปัจจัยเสี่ยงแล้ว อย่างรู้จริงแล้ว จะทำให้การดำเนินการ จะเป็นแบบ Focus ไม่ได้แบบเหวี่ยงแห ทำให้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้

ความยากของระบาดวิทยาในตอนเรียน มีอยู่ 3 ประการคือ

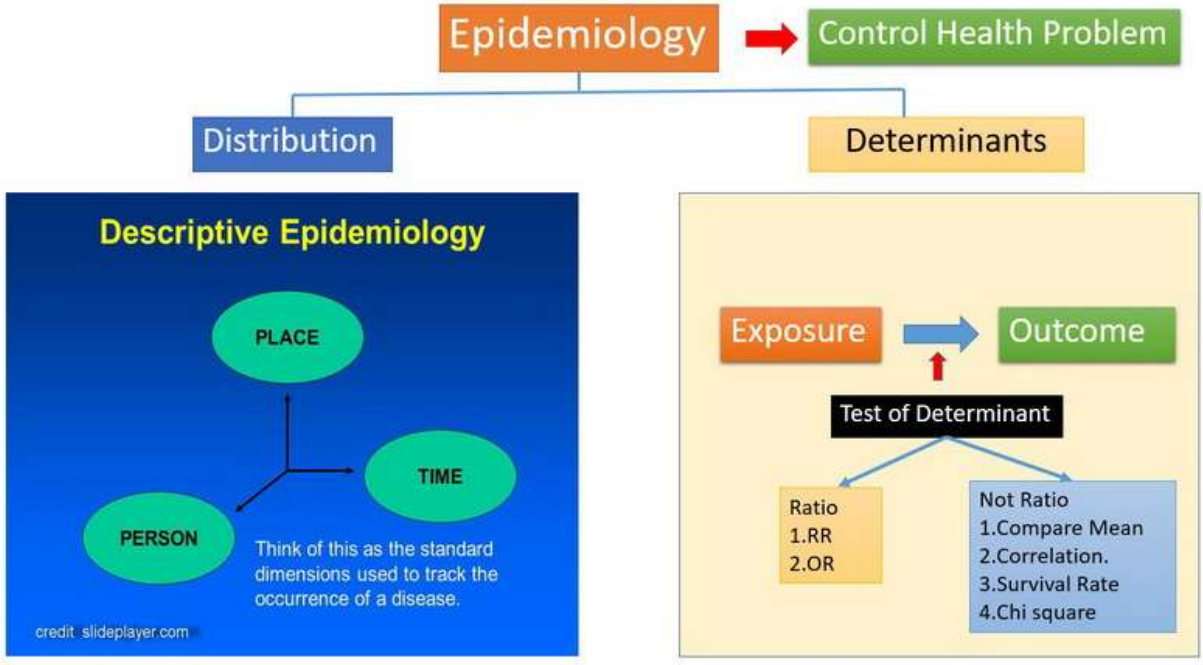
1. ศัพท์และนิยามของศัพท์ต่างๆในวิชาระบาด ซึ่งจะนำมาใช้ในส่วนของ Descriptive Epidemiology มีมากมาย และมักจะก่อให้เกิดความสับสน ถ้าไม่แม่นในนิยาม เช่น อุบัติการณ์ (incidence) และ ความชุก (prevalence) รวมถึง Rate & Ratio ต่างๆที่มีมากมาย (ยังไม่นับรวมถึงวิธีการคำนวณเพื่อให้ได้ค่าต่างๆนั้นมา) ส่วนนี้จำเป็นที่ไม่ควรปล่อยผ่าน ต้องสามารถแยกแยะความแตกต่างของศัพท์ที่ใช้ในทางระบาดวิทยาเหล่านั้น
2. Concept ทางระบาดวิทยา ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจมากกว่าการท่องจำ เมื่อทำงานจริง มี Concept ที่มักจะถูกนำมาใช้บ่อยได้แก่

1. การ Standardized และการ Adjust ต่างๆ แนวคิด คือ ถ้าสัดส่วนประชากรของแต่ละพื้นที่ต่างกัน แล้วจำเป็นต้อง Adjust เพื่อให้เกิดความยุติธรรม โดยมีองค์กรกลางเช่น WHO ได้กำหนด Standard Population เพื่อเทียบให้อัตราต่างๆด้วย Standard Population เดียวกัน
2. การศึกษาทางระบาดวิทยา เช่น Prospective Study เริ่มจาก Exposure ไปหา Outcome คำนวณค่า Relative Risk (RR) ได้ Retrospective Study เริ่มจาก Outcome หรือ Disease แล้วถามย้อนไปว่าได้สัมผัส Exposure หรือ หา RR ไม่ได้ หาได้แต่ Odds ratio เป็นต้น

3. การคำนวณ เพื่อให้ได้ค่าต่างๆ ส่วนนี้เดิมเป็นปัญหาใหญ่ เพราะต้องใช้เครื่องคิดเลขหรือ Excel ช่วยในการคำนวณ แต่ปัจจุบันมีเครื่องมือทางสถิติช่วยมากมาย ทำให้ลดปัญหาที่ส่วนนี้ไปได้ยากมาก ถ้า คำศัพท์ นิยาม และ Concept เราแน่นแล้ว คิดว่าถาคการคำนวณไม่น่าจะปัญหา เพราะจะแนะนำ tool ต่างๆที่นิยมใช้มาให้เราใช้กัน

Course นี้จึงเน้นที่การปู concept ให้เกิดความเข้าใจ และความสามารถในการ interprete Output ต่างๆ ที่ได้จากการคำนวณมากกว่า และเลือกเนื้อหาคิดว่าจำเป็นสำหรับ นักการสาธารณสุขเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานจริง (ตามที่กำหนดไว้ใน Contents)

ความหมายของระบาดวิทยา



1. ระบาดวิทยา มาจากรากศัพท์ Epi = Upon ,demio=Population ,logos = Study
2. ระบาดวิทยา หมายถึง การศึกษา (logos) เกี่ยวกับ การกระจาย (Distribution) และหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง (Determinant) ของโรคหรือเหตุการณ์โดยในกลุ่มประชากร (demio = Population) เฉพาะ (epi = upon)เพื่อนำผลการศึกษาไปสู่การควบคุมปัญหาสุขภาพ

Epidemiology is the study of the distribution and determinants of health-related states or events in specified populations, and the application of this study to the control of health problems

3. ระบาดวิทยา จึงเน้นหนักใน 2 เรื่องหลักคือ การกระจาย **(Distribution)** และ สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนั้น **(Determinant)**
4. การกระจาย ส่วนใหญ่จำแนกตาม Time ,Place ,Person
5. Determinants คือหาความสัมพันธ์ (Relationship) แบ่งเป็น
    1. Causal Relationship เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดโรค การศึกษาที่จะสรุปว่าปัจจัยเสี่ยง (Exposure) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค (Outcome) จึงต้องเป็นการศึกษาที่เริ่มจาก Exposure แล้วติดตามไปข้างหน้าว่าเกิด Outcome หรือไม่ ซึ่งก็คือ Prospective Study
    2. Non Causal Relationship มีความสัมพันธ์ แต่ไม่ได้เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดโรค โดยการศึกษาที่เริ่มจากโรค (Outcome) แล้วถามย้อนกลับไปว่าได้สัมผัส Exposure หรือไม่ จะสรุปได้แต่เพียงว่ามีความสัมพันธ์ แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่า เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคนั้น
6. เมื่อพิสูจน์ทางสถิติ พบว่ามีความสัมพันธ์ อย่างด่วนสรุปว่าเป็น Causal Relationship อาจจะเกิดจาก Bias ,By Confounding ,By chance
    1. Bias & By Cofounding Factors
    2. By Chance (Type 1 & Type 2 Error and Screening Test)

ระบาดวิทยาของมะเร็งเต้านม

ระบาดวิทยาของมะเร็งเต้า จะกล่าวถึง การกระจายของปัจจัยต่างๆ (Distribution) และปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุของมะเร็งเต้านม (Determinant) นอกจากนั้นก็ควรพูดถึง Intervention ที่จะมาควบคุมมะเร็งเต้านม

1. ระบาดวิทยา
    1. การกระจาย (Distribution) ได้แก่
        1. อุบัติการณ์และความชุกของมะเร็งเต้านม
        2. อาการและอาการแสดงของมะเร็งเต้านม
        3. ประเภทของมะเร็งเต้านม (Breast Cancer Type)
        4. ระยะของมะเร็งเต้านม (Staginig)
    2. ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของมะเร็งเต้านม (Determinant)
        1. ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม
        2. สาเหตุของมะเร็งเต้านม
2. Intervention ในการควบคุมมะเร็งเต้านม
    1. การคัดกรองมะเร็งเต้านม
    2. การรักษามะเร็งเต้านม

Incidence , Prevalence ,Age Standardized Incidence Rate (ASR)

1. อุบัติการณ์ (Incidence) เท่ากับ จำนวนรายใหม่ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (มักใช้ 1 ปี) หาร ด้วย ประชากรกลุ่มเสี่ยง (Population at risk)
2. ความชุก เท่ากับ จำนวน รายเก่าที่สะสมมา (ที่มีชีวิต) + รายใหม่ของปีนี้ – จำนวนรายที่เสียชีวิตในปีนี้ หาร ด้วย ประชากร (มักใช้ประชากรกลางปี เท่ากับ ประชากรต้นปี + ย้ายเข้า - ย้ายออก+จำนวนคนเกิด + จำนวนคนตาย)

โจทย์ข้อที่ 1 จังหวัด ก.มีประชากรกลางปี พ.ศ.2562 จำนวน 1 ล้าน คน เป็นชาย 5 แสนคน เป็นหญิง 5 แสนคน พบมะเร็งเต้านมในหญิงทั้งหมด โดย

1. cases สะสมจากสิ้นปี 2562 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ยังมีชีวิตอยู่ จำนวน 1510 คน
2. พบรายใหม่ในปี 2562 จำนวน 200 คน
3. เสียชีวิตในปี 2562 จำนวน 10 คน

ในระหว่างปี มีผู้หญิงอพยพเข้า 2,000 คน อพยพออก 3,000 คน คนเกิดที่เป็นหญิง 400 คน คนตายที่เป็นหญิง 500

คำถาม

1. จังหวัด ก.มีอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมเท่ากับเท่าไร
2. จังหวัด ก.มีความชุกของมะเร็งเต้านมเท่ากับเท่าไร
3. กรณีที่ความชุก มากกว่า อุบัติการณ์ แสดงว่าอะไร ถ้าน้อยกว่า แสดงว่าอะไร

Rate & Ratio อื่นๆ

1. Mortality & Morbidity Rate ได้แก่
    1. Crude Morbidity Rate
    2. Crude Mortality Rate หรือ Crude Death Rate
    3. Case Fatality Rate
    4. Age Specific Morbidity Rate คือ อัตราการป่วยตามช่วงอายุต่างๆ ส่วนนี้จะใช้นำไปคำนวณ Standardized morbidity rate ต่างๆ)
    5. Age Specific Mortality Rate คือ อัตราการตายตามช่วงอายุต่างๆ ส่วนนี้จะใช้นำไปคำนวณ Standardized mortality rate ต่างๆ)
2. Fertility Rate
    1. General Fertility Rate (GFR)
    2. Total Fertility Rate (TFR)
    3. Net Reproductive Rate

Age standardized Incidence Rate (ASR)

1. บางโรคมีอัตราการเกิดโรคในแต่ละ Age Group ต่างกัน เช่น มะเร็งเต้านม จะพบในผู้สูงอายุ 50 ปีขึ้นไปมากกว่า กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ทำให้ประเทศที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มากกว่าจะพบจำนวนรายที่มากกว่าเมื่อคิดอุบัติการณ์อย่างหยาบ (Crude Incidence Rate) ก็จะพบอัตราที่สูงกว่า
2. เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านม (รวมถึงโรคอื่นๆด้วย) จึงมีหน่วยงานกลาง ทำการกำหนด Standard Population ขึ้น เช่น WHO Standard Population เพื่อให้คิดอุบัติการณ์โดยปรับอายุให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เรียกว่า Age Standardized Incidence Rate (ASR) เพื่อใช้อุบัติการณ์ที่ปรับแล้ว มาเปรียบเทียบอุบัติการณ์ระหว่างประเทศ
3. Standard Population จะทำการกำหนดประชากรแบ่งตาม age group ละ 5 ปี ว่าในแต่ละช่วงอายุมีกี่คน โดย

   ผลรวมทั้งหมดจะเป็น 100,000 คน หรือ 100%
4. หา Age Specific morbidity rate ของแต่ละช่วงอายุ แล้วคูณด้วย Standard Population ของช่วงอายุนั้น จากนั้นหาผลรวมว่า มีจำนวนป่วยเท่าไร (Adjusted) จากนั้น หารด้วย ประชากรกลุ่มเสี่ยง ก็จะได้ ASR
5. Area 1 และ Area 2 มีประชากรเท่ากันคือ 300,000 คน และมีผู้ป่วยรายใหม่เท่ากันคือ 400 คน แต่ทั้ง 2 Area มีสัดส่วนประชากรของแต่ละช่วงอายุ ต่างกัน ดังตารางด้านล่าง

Age Standardization incidence rate (ASR)

คำถาม Area ไหน มี ASR มากกว่ากัน

Area 1	B	C
Age Group	Population	New Cases
0-14	50,000	100
15-59	200,000	200
>=60 ปี	50,000	100
total	300,000	400
Crude incidence	133.3	/100000

Area 2	B	C
Age Group	Population	New Cases
0-14	25,000	50
15-59	210,000	225
>=60 ปี	65,000	125
total	300,000	400
Crude incidence	133.3	/100000

เมื่อ Downlaod Excel ที่ให้มา แล้วกรอกตัวเลขเข้าไปใน Sheet Exercise1 จะได้ข้อมูลตามตารางข้างล่าง โดย 2 Area มี Crude Incidence rate เท่ากันคือ 133.3 / 100,000 ประชากร แต่มี ASR ต่างกัน โดย Area 1 มี ASR = 138.1 / 100,000 ประชากร ต่ำกว่า Area 2 ที่มี ASR = 141.6 /100,000 ประชากร แสดงว่า Area 2 มีอุบัติการณ์เมื่อปรับแล้วสูงกว่า

Area1

WHO Standard Population 2020-2025

Exercise 1

Area 1	B	C	D=C/B	E	F	G=D*F
Age Group	Population	New Cases	Age specific rate	WHO Standard Population	Standard Pop to be used	Adjusted Cases
0-14	50,000	100	0.00200	26,139	26,139	52.28
15-59	200,000	200	0.00100	61,921	61,921	61.92
>=60 ปี	50,000	100	0.00200	11,940	11,940	23.88
total	300,000	400		100,000	100,000	138.1
Crude incidence	133.3	/100000		ASR	138.1	/100000

Area 2	B	C	D=C/B	E	F	G=D*F
Age Group	Population	New Cases	Age specific rate	WHO Standard Population	Standard Pop to be used	Adjusted Cases
0-14	25,000	50	0.00200	26,139	26,139	52.28
15-59	210,000	225	0.00107	61,921	61,921	66.34
>=60 ปี	65,000	125	0.00192	11,940	11,940	22.96
total	300,000	400		100,000	100,000	141.6
Crude incidence	133.3	/100000		ASR	141.6	/100000

6. ถ้าจะเปรียบเทียบมะเร็งเต้านมกับประเทศต่างๆ ก็มักจะปรับด้วย standard pop ถ้ากรอกข้อมูลเข้าไปใน Table Exercise2 จะได้ข้อมูลดังตารางด้านล่าง สรุป Crude incidence rate = 31.1 ต่อแสนประชากรต่อปี แต่ ASR = 30.1 ต่อแสนประชากรต่อปี

Age Group	WHO Standard Population
0	1,822
1-4	7,033
5-9	8,687
10-14	8,597
15-19	8,474
20-24	8,222
25-29	7,928
30-34	7,605
35-39	7,145
40-44	6,590
45-49	6,038
50-54	5,371
55-59	4,547
60-64	3,723
65-69	2,955
70-74	2,210
75-79	1,515
80-84	905
85+	632
total	100,000

WHO Standard Population 2020-2025

Exercise 2

ข้อมูลมะเร็งเต้านมโครงการสืบสานฯ 5 ปี (2556-2560)

	B	C	D=C/B	E	F	G=D*F
30-34	292,175	46	0.00016	7,605	7,605	1.20
35-39	282,208	173	0.00061	7,145	7,145	4.38
40-44	297,513	354	0.00119	6,590	6,590	7.84
45-49	290,650	554	0.00191	6,038	6,038	11.51
50-54	255,072	581	0.00228	5,371	5,371	12.23
55-59	209,463	534	0.00255	4,547	4,547	11.59
60-64	161,750	381	0.00236	3,723	3,723	8.77
65-69	113,240	333	0.00294	2,955	2,955	8.69
70-74		0	-	2,210	0	-
75-79		0	-	1,515	0	-
80-84		0	-	905	0	-
85+		0	-	632	0	-
total	1,902,071	2,956		100,000	43,975	66.2
Crude incidence rate /แสน/ปี		31.1			ASR	30.1

Epidemiology Study

การศึกษาทางระบาดวิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคคืออะไร (Causal Relationship) หรือถ้าไม่สามารถจะพิสูจน์หาสาเหตุได้ ก็หาว่าอะไรคือปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคที่กำลังศึกษา การศึกษาทางระบาดวิทยานั้นแย่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ และแต่ละกลุ่มก็สามารถแยกย่อยลงไปได้อีก

1. การศึกษาที่เริ่มจาก Outcome (Disease) แล้วถามย้อนไปว่า ได้รับ Exposure หรือไม่ เรียกว่า Retrospective Study กลุ่มนี้หาได้แต่ Odds ratio และไม่สามารถบอกได้ว่า Exposure เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด Outcome การศึกษากลุ่มนี้ได้แก่
    1. Case Control Study
    2. Cross Sectional Study (Prevalence Study)
2. การศึกษาที่เริ่มจาก Outcome (Disease) แล้วถามย้อนไปว่า ได้รับ Exposure หรือไม่ เรียกว่า Retrospective Study กลุ่มนี้หาได้แต่ Odds ratio และไม่สามารถบอกได้ว่า Exposure เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด Outcome การศึกษากลุ่มนี้ได้แก่
    1. Case Control Study
    2. Cross Sectional Study (Prevalence Study)
3. การศึกษาเริ่มจาก Exposure แล้วติดตามไปหา Outcome เรียกว่า Prospective Study การศึกษาประเภทนี้สามารถหา Relative Risk (RR) ได้ และอาจจะสรุปว่า Exposure เป็นต้นเหตุ (Causality) ได้ การศึกษากลุ่มนี้ได้แก่
    1. Cohort Study
    2. Intervention Study เช่น Randomized Case Control Styudy (RCT)

Type of Study and Epidemiological Test

Type of Study	Test	Causal Relation
1.Cross Sectional[1]	OR[3]	No
2.Case Control (Retrospective Study)[1]	OR[3]	No
3.Cohort (Prospective Study)[2]	RR[4]	Yes
4.Intervention Study (RCT)[2]	RR[4]	Yes

Remark : 1 = ศึกษาจาก Outcome ไปหา Exposure, 2=ศึกษาจาก Exposure แล้วติดตามการเกิด Outcome
3 = ย่อจาก Odds Ratio, 4 = ย่อจาก Relative Risk

การทดสอบความสัมพันธ์ เพื่อหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค

ในการทดสอบความสัมพันธ์เพื่อหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนั้น จำเป็นต้องใช้การทดสอบทางสถิติ เนื่องจากวิชาระบาดวิทยากำเนิดเกิดมานานเป็น 100 ปีในช่วงที่ยังไม่มีเครื่องมือการวิเคราะห์ทางสถิติ เช่น Strata , SPSS จึงแบ่งการหาความสัมพันธ์เป็น 2 แบบ คือ

1. การวิเคราะห์แบบดั้งเดิม โดยใช้ 2x2 Table เพื่อหา OR หรือ RR และ Chi square ซึ่งเป็น Non parametric Statistic โดยใช้กับตัวแปรที่เป็น Norminal หรือ Ordinal
2. การวิเคราะห์โดยใช้เครื่องมือทางสถิติ เพื่อคำนวณเกี่ยวกับตัวแปรที่เป็น Scale โดยใช้ Parametric Statistic ได้แก่
    1. Compare Mean ด้วย t Test ,Paired t Test , ANOVA
    2. Correlation
    3. Regression ทั้ง Linear & Logistic Regression ทั้ง Simple และ Multiple Regression
    4. Time Series Analysis
    5. Survival Analysis

ประเภทของตัวแปร

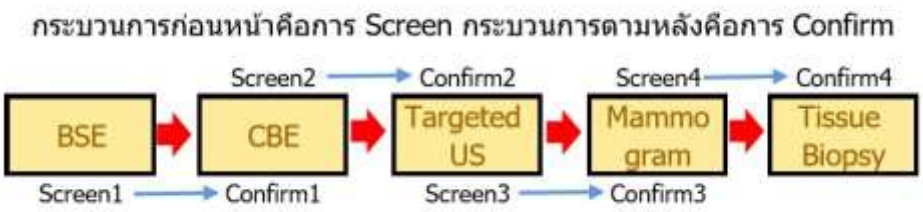
ประเภท	หา Mean & SD	Statistic
Norminal	ไม่ได้	Non parametric เช่น Chi Square ,OR,RR
Ordinal	ไม่ได้ แต่ หา Mean rank ได้	Non Parametric แบบ Ordinal
Scale	ได้	Parametric เช่น Compare mean (t Test,ANOVA),Correlation Regression, Time Series,survival rate

Screening Test

ความจำกัดทางทรัพยากรของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และความจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ ทำให้ต้องมี Screening Test ที่ง่าย หาได้โดยทั่วไป ไม่จำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะพิเศษ และที่สำคัญคือต้นทุนต่ำ เมื่อ Screening Test แล้ว +ve ค่อยตรวจเพื่อยืนยันอีกทีหนึ่ง เช่ย ในเรื่องมะเร็งเต้านมนั้น Gold Standard ในการวินิจฉัย ต้องได้ผลชิ้นเนื้อ (Tissue Diagnosis) การจะเอาชิ้นเนื้อจากก้อนทุกก้อนของเต้านมที่ตรวจพบ เป็นเรื่องที่ยาก จึงใช้ Mammogram เป็น Screenig Test ก่อน ถ้ารังสีแพทย์อ่านผลแล้วสงสัย (BIRADS >=4) ค่อยส่งตรวจชิ้นเนื้อ จะทำให้ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งในเรื่องของ Screening Test นั้น มีศัพท์ 6 ตัว ที่ควรทำเข้าใจทั้งความหมายและวิธีการคำนวณค่าคือ

1. Sensitivity
2. Specificity
3. PPV (Positive Predictive Value)
4. NPV (Negative Predictive Value
5. False Positive
6. False Negative

Screening Test						
		Confirmation Test		Total		
		+ve	-ve			
Screening Test	+ve	A	B	A+B	A=TP	B=FP
	-ve	C	D	C+D	C=FN	D=TN
Total		A+C	B+D	A+B+C+D		
Sensitivity =		A/(A+C)				
Specificity =		D/(B+D)				
Postive predictive value(PPV)=		A/(A+B)				
Negative Predictive Value(NPV)=		D/(C+D)				
Cancer Detection Rate (CDR/1000)		A/(A+B+C+D)				
Cancer Rate (CR/1000)=		(A+C)/(A+B+C+D)				



Bias

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แล้ว พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติแล้ว ผู้ทำวิจัยต้องถามตัวเองว่า งานวิจัยของเรามี 3 B หรือไม่ คือ

1. By chance โดยเฉพาะในกรณีที่ค่า p value < .05 เล็กน้อย เพราะมีโอกาส (Chance) ที่จะปฏิเสธสมมุติฐานทั้งที่เป็นจริง หรือ Type 1 Error
2. By Confouding การทดสอบแล้วมีความสัมพันธ์ อาจจะเกิดจาก Exposure ที่เราทำการศึกษา ไปสัมพันธ์กับ Confounding Variables ซึ่งเป็นสาเหตุของการทำให้เกิด Outcome นั้นโดยตรง ทำให้ Exposure ดังกล่าวมีความสัมพันธ์เทียมกับ outcome ที่ทำการศึกษา
3. Bias หรือ อคติในงานวิจัย หมายรวมถึง สิ่งใดก็ตามที่ทำให้ได้ข้อมูลเบี่ยงเบนไปจากข้อเท็จจริงทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ อคติที่พบบ่อยได้แก่
    1. Information process bias ตั้งแต่ Data Collection,Data Analysis ,Data Interpretation bias
    2. อคติในการเผยแพร่ข้อมูล (Data publication) โดยมีแนวโน้มที่จะเผยแพร่ข้อมูลที่ good Result มากกว่า bad result
    3. อคติในการพิจารณาบทความ (Reviewing bias) ซึ่ง Reviewer ที่มีภูมิหลังต่อผู้ทำวิจัยทั้งทางบวกหรือทางลบ จะส่งผลต่อการมี Bias ที่จะรับหรือไม่รับงานวิจัยเพื่อตีพิมพ์
    4. อคติจากแหล่งทุนสนับสนน (Funding or Sponsor bias) งานวิจัยที่ได้ทุน จากบริษัทที่เป็นเจ้าของผลิตภัณฑ์ที่เราทำการวิจัยนั้น ย่อมมี bias

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

เนื้อหาในบทเรียน

หัวใจในการ ลดผลแทรกซ้อน อัตราการตาย และค่ารักษา จากมะเร็งเต้านมคือการตรวจให้พบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก ซึ่งการการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจึงเป็นมาตรการที่สำคัญที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ทั่วโลกยอมรับมี 3 วิธีคือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination หรือ BSE) ทุกเดือน การไปสถานบริการเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขตรวจเต้านมปีละครั้ง (Clinical Breast Examination หรือ CBE) การตรวจคัดกรองด้วยเครื่องแมมโมแกรม (Mammogram) ในช่วงอายุและความถี่ตามที่สถานบริการกำหนด

การตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม มีข้อดีคือสามารถค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้ดีที่สุด แต่มีข้อเสียคือ ไม่สามารถทำได้ครอบคลุมสตรีกลุ่มเป้าหมายได้ทุกคน ในประเทศกำลังพัฒนาที่มีข้อจำกัดในด้านทรัพยากร ประมาณการว่าประเทศไทยมีรังสีแพทย์ 1900 คน มีนักรังสีการแพทย์ 15000 คน มีเครื่องแมมโมแกรมทั้งประเทศ 600 เครื่อง สามารถทำแมมโมแกรมได้ประมาณปีละ 2 ล้านราย สตรีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปมี 12 ล้านคน ต้องใช้เวลาถึง 6 ปีถึงจะครอบคลุมสตรีทั้งหมด 12 ล้านคน ประเทศไทยจึงแนะนำให้ทำการคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นขั้นๆ โดยเริ่มจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน (BSE) ถ้าพบความผิดปกติหรือสงสัยผิดปกติ ให้รีบไปที่สถานบริการสาธารณสุขเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจเต้านมเพื่อเป็นการยืนยัน หรือให้เจ้าสาธารณสุขตรวจเต้านม ปีละครั้ง (CBE) ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำการตรวจแล้วพบเต้านมผิดปกติ ก็จะส่งต่อเพื่อไปทำแมมโมแกรม ต่อไป

เนื้อหาของบทนี้จะครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. ความแตกต่างระหว่างการคัดกรอง และการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย
2. การคัดกรองมะเร็งเต้านมในประเทศไทย
3. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination หรือ BSE) โดยตรวจทุกเดือน
4. การตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Clinical Breast Examination) โดยไปรับการตรวจทุกปี ในกรณีที่ BSE ทุกเดือนแล้วปกติ
5. การตรวจด้วย Ultrasound เฉพาะจุดเมื่อทำ CBE แล้วพบความผิดปกติ (Targeted Breast Ultrasound) เป็นนวัตกรรมของโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จย่าต้านภัยมะเร็งเต้านม เนื่องจากการทำ Mammogram นั้นมีข้อจำกัดโดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล การทำ Targeted Ultrasound เพื่อคัดกรองเพื่อนำรายที่เป็น mass เพื่อส่งไปทำ Mammogram
6. การตรวจด้วย Mammogram +/- Whole Breast Ultrasound

ความแตกต่างระหว่างการคัดกรอง และการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย

1. การคัดกรอง คือ การใช้เครื่องมือคัดกรอง (Screening Test) ที่ใช้ได้ง่าย ต้นทุนไม่สูง เพื่อคัดกรอง ผู้ที่ ไม่มีอาการหรืออาการแสดง ซึ่งส่วนใหญ่มักจะมีจำนวนมาก เพื่อแยกกลุ่มที่สงสัยผิดปกติออกจากกลุ่มคนทั้งหมด เพื่อนำไปสู่การตรวจยืนยันที่มีความวัยและความจำเพาะสูง (high sensitivity & Specificity) ต่อไป ยกตัวอย่าง 3 พื้นที่หรือ 3 ประเทศ ที่มีวิธีการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่แตกต่างกัน ดังนี้
    1. พื้นที่ A ใช้การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทุกเดือน (BSE) เป็นการคัดกรอง ถ้าพบความผิดปกติ ให้ไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจยืนยัน (Clinical Breast Examination หรือ CBE) ต่อไป
    2. พื้นที่ B ไม่ได้ให้สตรีทำ BSE แต่ทำการคัดกรองโดย ให้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อตรวจเต้านมปีละครั้ง (Clinical Breast Examination หรือ CBE) ถ้าพบความผิดปกติ ก็ทำการส่ง Mammogram เพื่อตรวจยืนยันต่อไป
    3. พื้นที่ C ไม่ได้ให้ตรวจทั้ง BSE และ CBE แต่คัดกรองโดย ให้สตรีอายุ 50 ปีขึ้นไปทำการตรวจ Mammogram ปีละครั้ง ถ้าพบความผิดปกติ ก็ทำการตรวจยืนยันต่อไป (Fine Needle Aspiration : FNA หรือ Tissue Biopsy ต่อไป)
2. การส่งตรวจเพื่อวินิจฉัย คือ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab หรือ X ray) ผู้ที่ เพื่อการวินิจฉัย เช่น ตรวจพบก้อนที่เตานม จึงส่งตรวจ Mammogram เพื่อการวินิจฉัย

การคัดกรองมะเร็งเต้านมในประเทศไทยมี 3 วิธี

1. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
2. การตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Clinical Breast Examination) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. การตรวจด้วยแมมโมแกรม

BSE หรือ CBE ถือเป็น Massive Screening สำหรับสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไปทุกคน ส่วนการคัดกรองด้วย Mammogram เป็นการคัดกรองทางเลือกสำหรับสตรีที่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่ต้องการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย Mammogram โดยยินดีจ่ายค่าตรวจ Screening Mammogram เอง สำหรับในรายที่มีอาการหรืออาการแสดงของมะเร็งเต้านมเช่น พบก้อนที่เต้านม หรือหัวนมถูกดึงรั้ง หรือมีเลือดออกจากหัวนม เมื่อไปพบแพทย์ แพทย์ได้ทำการส่งตรวจ Mammogram ถือเป็นการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic Mamogram) ซึ่งถ้าเป็นการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย จะสามารถเบิกค่ารักษา หรือได้รับการตรวจวินิจฉัย โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายตามสิทธิ

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination หรือ BSE)

1. นิยาม ของ Breast Self Examination (BSE) จากสถานบันต่างๆ มีดังนี้
    1. A breast self-exam for breast awareness is an inspection of your breasts that you do on your own. To help increase your breast awareness, you use your eyes and hands to determine if there are any changes to the look and feel of your breasts. If you notice new breast changes, discuss these with your doctor. Though most breast changes detected during a self-exam for breast awareness have benign causes, some changes may signal something serious, such as breast cancer. (Mayo Clinic)
    2. Breast self-examination (BSE) is a routine examination that should be carried out at the same time each month to physically check for any lumps or other changes. It entails two important components, i.e. looking and feeling. With this method, women should learn what is normal for them, so that they can recognise any changes immediately. (International Agency for Research on Cancer หรือ IARC)
    3. BSE is a way to examine your breast on a regular basis to look for any changes.You can do BSE once a month, occasionally or not at all .If you choose not do a BSE, You should still make sure you know how your breasts normally look and feel.
    4. สรุป BSE คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้ วิธีการดูและการคลำ เต้านมอย่างสม่ำเสมอ (เช่น ทุกเดือน) เพื่อให้ทราบว่าเต้านมปกติของตนเป็นอย่างไร ถ้าพบการเปลี่ยนแปลง จากเดิมที่เคยตวจ ให้ไปรับการตรวจยืนยันจากสถานบริการใกล้บ้านโดยไม่ชักช้า (เช่น ภายใน 1-2 อาทิตย์)
2. BSE มีประวัติความเป็นมาดังนี้
    1. ในสหรัฐอเมริกา เริ่มเคลื่อนไหวกิจกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในปี 1930 ภายใต้แนวคิดว่า รีบค้นหาก้อนผิดปกติที่เต้านม เพื่อผลการรักษาที่ดีขึ้น
    2. ปี 1950-1960 ได้สร้างภาพยนตร์โฆษณาในการสาธิตการตรวจเต้านมด้วย ตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนจาก American Cancer Society (ACS) และ National Cancer Institute (NCI) ซึ่งผู้หญิงอเมริกันหลายล้านคนได้เห็นภาพยนตร์โฆษณาดังกล่าว
    3. ปี 1970 นักวิจัยได้รายงานว่า ผู้หญิงได้รับการบอกกล่าวให้ตรวจเต้านมด้วย ตนเอง โดยที่ยังไม่มีหลักฐานว่าการกระทำดังกล่าวจะสามารถที่จะลดอัตราเสียชีวิต บทความในหนังสือ “Unnatural History: Breast Cancer and American Society(14) “ เขียนโดย Robert A. Aronowitz
3. การทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวกับการคัดกรองด้วย BSE อ้างอิง Screening for Breast Cancer: Systematic Evidence Review Update for the US Preventive Services Task Force [Internet] (14). ได้ทำการทบทวนหลักฐานในปี 2002 และทำการสรุปเกี่ยวกับคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE ว่า

1. ตั้งแต่ปี 2001 เป็นต้นมา หลายองค์กรได้เปลี่ยนข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE ทุกเดือน
2. ACS เปลี่ยนข้อเสนอแนะให้ทำ BSE เป็นทางเลือก (Option) คือจะทำหรือไม่ก็ได้
3. NCI กล่าวว่า การสอนให้ทำ BSE ไม่สามารถลดอัตราตายจากมะเร็งเต้านมได้
4. CTFPHC ไม่แนะนำให้ทำ BSE เนื่องจากมีหลักฐานว่าไม่มีประโยชน์ แต่มีหลักฐานว่ามีผลเสีย
5. WHO แนะนำว่า การควบคุมมะเร็งในระดับชาติไม่ควรแนะนำให้ใช้ BSE ในการคัดกรองมะเร็งเต้านม
6. ACOG แนะนำว่ายังขาดหลักฐานสนับสนุนหรือโต้แย้งเกี่ยวกับการทำ BSE เพราะฉะนั้นยังแนะนำให้คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE

4. การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE ในประเทศไทย
    1. ปี 2542 กรมอนามัยและมูลนิธิถันยรักษ์ได้ทำโครงการร่วมกัน โดยใช้ BSE เป็นเครื่องมือในการคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE ดำเนินการต่อเนื่องในประเทศไทยจนถึงปัจจุบัน
    2. ปีงบประมาณ 2556 มูลนิธิถันยรักษ์ได้ทำโครงการ “ สืบสานพระราชปณิธานสมเด็จย่าต้านภัยมะเร็งเต้านม “ phase ที่ 1 ปี 2556-2560 โดยความร่วมมือของ 3 ภาคส่วนได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิถันยรักษ์ และ สปสช.ใช้ BSE ร่วมกับสมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยผ่านกลไกของการสาธารณสุขมูลฐาน และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และในปี 2558 มูลนิธิถันยรักษ์สนับสนุนเครื่อง portable ultrasound ให้แก่จังหวัดในโครงการเพื่อใช้ portable ultrasound ในรายที่ BSE และ CBE โดยเจ้าหน้าที่แล้วผิดปกติ จะส่ง Portable Ultrasound ก่อนทำMammography และถ้าทำ Ultrasound แล้วผิดปกติ จะมีระบบ fast track เพื่อส่งไปทำ Diagnostic Mammogram ต่อไป

5. เหตุผลสนับสนุนการตรวจคัดกรองด้วย BSE
    1. ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มาด้วยการคลำก้อนผิดปกติจึงมาพบแพทย์ จากการศึกษาของศูนย์ถันยรักษ์ในปี 2554 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 364 ราย พบว่า ร้อยละ 48.63 คลำพบก้อนด้วยตนเอง โดยในกลุ่มที่คลำพบก้อนด้วยตนเองนั้น ร้อยละ 18.82 คลำพบก้อนขนาด < 1.5 ซม. และร้อยละ 25.88 คลำได้ก้อนขนาด 1.5-2 ซม.
    2. เป้าหมายของการ BSE คือการตรวจเพื่อสำรวจว่าเต้านมของตนเองมีความผิดปกติไปจากเดิมหรือไม่ การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง จะสามารถตรวจพบความผิดปกติของเต้านมได้มากกว่า
    3. ทำได้ง่าย ไม่มีค่าใช้จ่าย และไม่เป็นภาระต่อระบบงบประมาณ
    4. Guideline ของ BHGI 2007 ในส่วนของ Early detection แนะนำให้ กลุ่มประเทศในระดับ Basic Level พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรม และใช้ภาษาถิ่น และเหมาะสมกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยสอนเกี่ยวกับประโยชน์ของการค้นหามะเร็งเต้านมตั้งแต่เริ่มแรก ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม และ Breast Health Awareness (Education +BSE) และให้สอนให้สตรีไปรับการตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน (Limited Level)(8)

6. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการ BSE ยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนในเรื่องประสิทธิผลของการตรวจ และยังมีรายงานที่สร้างความไม่แน่ใจให้เกิดขึ้นจากการรายงานผลการศึกษาการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
    1. การศึกษาในประเทศจีน ที่ทำโดย National Cancer Institute (NCI) ของสหรัฐอเมริกา(9) ได้ศึกษาการตรวจ เต้านมด้วยตนเองในโรงงานที่เซี่ยงไฮ้ ในปี 2532-2534 จำนวนคนงานหญิงที่ศึกษา 266,064 คน โดยทำการสุ่มเพื่อแบ่งกลุ่มเป็น BSE instruction group จำนวน 132,979 ราย และเป็น control group จำนวน 133,085 ราย โดยในการศึกษานี้จะเรียกหลักสูตรการอบรมเรื่อง BSE ว่า Intensive course โดยจะได้รับการอบรมครั้งแรกก่อน จากนั้นจะได้รับ reinforcement session หลังจากอบรมรมครั้งแรก 1-3 ปี และได้รับการนิเทศทางการแพทย์ทุก 6 เดือนจนถึง 5 ปี และมีระบบการเตือนความจำให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองในทุกเดือน เมื่อครบ 5 ปีจะทำการเก็บข้อมูลการตายจากมะเร็งเต้านมของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมในปี 2543 และได้ตีพิมพ์ในปี 2545 โดยระบุว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่สามารถลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมได้ และยังส่งผลให้เกิดการทำการวินิจฉัยและตรวจชิ้นเนื้อเกินความจำเป็น ซึ่งผลสรุปดังกล่าวได้สร้างความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนถึงประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นอย่างมาก
    2. ในปี 2556 NCI ได้ออกมายอมรับ ว่า ผลการศึกษาดังกล่าว ไม่สามารถนำมาอ้างอิงภายนอกได้ (Internal validity and consistency- Fair, External Validity - Poor)(5)
    3. เนื่องจากยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนจากการศึกษา ทำให้ American Cancer Society (ACS) จึงออกข้อเสนอแนะว่า BSE เป็นเพียง Optional Screening tool จากการศึกษาของเซี่ยงไฮ้ในปี 2008 ทำให้ประเทศเดนมาร์คแนะนำว่าไม่มีความจำเป็นต้องทำ BSE เนื่องจากไม่สามารถลดอัตราการตาย ซึ่งคำแนะนำดังกล่าวก็มีผู้ไม่เห็นด้วย เช่น Dr. Marisa Weiss,(13) ประธานและผู้ก่อตั้งBreastcancer.org สนับสนุนให้ผู้หญิงทำ BSE เนื่องจากร้อยละ 20 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบโดยการที่เจ้าตัวคลำพบก้อนและไปหาแพทย์ ไม่ใช่พบจาก Mammography การตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงเป็นโอกาสที่ผู้หญิงจะพบมะเร็งในระยะเริ่มแรก ซึ่งจะส่งผลต่อโอกาสรอดชีวิตที่สูงขึ้น การแนะนำไม่ให้ทำ BSE เป็นการส่งสารที่ผิดให้แก่ผู้หญิง เนื่องจากมีหญิงหลายคนที่ไม่สามารถที่จะเข้าถึงการตรวจ Mammography ได้ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่สูง เป็นการไม่เป็นธรรมที่จะกล่าวถึงข้อจำกัดของ BSE เท่านั้น โดยที่การตรวจ Mammography และการตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (CBE) ก็มีข้อจำกัดเช่นกัน ซึ่งเป็นสิทธิ์ของหญิงที่จะเลือกใช้ทั้ง 3 เครื่องมือเพื่อการคัดกรองมะเร็งเต้านม (BSE ,CBE , Mammography) เพราะฉะนั้นข้อแนะนำที่ว่าไม่จำเป็นที่ผู้หญิงต้องตรวจเต้านมตนเอง ซึ่งเป็น proactive step ในการตรวจเพื่อค้นหาความผิดปกติของเต้านมตนเอง จึงไม่น่าจะถูกต้อง เพราะเป้าหมายของ Breastcancer.org คือการเสริมพลังประชาชนให้จัดการตนเองได้
    4. ในปี 2555-2560 กรมอนามัยและศูนย์ถันยรักษ์ได้ร่วมกันดำเนินการ สืบสานพระราชปณิธานสมเด็จย่าต้านภัยมะเร็งเต้านม โดยขึ้นทะเบียนจำนวน 1.9 ล้านคน ทั่วทุกภาครวม 21 จังหวัด โดยทำการรณรงค์ระดับจังหวัด เพื่อให้หญิงอายุ 30-70 ปี ตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้กลวิธี รอบรมบุคลากรสาธารณสุขและ อสม.ในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากนั้นให้ลงไปสอนสตรีละแวกบ้านให้ตรวจเต้านมด้วยพร้อมแจกสมุดบันทึกการตรวจเต้านมตนเอง ใช้หลักฐานในสมุดบันทึกการตรวจเต้านมตนเองเพื่อดูความ

สม่ำเสมอของการตรวจเต้านมตนเอง แล้วให้ อสม.ส่งข้อมูลเพื่อให้ รพสต.ทำการบันทึกความสม่ำเสมอของการตรวจเต้านมตนเองทุก 3 เดือน จากนั้นติดตามไปข้างหน้า ในกรณีที่เป็นมะเร็งเต้านมก็ทำการขึ้นทะเบียน โดยเก็บบันทึก ขนาดก้อนของมะเร็งเต้านม จากผลชิ้นเนื้อ ระยะของมะเร็งเต้านม ความสม่ำเสมอของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และบันทึกระยะเวลาเริ่มจากวินิจฉัย จนถึงเสียชีวิต เพื่อหาอัตราการรอดชีพ จากการติดตามเป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่า กลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบขนาดก้อนมะเร็งเต้านมขนาดเล็กกว่า พบมะเร็งระยะแรก (Stage 1+2) และอัตรารอดชีพ สูงกว่า และอัตราป่วยตาย (Case Fatality) น้อยกว่า โดยผลการศึกษาได้ตีมพิมพ์ในเอกสารต่างประเทศ Impact of regular Breast Self-Examination on breast cancer size, stage, and mortality in Thailand . (Vallop Thaineua MD,Tamnit Ansusinha MD,Nanta Auamkul MD, MPH,Surasak Taneepanichskul MD, MPH,Chonlatit Urairoekkun MD, MPH,Jaruwun Jongvanich MPH,Chalermdej Kannawat MD,Patrinee Traisathit PhD,Imjai Chitapanarux MD : The Breast Journal The Breast JournalVolume 26, Issue 4 p. 822-824 First published: 06 September 2019 หลังจากเอกสารดังกล่าวได้ตีพิมพ์ เริ่มมีการอ้างอิงว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า BSE มีประสิทธิผลในการลด Cancer size ,Staging และ เพิ่ม Survival Time

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination)

ในประเทศไทยได้รณรงค์ให้หญิงอายุ 35 ปีขึ้นไปทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน โดยทำเป็นโครงการระดับชาติ โดยอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานในระดับโรงพยาบาล และสถานีอนามัย เพื่อให้เป็นครู ก. เพื่อไปอบรมให้กับ อสม.ที่เป็นผู้หญิง หรือกลุ่มแม่บ้าน เพื่อให้กลับไปสอนกลุ่มผู้หญิงอายุ 35 ปีขึ้นไป ให้สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในระดับนโยบายได้กำหนดเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองในหญิงอายุ 35 ปีขึ้นไป เป็นเครื่องชี้วัดการตรวจราชการในปี 2550-2551 ทำให้เกิดการตรวจเต้านมด้วยตนเองทั้งประเทศ ปัจจุบัน โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จย่าต้านภัยมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นโครงการระยะยาว 10 ปี (2555-2565) กำลังใกล้สิ้นสุดโครงการซึ่งมูลนิธิถันยรักษ์ก็จะส่งมอบโครงการให้กระทรวงสาธารณสุผลักดันเป็นแผนงานประจำต่อไป

วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1. ระยะเวลาของการตรวจ ตรวจหลังหมดประจำเดือน 3 - 10 วัน ถ้าหมดประจำเดือนแล้วให้กำหนดวันที่จดจำง่ายและตรวจในวันเดียวกันของทุกเดือน
2. การดู ดูการเปลี่ยนแปลงของเต้านมในกระจกเงา โดย
    1. ปล่อยแขนแนบลำตัว
    2. ยกแขนขึ้นทั้งสองข้าง
    3. เท้าเอวพร้อมเกร็งหน้าอก
3. คลำเต้านมขณะนอนราบ

1. ยกแขนข้างที่จะตรวจไว้เหนือศีรษะ
2. ใช้นิ้วมือขวา 3 นิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง) ตรวจเต้านม พร้อมกดเต้านม ให้ลึก 3 ระดับเพื่อค้นหาก้อน หรือความหนาที่ผิดปกติของเต้านมแล้ววน เป็นก้นหอยไปรอบๆเต้านม จนถึงไหปลาร้าและคลำต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้
3. Zบีบรอบๆหัวนมเบาๆ เพื่อดูว่ามีน้ำเลือด น้ำเหลือง ออกมาหรือไม่

การตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าสาธารณสุข(Clinical Breast Examination **หรือ** CBE)

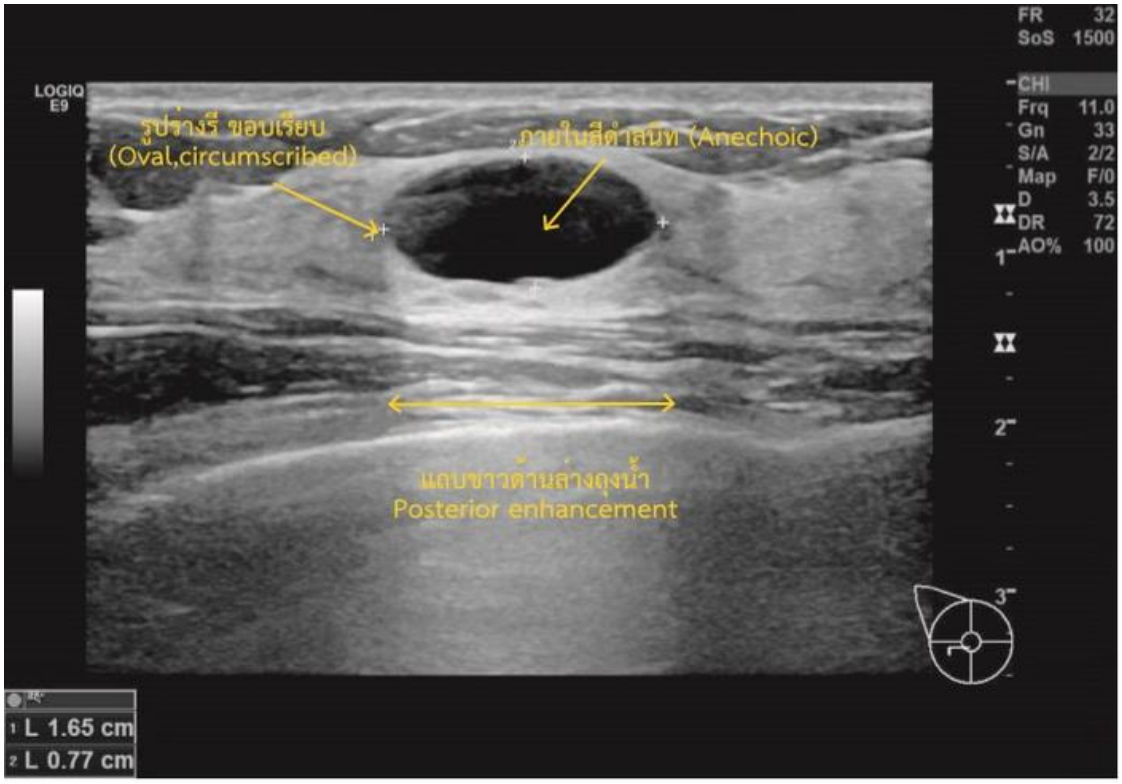
Clinical Breast Examination (CBE)

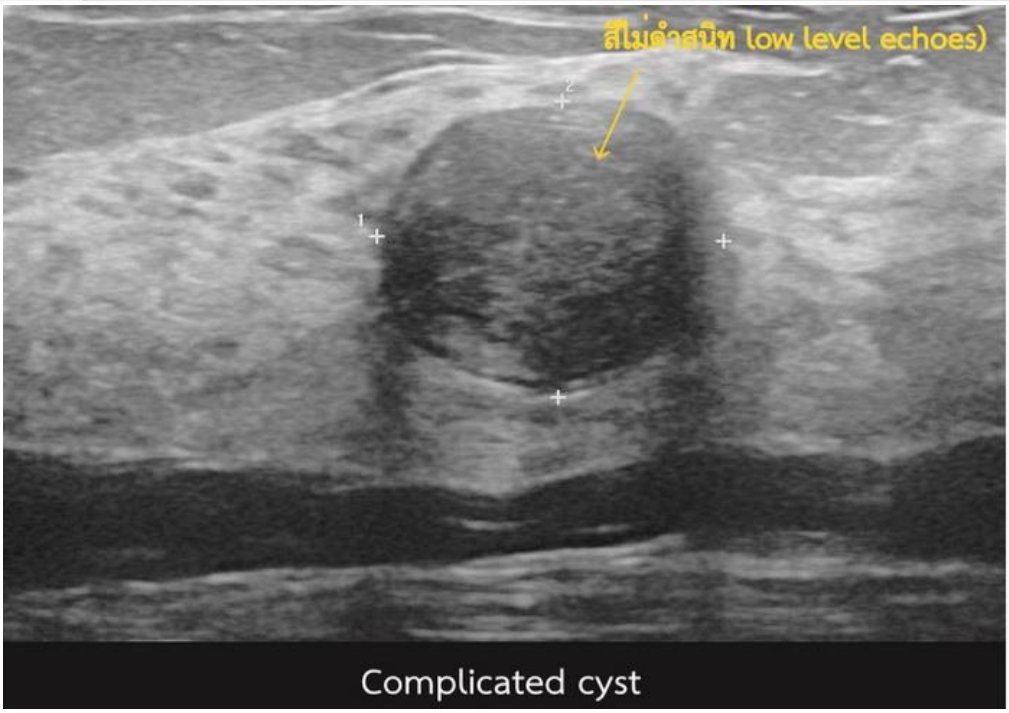
1. Clinical Breast Examination (CBE) มี 2 ความหมาย คือ
    1. ความหมายที่ ความหมายของการคัดกรอง มาตรฐานในการดูแลหญิงไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปในเรื่องมะเร็งเต้านมนั้น นอกจากจะตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนแล้ว แม้จะพบอาการหรืออาการแสดงของเต้านม ก็จำเป็น ยังต้องไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อตรวจร่างกาย รวมถึงการตรวจเต้านมและตรวจ pap Smear ด้วยปีละครั้ง (หลักของการคัดกรองคือ คัดกรองความผิดปกติจากกลุ่มที่ไม่มีอาการหรืออาการแสดง หรือตามตารางการนัดหมายของแพทย์ เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่า ไม่พบก้อนผิดปกติที่เต้านม โดยถ้ามีการพบสิ่งผิดปกติ จะได้ทำการตรวจเพิ่มเติม เพื่อการวินิจฉัย และให้การรักษา
    2. ความหมายที่ 2 คือ ความหมายของการตรวจยืนยันภายหลังจากการทำ BSE ถ้าพบความผิดปกติหรือสงสัยผิดปกติ จะถูกแนะนำให้ไปสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านโดยไม่ชักช้า (ภายใน 1-2 อาทิตย์) เพื่อไปตรวจยืนยันจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วยวิธีการที่เรียกว่า Clinical Breast Examination หรือ CBE โดยเทคนิคในการทำ CBE ของการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันจะทำเหมือนกันก็ตาม จะต่างกันตรงความหมาย ว่าการตรวจคัดกรอง คือ ตรวจในรายที่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่เต้านม โดยตรวจปีละครั้ง ส่วนการตรวจยืนยันในไม่จำเป็นต้องตรวจปีละครั้ง เมื่อ CBE แล้ว ผิดปกติหรือสงสัยผิดปกติ ก็ทำการ CBE เพื่อยืนยันว่าผิดปกติจริงหรือไม่ ถ้าผิดปกติ ก็จะส่งไปตรวจยืนยันด้วยวิธี Targeted Ultrasound หรือ Mammogram ต่อไป
2. CBE ก็ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงประสิทธิผลในการลดการตายจากมะเร็งเต้านม และการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของ CBE ก็ยังน้อยอยู่

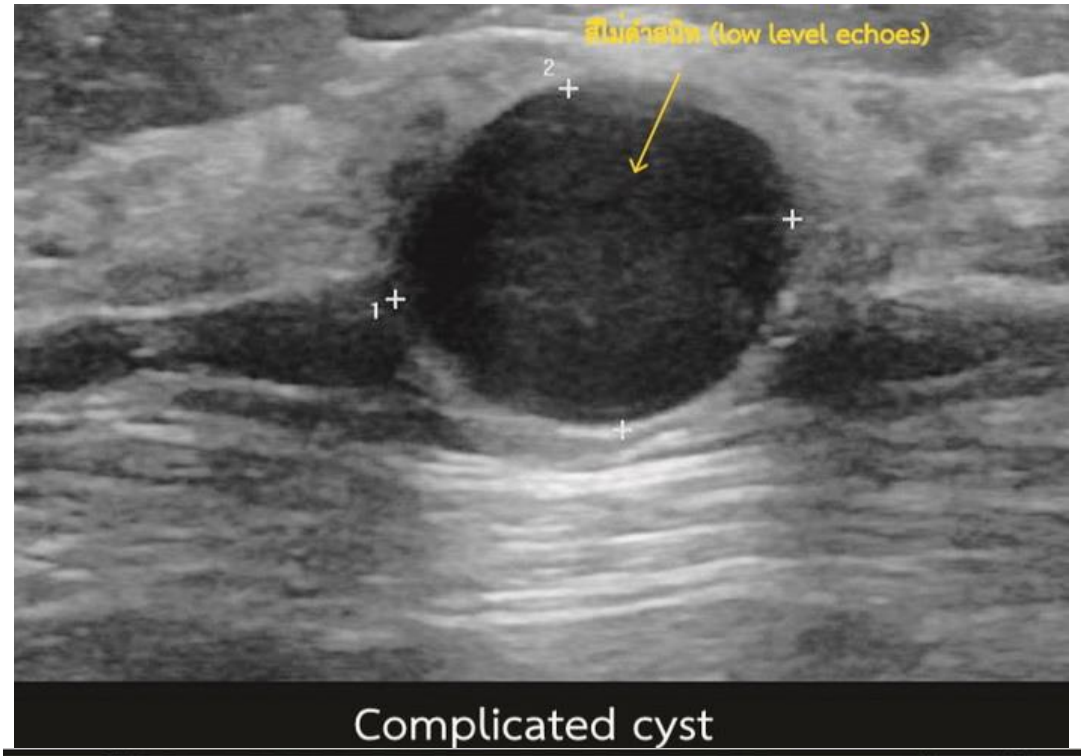
การตรวจเต้านมด้วยอัลตราซาวด์เฉพาะที่ (Targeted Breast Ultrasound

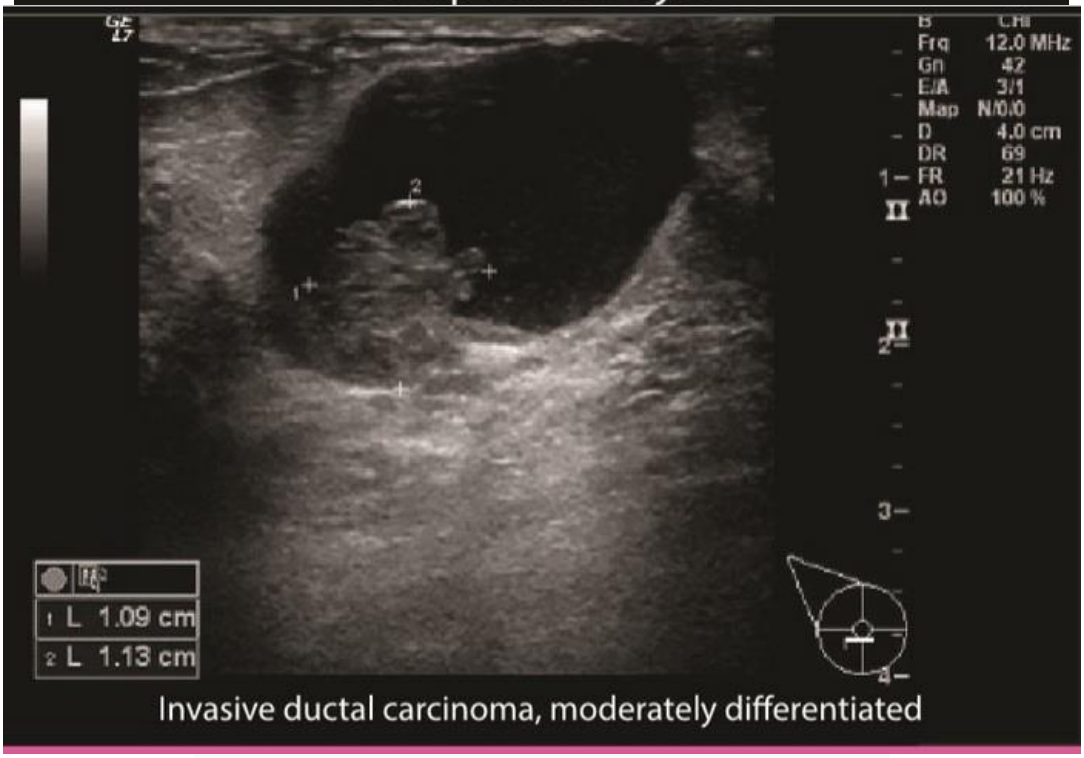
1. จากข้อมูลของมูลนิธิถันยรักษ์พบว่า รังสีแพทย์ในประเทศไทยมีเพียง 1400 คน ถ้านับรังสีแพทย์ที่ชำนาญในการอ่านแมมโมแกรมก็ยิ่งน้อยกว่านี้ และจากเครื่องแมมโมแกรมของประเทศไทยที่มีอยู่ตอนนี้ จะทำได้ประมาณ 2 แสนรายต่อปี ถ้านำแมมโมแกรมมาใช้ในการคัดกรอง (กลุ่มที่ไม่มีอาการและอาการแสดง) คงไม่มีทางที่จะเป็นไปได้ จึงสมควรที่จะนำแมมโมแกรมเพื่อการวินิจฉัย (ทำในรายที่มีอาการและอาการแสดง) โดยแมมโมแกรมเพื่อการวินิจฉัยก็ยังต้องรอคิวเป็น 1-6 เดือน
2. เมื่ออุปทานของรังสีแพทย์ และแมมโมแกรม ไม่สามารถรองรับอุปสงค์จากการตรวจแมมโมแกรมได้ จึงเกิดแนวคิดที่จะหาตัวขั้นกลาง ระหว่าง CBE -->Mammogram เป็น CBE-->Targeted Breast Ultrasound-->Mammogram
3. Targeted Breast Ultrasound คือการตรวจเต้านมแล้วพบผิดปกติ เช่นเจอก้อน ก็วางหัวตรวจที่บริเวณก้อนนั้น ซึ่งแตกต่างจาก Whole Breast Ultrasound ที่ต้องตรวจอย่างละเอียดทั้ง 2 ข้างเพื่อหาว่าพบก้อนที่ผิดปกติหรือไม่ โดย Whole Breast Ultrasound ต้องทำโดยรังสีแพทย์ เพราะมียากและซับซ้อนกว่า Targeted Breast Ultrasound มาก
4. เมื่อคลำพบก้อนผิดปกติจากการทำ CBE ในพื้นที่ห่างไกลการส่ง Mammogram มีข้อจำกัด มูลนิธิถันยรักษ์จึงจัดสรรเครื่อง Mobile Ultrasound ขนาดเท่า Notebook สนับสนุนพื้นที่ห่างไกล และมีหลักสูตรแพทย์ที่ไม่ใช่รังสีแพทย์ หรือพยาบาล ในการทำ Target Breast Ultraound เพื่อที่จะคัดกรองก้อนที่สงสัยมะเร็ง ได้แก่ Complex Cyst ,Cyst ขอบไม่เรียบ หรือ Solid Mass ออกจาก Simple Cyst เพื่อส่งต่อรายที่ไม่ใช้ Simple Cyst ไปทำ Mammogram และนัด Follow up ในรายที่เป็น Simple Cyst ทุก 3-6 เดือน

5. มูลนิธิถันยรักษ์ ได้สนับสนุนทางวิชการ โดยจัดทำตำราเกี่ยวกับการทำ Targeted Breast Ultrasound และจัดการฝึกอบรมบุคลาการสาธารณสุขที่ไม่ใช่รังสีแพทย์ในการทำ Targeted Ultrasound









Credit ภาพ จากหนังสือ Targeted Breast Ultrasound ศูนย์ถันยรักษ์

การตรวจด้วยแมมโมแกรม (Mammography)+Whole Breast Ultrasound

การตรวจแมมโมแกรม (Mammography)

แมมโมแกรมคือการตรวจเพื่อการวินิจฉัยด้วยรังสี x ที่มีความเข้มข้นต่ำ เพื่อให้เห็นภาพของเต้านม เพื่อทำการวินิจฉัยว่า พบก้อนที่ผิดปกติ หรือหินปูนที่เต้านมหรือไม่ ปัจจุบันเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์มีความทันสมัย เครื่อง Mammogram ที่ทันสมัยจึงแบ่งได้เป็น

1. Digital Mammography หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Full - Field Digital Mammography (FFDM) ก็คือ Mammography เดิมที่เปลี่ยนจาก Film มาเก็บด้วยสื่อ digital เหมือนกล้องถ่ายรูป digital ในปัจจุบัน โดยภาพจะถูกเปลี่ยนมาเป็น File ที่สามารถเห็นได้ทาง Monitor หรือ Print ออกมาได้
2. Computer aided detection (CAD) เป็น Mammography ที่เพิ่มความสามารถด้วย computer soflware ที่เมื่อเครื่องพบความผิดปกติที่เต้านม ไม่ว่าจะเป็นความหนาแน่นที่ผิดปกติ (Abnormal Area of density) ก้อน (Mass)หรือ หินปูน (Calcification) CAD จะทำการให้เครื่องหมายสิ่งผิดปกติเหล่านั้น เพื่อให้รังสีแพทย์ได้ตรวจหาความผิดปกติบริเวณนั้นอย่างพิถีพิถันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการตรวจ Mammogram

1. ตรวจเพื่อคัดกรอง หลักการของการตรวจคัดกรอง ก็คือ การตรวจโดยไม่มีอาการหรืออาการแสดงมาก่อน ถ้าพบก้อนแล้วมาทำการตรวจไม่ถือเป็นการตรวจคัดกรอง แต่เป็นการตรวจเพื่อการวินิจฉัย เนื่องจากการตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรมนั้น จะสามารถพบก้อนในขนาดที่การตรวจเต้านมด้วยตนเอง หรือการตรวจเต้านมทางคลินิกคลำยังไม่พบ มีการประมาณการว่า การตรวจด้วยแมมโมแกรมนั้นจะสามารถพบก้อนก่อนที่จะสามารถตรวจพบด้วยมือถึง 2 ปี ในต่างประเทศบางประเทศ จึงกำหนดเป็นสิทธิประโยชน์ให้กับหญิงที่มีอายุตามเกณฑ์ มีสิทธิในการตรวจ mamogram ตามกำหนดเวลาที่กำหนด เช่นสหรัฐอเมริกา จึงกำหนดเป็นแนวทางให้ผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้น ควรตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมปีละ 1 ครั้ง หรือผู้ที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมด้วย ก็ควรจะทำการตรวจแมมโมแกรมก่อนอายุ 40 ปี และมีงานวิจัยพบว่าสามารถที่จะค้นหามะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มต้นได้ ทำให้มะเร็งเต้านมสามารถรักษาหายขาดได้ และสามารถผ่าตัดเฉพาะก้อนมะเร็งออกเท่านั้นโดยรักษาเต้านมไว้ที่เรียกว่า Breast Conservative Surgery แต่ในประเทศไทย เนื่องจากเครื่อง mammogram มีอยู่จำกัดจึงไม่ได้กำหนดให้เป็นสิทธิ

ประโยชน์ในการตรวจคัดกรอง เพราะฉะนั้น Mammogram จึงใช้เพื่อวินิจฉัยเมื่อคลำพบก้อนที่มีขนาดเล็ก และยังไม่ได้กำหนดเกณฑ์ว่ากลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการตรวจคัดกรอง ได้แก่ผู้หญิงกลุ่มอายุใด

2. ตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่เต้านม เช่น การคลำพบก้อน หรือมีเลือดออกที่หัวนม หรืออาการผิดปกติอื่นๆที่เต้านม จึงทำแมมโมแกรมเพื่อ ต้องการการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าก้อนดังกล่าวน่าจะเป็นก้อนหรือความผิดปกติประเภทใด

การเตรียมตัวเพื่อตรวจ Mammogram

1. ไม่ควรนัดทำแมมโมแกรมในช่วงก่อนมีประจำเดือน 1 อาทิตย์ เนื่องจากช่วงดังกล่าว เต้านมจะคัดตึงและเจ็บ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำคือ 1 สัปดาห์หลังมีประจำเดือน
2. ไม่ควรทาน้ำหอม แป้ง หรือโลชั่นต่างๆ ใต้วงแขนหรือบริเวณหน้าอก วันที่จะไปทำแมมโมแกรม เนื่องจากทำให้ห้มองเห็นคล้ายจุดแคลเซียม
3. ให้เล่าอาการผิดปกติของเต้านมให้แพทย์ที่ทำการตรวจ
4. ถ้าเคยทำแมมโมแกรมก่อนหน้านี้ ให้เอาภาพถ่ายแมมโมแกรมเดิมไปด้วย เพื่อใช้ดูเปรียบเทียบ
5. ถามผลการตรวจจากแพทย์ อย่าคิดเองว่าถ้าแพทย์ไม่บอกอะไรแสดงว่าปกติ

ก้อนที่เต้านม ถ้ามีขนาดเล็ก เช่นเล็กกว่า 1 เซนติเมตร จะคลำด้วยมือไม่พบ แต่ถ้ามาตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม จะสามารถพบความผิดปกติของก้อนเต้านมที่มีขนาดล็กกว่า 1 ซ.ม. ซึ่งในระยะหลังๆ สามารถวินิจฉัยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นหรือขนาดของก้อนเล็กกว่า 1 ซ.ม.ได้ ในการรายงานผลการตรวจ Mammogram จะใช้แนวทางเดียวกันที่ The American College of Radiologists กำหนด ที่เรียกว่า BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System) เพื่อเป็นมาตรฐานในการเปรียบเทียบเพื่อที่จะ rating mammograms and breast ultrasound images และกำหนดวิธีการแบ่งประเภท (classification) เพื่อหา Level of Suspicion (LOS)

Category	Diagnosis	Number of Criteria
0	Incomplete	แมมโมแกรมที่ทำนั้นไม่สมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่รังสีแพทย์เพื่อการวินิจฉัยได้ และควรที่จะทำแมมโมแกรมใหม่ถ้าจำเป็น
1	Negative	ไม่พบความผิดปกติ แนะนำให้ทำแมมโมแกรมตามแผนการคัดกรองปกติ
2	Benign	ตรวจพบว่าเป็นก้อนที่ไม่ใช่มะเร็ง แนะนำให้ทำแมมโมแกรมตามแผนการคัดกรองปกติ
3	Probably Benign	สิ่งที่ตวจพบมีโอกาสที่จะไม่ใช่มะเร็งสูง (>98%) แนะนำให้ตรวจแมมโมแกรมในอีก 6 เดือน
4	Suspicious Abnormality	ลักษณะที่พบไม่น่าจะเป็นมะเร็ง แต่ก็มีโอกาสเป็นมะเร็งได้ (3 to 94%) จึงควรที่จะทำการตรวจชิ้นเนื้อเพื่อยืนยัน
5	Highly Suspicious of Malignancy	รอยโรคที่พบมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งสูง (>= 95%); ควรดำเนินการอย่างเหมาะสมเพื่อการวินิจฉัยยืนยัน
6	Known Biopsy Proven Malignancy	ทราบว่ารอยโรคเป็นมะเร็ง แต่ทำการถ่ายภาพเพื่อเป็น Base line ก่อนการรักษา หรือเพื่อให้มั่นใจถึงการรักษาว่ากระทำได้อย่างสมบูรณ์

หมายเหตุ

1. ในทางปฏิบัติ ใช้ Cut off Point คือ แมมโมแกรม Category ตั้งแต่ 4 ขึ้นไป ถือว่าผิดปกติ หรือ Positive Mammogram ซึ่งต้องทำการตรวจเซลหรือชิ้นเนื้อยืนยัน
2. ในการทำ Breast Ultrasound ก็แบ่ง Category เหมือนกับ Mammogram
3. สำหรับเรื่อง Screening Test ในการหา Sensitivity , Specificity ,Predictive value of Positive Test หรือ Negative Test จะไปกล่าวในหัวข้อระบาดวิทยาของมะเร็งเต้านม

การทำ Whole Breast Ultrasound ร่วมกับ Mammogram

1. เนื่องจากเนื้อเต้านมของหญิงไทย จะมีความหนาแน่นของเนื้อเต้านมมากกว่าหญิงตะวันตกที่มีไขมันมาก เนื้อเต้านมที่แน่นจะเห็นมีสีขาว สีเดียวกับก้อนในแมมโมแกรม ทำให้ก้อนผิดปกติกลมกลืนกับเนื้อเต้านม ทำให้เกิดการผิดพลาดจากการอ่านได้ประมาณ 10-20% เมื่อทำแมมโมแกรมอย่างเดียว
2. เมื่อทำ Whole Breast Ultraound อย่างเดียว ในกรณีที่ก้อนขนาดเล็ก ก็ทำให้เกิดข้อผิดพลาดจากการอ่านได้เหมือนกัน
3. เพื่อแก้ปัญหาการอ่านผิดพลาด ในประเทศ จึงมักทำ แมมโมแกรม ร่วมกับ Whole Breat Ultrasound

Review Literature

Health Literate Healthcare Setting.

Part 1.Evolving of Health Literacy Concept,Model and Defintion

Part 2. Health Literacy Movement in USA,EU,Austria,Australia,Thailand

Part 3. Health Literacy Measurement & Survey.

Part 4. Standard of Health Literate Healthcare Organization (HLHCO)

โดย

นพ.ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล

MD., MPH , MBA.

20 Sep 2020

สารบัญ

		หน้า
1.	Part 1 Evolving of Health Literacy Concept , Model and Definition	1
	1.1. Executive Summary	2
	1.2. From Saranac lake (1973) to shanghai declaration (2016)	9
	1.3. Evolving , Definition and Model of Health Liteacy	18
	1.4. Health literacy as a population strategy for health promotion : Don NUTBEAM	23
	1.5. Health Literacy as a public health Goal : A chalenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century : Don Nutbeam	36
2.	Part 2 Health Literacy Movement in USA,EU,Austri,Australia,Thailand	46
	2.1. Executive Summary	47
	2.2. Health literacy policies: National examples from the United States	53
	2.3. Health literacy policies: European perspectives	60
	2.4. Health literacy policies: National example from Austria – A unique story and some lessons learned from an ongoing journey	62
	2.5. Health literacy policy in Australia: Past, present and future directions	66
	2.6. Health Litercy Movement in Thailand	70
3.	Health Literacy Measurement and Survey	86
	3.1. เครื่องมือวัด Health Literacy & Liteacy Survey	87
	3.2. ภาคผนวก (Questinare ของเครื่องมือวัดต่างๆ)	
	3.3. HLS-EU-Q47	105
	3.4. HLS-EU-Q47 (แปลไทย)	107
	3.5. HLS-EU-Q16 (Short – Form)	109
	3.6. HLS-EU-Q6 (Short –Short- Form)	110
	3.7. HLS-Taiwan-Q12	111
	3.8. HLS-TH-Q87	112
4.	Part 4 Standard of Health Literate Healthcare Organization (HLHCO)	116
	4.1. Executive Summary	117
	4.2. Health Literate Healthcare Organization (HLHCO) Jürgen M. Pelikan	123
	4.3. Ten Attribute of Health Literate Healthcare Organization (HLHCO); Cindy Brach.	139
	4.4. V-HLO & International OHL-hos, Org-HLS	166
	4.5. ภาคผนวก	
	4.5.1. แบบประเมินตนเองตาม International Assessment Tools for OHL-Hos	181

คำนำ

หัวข้อในการทบทวน (Review) ประกอบด้วย

1. Concept ของ Health Literacy มีวิวัฒนาการมาตลอด 50 ปี เริ่มจาก Healthcare Concept ใน USA มาสู่ Disease Prevention แล้วพัฒนาแนวคิดในยุโรปมาสู่ Health Promotion Concept การที่ concept เปลี่ยนไปทำให้ Health Liteacy Model ,Definition ,Measure ,Intervention มีการเปลี่ยนแปลงไปตาม Concept ที่เปลี่ยนไป หัวข้อที่จะทบทวน Part ที่ 1 คือ Evoling of Health Literacy Concept ,Model and definition.
2. แต่ละประเทศมีการขับเคลื่อน Health Literacy ที่แตกต่างกัน การถอดบทเรียนการดำเนินการ Health Literacy ในแต่ละประเทศ จะสามารถนำบทเรียนมาประยุกต์ใช้สำหรับขับเคลื่อน Health Literacy ในประเทศไทย หัวข้อในการทบทวน Part ที่ 2 คือ Health Literacy Movement in USA,EU,Austria,Australia,Thailand
3. Peter Drucker กล่าวว่า *"you can't manage what you can't measure."* และ If you can't measure it,You can't improve it . เราจะวัด Health Literacy ได้อย่างไร และจะใช้เครื่องมืออะไรในการวัด และเมื่อวัดออกมาแล้วจะใช้เปรียบเทียบกันอย่างไร คือ หัวข้อในการทบทวน Part ที่ 3. Health Literacy Measurement & Survey.
4. Health Literacy Concept ก่อนหน้านั้นมอง Health Liteacy เป็นบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคลลที่จะต้องพัฒนาทักษะในเรื่อง Health Literacy แต่หลังปี 2004 เริ่มเกิดแนวคิดว่า Health Literacy เป็น Relative Concept เป็น Function ระหว่าง Individual Skill x demand & Complexity of health system . มันไม่ใช่หน้าที่ของปัจเจกชนเท่านั้นในการพัฒนา Health Literacy แต่ Healthcare setting ก็จำเป็นต้องปรับระบบเพื่อลดความซับซ้อนของระบบและกระบวนการบริการสุขภาพเพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจ หรือการทำให้เป็น Health Literate Healthcare Organization (HLHCO) แล้วคุณลักษณะ (Attribute) ของ HLHCO เป็นอย่างไร และ Concept ของ Health Literacy ที่ Evolving ไปตามกาลเวลา Attribute ของ HLHCO ที่ update ล่าสุดคืออะไร แล้ว Setting อื่นๆ ที่ไม่ใช่ Healthcare เช่น Education , Workplace , Community Setting หรือจะเรียกว่า Health Literate Organization (HLO) หรือ Organizational Health Literate Responsiveness (Org-HLR) จะมี Attribute อย่างไร จะนำคุณลักษณะของ HLHCO มาประยุกต์ใช้กับ Setting อื่นๆ ได้หรือไม่ คือหัวข้อในการทบทวน Part ที่ 4 Standard of Health Literate Healthcare Organization (HLHCO) .

Executive Summary

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

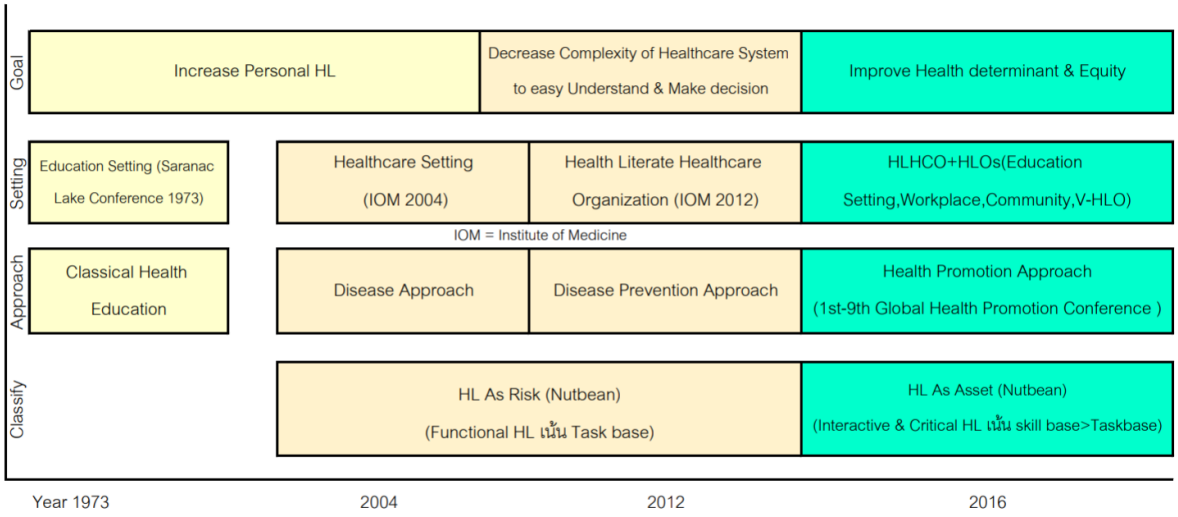
Part 1.

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 chalenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century : Don Nutbeam	36

Executive Summary.

Evolving Concept of Health Literacy From Saranac Lake Conference (1973) to Shanghia Declartion (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 เริ่มแนวคิดสถานบริการสุขภาพควรปรับระบบการบริการเพื่อช่วยเหลือกลุ่มที่มีปัญหาเรื่อง Health Literacy และหาเครื่องมือวัด Health Literacy เพื่อจะนำมาเพิ่มทักษะส่วนบุคคลให้มี Health Literacy ในช่วงเวลานี้มอง Health Literacy คือ ความเสี่ยง (HL as risk) และ Health Education คือ intervention ที่จะมาจัดการความเสี่ยงดังกล่าว 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 Liteacy เช่น Improve personal skill,Empower,participation ,Equity ,Health in All policy ,Supportive Enviroment เป็นต้น คำที่ได้กล่าวมาข่งต้นเป็นพื้นฐานที่จะส่งเสริมให้เกิด Health Liteacy (Antecedent) หรือผลที่จะตามมาจาก Health Literacy

(Consequence) มีการพัฒนา Health Promoting School[6] และ Health Promoting Hospital (HPH) [12] ประกอบกับในช่วงปี 2000 เป็นต้นไป เริ่มมีงานเขียนที่มอง Health Literacy ในแนวคิดของ Heatlh 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 และต่อยอดให้สามารถคิดเชิงวิพากษ์ได้ 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) ได้จัดประชุมสัมมา ซึ่งผลลัพธ์จากการประชุมคือ 10 Attributes of Health Literate Healthcare Organizations (HLHCOs) [2] โดย 10 Attributes of HLHCOs นั้นได้รับการยอมรับและนำไปใช้ใน Healthcare setting โดยมองการพัฒนา Health Litreacy เหมือนการสร้างถนน 2 สาย สายที่ 1 คือการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลเพื่อให้มี Health Literacy และสายที่ 2 คือ การปรับระบบเพื่อให้ความซับซ้อนของสถานบริการสุขภาพง่ายต่อการเข้าใจ (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 Liteacy 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 ที่เกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อธำรงรักษาหรือปรับปรุงคุณภาพชีวิตจนตลอดช่วงอายุ “

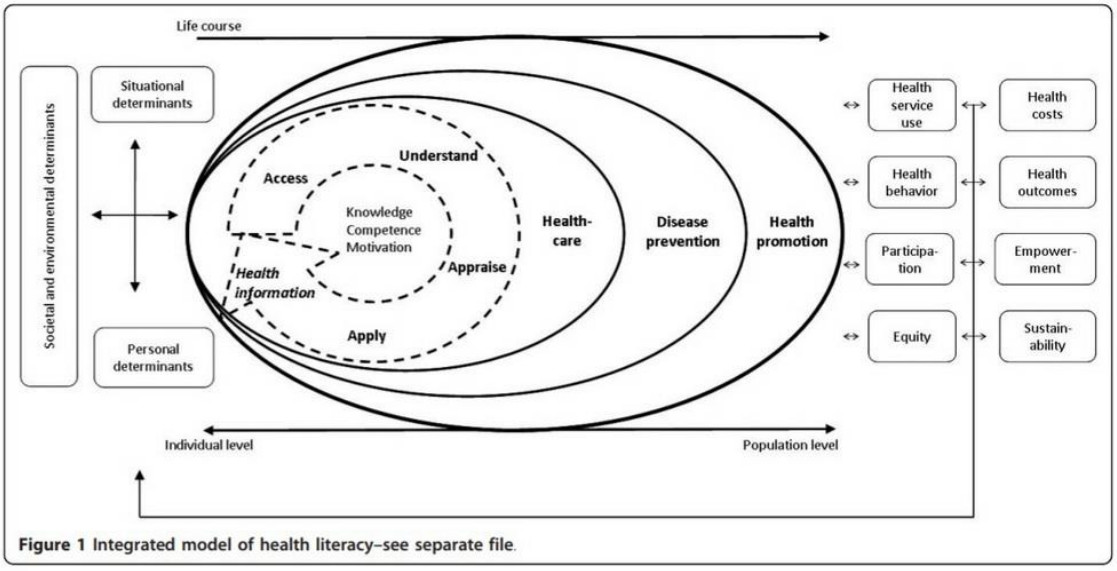


Figure 1 Integrated model of health literacy–see separate file.

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 Appraoch 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 ในฐานะทุนหรือทรัพย์สินในตัวบุคล (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 literaacy ก่อนทศวรรษ 1990s health literacy ถูกกำหนดว่าเป็นชุดของทักษะที่ทำให้บุคคลหรือผู้ป่วย มีความสามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ ในบริบทดังกล่าวการพัฒนา Health Literacy จึงเป็นการพัฒนาแค่ระดับ 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 Litercy เป็นแนวคิดที่เป็นสหมิติและสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งนอกจากทักษะทางปัญญาแล้วการส่งเสริมสุขภาพจะเน้นหนักในเรื่องมิติทางสังคมและวัฒนธรรมด้วยและเชื่อมโยงกับการศึกษาโดยใช้หลักมนุษยวิทยา เป็นการศึกษาแบบผู้ใหญ่ (Adult Learning) ที่เรียกว่า (Freirean perspective on education) เป็นการเสริมพลังเพื่อที่จะปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพโดยกระทำต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมและการเมือง เพื่อให้สุขภาพและความเป็นอยู่ดีขึ้น โดยเน้นในเรื่องความเป็นธรรมทางสังคม รวมถึงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และเงื่อนไขที่บริบททาง สังคมและวัฒนธรรม ขอบเขตของ Health literacy จึงขยายวงกว้างโดยรวมถึงเรื่อง ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม การมีส่วนร่วมของสังคมเพื่อสุขภาพ ไม่เฉพาะสุขภาพของแต่ละคนเท่านั้น ความหมายของ Health Literacy จึงหมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการตัดสินใจในทุกๆวัน เพื่อที่ธำรงรักษาหรือยกระดับคุณภาพชีวิติ 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 Literay ร่วมกับการที่ทักษะในด้านความรอบรู้ของบุคคลหรือประชาชน ไม่เพียงพอที่จะเข้าใจระบบสุขภาพที่มีความซับซ้อนในสถานบริการสุขภาพได้ ซึ่งนอกจาก Healthcare setting แล้ว Setting อื่นๆ เช่น ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน มหาวิทยาลัย สถานที่ทำงาน สถานประกอบการ ก็สามารถนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้ได้โดยเน้นหนักในประเด็นที่เกี่ยวกับ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ โดยปรับระบบ โครงสร้างให้เป็นอยู่ในทุกที่หรือทุกองค์กรที่มีคนอยู่ในนั้น เพื่อที่จะลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพและความแตกต่างในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Integrated Model of Health Literacy.(Sørensen 2012)

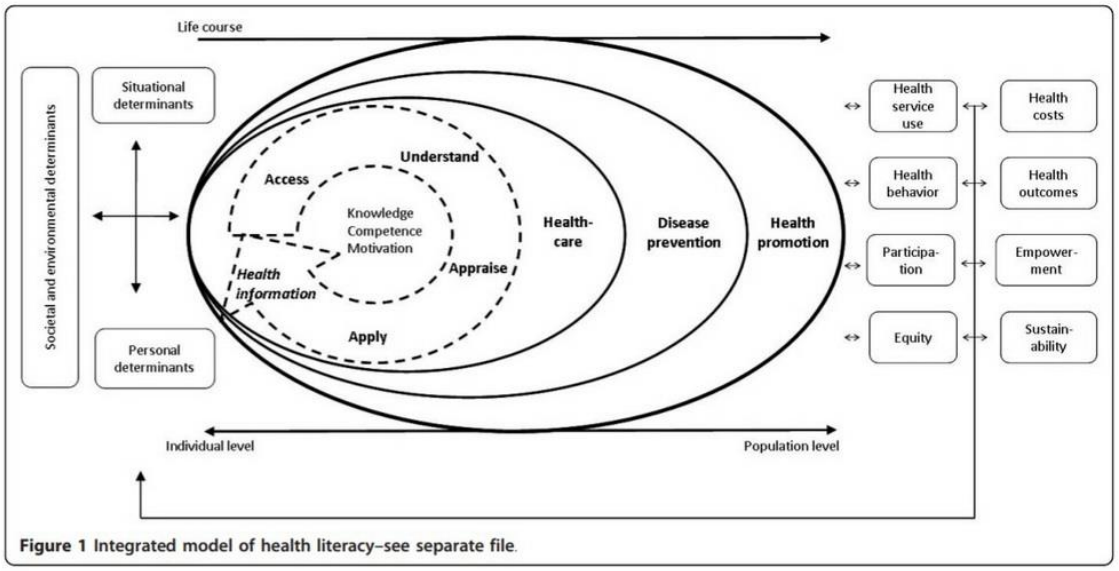


Figure 1 Integrated model of health literacy–see separate file.

ตรงกลาง (core) ประกอบด้วย

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

มองจากซ้าย (Antecident) ไปขวา (Consequence) สามารถมองระดับบุคคลหรือประชากรตลอด Life Course

1. Anticedent 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 ,แรงกดดันจากครอบครัวและเพื่อน (Familty and peer pressure) และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ Health literate Organization ใน Setting ต่างๆ น่าจะอยู่ในปัจจัยส่วนนี้ด้วย
2. Consequence คือ สิ่งที่จะตามหลัง Health Literacy และส่วนนี้จะย้อนกลับไปที่ 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. Nutbean D.(2017) Health Literacy as population strategy for Health Promotion. Avialable from 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]. aviable 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, Ju¨rgen M. Pelikan, Florian Ro¨thlin 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 คล้อยเอียม . รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสารวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย 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. Wieczorek, 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 ซึ่งเป็นเมืองเล็กๆใน New York USA ในปี 1973 ในหัวข้อว่าจะทำอย่างไรเพื่อให้การให้สุขศึกษาเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการป้องกันโรค Scott K. Simonds (1974)[53] แนะนำให้มีการสอนสุขศึกษาในศูนย์เด็กเล็ก และภายในโรงเรียนโดยครูสอนสุขศึกษาที่ผ่านการอบรม และได้เสนอ 3 ประเด็นสำหรับเรื่องสุขศึกษาดังนี้
   1.1. เป็นความรับผิดชอบต่อสังคมของ Healthcare sector ที่จะนำหลักการของการให้สุขศึกษาแนวใหม่ เพื่อรับประกันว่า ประชาชนทุกคนจะมีความผูกพันกับการส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษา
   1.2. เป็นความรับผิดชอบของระบบการศึกษา ในการดำเนินการเรื่องการให้สุขศึกษาให้แก่เด็กและเยาวชน
   1.3. เป็นความรับผิดชอบของอุตสาหกรรรมการสื่อสารและความบันเทิง ที่จะเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพแก่สาธารณะโดยอาศัยสื่อของตน และสนับสนุนการสร้างพลเมืองที่จะตอบสนองต่อสุขภาพแบบเชิงรุก (active and responsive citizen)
2. ผ่านไป 20 ปี การดำเนินการเกี่ยวกับการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพยังไม่เป็นรูปธรรม จึงมีการกำหนด National Health Education Standards (1995) โดยกำหนดให้ Health Literacy คือเป้าหมายหลักสำหรับการให้สุขศึกษาในโรงเรียน และเป็นครั้งแรกที่ได้กำหนดนิยามของ Health Literacy ในบริบทของการให้สุขศึกษา โดยนิยาม Health literacy คือ “ ความรู้และทักษะด้านสุขภาพ ในการได้มา แปลความ และเข้าใจข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และความสามารถในการใช้มูลและบริการที่ได้เพื่อพัฒนาสุขภาพ “ (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 จะถูกนำเน้นให้ความสำคัญเป็นครั้งที่ 2 แต่ไม่ได้มีการพัฒนาหลักสูตร และไม่มีระบบการประเมินและการกำกับติดตาม ทำให้ไม่มีความก้าวหน้าของการดำเนินการเท่าไรนัก ในช่วงเวลาเดียวกัน Institute of Medicine (Nielsen-Bohlman et al,2004 [32]) ได้เสนอว่าระบบการศึกษาคือพื้นที่ที่สำคัญของการใช้มาตรการการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (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 มาใช้แต่หลักสูตรก็มีความหลากหลายและยังไม่ได้มีการประเมิน 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 รัฐบาลออสเตรเลียได้รับรองโดยให้ใช้หลักสูตรการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกโรงเรียน (ACARA, 2012 [1]).
4. ในขณะที่ประเทศส่วนใหญ่ยังไม่มีหลักสูตร Health Literacy ในโรงเรียน ประเทศฟินแลนด์ (Finnish National Board of Education) ได้นำ US Approach มาประยุกต์ใช้ประเทศ หลักสูตรสุขศึกษาของ 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 และถือเป็นพื้นที่หลักในส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในช่วงแรกของชีวิต (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 ได้เผยแพร่นโยบายการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน ของประเทศในยุโรป (McDaid, 2016 [31]). สรุปได้ว่า รากฐานที่สำคัญของ Health Literacy คือ Health Education, แต่ในปัจจุบันมีเพียง 2-3 ประเทศเท่านั้นที่มีหลักสูตร Health Literacy และส่วนใหญ่ที่ดำเนินการเน้าหนักในเรื่องของการปฏิบัติภายในโรงเรียน โดยยังขาดการพิสูจน์ให้เห็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ากิจกรรมเหล่านั้นมีประสิทธิผล
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 การจัดการจนเองอัตราการใช้บริการด้านสุขภาพและข้อมูลสุขภาพ 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 โครงสร้างและกระบวนการเพื่อทำให้ระบบสุขภาพง่ายต่อการเข้าถึง 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 ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม ประชากรกลุ่มเสี่ยง ความพยายามในการลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ ระบบสุขภาพที่มีความรับผิดชอบ และนโยบายที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย ในส่วนที่เกี่ยวกับ Health Literacy โดยตรง คือเรื่องพัฒนาทักษะส่วนบุคคลใน ซึ่งเป็น 1 ใน 5 กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวไว้ใน Ottawa charter ในทศวรรษ1990s, 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) โดยตอกย้ำ 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 Appraoch 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 Empowement

4. Global health Promotion Conference ครั้งที่ 5 ที่ Mexico (2000) Conference on health promotion, the WHO Health Literacy Working Group เสนอแนะกรอบแนวคิดว่า 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 Regislation) เพื่อให้เกิดความมั่นใจถึงการได้รับการปกป้องในระดับสูงจากภัยคุกคาม หรือการได้รับโอกาสที่เท่าเทียม
   5.4. การให้ข้อเสนอแนะสำหรับสุขภาพ (Advocate) บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน และความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน
   5.5. พัฒนาสมรรถนะ (Building Capacity) ในด้านการพัฒนานโยบาย การพัฒนาผู้นำ พัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาการเผยแพร่ความรู้และงานวิจัย ***<u>และพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ</u>***
6. Global Health promotion Conference ครั้งที่ 7 ที่ Nairobi (2009) Theme การประชุมคือ call to action for closing the implementation gap in health promotion' สรุปเนื้อหาการประชุมที่เกี่ยวกับ 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 รวมถึงการติดตามผลการศึกษาเกี่ยวกับ 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 Litercy ถือเป็น 1 ใน 3 เสาหลักที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการส่งเสริมสุขพาพและการพัฒนาสู่ความยั่งยืน (SDGs) และจะส่งผลต่อการเสริมพลัง (Empowerment) และเพิ่มความเท่าเทียม (equity) (WHO, 2017). 3 เสาหลักที่ว่าได้แก่ พัฒนาระดับบุคคลให้มี Health Literacy พัฒาเมืองให้เป็น 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 policyinitiatives', *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 inmedicine: 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. Sörensen, 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 Liteacy

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

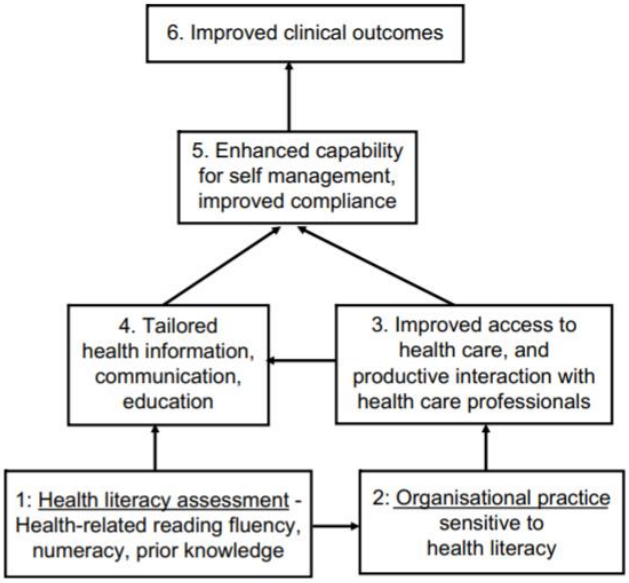


Fig. 1. Conceptual model of health literacy as a risk.

2. Nutbean 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 เป็นความเสี่ยง (as risk) แต่มอง Health Literacy เป็น Asset หรือทุนที่อยู่ในตัวมนุษย์ ที่เกิดจากกระบวนการ IEC (IEC ในที่นี้ประกอบด้วย 3 Actions คือ Educate , Social Mobilization & Advocacy) โดยเป็นหน้าที่ของทั้งสังคมที่จะมาช่วยกันเพิ่มทุนความรอบรู้ด้านสุขภาพดังกล่าว ไม่ได้เป็นหน้าที่ของปัจเจกชนเท่านั้น

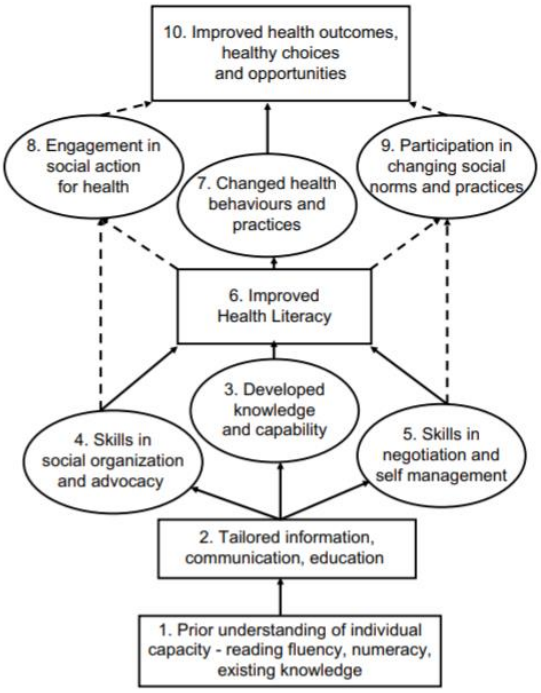


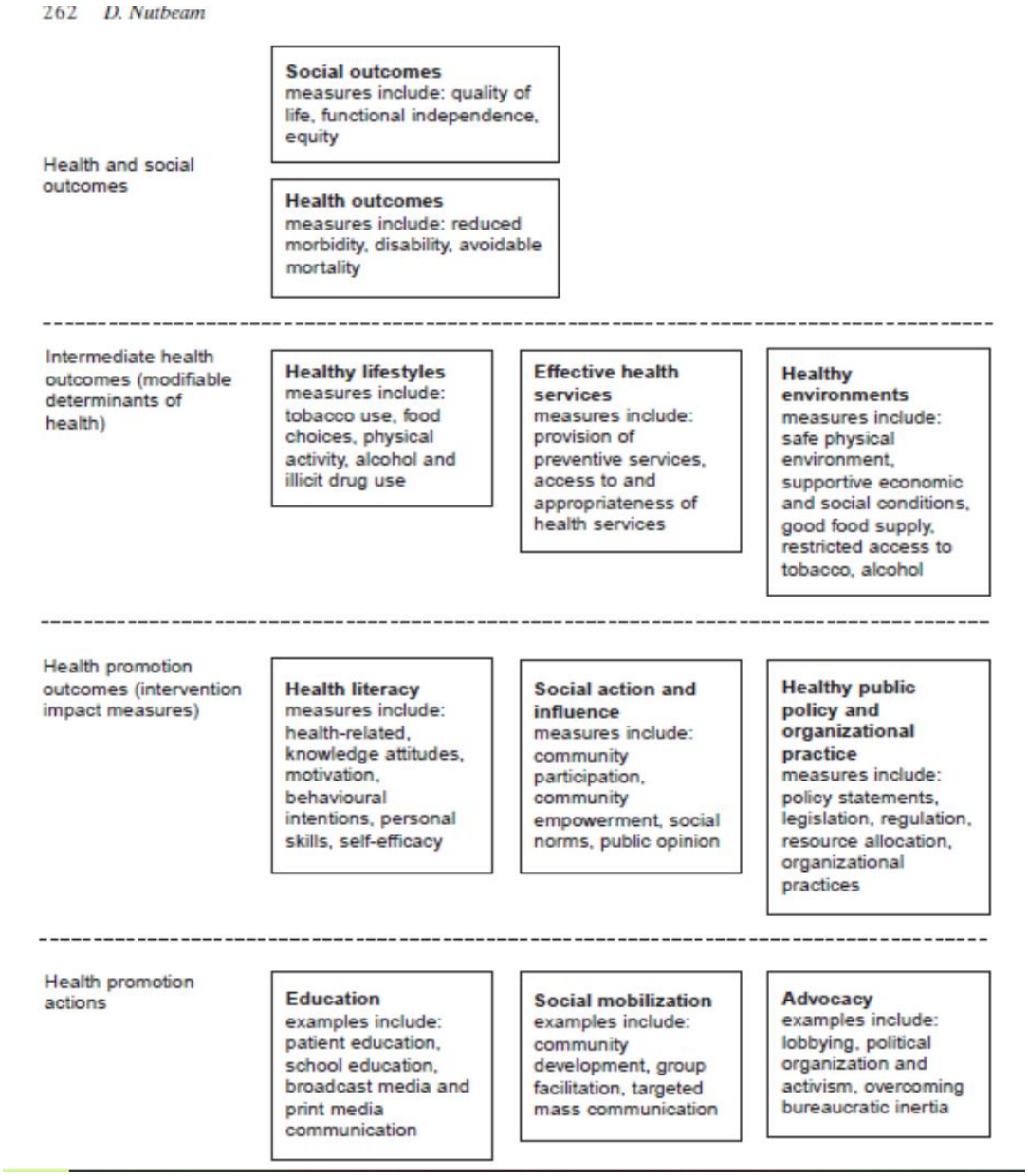
Fig. 2. Conceptual model of health literacy as an asset.

3. บทความ Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century ของ Don Nutbean แบ่งคุณภาพของ Health Literacy เป็น 3 ระดับคือ Functional ,Interactive และ Critical Health Literacy โดย Functional Health Literacy นั้นจะเกิด Individual Health Benefit เป็นส่วนใหญ่ แต่ Interactive & Critical Healht 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, Intermedidate Health outcome และ Health Outcome ดังแผนภาพด้านล่าง โดย Health Promotion Action



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 defintion 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 สัมพันธ์กับการอ่านออกเขียนได้ (Literacy) ซึ่งรวม ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนในการ เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับไปใช้เพื่อการตัดสินใจในชีวิตประจำวันในทุกๆวันที่เกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล 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 ทั้งในส่วนของ 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. Healht literacy สามารถมองได้ทั้งในระดับบุคคล (Individual leve) และระดับประชากร (Population Level) ตลอดช่วงอายุ (Life course)

5.3. ถ้า Health Literacy (วงรีทั้ง 3 ที่ซ้อนกันใน 3 setting) อยู่ตรงกลาง ด้าน ซ้ายคือ ปัจจัยที่จะมาก่อน (Antecedents) และที่อยู่ด้านขวา คือ สิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมา (Consequence)

5.4. Antecendents 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) ,อิทธิจากทางครอบครัวหรือเพื่อน (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 ←→Health costs (ไปรับบริการลดลง ต้นทุนถูกลง)

5.5.1.2. Health behaviro ←→Health outcome (พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ผลลัพธ์ดีขึ้น)

5.5.2. ระดับชุมชน

5.5.2.1. Participation ←→Empowerment (การมีส่วนร่วมมากขึ้น การเสริมพลังมากขึ้น)

5.5.2.2. Equity ←→Sustainability (ความเท่าเทียมมากขึ้น ทำให้เกิดความยั่งยืน)

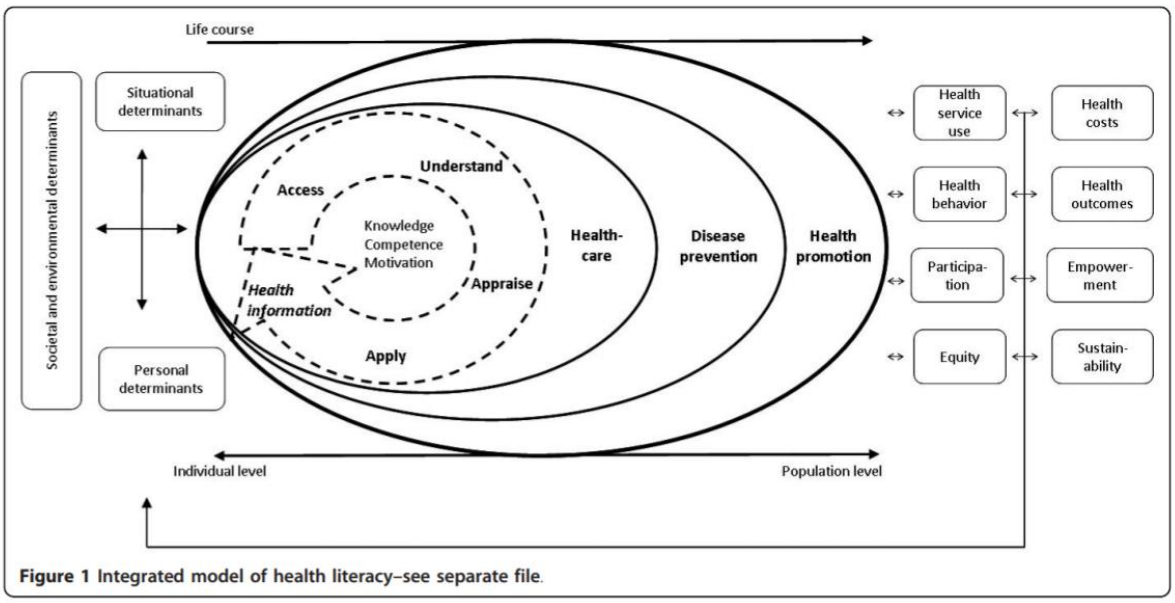


Figure 1 Integrated model of health literacy–see separate file.

6. การยกระดับ Health Literacy จึงควรทำใน 2 ด้านควบคู่ไปด้วย

6.1. การพัฒนาทุนมนุษย์ ตามแนวคิด Health Literacy as asset โดยทั้งสังคมต้องเข้ามาร่วมในการพัฒนา

6.2. ทุกหน่วยของสังคมและองค์กรไม่ว่าจะเป็น สถานบริการสาธารณสุข โรงเรียน โรงงาน สถานประกอบการ ชุมชน ฯลฯ ต้องพัฒนาให้เกิดสภาพแวดล้อม (Ecosystem) ที่ง่ายต่อการ เข้าถึง ทำความเข้าใจประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ของประชาชน รูปธรรมคือการพัฒนาให้ทุกองค์กรเป็น 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 เป็นทักษะประจำตัวเพื่อใช้ในการตัดสินใจที่เกี่ยวกับสุขภาพภายใต้สถานการณ์ต่างๆ(ที่บ้าน ในชุมชน ที่ทำงาน หรือในสถานบริการสาธารณสุข) ซึ่งทักษะดังกล่าวมีความแตกต่างกันระหว่างบุคคล และกลุ่มที่มี Health Literacy ต่ำ จะสัมพันธ์กับ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี วิธีการยกระดับ Health Literacy ทำโดยการให้สุขศึกษาและการสื่อสาร (Health Education and Communication)อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในช่วงของการสื่อสาร ในทางคลินิก มีหลายการศึกษาสรุปได้ว่า การคัดกรองกลุ่มที่มี Health Literacy ต่ำ จากนั้นใช้การให้สุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น ในบริบทระดับชุมชน การพัฒนา Health Literacy โดยทำแค่เพียงการสื่อสารข้อมูลสุขภาพเท่านั้นไม่เพียงพอ ต้องเพิ่มการเสริมพลังประชาชนในชุมชนให้มีทักษะส่วนบุคคลในการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อปกป้องและพัฒนาสุขภาพทั้งของตนเองและของชุมชนด้วย เทคโนโลยีการสื่อสารสมัยใหม่เป็นทั้งความท้าทายและโอกาสสำหรับการให้สุขศึกษา กล่าวโดยสรุป การสื่อสารด้วยรูปแบบที่จำเพาะเจาะจงสำหรับแต่ละบุคคล และการขยายการให้สุขศึกษาแบบเชิงรุกไปสู่ชุมชนเป็นการสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของการตัดสินใจเพื่อสุขภาพด้วยตนเองที่ดีที่สุด ซึ่งต้องเข้าใจศักยภาพของการให้การศึกษาว่าสามารถเพิ่มความเข้มแข็งของ personal and social action เพื่อพัฒนาและยกระดับสุขภาพได้ การใช้ทฤษฎีและรูปแบบที่เหมาะสมจะทำให้การเลือกเนื้อหา การจัดลำดับเพื่อส่งมอบโปรแกรมการให้สุขศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

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 ปีที่ผ่านจะมีบทความเกี่ยวกับ Health Literacy ตีพิมพ์เป็นหลายร้อยบทความต่อปี โดยความสนใจที่เพิ่มขึ้นนั้นส่วนใหญ่เน้นในประเด็นของนิยามและวิธีการวัด Health Literacy และหลายบทความพิสูจน์ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่าง Health Literacy กับสุขภาพและผลลัพธ์ทางสังคม (health and social outcome) การศึกษาที่มีจำนวนน้อยแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นได้แก่ ประเด็นของการลงทุนในนโยบายหรือโปรแกรมที่จะยกระดับ Health Literacy ในประชากร บทความนี้จะปูพื้นภาพรวมของแนวคิด นิยาม และการวัด Health Literacy ในฐานะที่เป็นกลยุทธ์ระดับ

พลเมืองเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนที่จะกล่าวถึงแนวทางในการยกระดับ Health Liteacy ในประชากร การนำนโยบายและวิธีปฏิบัติไปใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ

เหตุผลที่ Health Literacy ได้รับความสนใจเป็นเรื่องที่ไม่ยากต่อความเข้าใจ เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีมาอย่างยาวนานแล้วว่า Literacy ของประชากรต่ำสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี ในทางอ้อม Health Literacy ต่ำ สัมพันธ์กับเศรษฐานะและสังคมที่ต่ำด้วย และเศรษฐานะและสังคมที่ต่ำจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดีอีกทอดหนึ่ง 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 การให้สุขศึกษา บริการทางด้านการป้องกันโรค และการจัดการตนเองสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนวคิดเกี่ยวกับ การอ่านออกเขียนได้ (Literacy) กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยทั่วไปจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นงาน (Task-base) กับส่วนที่เป็นทักษะ(skill base) เราสามารถวัดได้ว่าคนนี้มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้มากกว่าอีกคนหนึ่ง และสามารถวัดได้ว่าคนนี้มีทักษะในการทำงานที่ต้องใช้ความรอบรู้ (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 แต่นั่นไม่ใช่หลักประกันว่าบุคคลนั้นจะประยุกต์ใช้ทักษะนั้นได้อย่างคงเส้นคงวาได้ในทุกสถานการณ์ที่ต้องการใช้ความรู้เฉพาะนั้นหรือในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยประสบหรือไม่คุ้นเคยมาก่อน สำหรับบริบทดังกล่าว ความรู้และทักษะที่เฉพาะเป็นสิ่งที่ต้องการ การเข้าใจพลวัตรของธรรมชาติของความรอบรู้นำไปสู่การยอมรับที่ว่า ความรอบรู้ที่จำเพาะ เช่น ความรอบรู้ด้านการเงิน (Financial Literacy ความรอบรู้ด้านวิทยาศาสตร์ (Science literay) หรือความรอบรู้ด้านสื่อ (media literacy) ของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ทำให้แต่ละบุคคลมีความสามารถที่จะประยุกต์ใช้General Literacy ของบริบทต่างๆได้แตกต่างกัน สำหรับบริบทของความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy ประกอบด้วย ทักษะทั่วไปในด้านการอ่านออกเขียนได้ 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 และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยการสื่อสารดังกล่าวมีเป้าหมายค่อนข้างจำกัด และประโยชน์ที่ได้รับเป็นเพียงประโยชน์ส่วนบุคคล (personal Benefit) แต่ไม่ได้ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนหรือประชากร (population benefit) ตัวอย่างของประโยชน์ต่อชุมชน เช่น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการคัดกรองหรือได้รับภูมิคุ้มกันโรค โดยทั่วไปแล้วการสื่อสารเพื่อให้เกิด Functional Literacy มักไม่ใช้การสื่อสารแบบ 2 ทางที่มีปฏิสัมพันธ์ (Interactive) ทำให้ได้เพียงความรู้แต่ไม่สามารถที่จะส่งมอบทักษะ (Tranferable skill) และไม่สามารถเพิ่มระดับการตัดสินใจด้วยตนเองทางด้านสุขภาพได้ (self decision for health)

2) Interactive Health Literacy คือทักษะที่มีก้าวหน้ามากกว่าระดับพื้นฐาน เป็นทักษะที่เพิ่มความสามารถของบุคคลในการสกัดข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพและสังเคราะห์ความหมายขึ้น ซึ่งจะทำได้สำเร็จจำเป็นต้องใช้การสื่อสารในหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ใหม่ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรือการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินในท้ายที่สุด ซึ่งการจะให้บุคคลพัฒนาได้ถึงระดับ Interactive Health Literacy ได้นั้นต้องได้รับการศึกษาและสื่อสารที่เฉพาะเพื่อพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Personal Skill) มากกว่าสื่อสารให้รู้เนื้อหา (Content) เพื่อให้บุคคลสามารถที่จะตัดสินใจทำเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้อย่างอิสระบนพื้นฐานของข้อมูล/ความรู้ และเป็นการสื่อสารที่ออกแบบอย่างมีกลยุทธ์ (Strategic design) เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ (motivation) และให้เกิดความมั่นใจในตนเอง (self confience) ในการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลและความรู้ที่ได้มา การสื่อสารและการให้สุขศึกษาเพื่อให้เกิด Interactive Health Litreacy จำเป็นต้องใช้การสื่อสาร 2 ทางที่สามารถสอบถามและโต้ตอบกันได้อย่างอิสระ และส่วนใหญ่ต้องอาศัยการออกแบบโครงสร้างการสื่อสารแบบแบบเฉพาะไม่สามารถใช้แบบธรรมดาได้ (เช่น การให้สุขศึกษาในโรงเรียนโดยใช้ Interactive web base) เป็นการสื่อสารเพื่อที่มีปฏิสัมพันธ์ และตอบโต้กันได้ เช่น การให้คำปรึกษาโดยตรงแก่ผู้ป่วยแบบ online โดยแพทย์หรือผู้ให้บริการอื่นๆ

3) Critical Health Literacy เป็นทักษะที่มีความก้าวหน้ากว่าระดับ interactive โดย มีความสามารถในการที่จะวิเคราะห์ข้อมูลจากหลากหลายแหล่งและสามารถที่วิจารณ์หรือแยกแยะได้ถึงความแตกต่าง ข้อดี ข้อเสีย ข้อจำกัดและความเหมาะสมที่จะนำแต่ละวิธีมาใช้ในแต่ละสถานการณ์หรือแต่ละพื้นที่ 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.

ในส่วนของการให้สุขศึกษานั้น บุคคลจะรับรู้หรือตอบสนองต่อการให้สุขศึกษามากน้อยขึ้นกับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น การแยกให้เห็นเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกคือการสื่อสารและการให้สุขศึกษานั้นเป็นงานในการสร้างทักษะเฉพาะ (Task base) ในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์ (การกินยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งผลดีต่อการรักษา) และส่วนที่ 2 เป็นงานที่สร้างทักษะ (skill base) ที่ออกแบบเพื่อถ่ายทอดทักษะทั่วไปในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนได้อย่างอิสระ (Autonomous decision) รวมถึงการปรับเปลี่ยนในแต่ละสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

สรุป Health Literacy เป็นเป็นยุทธศาสตร์ระดับพลเมือง (Population strategy) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยเป้าหมายสุดท้ายที่คาดหวังให้เกิดคือ *การตัดสินใจและจัดการทางสุขภาพตนเองได้(Self Decision & Management)* โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สิ่งแวดล้อมและปัจจัยกำหนดสุขภาพ แนวคิดของ Interactive และ Critical Health Literacy ตรงกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพร่วมสมัย (Contemporary Health Promotion) โดยมอง Health literacy คือทรัพย์สินหรือทุนที่อยู่ในตัวบุคคล หรือ ประชากร (personal or population asset) ที่จะสร้างช่องทางในการตัดสินใจที่อิสระและสามารถควบคุมการตัดสินใจ อันจะส่งผลให้สุขภาพดีในท้ายที่สุด การที่จะพัฒนาทักษะส่วนบุคคล จนเกิด Health literacy ในระดับต่างๆได้นั้นต้องใช้การให้สุขศึกษาและการสื่อสาร และการออกแบบการให้สุขศึกษาและการสื่อสาร ทั้งด้านเนื้อหาและวิธีการ ให้มีความแตกต่างกันขึ้นกับวัตถุประสงค์ ว่าต้องการที่จะพัฒนาทักษะให้ไปถึงระดับ Functional , Interactive หรือ Critical Health Literacy. และการให้สุขศึกษาและการสื่อสารเพื่อให้เกิด Health Literacy นั้นจำเป็นต้องให้สุขศึกษาและการสื่อสารแนวใหม่ ซึ่งแตกต่างจากการให้สุขศึกษาแบบดั้งเดิมทั้งเป้าประสงค์และวิธีการ โดยการให้สุขศึกษาแบบดั้งเดิมนั้น เน้นเพื่อให้เกิดความรู้ โดยไม่ได้เน้นให้เกิดทักษะและการเสริมพลัง และส่วนใหญ่ใช้การสื่อสารทางเดียวไม่ได้เป็นแบบ Interactive)

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

การสื่อสารด้วยหลากหลายช่องทาง การปรับระบบบริหารและบริการ ที่ให้ความสำคัญในเรื่องการสื่อสารที่เป็นมิตรและการให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการ ร่วมกับการพัฒนาการบริการที่สามารถเพิ่มทักษะส่วนบุคคลเมื่อมารับบริการแต่ละครั้ง เป็นต้น

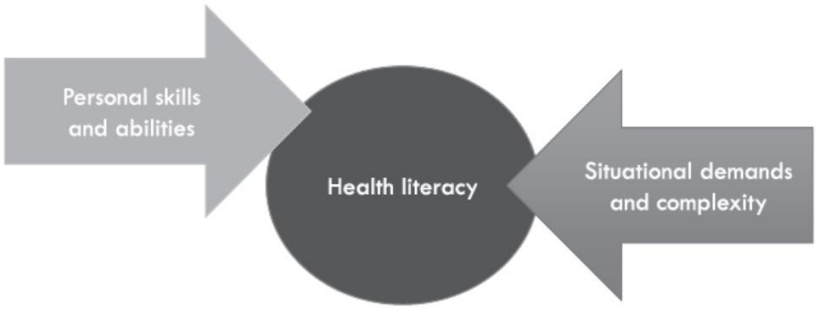


Figure 1 Health literacy is determined by personal skills and environmental context (community, school, clinic)

Figure 1 (adapted from a model proposed by Parker) เป็นการสรุป ความสัมพันธ์ที่เป็นพลวัตร โดย Health Literacy เป็นผลคูณระหว่าง ทักษะ/ความสามารถส่วนบุคคล กับ บริบททางสิ่งแวดล้อม(ที่มีความต้องการที่หลากหลายและซับซ้อน) ที่ผู้นั้นเผชิญอยู่ในขณะนั้น model นี้ช่วยอธิบายว่า Health Literacy นั้นเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลนั้นได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อด้วยวิธีการต่างๆ แล้วออกแบบที่จะปรับปรุงทักษะและความสามารถส่วนบุคคล โดยที่ทักษะและความสามารถดังกล่าวถูกปรับแต่งให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในขณะที่บุคคลนั้นกำลังประยุกต์ใช้ทักษะความรอบรู้ กล่าวโดยสรุป Health Literacy ในความหมายนี้ การเสริมพลังบุคคลให้มีทักษะจนถึงระดับ interative & Critical Health Litreary คือเป้าหมายของการสื่อสารและการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการที่ Health literacy ถูกกำหนดโดยทักษะส่วนบุคคลและบริบททางสิ่งแวดล้อม การให้สุขศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้และความเข้าใจและสามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อการปฏิบัติมากกว่าการสอนให้กินยาและปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น การให้สุขศึกษาต้องสามารถเพิ่มความตระหนักต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม และต้องส่งเสริมให้เกิด personal & social action ที่จะปรับเปลี่ยนปัจจัยกำหนดสุขภาพเหล่านั้นได้ด้วย และเนื้อหาของการให้สุขศึกษาต้องรวมถึงการกำหนดทางเลือกสำหรับการจัดการตนเองด้านสุขภาพ 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 Heath Literacy ในประชากร งานวิจัยในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการวิจัยทางคลินิกเพื่อพิสูจน์สมมุติฐานที่ว่า low health literacy สัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี จากการศึกษาพบว่า low health literacy คือกลุ่มที่มี low socioeconomic ด้วย และสัมพันธ์กับความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ (equity in health) กลุ่มอ่อนไหวดังกล่าวคือกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก และโรงพยาบาลต้องปรับองค์กรเพื่อที่จะลดสถานการณ์ที่มีความต้องการที่หลากหลายและซับซ้อนนั้น ในทางคลินิกได้นำเครื่องมือวัด Health Literacy เช่น REALM ,NVS มาใช้และสามารถที่จะบ่งชี้กลุ่มที่มี low health literacy และปรับระบบการให้สุขศึกษาและการสื่อสารเพื่อให้เข้ากับกลุ่มอ่อนไหวดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนั้นการนำเทคนิค Teach back มาใช้ทางคลินิก จะเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารและเพิ่ม health Literacy โดยเทคนิค Teach back คือหลังจากที่ผู้ให้บริการได้ให้สุขศึกษาแก่ผู้รับบริการแล้ว ให้ผู้รับบริการเล่าว่า ข้อมูลที่ตนได้รับมีอะไรบ้าง และจะปฏิบัติตัวอย่างไร Teach back จะทำให้ตรวจสอบได้ว่า ผู้รับบริการเข้าใจในสิ่งที่ผู้ให้บริการพยายามให้มากน้อยเพียงไร และสามารถที่จะทำความเข้าใจในประเด็นที่ผู้ป่วยเข้าใจไม่ถูกต้องได้ โดยเทคนิค Teach back สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในห้องฉุกเฉินภายหลังจากจำหน่าย ห้องผู้ป่วยนอก กระบวนการให้การยิมยอมในการรักษาพยาบาล (inform consent) การให้สุขศึกษาและการสื่อสารนอกจากได้ประโยชน์ในเรื่อง Health Literacy แล้ว ยังสามารถเพิ่มความพึงพอใจและการบรรลุความคาดหวังของผู้รับบริการได้อีกด้วย

Health literacy ในฐานะที่เป็นยุทธศาสตร์ระดับพลเมืองเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

โครงสร้างการให้สุขศึกษาที่เป็นแบบแผน (formally organized education) เป็นวิธีการหลักที่นำมาใช้ในการยกระดับ Health Literacy ของประชากร การให้สุขศึกษาจะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการยกระดับ 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 เพื่อการส่งเสริมสขภาพและการป้องกันโรค

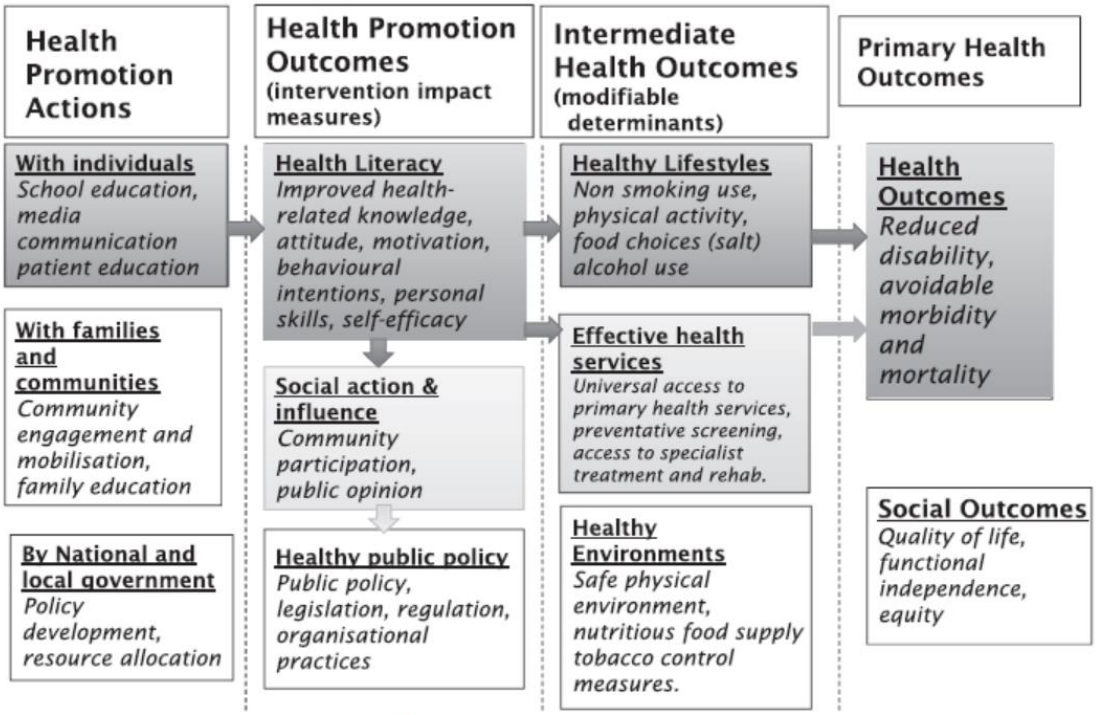


Figure 2 Logic model for prevention planning

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

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

3.1. Health literacy คือ ทักษะทางด้านปัญญาหรือสังคมซึ่งทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพ ซึ่งเป็นผลจากการกิจกรรมการให้สุขศึกษา

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

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 ควรประกอบด้วยการให้สุขศึกษาโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับเรื่องอาหารหลัก 5 หมู่ เพื่อให้เกิดทักษะในการเตรียมและเลือกอาหารที่รับประทาน ในเวลาเดียวกัน Community action และการออกกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องก็ต้องทำควบคู่กันไปดวย 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 การให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนานโยบายหรือกฎหมายและการกระจายทรัพยากร (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) ได้อีกด้วย การที่บุคคลมี health literacy นอกจากจะทำให้มี Personal action เช่นตัวเองไม่สูบบุหรี่แล้ว ยังสามารถทำให้เกิด Communicty 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 จากการทบทวนวรรกรรมพบว่าโปรแกรมการให้สุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพนั้นจะเป็นการให้สุขศึกษาโดยเลือกชุมชนที่เหมาะสม เช่นชุมชนที่มีเศรษฐกิจสังคมและการศึกษาที่ดี ระดับการศึกษาที่ดี ส่งผล ต่อระดับของ literacy ต่อทักษะส่วนบุคคล และต่อโอกาสทางเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมานี้มีผลต่อการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการรับและตอบสนองต่อข่าวสารทางด้านสุขภาพที่ส่งมาพร้อมกับสื่อต่างๆ

Health Education and Communication เป็นเครื่องมือของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค Health education ต้องพัฒนาไปสู่ Health Education ร่วมสมัย ที่มีความซับซ้อน เป็น intervention ที่พัฒนาโดยมีทฤษฎีใหม่ๆ รองรับ (Theory informed intervention) เป็นโปรแกรมที่ไม่ได้พุ่งเป้าไปที่การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพียงอย่างเดียว (การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารยังเป็นสิ่งที่สำคัญ แต่ต้องทำอย่างอื่นควบคู่ไปด้วย) แต่ต้องพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและสังคมที่จะสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โปรแกรมดังกล่าวต้องเน้นบริบททางสังคมที่จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเน้นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและสังคมโดยเสนอทางเลือกของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก มีหลายทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ช่วยอธิบายความซับซ้อนระหว่าง ความรู้ ความเชื่อ และ perceived social norm และกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับเนื้อหาในโปรแกรมการให้สุขศึกษา เพื่อที่จะพัฒนาให้ไปถึงระดับ interactive และ Critical Health litreacy และการสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนในสถานการณ์ต่างๆ โดยทฤษฎีหรือ model ต่างๆนอกจากจะแนะนำ เนื้อหาในการให้สุขศึกษาแล้ว ยังบอกลำดับขั้นตอนและวิธีการให้สุขศึกษาและประเด็นเน้นหนัก โดยประเด็นเน้นหนักได้แก่

- ความสำคัญของความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ทุกรูปแบบกล่าวถึง Heath education เป็นบทบาทหลักในการพัฒนาความรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ และเน้นความสำคัญของ ข้อมูลข่าวสารที่จำเพาะสำหรับบุคคลนั้น (Personalized health information) การจะให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ต้องระบุพฤติกรรมที่จะเกิดตามมาในกรอบเวลาที่ไม่นานนัก และต้องเป็นพฤติกรรมที่กี่ยวข้องกับข้อมูลทางด้านสุขภาพของบุคคลนั้น

- ความสำคัญของ self efficacy หรือความเชื่อของบุคคลนั้น ว่าสามารถที่จะทำสิ่งนั้นได้ด้วยตนอง Health education ต้องสามารถพัฒนาให้บุคคลมีทักษะและเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถทำสิ่งนั้นได้ด้วยตนเอง โดยสิ่งที่สำคัญที่รับประกันความยั่งยืนได้แก่ ความสามารถติดตามความก้าวหน้าด้วยตนเอง การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ การทำซ้ำๆอย่างสม่ำเสมอ
- 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 ที่มีเศรษฐานะ 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) แต่การได้รับข้อมูลที่มากมายและจากหลายแหล่งก็มีข้อเสีย 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 ที่จะทำให้สถานะสุขภาพดีขึ้น การให้สุขศึกษาเป็นเครื่องมือที่สำคัญในงานสาธารณสุข แต่หลักฐานจากหลายการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการให้สุขศึกษาเพื่อการพัฒนาชุดของทักษะในการเสริมพลังบุคคลเพื่อป้องกันหรือเพื่อหวังผลต่อการรักษาโรคใดโรคหนึ่งให้ดีขึ้นเท่านั้น ยังไม่ก้าวถึงระดับที่จะให้สุขศึกษาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อปกป้องหรือส่งเสริมสุขภาพทั้งส่วนบุคคลและชุมชน Intervention ของ Health Literacy ที่เป็นโปรแกรม online ที่พบจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ Adult education online ,โปรแกรม Multimedia ในโรงเรียนหรือในศูนย์การค้า โดยทั้งหมดเป็นใช้การสื่อสารและให้การศึกษาในการพัฒนา Functional Health literach skills เพื่อที่จะเพิ่มความรู้และความเข้าใจในประเด็นเฉพาะโดยหวังว่าจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล สำหรับวิธีการให้สุขศึกษาที่มีความแตกต่างจากเดิม เช่นใช้การเยี่ยมบ้าน ใช้สื่อ Multimedia , eHealth หรือ mHealth โดยเน้นการให้สุขศึกษาเพื่อการสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่มหรือแต่ละช่วงวัย เช่น

กลุ่มพ่อแม่ วัยทำงานหรือผู้สูงอายุ และเนื้อหาเฉพาะสอดคล้องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เช่น โภชนาการและกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมของแต่ละกลุ่มวัย บทสรุปของผู้ศึกษาวิจัย คือ ***" แนวคิดและวาทศิลป์ที่เกี่ยวกับ Health literacy ได้สร้างความตื่นเต้นและความน่าสนใจให้กับนักวิจัย 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

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ นั้นเป็นมากกว่าการส่งผ่านข้อมูลด้านสุขภาพไปสู่ผู้รับ (แม้มันจะเป็นงานพื้นฐานที่จะต้องทำ) การช่วยให้ประชาชนพัฒนาความมั่นใจที่จะลงมือทำภายใต้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และความสามารถที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น หรือสนับสนุนผู้อื่นได้นั้นต้องใช้การสื่อสารที่มีความเฉพาะสำหรับแต่ละบุคคล และสื่อสารผ่านไปยังกลุ่มประชากร โดยขยาย Health Education ไปสู่ฐานชุมชน (Community based education outreach) ถ้าเป้าหมายของ Health Literacy คือการส่งเสริมบุคคลให้สามารถตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างอิสระ จำเป็นที่อย่างยิ่งที่ต้องเข้าใจศักยภาพของการให้สุขศึกษาในการเพิ่มความเข็มแข็งของ personal & community Action เพื่อพัฒนาสุขภาพ Health literacy สามารถสนับสนุนในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการตนเองด้านสุขภาพ โดยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา Heatlh Literacy เป็นที่สนใจของ stakeholder กลุ่มต่างๆ โดยกลุ่มผู้ให้บริการทางคลินิก สนใจในเรื่องโรคและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค โดย Health Literacy ต่ำ ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรค (Health Literacy as risk) ซึ่งการศึกษาต่างๆที่ผ่านมา ได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า การพัฒนา Health Literacy ในทางคลินิกและในทางสาธารณสุข ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการรักษา (engagement) และการจัดการตนเองสำหรับโรคเรื้อรัง (Self Mangement) ดีขึ้น สำหรับนักการสาธารณสุขที่ทำเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ให้ความสนใจ Health literacy ตามแนวคิดว่า Health Literacy เป็นผลลัพธ์ของ Health Education and Communication ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพแบบร่วมสมัย (Comtemporary 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) และมีศักยภาพที่จะใช้เป็นตัวชี้นำสำหรับการให้บริการทางคลินิก(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 Moblization 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)	Advocay (Structural Factor)
Functional			
Interactive			
Critical			

Remark : Cut off Point ในการตัดสิน Health Literacy ระดับต่างๆ

1.Functional HL ส่วนใหญ่ใช้ cognitive skill อ่านเอกสารหรือฟังโดยไม่ต้องซักถาม ก็สามารถเข้าใจได้

2.Interactive HL ต่อยอดจาก Functional HL ใช้ Cognitive skill อย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องใช้ social skill ในการทำปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพื่อให้เข้าใจปัญหาสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ และสังเคราะห์ความรู้ใหม่ที่เกิดจากการเรียนรู้ นำมาใช้ในตัดสินใจแก้ปัญหาที่ไม่เคยประสบมาก่อน ด้วยตนเองได้ (Autonomous Decision)

3.Critical HL ต่อยอดจาก Interactive HL ต้องรู้ทั้งปัญหาสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพอย่างผู้รู้จริง จึงจะสามารถให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อแก้ปัจจัยเชิงโครงสร้าง (policy , Law ,Regulation) ให้แก่ผู้กำหนดนโยบายได้

3. Health Education แบบเดิมนั้น พัฒนาได้แค่ Functional Health Liteacy ถ้าจะให้ถึง inteactive and critical Health Literacy ต้องใช้ การสื่อสารแบบมีปฏิสัมพันธ์ หรืออาจต้องใช้กระบวนการทางสังคมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ (Socialization Learning) และรูปแบบของการให้สุขศึกษาต้องเปลี่ยนมาเป็น Contemporary Health Education (4.0) เป็น Personalized ,tailor made ,interactive ,rapid response and sociailized communication ถึงจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล & และการปรับเปลี่ยน Health determinant ของชุมชน/สังคมได้ ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ยากเนื่องจากเป็นการแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้าง ซึ่งต้องอาศัยข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งข้อเสนอนั้นจะยอมรับจนถึง

การปรับเปลี่ยน นโยบาย หลักเกณฑ์ กฎหมายที่เป็นอุปสรรค หรือออกนโยบาย หลักเกณฑ์ กฎหมายที่เอื้อต่อสุขภาพได้ จำเป็นต้องอาศัยการเคลื่อนไหวทางสังคมที่แรงพอที่จะให้ผู้กำหนดนโยบายเห็นถึงความสำคัญหรือความจำเป็น

Health Literacy ในฐานะที่เป็นเป้าหมายทางสาธารณสุข : ความท้าทายของยุทธศาสตร์สุขศึกษาและการสื่อสารแบบร่วมสมัย ในศตวรรษที่ 21

แปลจาก Health Literacy as a public health Goal : A chalenge 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 Actities) เมื่อยึดตามความหมายนี้ การให้ความรู้จะส่งเสริมต่อการเพิ่ม Health literacy บทความนี้จะกล่าวถึงความไม่สำเร็จในอดีตของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อที่จะไปบ่งชี้ ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ (social and economic determinant of health) จากการติดตามผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งได้มีการลดบทบาทของการให้สุขศึกษาลง บทความนี้ได้แสดง “Health Outcome Model “ ซึ่ง model นี้ได้เน้นให้เห็นว่า Health Literacy นั้นเป็นผลลัพธ์ของการให้การให้สุขศึกษา และได้แสดงให้เห็นระดับต่างๆของ Health Literacy ได้แก่ Functional หรือ Basic Health literacy , Interactive Health Literacy และ Critical Health Literacy จากการวิเคราะห์ดังกล่าวจะพบว่า Health Literacy มีความหมายมากกว่าการส่งข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาทักษะในอ่านฉลากยา 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 barries to health) เป็นประเด็นที่ท้าทายของการให้สุขศึกษาเพื่อให้บรรลุถึงการสร้าง Health literacy ให้เกิดถึงระดับ Interactive หรือ Critical Health Literacy.

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

ในส่วนของการควบคุมโรคนั้น ในปี 1980 ได้มีการพัฒนาโปรแกรมในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและทักษะทางสังคม เพื่อให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้สามารถป้องกันวัยรุ่นจากเรื่องยาเสพติด และได้ขยายไปสู่กลุ่มเป้าหมายอื่นๆ มีการพัฒนาทฤษฎีเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วงนี้ ซึ่งทฤษฎีเหล่านี้ได้ช่วยอธิบายความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่าง ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยมทางสังคม และพัฒนา guideline ในการให้สุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน ในช่วงเดียวกันนี้ เกิด social marketing ซึ่งเป็นเทคนิคในการเปลี่ยนแปลงค่านิยมทางสังคมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในสังคม โดย social marketing เน้นที่การหาแนวทางที่สร้างสรรในการวิเคราะห์ประเด็นต่างๆ จากนั้นพัฒนาโปรแกรมโดยเน้นการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มต่างๆ แม้จะมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการในการสื่อสารและการให้สุขศึกษา แต่ก็ยังไม่สามารถที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน และไม่สามารถที่จะส่งผลกระทบไปสู่สถานะสุขภาพอย่างเท่าเทียม

ในทศวรรษที่ 19 Public health action เน้นในเรื่องการจัดการสภาพความเป็นอยู่และสภาพการทำงาน อันเป็นผลจากการปฏิวัติอุตสาหกรรม Public health action มาเน้นเรื่องการพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social and environmental health determinant) ของประชาชน และในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 Public health action มีการปรับเปลี่ยนจุดเน้น โดยเน้นสู่การการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของแต่ละบุคคล 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 heath 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

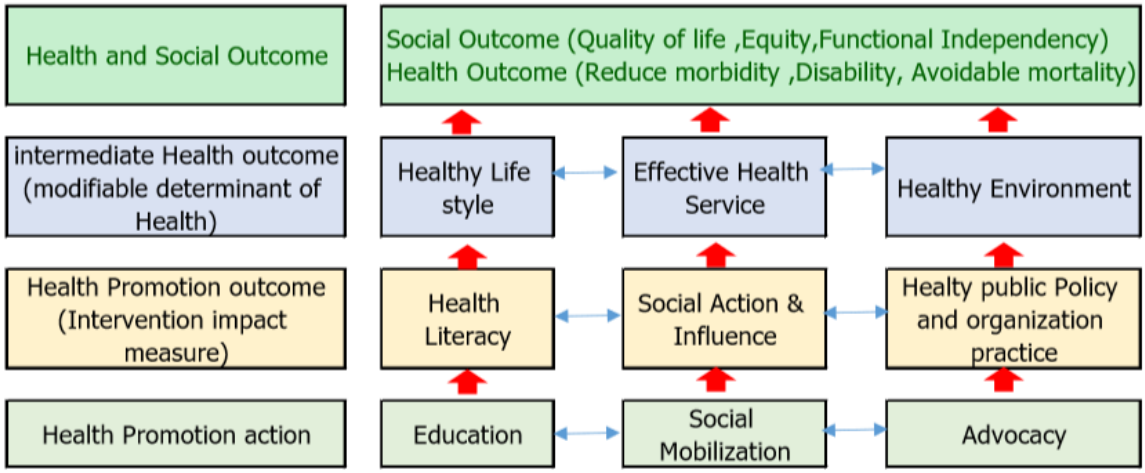
การสูบบุหรี่ ได้แก่ การออกกฎหมายบังคับไม่ให้มีการโฆษณาบุหรี่ การเก็บภาษีบุหรี่ เพื่อเพิ่มราคาบุหรี่ การลดภาคอุปทาน เช่น การไม่ให้ขายบุหรี่รอบโรงเรียนเพื่อคุ้มครองเด็ก การใช้มาตรการทางสังคม (social ban) การกำหนดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เพื่อคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่า Comprehensive approch 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 และความเชื่อส่วนบุคคลถึงปัจจับเสี่ยงต่อโรคต่างๆ โดยหวังผลสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลที่จะหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว โดยไม่ได้คิดว่า ศักยภาพของการให้สุขศึกษานั้นไม่ใช่หวังผลเฉพาะตัวบุคคล แต่มันเป็น public health action ที่สามารถเปลี่ยนแปลงสังคมได้ บทเรียนที่ได้จากความไม่ประสบผลสำเร็จในอดีต 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

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



remark : ตัวอย่างของมาตรการของแต่ละหัวข้อ

Healthy Life style : Tobacco use,Food choice ,Physical activity ,Alcohol ,Drug Abuse
Effective Health Service : Provision of preventive service,Access to an appropriate health services
Health Environment : Safe Physical Env,Good food supply,restriction for access tobacco/alcohol
Health Literacy : Personal skill ,self efficacy ,Health related knowled attitude,behavioral intention.
Social action and influence : Community participation,Empowerment ,social norm,public opinion.
Healthy public policy and organization practice : Policy statement ,regislation,regulation,Resource allocation,Organization practice
Education : Patient education ,School education ,broadcast media and print media communication
Social Mobilization : Communuty development ,group falitation,targeted mass communication.
Advocay : Lobbying ,Poliitcal organization and activism ,Overcoming bureaucratic inertia

ปัจจุบันได้สนใจในการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการให้นิยามผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion Activity) Health Promotion outcome model นี้ (Nutbeam 1996) ได้ลำดับชั้นของผลลัพธ์ในระดับต่างๆ 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. Intemediate Health outcome (Modifiable determinant of health) คือปัจจัยที่จะเป็นตัวกำหนด หรือไปสู่ผลลัพธ์ของ Social & Health outcome ได้แก่
   2.1. Personal behaviors เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอร์ การติดยาเสพติด การเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ และการออกกำลัง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อการเพิ่มหรือลดความเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดรวมเรียกว่า Healthy Lifestyle
   2.2. Effective health Services การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น บริการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และปลอดภัยเป็นต้น
   2.3. Healthy Environment คือสภาวะทางสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ซึ่งจะมีผลทั้งโดยตรงต่อสุขภาพ เช่น สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย หรือส่งผลทางอ้อมไปสนับสนุนให้เกิด Healty Lifestyle เช่นสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เข้าถึงบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอร์ ยาเสพติด อาหารที่เป็นประโยชน์ การออกกำลังกาย หรือการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่ายหรือยากขึ้นเป็นต้น
3. Health promotion outcome (intervention impact mesures) คือปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และปัจจัยเชิงโครงสร้าง ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยกำหนดสุขภาพ (ซึ่งก็คือ intremediate health outcome) Health promotion outcome ได้แก่
   3.1. Health literacy หมายถึง ทักษะส่วนบุคคลทางด้านปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อที่จะส่งเสริมหรือธำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี Health Literacy เป็นผลลัพธ์ของการให้การศึกษะ โดย outcome ดังกล่าวรวมถึงการพัฒนาความรู้และความเข้าใจปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงทัศนคติหรือแรงจูงที่จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการเพิ่ม self efficacy ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่จะส่งผลต่อสุขภาพ กล่าวโดยสรุป Health Literacy คือ ผลลัพธ์ของกิจกรรมการให้สุขศึกษา (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 Healty Eating ต้องบูรณาการ Health promotion activities ทั้ง 3 เรื่องไปด้วยกันดังนี้

4.1. Health Education การให้ความรู้ในเรื่อง อาหาร 5 หมู่ การพัฒนาทักษะในการเตรียมอาหารและการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ กิจกรรมการให้สุขศึกษา เช่น patient education ,School education, broadcast media and print media communication.

4.2. Social Mobiliztion การดำเนินการเพื่อพัฒนาการเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ตลอดห่วงโซ่อาหาร การให้เกิดอาหารกลางวันในเด็กนักเรียนโดยเฉพาะในพื้นที่ที่ห่างไกล ให้ได้อาหารเพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพภายในโรงเรียน เช่น Community development ,group facilitation, targeted mass media communication.

4.3. Advocay ในที่นี้เน้นการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือเชิงมาตรการต่อ Policy Maker ในส่วนของการเมืองและข้าราชการประจำทั้งในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น (Lobbying political organization and activism) , การเสนอแนะเพื่อแก้ปัญหาความเฉื่อยเนือยหรือความล่าช้าของระบบการบริหารจัดการแบบราชการที่มีลำดับขั้นของการบังคับบัญชา (overcoming bureaucratic inertia)

What is Health Literacy

มีการพูดถึง Health litaracy 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 และอาจจะส่งผลให้ต้นทุนการรักษาสูงขึ้น 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 ในการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารได้อย่างลึกในเชิงวิพากษ์วิจารณ์ (critial analysis) และสามารถที่จะประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆได้

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

WHO ได้ให้ความหมายของ Health Literacy ในความหมายที่กว้างกว่า Functional Health Literacy อย่างมาก โดยนิยาม Health Literacy หมายถึง ทักษะทางด้านปัญหาหรือสังคม ที่จะไปกำหนดแรงจูงใจ หรือความสามารถของบุคคลในการ เข้าถึง และเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ สามารถที่ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาในการส่งเสริม และธำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี Health literacy ไม่ได้จำกัดเฉพาะการอ่านและเข้าใจฉลากยา หรือการมารับการรักษาตามนัดของแพทย์ การที่จะให้ประชาชนมี health literacy เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลเพื่อสุขภาพที่ดีได้ จำเป็นต้องได้รับการเสริมพลัง (empowerment)

ได้กล่าวมาก่อนหน้าแล้วว่า Health Literacy เป็นผลลัพธ์จาก Health Education เมื่อความหมายของ Health literacy ได้ขยายนิยามไปมากกว่า Functional Health Literacy ขอบเขตของ Health Education ก็ต้องถูกขยายขอบเขตของความหมายตามไปด้วย Health education ต้องให้ได้ทั้งประโยชน์ส่วนบุคคล (personal benefit) และประโยชน์ต่อสังคม (Social benefit) และต้องรวมในเรื่อง Education และ Communication ไปด้วยกัน ทั้งในส่วนที่เป็น Content และ ส่วนที่เป็น method ในส่วนของ Content ของ Health education ต้องทุ่มเทความพยายามในการพัฒนาความรู้ และความเข้าใจ และต้องไม่จำกัดเฉพาะการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือพฤติกรรมส่วนบุคคล หรือการใช้ระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น การให้สุขศึกษาต้องขยายไปสู่การสร้างความตระหนักว่า ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องเกิดการปรับเปลี่ยนทั้งด้านส่วนบุคคล และปัจจัยกำหนดสุขภาพเหล่านั้นไปด้วยกัน และการมี health literacy (ตามความหมายของ WHO หรือตามความหมายกว้าง) จะส่งผลต่อสังคมและประชาชนในวงกว้าง และส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของ Community action for health เกิดการพัฒนาทุนทางสังคม (Social capital) ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ ในส่วนของ Method ของ Health education and communication นับเป็นประเด็นที่ท้าทาย การพัฒนาการสื่อสารที่จะเพิ่ม interaction , participation จนสามารถที่จะวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลในเชิงวิพากษ์ได้ (Critical analysis) การจะเกิด Critical conscious ได้ จำเป็นต้องยกระดับ literacy จาก Functional มาเป็น Interactive และจาก interactive มาเป็น Critital Health literacy ซึ่ง Functional health literacy มาจากพื้นฐานการอ่านออกเขียนได้ คำนวณเป็น (liteacy & numberacy) แต่การแตกฉานในการอ่านออกเขียนได้ และคำนวญเป็น ไม่ได้รับประกันว่าจะเกิด critical health literacy ฉะนั้นจึงเป็น

ประเด็นที่ท้าทายของ Health education & communication ในศตวรรษที่ 21 ว่าจะทำอย่างไรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพทั้งด้าน 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 ประกอบด้วยการสื่อสารข้อมูล และการพัฒนาทักษะที่จะตรวจสอบความเป็นไปได้ในภาคการเมือง หรือความเป็นไปได้ที่องค์กรจะดำเนินกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อจัดการปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมที่จะมีผลต่อสุขภาพ Health literacy ในระดับนี้มุ่งเน้นที่ population benefit ซึ่งจะส่งต่อ Personal benefit อีกต่อหนึ่ง การให้สุขศึกษาจึงหวังผลต่อการส่งเสริมบุคคลและชุมชนให้สามารถที่จะปรับปรุงปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง Health Liteacy กับ outcome model ในรูปที่ 1 จะพบความสัมพันธ์ทั้งในแนวตั้งและแนวนอน ยกตัวอย่างการมีความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง Health Literacy จะสัมพันธ์กับ Healty lifestyle ในแนวดิ่ง การเพิ่ม health literacy ทำให้เกิด Healthy lifestyle choice และสนับสนุนการไปรับบริการสุขภาพและให้ความร่วมมือกับแผนการรักษาของแพทย์ ในแนวนอนนั้น การพัฒนา health literacy จนไปถึงระดับ critical health literacy จะทำให้ชุมชนมีความสามารถในการพัฒนา social action จนไปสู่ระดับของการกำหนดนโยบายสาธารณะ และเปลี่ยนการปฏิบัติขององค์กร (organization practice) ที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งโปรแกรมการ

พัฒนาชุมชนมากมายที่พัฒนาตามแนวทางดังกล่าว จะเห็นได้ว่า Health education ในรูปแบบใหม่ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของทุกคนในชุมชน

ตารางที่ 1 . A Health Literaryc 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	เพิ่มความรู้ในเรื่องความเสี่ยงและการใช้ระบบบริการ ความร่วมมือในการรับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์	เพิ่มการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการรักษาในระดับประชาชน (เช่นเรื่องการคัดกรองโรคและการให้วัคซีน)	การส่งข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางปกติ, เพิ่มโอกาสการติดต่อโดยตรงสู่ผู้ป่วย ,มีสื่อในการให้สุขศึกษาพร้อม
Interactive Health liteacy เป้าหมายเพื่อเพิ่มทักษะส่วนบุคคล	เหมือนด้านบน และเพิ่มโอกาสในการพัฒนาทักษะในเรื่องของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	เพิ่มความสามารถในการใช้ข้อมูลเพื่อจัดการตนเองได้, เพิ่มแรงจูงใจ และความมั่นใจในตนเองในการจัดการสุขภาพตนเอง	เพิ่มความสามารถในการสร้างและใช้มาตรการทางสังคม(social norm) , การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มทางสังคมต่างๆ	การสื่อสารที่เฉพาะเจาะจงต่อความต้องการของชุมชน , เป็นผู้สนับสนุนให้เกิด self help group ,social support group , การสร้างช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย
Critical health literacy เป้าหมายเพื่อเสริมพลังให้แก่บุคคลและชุมชน	เหมือนด้านบน และการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และโอกาสที่จะสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติขององค์กร	เพิ่มความสามารถส่วนบุคคลที่จะฟื้นคืนปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลต่อสุขภาพ ให้กลับมาดีเหมือนเดิม	เพิ่มความสามารถในการที่จะไปจัดการปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลต่อสุขภาพ, 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 มาเป็นเวลาหลายปีแล้ว ซึ่งมีตัวอย่างของการทำ social mobilization ในกลุ่มด้อยโอกาสต่างๆทั้งในประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา 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 คำนวญเป็น (Literacy and numberacy) เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่ Health Literacy จึงต้องมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างภาคการศึกษากับสาธารณสุข 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 ทางเพื่อสร้างความเข้าใจในระดับที่สามารถใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินเลือกทางเลือกเพื่อสุขภาพ (healthy choice) ได้ด้วยตนเอง การพัฒนา Health literacy นั้นต้องเกิดผลลัพธ์ไปถึงระดับ population ไม่ใช่เพียงการส่งข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล และสามารถใช้บริการในระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ต้องไปถึงในระดับที่ประชาชนมีความมั่นใจว่าสามารถใช้ข้อมูลและความรู้ ในการตัดสินใจในการเลือกทางเลือกเพื่อสุขภาพได้ด้วยตนเอง และ key word สำหรับในเรื่อง Health liteacy คือ การเสริมพลังให้ประชาชนและชุมชน เพื่อให้ประชาชนและชุมชนสามารถจัดการตนเองได้ โดยเฉพาะจัดการปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ ซึ่งการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างหรือเชิงระบบ นั้นจำเป็นต้องอาศัยภาคการเมืองในการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อแก้ปัญาเชิงโครงสร้าง ซึ่งเกินกว่ามาตรการทางสังคมที่ภาคประชาชนเป็นผู้กำหนด

Part 2.

Health Literacy Movement in USA,EU,Austria,Australia,Thailand

	หน้า
1. Executive Summary	47
2. Health literacy policies: National examples from the United States : *Julie McKinney and R.V. Rikard*	53
3. Health literacy policies: European perspectives ; Iris van der Heide, Monique Heijmans and Jany Rademakers	60
4. Health literacy policies: National example from Austria – A unique story and some lessons learned from an ongoing journey ; *Peter Nowak, Christina Dietscher and Marlene Sator*	62
5. Health literacy policy in Australia: Past, present and future directions *Anita Trezona, Emma Fitzsimon and Sarity Dodson*	66
6. Health Litercy Movement in Thailand	70

Executive Summary

USA

1. Top Down มีการออกกฎหมายที่ส่งเสริมให้เกิด Health Literacy ในปี 2012 ได้แก่
   1.1. Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) ทำให้ต้องขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิในการรักษาเพิ่มขึ้น โดยกฎหมายนี้ครอบคลุมไปถึง Medicaid ซึ่งทำให้ผู้มีรายได้น้อยและผู้พิการซึ่งเป็นกลุ่มที่สัมพันธ์กับ Low HL ได้ถูกขึ้นทะเบียนจำนวน 15.8 ล้านคน การขึ้นทะเบียนจำเป็นต้องอธิบายเพื่อให้เข้าใจวิธีการใช้สิทธิ และการเข้าถึงการรักษา หน่วยงานต่างๆทั่วทั้งประเทศจึงต้องพัฒนาระบบสื่อสารให้ง่ายต่อการเข้าใจ
   1.2. National action plan to improve health literacy กำหนด 7 เป้าหมาย ซึ่งเน้นในเรื่องความมีพร้อมถึงข้อมูลสุขภาพที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ง่ายต่อการเข้าถึง และเข้าใจ เพื่อนำข้อมูลไปใช้เพื่อสุขภาพ
   1.3. Plain Writing Act 2010 โดยให้หน่วยงานของรัฐต้องสื่อสารด้วยวิธีการต่างด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายชัดเจน
   1.4. Healthy people 2020 กำหนดตั้งแต่ปี 2020 Healthy People ซึ่งใช้กำหนดวัตถุประสงค์โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการยกระดับ Health Luteracy สำหรับประชาชนอเมริกัน (USDHHS Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2014). ด้วยการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการ benchmarks ในทุก 10 ปี และเพื่อติดตามความก้าวหน้า โดยส่งเสริมการประสานความร่วมมือของชุมชนการเสริมพลังประชาชนให้สามารถตัดสินในด้านสุขภาพได้ และวัดผลกระทบของมาตรการป้องกันโรค Healty People 2020 กำหนดให้มีการยกระดับ Health Literacy ด้วยในทศวรรษต่อไป โดยวัด ร้อยละของผู้ให้บริการสุขภาพที่สามารถสอนผู้รับบริการด้วยวิธีการที่เข้าใจง่าย
2. Bottom up หรือ Grass root
   2.1. Institute of Medicine (IOM) เผยแพร่รายงานชื่อ *Health literacy: A prescription to end confusion* (Nielsen-Bohlman et al, 2004). ซึ่งรายงานดังกล่าวได้ส่งผลให้เกิดคลื่นการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก โดยเรียกร้องให้ สถานบริการสุขภาพให้ความสำคัญกับเรื่อง health literacy และปี 2012 ได้เผยแพร่ Ten Attributes of Health Literate Healthcare Organization เพื่อให้สถานบริการสุขภาพปรับระบบและกระบวนการของโรงพยาบาลที่ความซับซ้อนให้ง่ายต่อการเข้าถึง เข้าใจ และตัดสินใจในเพื่อสุขภาพโดยใช้ข้อมูล
   2.2. หน่วยงานของรัฐได้เข้าร่วมในการพัฒนาเรื่อง Health Literacy เช่นการออก Tool หรือ guidline ต่างๆ ได้แก่ Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ) พัฒนา Universal Health Litreacy procaution. the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Academy of Science Engineering and Medicine (formerly called the Institute of Medicine, or IOM), Health Resources and Services Administration (HRSA), Office of Minority Health (OMH) National Library of Medicine (NLM)

3. สรุป โดยทั่วไปการดำเนินการเกี่ยวกับ Health Literacy ใน USA นั้นเริ่มจากการขับเคลื่อนระดับรากหญ้า และเป็นสิ่งที่สำคัญในช่วงเริ่มต้น องค์กรต่างๆ เช่น สถานบริการสุขภาพ ได้เห็นความจำเป็นในการตอบสนองความต้องการในเรื่อง Health Literacy โดยเฉพาะกับกลุ่มที่มีความเปราะบาง ความต้องการและแนวทางการแก้ไขปัญหาต่างๆที่ได้ดำเนินการ เป็นแรงผลักดันและชี้นำให้เกิดนโยบาย (Federal policy) ซึ่งต่อมาได้ขยายผลไปสู่การสนับสนุนแบบ Top Down เช่นการออกกฎหมายที่สภาพบังคับทั่วทั้งประเทศ ซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในรอบทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้เพิ่มความเข้มแข็งต่อการพัฒนา Health Literacy ของประชาชนทั่วทั้ง USA ในขณะที่กฎหมายมีสภาพบังคับจึงถือเป็นนโยบายที่เข้มงวด เช่น ACA ทำให้เกิดแรงกดดันให้องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องนำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับ Health literacy เกิดแนวปฏิบัติ (Pratical guidance) ที่ช่วยให้องค์กรต่างๆสามารถสร้าง programmes and interventions เพื่อนำแนวทางสูการปฏิบัติ การสนับสนุนในเรื่อง Health Literacy จากองค์กรและภาคส่วนต่างๆ ทำให้สามารถนำเสนอประเด็นเรื่อง Health Liteacy ในหลากหลายแง่มุมและมีผลกระทบสูง และสามารถสร้างความตระหนักในเรื่อง Health Literacy อย่างมากในประชาชนของ USA ความหวังของพวกเราคือ โปรแกรมในระดับพื้นที่ ในการตอบสนองความต้องการของชุมชน (Bottom up) และการดำเนินงานของรัฐบาลกลางและหน่วยงานภาครัฐ (Top down) ได้ส่งเสริมบทบาทซึ่งกันและกันตามที่ได้กล่าวมา เราได้เห็นว่า การผสานการดำเนินการแบบรากหญ้าและ Top down สามารถทำให้เกิดความก้าวหน้าในการยกระดับ Health Liteacy ของประชาชนทั้งประเทศ

ประเทศใน EU

Concept เรื่อง Health literacy เริ่มที่อเมริกา แต่ concept ได้ถูกพัฒนาในยุโรปมากกว่า โดย Integrated Model of Health Literacy (Solensen 2012) ที่ได้รับการยอมรับทั่วโลกในปัจจุบันก็พัฒนาจากยุโรป การพัฒนาเครื่องมือวัด HL (HLS-EU-Q47) ภายใต้ Integrated model รวมถึงการสำรวจ HL ใน 8 ประเทศในยุโรป (HLS-EU) ทำให้เกิดข้อมูลเชิงเปรียบเทียบและมีการวิจัยทำให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้อ้างอิงมากมาย เอกสารของ WHO : Region Europe ชื่อ Solid Facts : Health Literacy ที่ถือเป็นตำราอ้างอิงที่ใช้กันทั่วโลก การพัฒนา Vienna Health Literate Organization (V-HLO) โดยพัฒนา HLHCO Frame work ให้มีมิติของ Health Promotion มากขึ้น WHO Collaboration Center Health promoting Hospital Network ศูนย์กลางอยู่ที่ยุโรป และได้ Update V-HLO ให้เป็น International Organizational Health Literate Organization (Responsiveness) Hospital หรือ OHL-hos หรือจะกล่าวได้ว่า HL เกิดในอเมริกา พัฒนาและเติบโตในยุโรป และจะขยายผลไปดำเนินการในทั่วโลก สรุปการพัฒนา HL ของประเทศใน EU

1. ประเทศที่ได้ยอมรับแนวคิดและมีความสนใจอย่างมากได้แก่ Germany, Ireland, Italy, Portugal, Spain, the UK, Austria, the Czech Republic and the Netherlands.
2. ประเทศที่รับแนวคิด HL ได้ไม่มากโดยรับรู้ในความหมายที่ใกล้เคียง HL เช่น Health promotion หรือ Health Education ได้แก่ Bulgaria, Cyprus, Estonia, France, Greece, Hungary, Lithuania, Poland, Romania and Slovakia, the concept is less common and often linked to broader concepts such as health education and health promotion.

3. มี 6 ประเทศที่มี National – Level Policy ได้แก่ Austria, Ireland, Italy, Portugal, Spain and the UK. อย่างไรก็ตามการมีนโยบายระดับชาติ ไม่ได้หมายถึงการมีข้อกำหนดสำหรับการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเกี่ยวกับ HL โดย Action ที่เกี่ยวกับ HL พบได้ใน 16 ประเทศของ EU มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มเข้ามีส่วนร่วมใน Actions เหล่านั้น ได้แก่ ภาครัฐ NGO และข้อมูลเชิงประจักษ์ในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปได้ว่า นโยบายและ Action ดังกล่าวมีประสิทธิภาพหรือไม่ จึงควรที่จะพัฒนาระบบการกำกับติดตามและประเมินผลเพื่อปิดช่องว่างดังกล่าว .

Austria

Autria ถือเป็นศูนย์กลางทางด้านการศึกษา Collaration Center เกี่ยวกับ Health Promotion และ Health Promoting Hospital (HPH) โดย Health Literacy ถือเป็นส่วนหนึ่งของ Health Promotion V-HLO ก็พัฒนาและนำร่องในโรงพยาบาลของ Austria

Conclusion and implications for change at a systems level

1. จากประสบการการดำเนินการที่ผ่านมาได้เรียนรู้ว่า การพัฒนา HL ต้องมีตัวขับเคลื่อนที่แรงพอ สำหรับ Astria ตัวขับเคลื่อนดังกล่าวคือข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ HL ของประเทศต่างๆ
2. ระบบบริการสุขภาพมีบทบาทที่สำคัญในการขับเคลื่อน HL ผ่านกระบวนการ Health target process หรือ Governance by target process ระดับประเทศมี **The Austrian Health Literacy Alliance** หรือ ÖPGK เข้ามาเป็นตัวกลางในการประสานความร่วมมือ ประสานมาตรการ เพื่อให้การพัฒนา HL แบบยั่งยืน โดยมี HiAP partners แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะสรับสนุน HiAP partners ในการกำหนดกลยุทธ์ หรือใช้กระบวนการเชิงกลยุทธ์นั้นอย่างมีประสิทธิภาพในกำหนดแนวทางในการสนับสนุน HL ตามภารกิจขององค์กรเหล่านั้น ซึ่งมีแนวทางที่เป็นไปได้ 4 แนวทางคือ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวคือ
   2.1. หาผู้ที่จะมาเชื่อมหรือปิด gap ระหว่าง ตัวอย่างเช่น หาที่ปรึกษาสามารถโน้มน้าวให้ภาคส่วนอื่นๆให้ปรับเปลี่ยนกฎเกณฑ์ หรือกฎหมาย เพื่อสนับสนุนให้เกิด HL มากขึ้น
   2.2. whole-of-government approach, เพื่อทำให้ HL เป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วน ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะต้องใช้เวลาเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
   2.3. พัฒนากฎหมาย กฎเกณฑ์ หรือกฎระเบียบเพื่อสนับสนุนให้เกิด HL (ต้องใช้เวลาหลายปีในการพัฒนากฎหมาย)
   2.4. แสดงให้เห็นผลประโยชน์ร่วมกันในการลงทุนใน HL สำหรับภาคส่วนอื่นๆ ซึ่งอาจหมายถึงการสนธิความร่วมมือระหว่าง HL กับ เป้าหมายอื่นๆ ใน Health in All Policy (HiAP) รวมถึงภาคส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้องด้วย
3. อย่างไรก็ตาม ÖPGK ได้สนับสนุนการสื่อสารเกี่ยวกับ กิจกรรมหรือมาตรการที่มีประสิทธิผลให้แก่ภาคีเครือข่าย ผ่านหลายช่องทาง (website, newsletter, conferences). และในอนาคตจะพัฒนาเครื่องมือใหม่ได้แก่ National HL prize หรือ social media, รวมถึงการ update ข้อมูลระดับประชากรเกี่ยวกับ HL ในประเทศ Austria The M-POHL action network, ซึ่งนำโดย Austria, ได้ถูกตั้งขึ้นโดยความร่วมมือกับประเทศอื่นๆภายใต้ WHO โดย WHO สนับสนุนการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารดังกล่าวเพื่อให้เป็นการจัดทำนโยบายที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์

Australia

1. HL ถูกกำหนดเป็นนโยบายครั้งแรกในปี 2009 โดยกำหนดว่า HL เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่าง บุคคล กับ สถานบริการสุขภาพ
2. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) รับผิดชอบในการพัฒนาและธำรงรักษามาตรฐานที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการและความปลอดภัย ACSQHC's ได้กำหนด National statement on health literacy (2014) ส่งผลให้นโยบายที่เกี่ยวกับ HL ได้ถูกนำสู่การปฏิบัติทั่วทั้งประเทศ บทบาทของ ACSQHC's เพื่อสร้างหลักประกันในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพ และบริการปฐมภูมิ). โดยกำหนด National statement on health literacy เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ HL ให้กับทุกภาคส่วน และส่งเสริมการประสานความร่วมมือเชิงระบบในการดำเนินการในระดับประเทศ และ statement ดังกล่าวได้ถูกรับรองโดย federal , state and territory health ministers ซึ่งเป็นการส่งสัญญาณทั้งในเชิงนโยบายและการปฏิบัติอย่างชัดเจนในเรื่อง HL และ HL ได้ถูกผนวกเข้าไปในมาตรฐานระดับชาติ โดยรวมเข้าไปอยู่ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งผูกพันสถานบริการสุขภาพทุกแห่งทั่วประเทศที่ต้องนำ HL นำสู่การปฏิบัติ ซึ่งนอกจาก HL จะเป็นเพียงประเด็นเชิงนโยบายทางด้านคุณภาพและความปลอดภัยแล้วยังถูกยกระดับเป็นเรื่องของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (health service reform) โดยได้อิทธิพลและแนวคิดจาก US Institute of Medicine's (IOM) 10 attributes of 'health-literate organisations' (Brach et al, 2012).
3. เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายของ HL ขึ้นใน Australia จาก health promotion Approach ธรรมดา เป็น health system reform approaches ซึ่งต้องเสริมสมดุลระหว่าง 2 Approaches ในระดับนโยบาย และความพยายามในดำเนินการในเรื่อง การกำกับติดตาม/ประเมินผล ในเรื่อง HL ในระดับชาติ พัฒนาสมรรถนะของบุคลกรสาธารณสุขและสมรรถนะของระบบสุขภาพ implement HL programmes อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในเรื่องสุขภาพและการเพิ่มความสามารถในเรื่องHL ให้กับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ประเทศไทย

1. Health Reform รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2560 ได้บัญญัติการปฏิรูปประเทศเข้าไปอยู่ในรัฐธรรมนูป ทำให้มีแผนปฏิรูปประเทศ ซึ่งเรื่อง HL ก็อยู่ในแผนปฏิรูปประเทศด้วย ซึ่งผูกพัน ส่วนราชการต่างๆ ต้องกำหนดแผนพัฒนาในทุกระดับได้แก่ แผนยุทธศาสตร์ชาติ แผน 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แผนพัฒนาสาธารสุขเป็นต้น แต่ข้อจำกัดที่ทำให้แผนปฏิรูปไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควรเนื่องจาก
    1.1. ปัญหาเรื่องงบประมาณที่จะใช้ดำเนินการ HL แม้แผนปฏิรูปจะเขียนแผนปฏิบัติการและกำหนดงบประมาณไว้ก็จริง แต่เป็นเพียงวงเงินที่ต้องไปใช้จากหน่วยงานระดับกรมซึ่งเป็นผู้ตั้งบประมาณ ซึ่งหน่วยงานระดับกรมก็มีการตั้งบประมาณตามแผนของกรมฯ ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับแผนปฏิรูป
    1.2. การกำกับติดตามให้เป็นไปตามแผน แม้กฎหมายจะระบุว่าต้องรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิรูปต่อสภา แต่การกำกับติดตามก็ไม่ได้เข้มข้นในระดับที่หน่วยงานในเกี่ยวข้องจะ engage กับแผนปฏิรูป

2. การขับเคลื่อนการดำเนินการ

2.1. กระทรวงสาธารณสุขทำแผนขับเคลื่อน HL ให้สอดคล้องกับแผนปฏิรูป และมอบกรมอนามัย เป็นเจ้าภาพในเรื่อง Health Literacy โดยกรมอนามัยได้ตั้งสำนักงานโครงการปฏิรูประบบราชการ 4.0 เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สขรส) เป็นหน่วยงานเพื่อรับผิดชอบ โดยสำนักงานดังกล่าวเป็นทั้งสำนักงานเลขานุการและหน่วยขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับ HL

2.2. กรมอนามัย ผลักดันให้มีการตั้ง สมาคมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย (THLA) เพื่อที่จะทำหน้าที่ประสานงานกับทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้ง Health และ Non Health sectors ในการขับเคลื่อนเรื่อง HL (ทำหน้าที่คล้ายกับ **The Austrian Health Literacy Alliance** หรือ ÖPGK ของประเทศออสเตรีย)

2.3. กรมอนามัย คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล และสมาคมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย ได้ผลักดันงานสำคัญที่เกี่ยวกับ HL ได้แก่

2.3.1. กำหนด 66 Key message สำหรับคนไทย โดยครอบคลุมทั้งเรื่อง Healthcare ,Disease Prevention,Health promotion ,Health produt

2.3.2. สร้างเครื่องมือวัด HL (HLS-TH-Q87) ซึ่งผ่านการวัด Validity และ Reliability แล้ว

2.3.3. สำรวจ Health Literacy ของคนไทย ด้วย HLS-TH-Q87 เพื่อใช้เป็น base line data

2.4. แผนงานต่อไป คือ

2.4.1. การสร้าง มาตรฐานของ Health literate Organization (HLO) ใน 4 Setting คือ Healthcare ,Education,Workplace & Community Setting (Standard body)

2.4.2. การพัฒนาระบบการประเมิน (Accreditation System) โดยออกแบบเพื่อแยกบทบาท ระหว่าง Standard body (SB) ,Accreditation body (AB) และ Certified body (CB) และระบบการบริหารจัดการในช่วงเปลี่ยนผ่านที่ยังไม่สามารถ พัฒนา SB ,AB และ CB ได้เต็มรูปแบบ

2.4.3. การสร้าง Network และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2.4.4. พัฒนาความเป็นสถานบัน (Institutionalization) ของ สถาบันส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย โดยเรียนรู้จาก สมาคมเพิ่มผลผลิตและสถาบันเพิ่มผลผลิต

สรุปแนวทางการขับเคลื่อน HL ไปสู่การปฏิบัติของประเทศต่าง ๆ

1. ใน USA Partner และ Net work ระดับ Grass root มีความเข็มแข็ง โดยมีการประสานความร่วมมือในพัฒนา HL (Collaboration) การออกกฎหมายในช่วงปี 2012 (Top down) เพื่อมาแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างที่ระดับ Grass root ไม่สามารถจัดการได้ ทำให้เกิดความครอบคลุมเชิงปริมาณ หนุนเสริม Grass root ที่ทำงานเชิงคุณภาพ
2. ในยุโรป partnership และ Network ของการส่งเสริมสุขภาพมีความเข้มแข็ง โดยเฉพาะสถาบันการศึกษาของ Austria เป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและ Health Literacy ที่ได้รับการยอมรับระดับโลก ใช้การศึกษาวิจัยหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อ Adovocate ผู้กำหนดนโยบายเพื่อแก้ปัญหาเชิงโครงสร้าง และมี **The Austrian Health Literacy Alliance** หรือ ÖPGK ทำการประสานความร่วมมือ ประสานมาตรการ เพื่อให้การพัฒนา HL แบบยั่งยืน

3. Australia ตัวขับเคลื่อนที่สำคัญคือ Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) รับผิดชอบในการพัฒนาและธำรงรักษามาตรฐานที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการและความปลอดภัย ACSQHC's ได้กำหนด National statement on health literacy (2014) โดยใช้ Concept HL as risk ทำให้ HL เข้าไปอยู่ในเรื่อง pateint safety และเป็นส่วนหนึ่งของ Quality Management System (QMS) และทำให้ HL ถูกนำสู่การปฏิบัติครอบคลุมทั้งประเทศอย่างรวดเร็ว ผ่านกลไกของ QMS
4. การขับเคลื่อน HL ในประเทศไทย มีทั้งแบบ Top down จากแผนปฏิรูป ลงมาสู่แผนระดับต่างๆ Cascade ลงมา และการขับเคลื่อนแบบ Bottom up โดยการทำงานแบบ collaboration network โดยมี สมาคมส่งเสริมความรอบด้านสุขภาพ เป็นตัวประสานงานกลาง แม้ HL จะเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย แต่สามารถพัฒนา 66 Key messages , เครื่องมือวัด HL สำหรับประเทศไทย (HLS-TH-Q87) และการสำรวจ HL โดยใช้ HLS-TH-Q87 โดยความสำเร็จของการดำเนินการเกิดจากการดำเนินการแบบ Bottom up มากกว่า

ข้อเสนอแนะที่จะนำประสบการณ์จากต่างประเทศมาใช้ในประเทศไทย

1. นำบทเรียน ปัจจัยความสำเร็จของการใช้กฎหมายเพื่อส่งเสริม HL ใน USA (Top Down) และเปรียบเทียบอะไรคือความแตกต่างของการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อส่งเสริม HL ของประเทศไทยและ USA
2. นำบทเรียน บทบาทความรับผิดชอบและแหล่งงบประมาณของ **The Austrian Health Literacy Alliance** หรือ ÖPGK ว่ามีประเด็นใดที่สามารถจะนำมาประยุกต์ใช้กับ สมาคมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพไทย
3. นำบทเรียนประเทศออสเตรเลีย ที่ขับเคลื่อน HL ผ่านระบบคุณภาพ โดย Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) เพื่อนำมาใช้ในประเทศไทย

****

เอกสารอ้างอิง

1. Julie McKinney and R.V. Rikard. Health literacy policies: National examples from the United States. International Handbook of Health Literacy Research, practice and policy across the lifespan. Bristol : Policy Press ; 2019:489-503
2. Iris van der Heide, Monique Heijmans and Jany Rademakers. Health literacy policies: European perspectives. International Handbook of Health Literacy Research, practice and policy across the lifespan. Bristol : Policy Press ; 2019:403-418
3. Peter Nowak, Christina Dietscher and Marlene Sator. Health literacy policies: National example from Austria – A unique story and some lessons learned from an ongoing journey. International Handbook of Health Literacy Research, practice and policy across the lifespan. Bristol : Policy Press ; 2019:453-470
4. Anita Trezona, Emma Fitzsimon and Sarity Dodson. Health literacy policy in Australia: Past, present and future directions. International Handbook of Health Literacy Research, practice and policy across the lifespan. Bristol : Policy Press ; 2019:471-488

Health literacy policies: National examples from the United States

Julie McKinney and R.V. Rikard

2010: A landmark year for health literacy

การดำเนินการ HL ใน USA เริ่มต้นเป็นแบบ Bottom up แต่ในปี 2010 มีการออกฎหมายต่างๆ ที่ถือเป็น Top – down ลงมา ซึ่งผูกพันหลายภาคส่วนให้ต้องมาดำเนินการเกี่ยว HL ทั้ง USA ได้แก่

1. Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)
2. National action plan to improve health literacy
3. Plain Writing Act 2010
4. Healthy people 2020

เนื่องจาก USA Federal Government พิจารณาเห็นว่า HL เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของคนอเมริกัน รวมถึงระบบบริการสุขภาพด้วย โดยกฎหมายและ Action plan ที่ส่งเสริมให้เกิด HL ในปี 2010 ได้แก่

Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)

ACA หรือรู้จักกันในนาม 'Obamacare', ACA เป็นกฎหมายที่มีซับซ้อนและผ่านความเห็นชอบประกาศเป็นกฎหมายเมื่อปี 2010 เป้าหมายประสงค์หลักของกฎหมายฉบับนี้คือเพื่อเพิ่มความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพให้กับคนอเมริกัน ซึ่งกฎหมายนี้ได้ส่งผลกระทบต่อระบบการส่งมอบบริการสุขภาพในหลายๆเรื่อง ยกตัวอย่าง เช่น กฎหมายระบุถึง patient-centred care และ payment structure for healthcare services. ทำให้เกิดการส่งเสริม HL โดยเฉพาะกลุ่มใหม่ที่จะเข้ามามีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มี HL ต่ำ

Health literacy components of the ACA มาตราของกฎหมายที่ได้กล่าวถึง Health Literacy (Somers and Mahadevan, 2010):

1. การเข้าถึงงานวิจัยด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีคุณภาพ โดยกฎหมายกำหนดว่าวิจัยดังกล่าวต้องมีพร้อมสำหรับสาธารณะด้วยสื่อหลากหลายรูปแบบ และในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้บริโภคที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย
2. การตัดสินใจด้านบริการร่วมกัน โดยกฎหมายกำหนดให้ผู้ให้บริการสุขภาพพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินเพื่อเป็นการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจนั้นต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่มีระดับของของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย
3. ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และความเสี่ยงของยาที่สั่งโดยแพทย์ โดยกฎหมายระบุให้มีที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและการใช้ภาษาเพื่อกำหนดมาตรฐานในการเขียนใบกำกับการใช้ยา รวมถึงการโฆษณา
4. การฝึกอบรมผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

การขยายขอบเขตของ Medicaid

มี part หนึ่งของ ACA กำหนดให้รัฐต่างๆสามารถขยายไปใช้ federal Medicaid funding ได้ โดย Medicaid เป็น Government-administered healthcare programme สำหรับครอบครัวของผู้มีรายได้น้อยและผู้พิการ การขยาย

ขอบเขตทำให้ประชาชนหลายล้านคนได้ประโยชน์จาก Medicaid สามารถรับบริการปฐมภูมิพื้นฐานในชุดสิทธิประโยชน์ต่างๆ ทำให้ต้องพัฒนาระบบการสื่อสารเพื่อให้ง่ายต่อกลุ่มที่ Low Health Liteacy ซึ่งมักจะเป็นกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ ผู้อพยพหรือผู้พิการ (Kutner et al, 2006).

Patient-centred care

ก่อนที่จะนำ ACA มาใช้ ได้มีการสนับสนุนเชิงนโยบายเกี่ยวกับ การฝึกอบรมแนวปฏิบัติเกี่ยวกับ patient-centred care and communication แก่ผู้ให้บริการสุขภาพ (Koh et al, 2012). โดยเน้นในเรื่อง Health Literacy และมิติทางวัฒนธรรม และกฎหมาย และกำหนดแรงจูงใจเพื่อให้มาใช้ patient-centred medical homes. ซึ่งเป็นโรงพยาบาลหรือ Health center ที่ผู้ป่วยจะต้องแพทย์ที่ประสานการบริการระหว่างกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิกับบริการเฉพาะทางต่างๆ โดยมีการกำหนดมาตรฐานในการให้บริการใน Paitent centred medical Home โดยต้องจัดบริการและดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจด้วยการพัฒาประสิทธิภาพของการสื่อสาร ซึ่งจะหลีกเลี่ยงเรื่อง Health Literacy ไปไม่ได้ (Koh et al, 2013a). ส่งผลให้ระบบส่งมอบบริการจำเป็นต้องปรับปรุงในเรื่อง Health Literacy ทั่วทั้งประเทศ และ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ได้จัดทำ A health literacy universal precautions toolkit โดยจัดไว้หลายเรื่องเพื่อให้สอดคล้องกับข้อกำหนดต่างๆในมาตรฐาน (Brega et al, 2015). Toolkit เหล่านี้ได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในองค์กรที่ให้บริการสุขภาพ เพื่อช่วยในการประเมินความสอดคล้องของการปฏิบัตตามมาตรฐาน ช่วยการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อให้สื่อสารได้อย่างชัดเจน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้

ผลของการ Implement ACA

ก่อนที่จะใช้ ACA ร้อยละ 16-18 ของชาวอเมริกันที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ (uninsured) หรือ underinsured (Kaiser Family Foundation, 2017). ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่พอสมควรที่ไม่ได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพและเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพที่แย่กว่ากลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพ รวมถึงเรื่อง Health Literacy ด้วย หลังจาก 2-3 ปีที่ใช้ ACA มีประชาชน 15.8 ล้านคนได้ลงทะเบียนเข้าร่วมประกันสุขภาพกับ Medicaid, ทำให้บริษัทประกันสุขภาพ ต้องพัฒนาสื่อโดยใช้ภาษาที่ง่าย โดยใช้ช่วงที่ลงทะเบียนในการจัดฝึกอบรม เพื่อทำให้ระบบบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนให้ง่ายต่อการเข้าใจ รวมถึงการพัฒนาหลักสูตรและจัด workshop เพื่อเรียนรู้ในเรื่อง health insurance และการตัดสินใจ(making informed decisions) ตัวอย่างเช่น Smart Choice Health Insurance programme ของ University of Maryland Extension Program (Bartholomae et al, 2016).

สรุป ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆทั่วทั้ง USA ได้จัดทำ Program เฉพาะต่างๆเพื่อลดอุปสรรคต่างๆที่ส่งผลต่อ Health Literay โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ และ patient-centred healthcare ซึ่งประกอบด้วยการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การจัดทำสื่อประเภทต่างๆเกี่ยวกับ Health insurance and medicaide เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ และการเตรียม Navigators ที่ผ่านการอบรมเพื่อช่วยเหลือประชาชนในเรื่อการขึ้นทะเบียน Health insurance และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีซับซ้อนได้

ข้อจำกัดของ ACA

ในประเมินในเชิงปริมาณ ACA ทำให้เกิดการปรับปรุงระบบสื่อสารภายในระบบบริการสุขภาพอย่างกว้างขวาง แต่เชิงคุณภาพ พบจากการสำภาษณ์ สรุปได้ว่า ACA และนโยบายที่เกี่ยวข้องส่งผลต่อการปฏิรูปแนวปฏิบัติอย่างมาก

รวมถึงการปฏิรูประบบการเบิกจ่ายเงิน และระบบการติดตามข้อมูลข่าวสาร แต่การประเมิรในเชิงคุณภาพพบว่ายังไม่เพียงพอต่อการให้การศึกษาแก่สาธารณะ (Educate the public)

National action plan to improve health literacy (2010)

The National action plan to improve health literacy เริ่มใช้เมื่อ May 2010 โดย US Department of Health and Human Services (USDHHS) Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010). ขณะที่ ACA มุ่งเน้นที่ healthcare and insurance sectors แต่ Action Plan นี้เกี่ยวข้องกับองค์กรที่มากกว่าทั้ง วิชาชีพ ผู้กำหนดนโยบาย ชุมชน บุคคลและครอบครัว และเชื่อมโยงกับหลาย Sectors ในการยกระดับ health literacy' (USDHHS Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010, p 1). ประกอบด้วย 7 เป้าหมาย ดังนี้

1. พัฒนาและเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพและความปลอดภัยที่ถูกต้อง สามารถเข้าถึง และเน้นการปฏิบัติ
2. ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพเพื่อปรับปรุงข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร การตัดสินและ และการเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพ
3. ผนวกข้อมูลข่าวสารด้านวิทยศาสตร์และสุขภาพ ที่ถูกต้อง ได้มาตรฐานและพัฒนาอย่างเหมาะสม รวมถึงหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลเด็กและการศึกษาเข้าไปในระดับมหาวิทยาลัย
4. สนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่ หรือท้องถิ่น ในการจัดการศึกษาสำหรับผู้ใหญ่ (Adult Education) การสอนภาษาอังกฤษ เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลข่าวสาร และบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมและคำนึงถึงมิติของวัฒนธรรมและภาษา
5. สร้างพันธมิตรความร่วมมือ พัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Guide) และนโยบายการเปลี่ยนแปลง
6. เพิ่มการวิจัยพื้นฐานและการพัฒนา การนำสู่การปฏิบัติ และการประเมินผล practice & Intevention ในการยกระดับ Health Literacy.
7. เพิ่มและเผยแพร่ practices and interventions เกี่ยวกับ Health Literacy ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์

แม้ Action plan ดังกล่าวไม่ได้บังคับให้องค์กรต่างๆต้องดำเนินการ แต่ Action plan ส่งผลใน 2 เรื่องหลักคือ

1. กล่าวถึง Health Ltiteracy ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆในหลากหลายแง่มุม เพื่อแสดงให้เห็นความสำคัญของ Health Literacy และลำดับความสำคัญให้ในลำดับต้นๆ (National priority) โดยสามารถนำ Action plan ดังกล่าวสู่การปฏิบัติ
2. ได้เตรียม Framework และคำแนะนำเพื่อให้องค์กรต่างๆสามารถไปสร้างนโยบายและ intervention โดยกำหนดแผนกลยุทธ์และ Action plan เพื่อสามารถบรรลุแต่ละเป้าหมายไว้อย่างครบถ้วน เพื่อเป็นกรอบเพื่อให้แต่ละองค์กรสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทขององค์กรได้

ในช่วง 2010-2012 ได้เกิด Activities จาก Action plan ดังกล่าว ซึ่งเป็นการดำเนินการของรากหญ้าแบบ Bottom up ยกตัวอย่างเช่น

1. Maternal and child health organisations ได้ พัฒนา pregnancy and baby care books โดยเขียนแบบอ่านเข้าใจง่าย ,programmes สำหรับเด็กในศูนย์เด็กเล็ก โดยเน้นเกี่ยวกับทักษะด้านโภชนาการ
2. universities created health literacy courses for health professionals;

3. Adult education programmes ได้พัฒนาหลักสูตรเกี่ยวกับ health literacy โดยบูรณาไปกับเรื่อง adult education และการสอนภาษาอังกฤษ
4. Hospitals ได้พัฒนาในเรื่อง เทคนิดในการนำสู่การปฏิบัติเช่น brown bag medication checks เพื่อช่วยผู้สูงอายุในเรื่องการบริหารยา
5. หน่วยงานภาครัฐ มีความต้องการงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับ health literacy ด้วยการให้ผู้วิจัยเสนอ proposal ที่เกี่ยวกับ Health literacy เพื่อสนับสนุนทุนวิจัย

นอกจากนั้นยังเกิดภาคีเครือข่ายต่างๆที่เกี่ยวกับ Health Litecy ตามรัฐต่างๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความตระหนักในเรื่อง Health Literacy และใช้ Action plan ดังกล่าวในการการยกระดับ Health Literacy ของประชาชนในแต่ละรัฐ ปัจจุบันพบว่าในจำนวน 50 รัฐของ USA ครึ่งหนึ่งมี Health Literacy alition อย่างเป็นทางการ ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินการ HL ในแต่ละรัฐ แม้ Action plan ไม่ใช่ทั้งกฎหมายและนโยบายที่มีสภาพบังคับ แต่ภายใต้การสนับสนุนจากรัฐบาลและการมีแนวทางปฏิบัติ (guide) เพื่อสนับสนุนองค์กรต่างๆ ทำให้สามารถขยายผลการดำเนินการจนเกิด Activities ต่างๆมากมายจากหลากหลายองค์กรในระดับรากหญ้า (Grass root).

Plain Writing Act of 2010

Plain Writing Act of 2010 กำหนดให้หน่วยงานของรัฐสื่อสารตามแนวทางการสื่อสาร (Guide) ที่รัฐกำหนด โดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อความเข้าใจ มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและความรับผิดชอบต่อสาธารณะโดยส่งเสริมให้ภาครัฐทำการสื่อสารที่ชัดเจนเพื่อให้สาธารณะได้เข้าใจและสามารถนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ได้ พรบ.ดังกล่าวกำหนดให้มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการเขียนภาษาที่ง่ายและสอดคล้องกับมาตรฐาน จากการประเมินพบว่า พรบ.นี้ไม่ได้ส่งผลกระทบในการลดอุปสรรคที่เกี่ยวกับ Health Literacy ของประชาชน มากกว่าโปรแกรมอื่นๆ ตัวอย่างที่พบเช่น ในขณะที่ web site และเอกสารต่างๆของภาครัฐได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก แต่ Federal web site ก็ยังยากต่อความเข้าใจของประชาชนทั่วไป (Politi et al, 2016).

Healthy people 2020

ตั้งแต่ปี 2020 Healthy People ซึ่งใช้กำหนดวัตถุประสงค์โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการยกระดับ Health Luteracy สำหรับประชาชนอเมริกัน (USDHHS Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2014). ด้วยการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการ benchmarks ในทุก 10 ปี และเพื่อติดตามความก้าวหน้า โดยส่งเสริมการประสานความร่วมมือของชุมชนการเสริมพลังประชาชนให้สามารถตัดสินในด้านสุขภาพได้ และวัดผลกระทบของมาตรการป้องกันโรค Healty People 2020 กำหนดให้มีการยกระดับ Health Literacy ด้วยในทศวรรษต่อไป โดยวัด ร้อยละของผู้ให้บริการสุขภาพที่สามารถสอนผู้รับบริการด้วยวิธีการที่เข้าใจง่าย และตัววัดเพิ่มเติมได้แก่

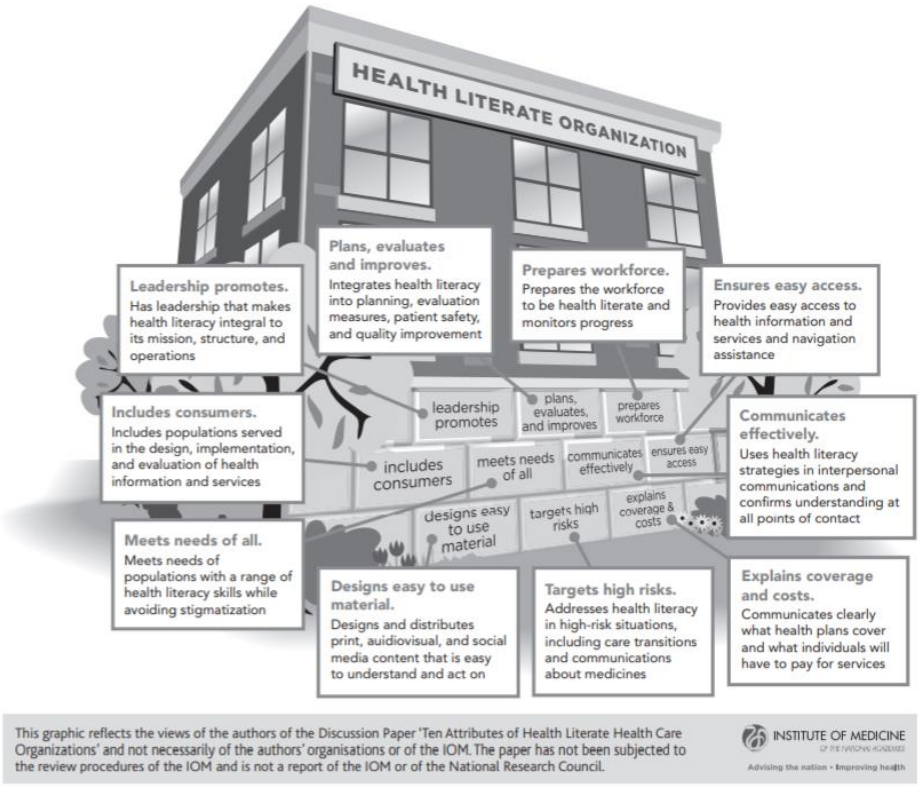
1. ผู้ให้บริการที่มีทักษะการสื่อสารที่ดี
2. การใช้การตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดทางเลือกของการบริการ
3. การปรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับแต่ละบุคคล (personalised health information resources)
4. มี websites ด้านสุขภาพ ที่ง่ายต่อการใช้และเข้าใจ

สรุปวัตถุประสงค์ของ *Healthy people 2020* ได้ใช้นโยบายสาธารณสุขเพื่อสนับสนุน ACA ,Action Plan ,และ Plaint Writing Act 2010. เน้นวัตถุประสงค์ *ในด้านการสื่อสารด้านสุขภาพและการพัฒนา Health information Technology (IT) และสนับสนุนการวัดการบรรลุเป้าหมายและวัดความก้าวหน้าในระดับผลลัพธ์ของประชากร และให้ระบบบริการสขภาพรับผิดชอบในการพัฒนา Health literacy ของประชาชน*

Ten attributes of health literate health care organizations (Brach et al, 2012;)

1. The National Academy of Science Engineering and Medicine (ก่อนหน้านั้นชื่อ Institute of Medicine, IOM) เป็นองค์กรหลักในการให้ข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกัย health literacy advocacy มานานหลายปี
2. ปี 2004 ได้จัดประชุมสัมมาเกี่ยวกับ Health Literacy และเผยแพร่รายงานชื่อ *Health literacy: A prescription to end confusion* (Nielsen-Bohlman et al, 2004). ซึ่งรายงานดังกล่าวได้ส่งผลให้เกิดคลื่นการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก โดยเรียกร้องให้ สถานบริการสุขภาพให้ความสำคัญกับเรื่อง health literacy และได้ติดตามความก้าวหน้าตลอดทศวรรษต่อมา เพื่อให้ผู้ให้บริการสุขภาพลดอุปสรรคต่างๆของ Health Literacy โดยให้ผู้ให้บริการสุขภาพสือสารกับผู้ป่วยอย่างชัดเจน และเตรียมสื่อด้านสุขภาพที่ง่ายต่อการเข้าใจ (Nielsen-Bohlman et al, 2004). ก่อนหน้านั้นเรามักจะโทษในฝั่งของผู้ป่วยว่าไม่มีความรู้และทักษะ (a 'blame the patient' model) มากกว่าจะโทษในฝั่งของผู้ให้บริการที่ไม่มีความสามารถในการสื่อสารข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ จึงเป็นการเปิดมิติใหม่ที่มอง Health Literacy เป็นความรับผิดชอบของทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งต่อมานิยามของ Health Literacy ที่เป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยฝ่ายเดียวก็ถูกเปลี่ยนมาเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทั้งฝ่าย โดยรวมถึงทักษะของผู้ให้บริการสุขภาพด้วย (Coleman et al, 2009)
3. การประชุมที่เกิดผลกระทบมากที่สุดเป็นการประชุมคือการจัดทำ *" Ten attributes of health literate health care organizations "* (Brach et al, 2012; see also Chapters 31 and 35, this volume). รายงานจากการระชุมนี้ได้กำหนด 10 มาตรฐาน ที่องค์กรที่จัดบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้เกิดความเข้าใจร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย

Figure 32.1: Elaborations on the foundations of a health-literate organisation



Source: Reprinted with permission from Nielsen Bohlman et al (2004) by the National Academy of Sciences, Courtesy of the National Academies Press, Washington, DC

4. สิ่งที่ Ten Attributes เหมือนกับ Action Plan, คือ ได้เตรียมมาตรฐานเกี่ยวกับ Health Literacy ที่ได้ผ่านการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิผล ยังได้เตรียม Framework ที่จะช่วยเหลือองค์กรทำให้ทราบว่าจะทำอะไร อย่างไร ที่ไหน ในการที่จะนโยบายใหม่ไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งเอกสารเหล่านี้ได้สนับสนุนองค์กรที่ให้บริการสุขภาพในการส่งเสริม Health literate practices และสามารถตอบสนองผู้ป่วยและชุมชนได้ดีกว่า ตัวอย่างเช่น Building health literate organizations: a guidebook to achieving organizational change (Abrams et al, 2014). เนื้อหาภายในประกอบด้วย
   4.1. Introduction
   4.2. Background
   4.3. Engaging Leadership
   4.4. Preparing the workforce,
   4.5. The care environment.
   4.6. Involving population served.
   4.7. Verbal Communication.
   4.8. Reader-Friendly Material.

Other federal agencies

หน่วยงานของรัฐบาลกลางที่รับผิดชอบในเรื่อง Health Literacy ใน USA ได้แก่

1. Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ),

2. the Centers for Disease Control and Prevention (CDC),
3. the National Academy of Science Engineering and Medicine (formerly called the Institute of Medicine, or IOM),
4. the Health Resources and Services Administration (HRSA),
5. the Office of Minority Health (OMH)
6. the National Library of Medicine (NLM)

Conclusion

1. โดยทั่วไปการดำเนินการเกี่ยวกับ Health Literacy ใน USA นั้นเริ่มจากการขับเคลื่อนระดับรากหญ้า และเป็นสิ่งที่สำคัญในช่วงเริ่มต้น องค์กรต่างๆ เช่น สถานบริการสุขภาพ ได้เห็นความจำเป็นในการตอบสนองความต้องการในเรื่อง Health Literacy โดยเฉพาะกับกลุ่มที่มีความเปราะบาง
2. ความต้องการและแนวทางการแก้ไขปัญหาต่างๆที่ได้ดำเนินการ เป็นแรงผลักดันและชี้นำให้เกิดนโยบาย (Federal policy) ซึ่งต่อมาได้ขยายผลไปสู่การสนับสนุนแบบ Top Down เช่นการออกกฎหมายที่สภาพบังคับทั่วทั้งประเทศ ซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในรอบทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้เพิ่มความเข้มแข็งต่อการพัฒนา Health Literacy ของประชาชนทั่วทั้ง USA ในขณะที่กฎหมายมีสภาพบังคับจึงถือเป็นนโยบายที่เข้มงวด เช่น ACA ทำให้เกิดแรงกดดันให้องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องนำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับ Health literacy เกิดแนวปฏิบัติ (Pratical guidance) ที่ช่วยให้องค์กรต่างๆ สามารถสร้าง programmes and interventions เพื่อนำแนวทางสูการปฏิบัติ การสนับสนุนในเรื่อง Health Literacy จากองค์กรและภาคส่วนต่างๆ ทำให้สามารถนำเสนอประเด็นเรื่อง Health Liteacy ในหลากหลายแง่มุมและมีผลกระทบสูง และสามารถสร้างความตระหนักในเรื่อง Health Literacy อย่างมากในประชาชนของ USA ความหวังของพวกเราคือ โปรแกรมในระดับพื้นที่ ในการตอบสนองความต้องการของชุมชน (Bottom up) และการดำเนินงานของรัฐบาลกลางและหน่วยงานภาครัฐ (Top down) ได้ส่งเสริมบทบาทซึ่งกันและกันตามที่ได้กล่าวมา เราได้เห็นว่าการผสานการดำเนินการแบบรากหญ้าและ Top down สามารถทำให้เกิดความก้าวหน้าในการยกระดับ Health Liteacy ของประชาชนทั้งประเทศ

.

เอกสารอ้างอิง

1. Julie McKinney and R.V. Rikard. Health literacy policies: National examples from the United States. International Handbook of Health Literacy Research, practice and policy across the lifespan. Bristol : Policy Press ; 2019:489-503
2. Abrams, MA., Kurtz-Rossi, S., Riffenburgh, A., Savage, B. Building health literate organizations: a guidebook to achieving organizational change. Wes Des Moines, Iowa: UnityPoint Health; 2014.

Health literacy policies: European perspectives

Iris van der Heide, Monique Heijmans and Jany Rademakers

1. Austria: Example of a national policy to promote health literacy
   1.1. ปี 2011 Austrian Ministry of Health กำหนด 10 new health targets ใน 20 ปีข้าหน้า the next 20 years หนึ่งในนั้นคือ คือการยกระดับ Health Literacy ของประชากร เน้นในการออกแบบการสื่อสารข้อมูลสุขภาพให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อพัฒนา HL
   1.2. เป้าหมายทั้ง 10 ถูกนำไปปฏิบัติทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ โดยในปี 2013 federal government, regional governments and the main insurance association (HVSV) ได้ร่วมลงนามในข้อตกลงร่วมกันในการนำ 10 เป้าหมายไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ โดย Contracti partner (Healthcare Setting) ต้องนำไปดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย ทั้งเป้าหมายเชิงยุทธศาสตรระยะยาว และเป้าหมายในแผนปฏิบัติการระยะสั้นและระยะกลาง
2. Ireland
   2.1. นโยบาย Healthy Ireland: Framework ในการพัฒนา health and wellbeing 2013-2025 ได้เสนอแนะ HL ในการพัฒนานโยบายในอนาคต รวมถึง intervention ในการให้การศึกษาและข้อมูลสารสนเทศเพื่อสนับสนุน HL โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงความสามารถในการตัดสินใจของเด็กและเยาวชน และเพิ่มความเข้มแข็ง self-esteem, resilience, responses to social and interpersonal pressure, health and media literacy (including social media literacy). โดยอยู่ใน Theme 3, ‘ Empowering people and communities’. เป้าหมายของนโยบายดังกล่าว เพื่อที่กระตุ้นและสนับสนุนประชาชนให้สามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม ทำให้สามารถควบคุมสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ (DH, 2013).
   2.2. ภาคีเครือข่ายในการดำเนินการประกอบด้วย Department of Health, Department of Children and Youth Affairs, Department of Education and Skills, HSE directorates, statutory agencies, community and voluntary bodies and the private sector.
3. Italy : Italian national healthcare plan, ได้กำหนดให้ health literacy อยู่ในแผนดังกล่าว เพื่อส่งเสริมการเสริมพลังให้กับประชาชน เน้นการรณรงค์การให้ฝึกอบรมในเรื่องการสื่อสารให้กับประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์. นโยบายระดับชาติถูกพัฒนาโดย Istituto Superiore di Sanita (ISS) ซึ่งอยู่ภายใต้ Italian Ministry of Health (2010) โดยเผยแพร่ guidelines ผ่าน web channel ของ Ministry of Health ที่ใช้ชื่อ page ว่า ‘citizens’, และส่งเสริมการเรียนรู้ของประชาชนผ่าน Online education for citizens โดย public healthcare institution.
4. Portugal : Portugal the national health plan (DGS, 2013), ได้เห็นชอบการส่งเสริม HL ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นในปี 2016-20, โดยกลยุทธ์ที่กำหนดหนดในแผนสุขภาพแห่งชาติ คือการพัฒนาเครื่องมือ และ Action เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมกับสถานบันสุขภาพ และระบบสุขภาพมากขึ้น โดย HL เป็นทั้ง วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านการประสานการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน
5. UK
   5.1. Wales, มี action plan ในการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ (Welsh Assembly Government, 2011); :ซึ่ง HL เป็น 1 ใน 7 Key Action เพื่อให้สามารถบรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีความเป็นธรรม

5.2. Scotland, Health literacy action plan (*Making it easy*; Scottish Government, 2014) ถูกพัฒนาโดย national group, ซึ่งพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในแนวหน้าของวิชาชีพ ผู้กำหนดนโยบาย และสถาบันการศึกษา และ NHS boards

5.3. England : มี Health Literacy Group ซึ่งได้รับการสนับสนุนทางการเงินจาก Department of Health and the Department for Innovation, Universities and Skills. โดยกลุ่มนี้ให้ความสนใจในเรื่องการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับ HL และผลกระทบในระดับประชากร และสนับสนุนนโยบายชาติเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ.

Conclusion :

1. ปัจจุบัน health literacy ได้รับความสนใจจากหลายประเทศใน EU
   1.1. ประเทศที่ได้ยอมรับแนวคิดและมีความสนใจอย่างมากได้แก่ Germany, Ireland, Italy, Portugal, Spain, the UK, Austria, the Czech Republic and the Netherlands.
   1.2. ประเทศที่รับแนวคิด HL ได้ไม่มากโดยรับรู้ในความหมายที่ใกล้เคียง HL เช่น Health promotion หรือ Health Education ได้แก่ Bulgaria, Cyprus, Estonia, France, Greece, Hungary, Lithuania, Poland, Romania and Slovakia, the concept is less common and often linked to broader concepts such as health education and health promotion.
   1.3. มี 6 ประเทศที่มี National – Level Policy ได้แก่ Austria, Ireland, Italy, Portugal, Spain and the UK. อย่างไรก็ตามการมีนโยบายระดับชาติ ไม่ได้หมายถึงการมีข้อกำหนดสำหรับการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเกี่ยวกับ HL โดย Action ที่เกี่ยวกับ HL พบได้ใน 16 ประเทศของ EU มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มเข้ามีส่วนร่วมใน Actions เหล่านั้น ได้แก่ ภาครัฐ NGO และข้อมูลเชิงประจักษ์ในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปได้ว่านโยบายและ Action ดังกล่าวมีประสิทธิภาพหรือไม่ จึงควรที่จะพัฒนาระบบการกำกับติดตามและประเมินผลเพื่อปิดช่องว่างดังกล่าว .

เอกสารอ้างอิง

1. Iris van der Heide, Monique Heijmans and Jany Rademakers. Health literacy policies: European perspectives. International Handbook of Health Literacy Research, practice and policy across the lifespan. Bristol : Policy Press ; 2019:403-418

Health literacy policies: National example from Austria – A unique story and some lessons learned from an ongoing journey ***Peter Nowak, Christina Dietscher and Marlene Sator***

ขั้นตอนที่สำคัญ 6 ขั้นตอนได้แก่

1. การเตรียมข้อมูลอย่างกว้างขวางที่จะใช้ในการสื่อสารเพื่อจัดทำนโยบาย (สุขภาพ)
2. กำหนดการดำเนินการ Health Literacy โดยใช้ intersectoral approach โดยบูรณาการเข้าไปในส่วนหนึ่งของกระบวนการกำหนดปัญหาสุขภาพของประเทศ โดยเข้าไปอยู่ในเป้าหมายสุขภาพที่ 3 คือ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ประกชน ซึ่งประกอบด้วยเป้าหมายย่อย ดังนี้
   2.1. ทำให้ระบบสุขภาพมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นโดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมรวมถึงผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย (ตัวอย่างเช่น การพัฒนาสถานบริการสุขภาพให้เป็น Health Literate Healhtcare Organization (HLHCO)
   2.2. ยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง (ตัวอย่างเช่น ประสานความร่วมมือกับระบบการศึกษา)
   2.3. นำเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปอยู่ในภาคส่วนบริการและการผลิต (ระบบเศรษฐกิจ) (BMGF, 2017)
3. พัฒนาให้สถานบริการสุขภาพ เป็น HL-sensitive healthcare โดยการกำหนดเป้าหมายเฉพาะของเรื่อง HL เข้าไปอยู่ในกระบวนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 Peroid ได้แก่
   3.1. Peroid แรก ทำให้เกิดข้อตกลงในการ reform ดังนี้
      3.1.1. ให้ระบุ HL (ก่อนปี 2017) เข้าไปอยู่ในวิสัยทัศน์ และเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นที่จะนำไปสู่เรื่อง self-determination, citizen and patient participation และ better health-related decisions.
      3.1.2. เป้าหมายเชิงกลยุทธ์ประกอบด้วย การพัฒนาการสื่อสารและข้อมูลเพื่อยกระดับ HL ร่วมกับการสำรวจเพื่อวัด HL
      3.1.3. Intervention ที่จะดำเนินการมี 4 เรื่องได้แก่ (1) การพัฒนา National health information website (see www.gesundheit.gv.at); (2) การนำ HL สู่การปฏิบัติโดยรวมเข้าไปกระบวนการกำหนดเป้าหมายทางสุขภาพระดับชาติ (3) ใช้ Austrian electronic patient record system ในการยกระดับ HL; and (4) มีส่วนร่วมในการทำการสำรวจ HL ในอนาคต
   3.2. Peroid ที่ 2 (2017-2021)
      3.2.1. พัฒนาและยกระดับ Austrian Health Literacy Alliance (ÖPGK) ให้มีความเป็นสถาบันมากขึ้น
      3.2.2. นำ interventions สู่การปฏิบัติ เพื่อให้การสื่อสารในสถานบริการสุขภาพเป็น HL-sensitive มากขึ้น ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ วิดิโอ และข้อมูลข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ รวมถึงการยกระดับให้เป็น HLHCO
      3.2.3. มีส่วนร่วมในการสำรวจ HL ในครั้งต่อไป
4. การพัฒนาสมรรถนะของโครงสร้างการประสานงานและสนับสนุน HL ระดับชาติ ซึ่ง WHO จะเป็นองค์กรนำ และสนับสนุนในด้านการเงิน ?
5. การพัฒนานโยบายในการพัฒนาคุณภาพของการสื่อสารของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาสื่อที่ให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ

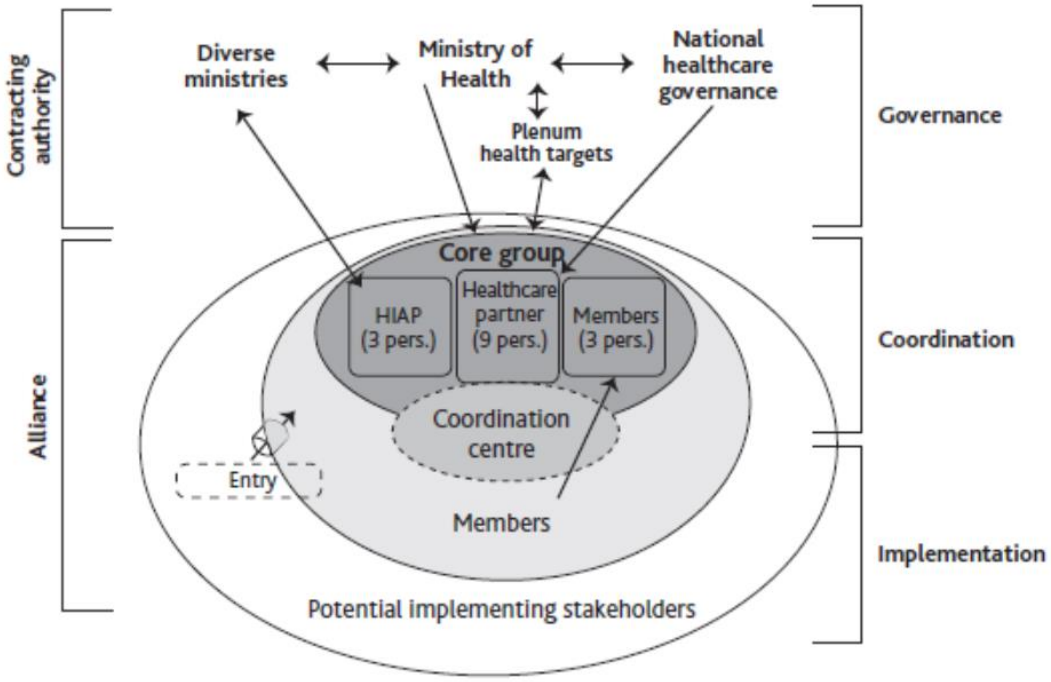
6. พัฒนาการติดตามและประเมินผล และข้อมูลข่าวสารถเพื่อการเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยของความสำเร็จ Key success factors

1. การพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกัน (Coproducing knowledge)
2. การจัดทำเป้าหมายและ Intervention ร่วมกัน (Establishing shared goals and shared interventions)
3. ความสามารถและการนำของผู้บริหาร (Enabling and supporting leadership)
4. มีทรัพยากรที่เพียงพอ (Ensuring adequate resourcing)
5. เปลี่ยนองค์ความรู้ให้เป็น Action (Contributing to the science of knowledge-to-action)
6. การสื่อสารอย่างมีกลยุทธ์ (Being strategic with communication)

Box 30.1: The Austrian Health Literacy Alliance (ÖPGK)

Figure 30.1: Organisational chart of the ÖPGK



Core Group ของ ÖPGK ประกอบด้วยตัวแทนของ Austrian Ministry of Health (MoH) ,Partners จากกระทรวงอื่นๆ (HiAP partners หรือ Health in All Policy Partner) องค์กรทุกประเภทที่ดำเนินโครงการ HL ('members' of the alliance) โดยตัวแทนของ members เหล่านี้สามารถถูกเลือกเข้ามาเป็น core group โดยจะมีการประชุมปีละ 4-5 ครั้ง The coordination centre of the alliance ขับเคลื่อนโดย the Austrian Health Promotion Fund (see Figure 30.1).

จุดมุ่งหมายหลักของ ÖPGK

1. สนับสนุนการพัฒนา HL อย่างยั่งยืน
2. ส่งเสริมการประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกัน

3. ทำให้เกิดการประสานของมาตรการ (measure) ในระดับนโยบาย (policy areas) และระดับพื้นที่ (social areas)
4. พัฒนาให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน การเผยแพร่องค์ความรู้ และการสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรม
5. กำหนดระบบการติดตามกำกับและการรายงาน รวมถึงการพัฒนาให้เกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ มีคุณภาพ

โดยพันธมิตรความร่วมมือได้จัด National HL Conference ทุกปี กระตุ้นการดำเนินการ HL และติดตามผลการดำเนินการตามมาตรการต่างๆโดยใช้ membership process สิ่งที่ได้ร่วมกันดำเนินการที่ผ่านมาคือ การแลกเปลี่ยนของภาคีเครือข่ายในเรื่องการสื่อสารอย่างมีคุณภาพในสถานบริการสุขภาพ

A national strategy for improving the quality of personal communication in healthcare

เป้าหมายที่สำคัญของการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ คือ patient-centred และประสิทธิภาพของสถานบริการสุขภาพในการพัฒนาการสื่อสาร (Sator et al, 2015). ปี 2015 เป็นปีที่เริ่มต้นของการพัฒนาคุรภาพการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวได้ผ่านความเห็นชอบจาก Austrian healthcare system in 2016 (BMGF, 2016). ซึ่งครอบคลุมในเรื่องหลัก 4 areas คือ It suggests a comprehensive intervention model and recommends action in four areas:

1. **การพัฒนาบุคลากรหรือวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพ** มีการฝึกอบรมที่เรียกว่า communication skills training (CST). โดยใช้ train-the-trainer certificate programme for facilitators of CST for practising healthcare professionals in Austrian healthcare organisations โดยมี International Association for Communication in Healthcare เป็นผู้ประสานงานหลัก (see www.each.eu).
2. **การเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว** Empowering patients and families **เพื่อ**
   2.1. ออกแบบเครื่องมือที่จะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลข่าวสาร
   2.2. ดำเนิน patient education programmes (ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าได้ผล)
   2.3. รณรงค์และเผยแพร่คำถามที่ถามบ่อยและแนวคำตอบ
3. **การพัฒนาองค์กรเพื่อให้เป็น** Health Literate Healtcae Organization (Dietscher and Pelikan, 2017 of the quality of healthcare communication and of local communication processes and challenges), การพัฒนาองค์กรและการประเมินผลคุณภาพการสื่อสารขององค์กร ในสถานบริการสุขภาพ
4. **การพัฒนาระบบสุขภาพให้เป็น** patient-centred healthcare communication **ประกอบด้วย**
   4.1. การสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ
   4.2. สร้างเครือข่ายวิชาชีพ นักวิจัย และผู้กำหนดนโยบาย
   4.3. พัฒนาระบบการสร้างแรงจูงใจในการสื่อสารอย่างมีคุณภาพ

Conclusion and implications for change at a systems level

1. จากประสบการการดำเนินการที่ผ่านมาได้เรียนรู้ว่า การพัฒนา HL ต้องมีตัวขับเคลื่อนที่แรงพอ สำหรับ Astria ตัวขับเคลื่อนดังกล่าวคือข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ HL ของประเทศต่างๆ
2. ระบบบริการสุขภาพมีบทบาทที่สำคัญในการขับเคลื่อน HL ผ่านกระบวนการ Health target process หรือ Governance by target process ซึ่งบทบาทของ ÖPGK ซึ่งเข้ามาเป็นตัวกลางในการประสานความร่วมมือ โดยมี

HiAP partners แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะสรับสนุน HiAP partners ในการกำหนดกลยุทธ์ หรือใช้กระบวนการเชิงกลยุทธ์นั้นอย่างมีประสิทธิภาพในกำหนดแนวทางในการสนับสนุน HL ตามภารกิจขององค์กรเหล่านั้น ซึ่งมีแนวทางที่เป็นไปได้ 4 แนวทางคือ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวคือAt least four ways towards this end seem possible from here.

2.1. หาผู้ที่จะมาเชื่อมหรือปิด gap ระหว่าง ตัวอย่างเช่น หาที่ปรึกษาสามารถโน้มน้าวให้ภาคส่วนอื่นๆให้ปรับเปลี่ยนกฎเกณฑ์ หรือกฎหมาย เพื่อสนับสนุนให้เกิด HL มากขึ้น

2.2. whole-of-government approach, เพื่อทำให้ HL เป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วน ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะต้องใช้เวลาเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

2.3. พัฒนากฎหมาย กฎเกณฑ์ หรือกฎระเบียบเพื่อสนับสนุนให้เกิด HL (ต้องใช้เวลาหลายปีในการพัฒนากฎหมาย)

2.4. แสดงให้เห็นผลประโยชน์ร่วมกันในการลงทุนใน HL สำหรับภาคส่วนอื่นๆ ซึ่งอาจหมายถึงการสนธิความร่วมมือระหว่าง HL กับ เป้าหมายอื่นๆ ใน Health in All Policy (HiAP) รวมถึงภาคส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้องด้วย

3. อย่างไรก็ตาม ÖPGK ได้สนับสนุนการสื่อสารเกี่ยวกับ กิจกรรมหรือมาตรการที่มีประสิทธิผลให้แก่ภาคีเครือข่าย ผ่านหลายช่องทาง (website, newsletter, conferences). และในอนาคตจะพัฒนาเครื่องมือใหม่ได้แก่ National HL prize หรือ social media, รวมถึงการ update ข้อมูลระดับประชากรเกี่ยวกับ HL ในประเทศ Austria The M-POHL action network, ซึ่งนำโดย Austria, ได้ถูกตั้งขึ้นโดยความร่วมมือกับประเทศอื่นๆภายใต้ WHO โดย WHO สนับสนุนการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารดังกล่าวเพื่อให้เป็นการจัดทำนโยบายที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์

เอกสารอ้างอิง

1. Peter Nowak, Christina Dietscher and Marlene Sator. Health literacy policies: National example from Austria – A unique story and some lessons learned from an ongoing journey. International Handbook of Health Literacy Research, practice and policy across the lifespan. Bristol : Policy Press ; 2019:453-470

Health literacy policy in Australia: Past, present and future directions

Anita Trezona, Emma Fitzsimon and Sarity Dodson

Key Actors in Australina Health System

1. The federal government รับผิดชอบในเรื่อง
   1.1. three core elements of Australia's universal public health system.
      1.1.1. national public health insurance scheme (Medicare), ซึ่งเป็นการจัดบริการฟรีทั้งในด้านการวินิจฉัยและการรักษา.
      1.1.2. Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), ซึ่ง subsidised ยาและเวชภัณฑ์ที่แพทย์สั่งจ่าย (AIHW, 2016),
      1.1.3. private health insurance โดยครอบคลุมบริการของโรงพยาบาลเอกชน และบริการภายนอกโรงพยาบาลที่ Medicare ไม่ครอบคลุม
   1.2. The federal government รับผิดชอบในการพัฒนนโยบาย และกำหนดวาระแห่งชาติที่เกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน ร่วมถึงเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การคุ้มครองสุขภาพ บริการปฐมภูมิ และสุขภาพจิต
2. State and territory governments รับผิดชอบในการกำหนด agenda และพัฒนาแผนงาน/โครงการและแนวทางการใช้งบประมาณเพื่อการบริการ รวมถึงเป้าหมายในการให้บริการ ในพื้นที่รับผิดชอบ
3. National advisory and regulatory bodies มีบทบาทในการกำหนดกรอบทิศทางและลำดับความสำคัญเกี่ยวกับระบบการให้บริการของประเทศ และติดตามผลการดำเนินการของระบบบริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) รับผิดชอบในการพัฒนาและธำรงรักษามาตรฐานที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการและความปลอดภัย ขณะที่ National Health Performance Authority (NHPA), and Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) มีบทบาทในการรายงานประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ

The Australian healthcare system

1. Federal and state and territory governments ร่วมกันออกแบบและบริหารจัดการระบบสาธารณสุข Federal government จัดสรรงบประมาณ เช่น งบประมาณเพื่อดำเนินการเรื่อง HL ให้แก่โรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ แต่ state and territory governments รับผิดชอบในการบริหารจัดการโรงพยาบาลของรัฐ บริการการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อ
2. บริการในโรงพยาบาลของรัฐเป็นการบริการรักษาฟรีสำหรับผู้ป่วยสาธารณะ แต่การให้บริการมักต้องรอคิวนานมากกว่าในรายที่สามารถจ่ายค่ารักษาเอง และการประกันสุขภาพของเอกชนเป็นการเพิ่มทางเลือกสำหรับประชาชนและไม่ต้องรอคิวนาน

3. Primary care services ให้บริการโดย General Practice (GP) clinics. ซึ่งการมีพร้อมของแพทย์ GP และบริการเสริมอื่นๆใน primary healthcare services ในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะในเขตเมืองหรือในเขตชนบท หรือพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะในเรื่องการเข้าถึงบริการ
4. Community health facilities จะเป็นบริการพื้นฐานที่ต้นทุนต่ำ เช่น บริการอนามัยแม่และเด็ก การคัดกรองมะเร็ง การให้ภูมิคุ้มกัน สุขภาพจิต หรือบริการที่เน้นที่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะเช่น women's health and Aboriginal health services.

Emergence and evolution of health literacy policy in Australia

1. Health literacy ถูกกำหนดเป็น นโยบายด้านสาธารณสุขในปี 2009 เป็นช่วงที่มีการสำรวจ HL ของประชากร Australia โดยพบว่า 60% ของผู้ใหญ่ใน Australia ขาด functional health literacy ที่เพียงพอ (ABS, 2009).
2. นโยบายแรกที่เกี่ยวข้องกับ HL คือ *Fourth national mental health plan* (Department of Health and Ageing, 2009), โดยใช้ health promotion approach ในการยกระดับ mental health literacy ผ่าน health promotion programmes ใน setting ของ โรงเรียน สถานประกอบการ และในชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตให้กับประชาชน เพื่อให้สามารถที่จะทราบเกี่ยวกับโรคที่เกี่ยวกับสุขภาพ และสามารถที่จะค้นหาข้อมูลและบริการที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตได้ เป็นนโยบายระดับชาติโดยใช้ Health Promotion approach โดยเน้นความสำคัญในเรื่อง การเตรียมพร้อมเรื่องข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การพัฒนาทรัพยากรบุคคล การให้สุขศึกษาและการสื่อสารเพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถส่วนบุคคล National and state government policies ระหว่างปี 2009-2013 เน้นการสร้างความตระหนักและแนวคิดให้กับผู้กำหนดนโยบาย รวมถึงความความสัมพันธ์ระหว่าง HL ที่จำกัดกับ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ

Australian health literacy policy development between 2014 and 2018

1. ACSQHC's ได้กำหนด National statement on health literacy (2014) ส่งผลให้นโยบายที่เกี่ยวกับ HL ได้ถูกนำสู่การปฏิบัติทั่วทั้งประเทศ บทบาทของ ACSQHC's เพื่อสร้างหลักประกันในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพ และบริการปฐมภูมิ). โดยกำหนด National statement on health literacy เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ HL ให้กับทุกภาคส่วน และส่งเสริมการประสานความร่วมมือเชิงระบบในการดำเนินการในระดับประเทศ (see Box 31.1) และ statement ดังกล่าวได้ถูกรับรองโดย federal , state and territory health ministers ซึ่งเป็นการส่งสัญญาณทั้งในเชิงนโยบายและการปฏิบัติอย่างชัดเจนในเรื่อง HL และ HL ได้ถูกผนวกเข้าไปในมาตรฐานระดับชาติ โดยรวมเข้าไปอยู่ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งผูกพันสถานบริการสุขภาพทุกแห่งทั่วประเทศที่ต้องนำ HL นำสู่การปฏิบัติ ซึ่งนอกจาก HL จะเป็นเพียงประเด็นเชิงนโยบายทางด้านคุณภาพและความปลอดภัยแล้วยังถูกยกระดับเป็นเรื่องของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (health service reform) โดยได้อิทธิพลและแนวคิดจาก US Institute of Medicine's (IOM) 10 attributes of 'health-literate organisations' (Brach et al, 2012).

2. นโยบายปัจจุบัน ไม่ได้เน้น HL เข้าไปในทุกช่วงอายุ เข้าไปใน health promoting settings หลัก เช่น โรงเรียน สถานประกอบการ และชุมชน และนโยบายปัจจบันก็ไม่ได้กล่าวถึง HL ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีความแตกต่างของวัฒนธรรม ภาษา เพศ หรือกลุ่มที่มี disability ต่างๆ

National statement on health literacy

Background

The *National statement on health literacy ถูกพัฒนาโดย* ACSQHC in 2014. โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการวิจัยและการปรึกษาหารือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถที่จะยกระดับ HL ให้กับประชาชนทั้งประเทศ

Purpose

The statement aims to:

1. เพิ่มความตระหนักในเรื่อง Health Literacy
2. เน้นหนักความสำคัญของ Health Literacy เพื่อรับประกันในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของการบริการ และลดความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ
3. ส่งเสริมความร่วมมือข้ามภาคในการให้ความสำคัญของ health liteacy ส่วนอย่างเป็นระบบ
4. เสนอแนะ actions ที่จะนำไปใช้เพื่อยกระดับ Health Literacy ในองค์กรต่างๆ (across health sector organisations)

Target audiences/stakeholders

1. บุคคลและองค์กรที่ทำงานใน health sector
2. บุคคลและองค์กรที่ทำงานใน education, welfare and social services sectors

Proposed action areas/strategies

National Statement กำหนดขอบเขตใน 3 action areas เพื่อบรรลุการเปลี่ยนแปลงของระบบอย่างยั่งยืน และเป็นแนวทางประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อขับเคลื่อน HL ในออสเตรเลีย:

1. ฝัง health literacy เข้าไปในระบบ การสร้างความมั่นใจได้ว่ากลยุทธ์เรื่อง HL ได้ถูกบูรณาการและมีความยั่งยืน จำเป็นต้องฝังเข้าไปในระดับนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแนวปฏิบัติขององค์กร รวมถึงเรื่อง กฎหมายหรือกฎระเบียบของทางราชการ นโยบาย แผนงาน มาตรฐาน และกลไกทางด้านการเงิน
2. มั่นใจในระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ระบบการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ และการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ และมั่นใจว่าการสื่อสารนั้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างเฉพาะเจาจง
3. บูรณาการเรื่อง health literacy เข้าไปการศึกษา ทั้งแบบเป็นทางการและการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงผู้รับบริการ และประชาชน และบูรณการเรื่อง population health programme, health promotion, education and social marketing campaigns เข้าด้วยกัน

Source: ACSQHC (2014)

Future directions for health literacy policy in Australia

1. ค้นหาแนวทางในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสขภาพ และพัฒนาความสามารถขององค์กรที่ให้บริการสุขภาพและบริการทางสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการในเรื่อง HL ของประชาชนหรือผู้บริโภค
2. ค้นหาแนวทางในการเพิ่มความสามารถส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในทุก setting ของการดำรงชีวิตประจำวัน ที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจที่เกี่ยวกับสุขภาพ โดย 5 key areas สำหรับการสร้างความเข้มแข็งได้แก่
   2.1. *Leadership and governance*
   2.2. M&E
   2.3. *Strengthening the health service and system capability to respond to health literacy needs*
   2.4. *Improving workforce capability*
   2.5. *Building the health literacy capability of individuals, families and communities*

บทสรุป

1. HL ถูกกำหนดเป็นนโยบายครั้งแรกในปี 2009 โดยกำหนดว่า HL เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่าง บุคคล กับสถานบริการสุขภาพ
2. เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายของ HL ขึ้นใน Australia จาก health promotion Approach ธรรมดา เป็น health system reform approaches ซึ่งต้องเสริมสมดุลระหว่าง 2 Approaches ในระดับนโยบาย และความพยายามในดำเนินการในเรื่อง การกำกับติดตาม/ประเมินผล ในเรื่อง HL ในระดับชาติ พัฒนาสมรรถนะของบุคลกรสาธารณสุขและสมรรถนะของระบบสุขภาพ implement HL programmes อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในเรื่องสุขภาพและการเพิ่มความสามารถในเรื่องHL ให้กับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Anita Trezona, Emma Fitzsimon and Sarity Dodson. Health literacy policy in Australia: Past, present and future directions. International Handbook of Health Literacy Research, practice and policy across the lifespan. Bristol : Policy Press ; 2019:471-488

Health Literacy Movement in Thailand

Contents:

1. สภาปฏิรูปแห่งชาติ (ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม)
2. จากรัฐธรรมนูญถึง ยุทธศาสตร์ชาติและแผนปฏิรูปประเทศ
3. ยุทธศาสตร์ชาติ 2561-2565
4. แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข
5. แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
6. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)
7. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564)
8. กรมอนามัยกับการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2560 จนถึงปัจจุบัน
9. สมาคมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย (Thai Health Literacy Association (THLA)

สภาปฏิรูปแห่งชาติ (ด้านสาธารณสุข)

1. ภายหลังจากรัฐประหาร 2557 โครงสร้างในการบริหารประะเทศในขณะนั้นประกอบด้วย
    1. คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช)
    2. คณะรัฐมนตรี (ครม)
    3. สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช)
    4. สภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช) ต่อมา สปช.ถูกยกเลิก จึงมีสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท) มาทำหน้าที่ปฏิรูปประเทศแทน
    5. คณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ
2. สภาปฏิรูปแห่งชาติ (6 ตุลาคม พ.ศ. 2557 – 6 กันยายน พ.ศ. 2558) หรือ สปช. เป็นสภาที่ตั้งขึ้นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 มาตรา 27 มีหน้าที่ศึกษาและเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปฏิรูปในด้านต่าง ๆ มีสมาชิกไม่เกิน 250 คน มาจากคณะกรรมการสรรหาจังหวัดจำนวน 77 คน และคณะกรรมการสรรหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติแต่งตั้ง รวม 11 คณะ จำนวน 173 คน
3. สภาปฏิรูปแห่งชาติมีหน้าที่ศึกษาและเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปฏิรูปในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
    1. ด้านการเมือง
    2. การบริหารราชการแผ่นดิน
    3. กฎหมายและกระบวนการยุติธรรม
    4. การปกครองท้องถิ่น
    5. การศึกษา
    6. เศรษฐกิจ
    7. พลังงาน
    8. สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

9. สื่อมวลชน
10. สังคม
11. อื่นๆ

4. สปช.ได้กำหนดแผนการปฏิรูปที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้
    1. ยกระดับการปฏิรูปความรอบรู้ด้านต่างๆ ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ (National Agenda)
    2. จัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ
    3. กำหนดให้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี อยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติและแผนพัฒนาสาธารณสุข
    4. จัดการให้สถาบันการศึกษาทุก ระดับและสถานบริการสุขภาพ สถานที่ทำงานและโรงงานต่างๆ เป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization
    5. พัฒนาชุมชน/ท้องถิ่นเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communities)
    6. สนับสนุนและขยายความครอบคลมุ ให้ประชาชนสามารถรู้เท่าทันสื่อให้มากที่สุด (Literacy)
    7. สนับสนุนการศึกษาวิจัย (Health Literacy Survey) และจัดให้มี Center of Excellence ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ
    8. จัดให้มีรายการโทรทัศน์ด้านสุขภาพเป็นประจำและมีการบริหารจัดการเพื่อตอบโต้ข้อมูลที่ผิดพลาดและเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ทันท่วงที
    9. พัฒนากระบวนการผลิตสื่อด้านสุขภาพและช่องทางเผยแพรข้อมูล
    10. จัดให้มีการสำรวจในกลุ่มประชาชนกลุ่มต่างๆหรือทั้งประเทศในเรื่องต่อไปนี้ ทุก 3 หรือ 5 ปี
        1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ - พฤติกรรมสุขภาพ, พฤติกรรมเสี่ยง
        2. National Health Examination Survey
5. เมื่อสภาปฏิรูปแห่งชาติสิ้นสุดลง มีการแต่งตั้งสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.) (13 ตุลาคม พ.ศ. 2558 - 3 สิงหาคม พ.ศ. 2560[2]) ตั้งขึ้นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 1) พุทธศักราช 2558 มาตรา 39/2 ทำหน้าที่ศึกษาและปฏิรูปทั้ง 11 ด้านสืบต่อจาก สภาปฏิรูปแห่งชาติ ที่ถูกยุบไปตามมาตรา 39/1
6. ที่ประชุมระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข (WM) เมื่อวันที่ 11 พย.59 ได้มอบหมายให้กรมอนามัย เป็นแกนหลักในการดำเนินการดำเนินการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากรัฐธรรมนูญถึงแผนปฏิรูปประเทศ

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 [1]
    1. มาตรา 55 ว่ารัฐต้องดาเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งการเข้าถึง และเข้าใจความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นองค์ประกอบหนึ่ง ที่สาคัญต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ

2. หมวดที่ 16 การปฏิรูปประเทศ มาตราที่ 258 ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศในด้านต่างๆ
3. มาตรา ๒๕๙ ภายใต้บังคับมาตรา ๒๖๐ และมาตรา ๒๖๑ การปฏิรูปประเทศตามหมวดนี้ ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ [2] ซึ่งอย่างน้อยต้องมีวิธีการจัดทำแผน การมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนในการดำเนินการปฏิรูปประเทศ การวัดผลการดำเนินการ และระยะเวลาดำเนินการปฏิรูปประเทศทุกด้าน ซึ่งต้องกำหนดให้เริ่มดำเนินการปฏิรูปในแต่ละด้านภายในหนึ่งปีนับแต่วันประกาศใช้รัฐธรรมนูญนี้รวมตลอดทั้งผลสัมฤทธิ์ที่คาดหวังว่าจะบรรลุในระยะเวลาห้าปี
4. มาตรา ๒๖๖ ให้สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศอยู่ปฏิบัติหน้าที่ต่อไปพลางก่อนเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ จนกว่าจะมีกฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศที่ตราขึ้นตามมาตรา ๒๕๙

2. พรบ.การจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ [3]
    1. มาตรา ๕ ให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกันอันจะก่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายดังกล่าว ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งจะต้องไม่น้อยกว่ายี่สิบปี การประกาศใช้ยุทธศาสตร์ชาติให้ทำเป็นประกาศพระบรมราชโองการ [4] และเมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้ และหน่วยงานของรัฐทุกหน่วยมีหน้าที่ดำเนินการเพื่อให้บรรลุ เป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ
    2. พรบ.จัดทำยุทธศาตร์ชาติ 2560 กำหนดให้มีคณะกรรมการ 2 ชุด คือ คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ และคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อร่างแผนยุทธศาสตร์ชาติ โดยแผนการปฏิรูปประเทศต้องสอดคล้องกับร่างแผนยุทธศาสตร์ชาติ และเมื่อคณะกรรมการปฏิรูปประเทศได้เขียนแผนปฏิรูปแล้วเสร็จต้องเสนอ คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติเพื่อเห็นชอบ โดยสำนักงานเลขานุการ และเลขาธิการ ของทั้ง พรบ.จัดทำยุทธศาสตร์ชาติ 2560 และ พรบ.แผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ คือ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตามลำดับ

3. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ[5] ได้จัดทำแผนปฏิรูป และประกาศใช้ โดยประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๕ ตอนที่ ๒๔ ก ๖ เมษายน ๒๕๖๑ [6]

ยุทธศาสตร์ชาติ 2561-2565

ประกอบด้วย 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ได้แก่

1. ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง
2. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน
3. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
4. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม
5. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
6. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
เป้าหมาย

1. คนไทยเป็นคนดี คนเก่ง มีคุณภาพ พร้อมสำหรับวิถีชีวิตในศตวรรษที่ ๒๑
2. สังคมไทยมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนต่อการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต

ตัวชี้วัด

1. การพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาวะ และความเป็นอยู่ที่ดีของคนไทย
2. ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
3. การพัฒนาสังคมและครอบครัวไทย

ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

1. การปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม
2. การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต
3. ปฏิรูปกระบวนการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ ๒๑
4. การพัฒนาระบบการเรียนรู้ตลอดชีวิต
    1. การปรับเปลี่ยนระบบการเรียนรู้ให้เอื้อต่อการพัฒนาทักษะสำหรับศตวรรษที่ ๒๑
    2. การเปลี่ยนโฉมบทบาท 'ครู' ให้เป็นครูยุคใหม่ โดยปรับบทบาทจาก "ครูสอน" เป็น "โค้ช" หรือ "ผู้อำนวยการการเรียนรู้"
    3. การพัฒนาระบบการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยเน้นการจัดระบบการศึกษาและระบบฝึกอบรมบนฐานสมรรถนะที่มีคุณภาพสูงและยืดหยุ่น
    4. การสร้างความตื่นตัวให้คนไทยตระหนักถึงบทบาท ความรับผิดชอบ และการวางตำแหน่งของประเทศไทยในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์และประชาคมโลก
    5. การวางพื้นฐานระบบรองรับการเรียนรู้โดยใช้ดิจิทัลแพลตฟอร์ม
    6. การสร้างระบบการศึกษาเพื่อเป็นเลิศทางวิชาการระดับนานาชาติ
5. การตระหนักถึงพหุปัญญาของมนุษย์ที่หลากหลาย
6. การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี
    1. การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ
    2. การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ
    3. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี
    4. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี
    5. การส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในทุกพื้นที่
7. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
8. การเสริมสร้างศักยภาพการกีฬาในการสร้างคุณค่าทางสังคมและพัฒนาประเทศ

แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข [7]

สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ(สปท.) มีประเด็นและข้อเสนอในการปฏิรูป ระบบสาธารณสุขที่ขับเคลื่อนต่อจากสภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ดังนี้

1. การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ
2. การจัดตั้งสานักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพ แห่งชาติ (สมสส.)
3. การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ ในประเด็นการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้าตาลเกินเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพ
4. การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติ พร้อมร่างพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ...และร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ...
5. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล
6. การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ
7. การปฏิรูปความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ
8. การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน : สิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ

แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. การปฏิรูปความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ ประชาชนที่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีจานวนน้อย ในขณะที่ข่าวสารด้านสุขภาพมีเป็นจานวนมาก แต่ขาดระบบการคัดกรอง และการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ทาให้ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง จึงมีข้อเสนอ คือ
    1. ปฏิรูปยุทธศาสตร์และกลไกในการขับเคลื่อนด้านความรอบรู้และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ
    2. ปฏิรูประบบการประเมินผลโดยเน้นผลลัพธ์ที่ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย
    3. จัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ
    4. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย ควรร่วมมือกันเพื่อสนับสนุนให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate School) โรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literate Hospital) และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communication)
2. เป้าหมายหรือผลอันพึงประสงค์และผลสัมฤทธิ์
    1. ประชาชนไทยทุกคนมีทักษะในการเข้าถึงและประมวลข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง
    2. สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate societies) คือสังคมที่ประชาชนทุกคนเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และประยุกต์ใช้ของประชาชน สามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
    3. ประเทศไทยมีระบบสาธารณสุข การศึกษา สวัสดิการสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลและบริการต่างๆ ในสังคม เพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
3. กรอบระยะเวลาในการดำเนินการ พ.ศ. 2561-2565
4. ตัวชี้วัด
    1. ปริมาณข้อมูลสุขภาพที่เป็นเท็จและถูกเผยแพร่มีน้อยลง

2. ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น
3. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในประชาชนทุกกลุ่มวัยเพิ่มขึ้น
4. ประชาชนมีอัตราการเจ็บป่วยลดลง
5. ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลลดลง

5. วงเงินและแหล่งเงิน งบประมาณรวมประมาณ 1,195.68 ล้านบาท
6. รายละเอียดไว้ใน Action Plan [8]
    1. การพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพ
        1. มีระบบการคุ้มครองด้านการสื่อสารโดยมีหน่วยงานกลาง คัดกรองข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ถูกต้อง ทันการณ์และมีประสิทธิภาพในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจจับข้อมูลเท็จ ตอบโต้ข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องอย่างทันท่วงทีต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้
        2. เพิ่มช่องทางสื่อสารมวลชนสาธารณะทางสุขภาพและแนวทางเขียนสื่อสุขภาพ
    2. การพัฒนา 3 ระบบใหญ่
        1. การพัฒนาระบบการสาธารณสุข พัฒนามาตรฐานและการประเมินตามมาตรฐาน ตัวชี้วัด คือ จำนวนองต์กรรอบรู้ด้านสุขภา (HLO) ทั้ง Health & Non Health Sectors กระจายทั่วพื้นที่ทั้งประเทศ
        2. การพัฒนาระบบการศึกษาที่จะช่วยยกระดับการรู้หนังสือและทักษะสุขภาพนำไปสู่การปรับวิธีการสอนและหลักสูตรด้วยกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย V-shape ตั้งแต่เด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กแ ล ะ ย ก ร ะ ดั บ ป ฏิ สั ม พั น ธ์(Interactive HL) และคิดวิเคราะห์ (Critical HL) ของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา เครื่องชี้วัด คือ จำนวนสถานศึกษาที่เป็น สถานศึกษารอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS)
        3. พัฒนาระบบวัฒนธรรมและความเชื่อ
    3. การศึกษาวิจัยเชิงประเมินผล
        1. สารวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยทุก 3 ปี 5 ปี 10 ปี
        2. การวิจัยการทางาน ด้วยฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการทำงาน(Evidence Based ที่เ รียกว่า Implementation science research Practice
        3. จัดทาต้นทุน (Unit cost) สำหรับการสนับสนุนด้านการเงินตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ปรับจากการให้สุข ศึกษ าแ ล ะ ปรับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการใช้ กระบวนการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพV-shapeในระบบบริการสุขภาพทุกมิติ
        4. Center of Health Literacy excellence รวบรวมงานวิจัยและองค์ความรู้วิชาการ และ Application
    4. พัฒนากาลังคนด้านการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
        1. พัฒนาชุดสมรรถนะหลักและรูปแบบ หลักสูตร การฝึกอบรมสำหรับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ
        2. พัฒนาหลักสูตรและผลิตนักศึกษาด้านส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3. เพิ่มการทางานเชิงการขับเคลื่อนมากกว่าการให้บริการและให้ความรู้หรือสอน(on the job training)
4. พัฒนาต่อยอดนำเสนอผลงานวิจัยด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยร่วมมือกับสถาบันทั้งในและต่างประเทศ

5. พัฒนากลไกการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ
    1. ประกาศการปฏิรูปความรอบรู้ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ (National Agenda)
    2. คณะกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพแห่งช าติโดยคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี
    3. จัดทาข้อเสนอและร่างระเบียบสานักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
    4. กลไ กทางการเงินแล ะงบประมาณ จากแหล่งทุน เช่นสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลหรือระบบภาษี
    5. องค์กรกลางมีความเป็นอิสระ มืออาชีพ ที่ทาหน้าที่ประสานความร่วมมือ/บริหารภาคีเครือข่ายแบบ synergic ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคมในและนอกประเทศ

ยุทธศาสตร์ ๒๐ ปีของกระทรวงสาธารณสุข [9]

1. กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวง และอยู่ในวาระปฏิรูปเร่งด่วน (Quick win) ของกระทรวง
2. ได้จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ ด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลอำเภอหลายแห่ง ขณะเดียวกันกรมอนามัย ได้วางแผนการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 10 ปี (พ.ศ. 2560– 2569) โดยมีเป้าหมายให้สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Societies) โดยใช้ 4 กลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คือ กลไกการสื่อสาร(Communication) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Capacity Building) การสร้างความผูกพัน (Engagement) และการเรียนรู้แบบเสริมพลัง (Empowerment) ควบคู่กับการกำกับ ติดตามอย่างเข้มข้น (Intensive M&E)
3. โครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
    1. สร้างช่องทางการสื่อสาร เผยแพร่ความรู้ที่ประชาชน เข้าใจได้ง่าย เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง
    2. สร้างกิจกรรมการเรียนรู้รูปแบบต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจทางสุขภาพ
    3. ส่งเสริมการนำข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพ เข้าไปอยู่ในกิจกรรมของชุมชน เกิดการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพร่วมกัน

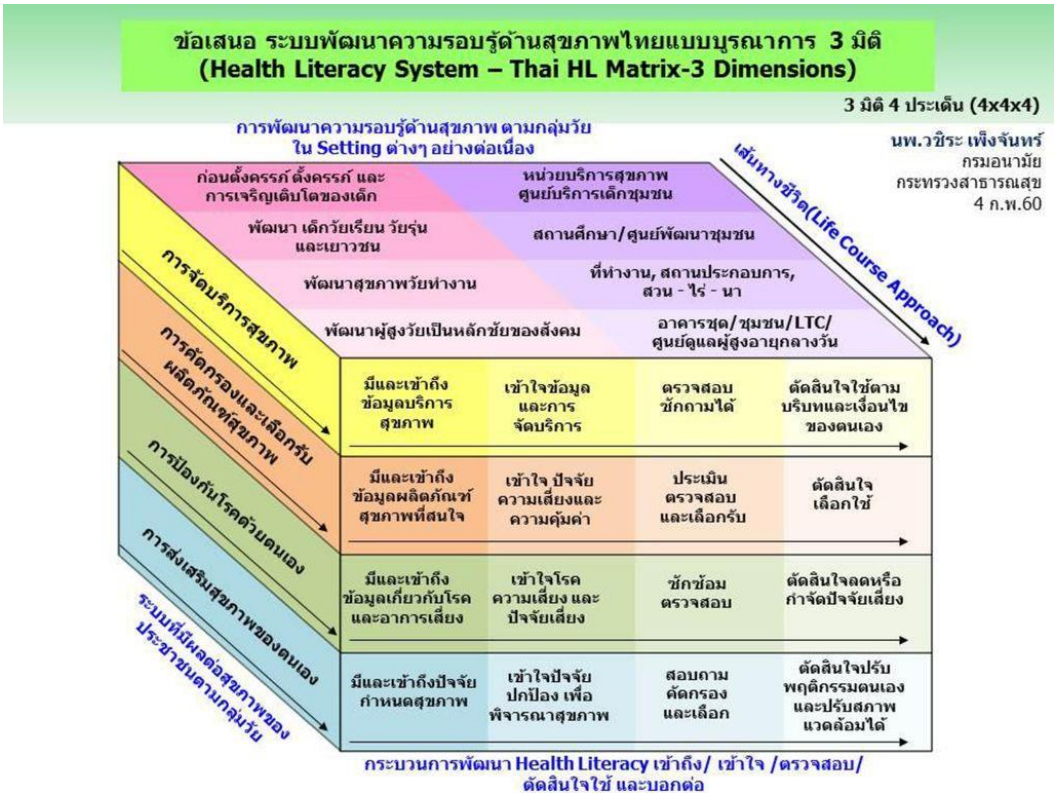
แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564) [10]

เป้าหมาย

1. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง โดยกำหนดเครื่องชี้วัดว่า ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 5
2. คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาวะที่ดี ลดการตายก่อนวัยอันควร
3. เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกเหมาะสม
4. มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม
5. มีระบบการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ กรมอนามัย พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน [11]

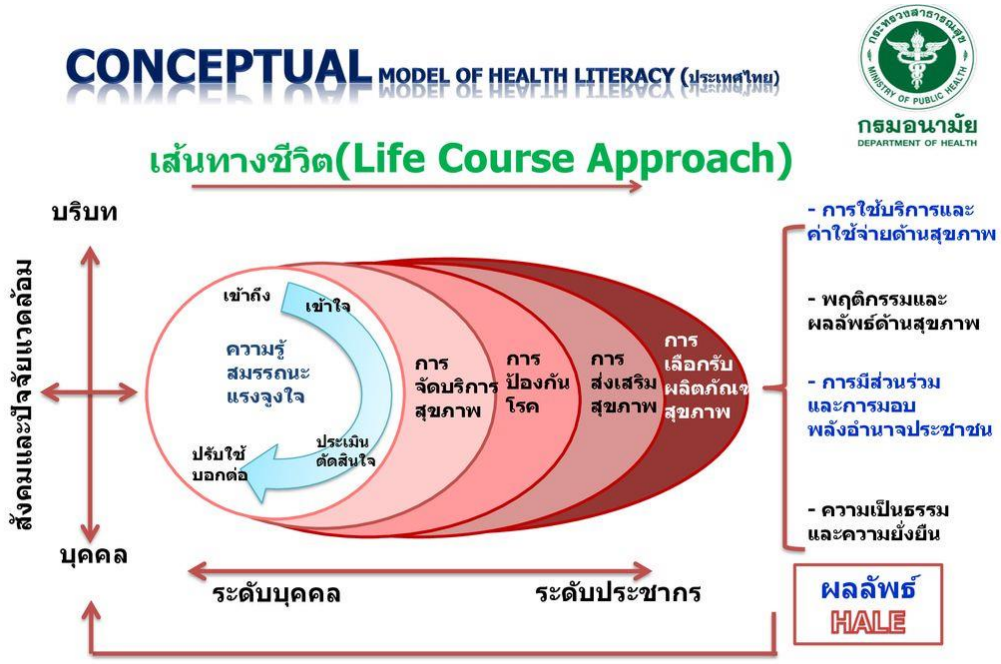
1. แนวคิดในการดำเนินการความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้ Model ลูกเต๋า โดยประกอบด้วย 3 แกน (มิติ) ได้แก่



1. มิติด้านกระบวนการ ใช้ V shape ประกอบด้วย เข้าถึง เข้าใจ สอบถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม บอกต่อ (ยุโรป มี 4 ด้าน คือ Access ,Understand ,Appraise ,Apply)

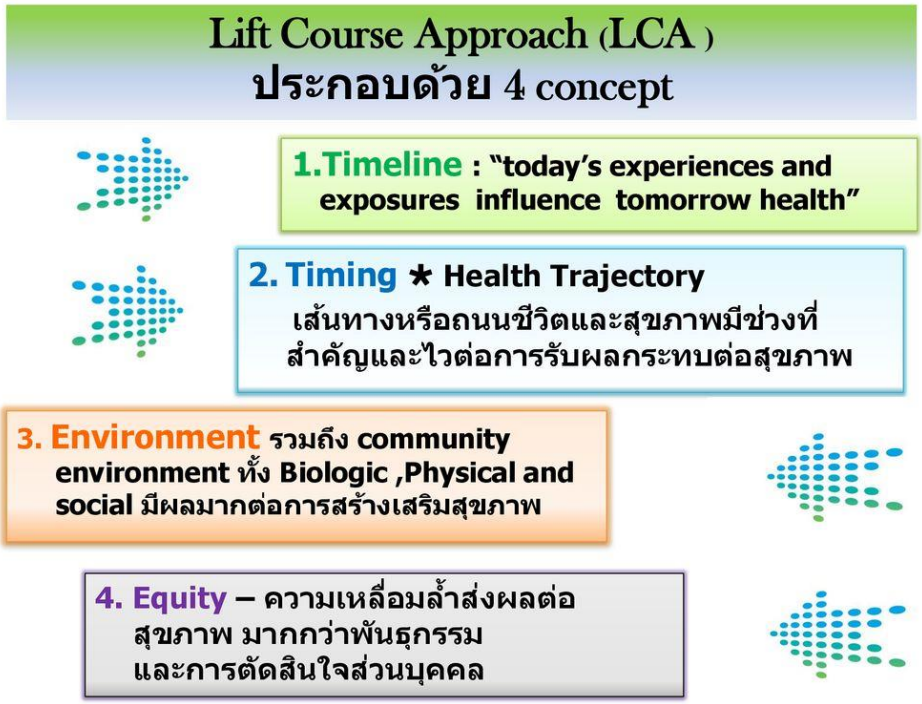
2. มิติของระบบที่มีผลต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การจัดบริการสุขภาพ และการคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยุโรป มี 3 ด้าน คือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ

การรับบริการสุขภาพ)



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

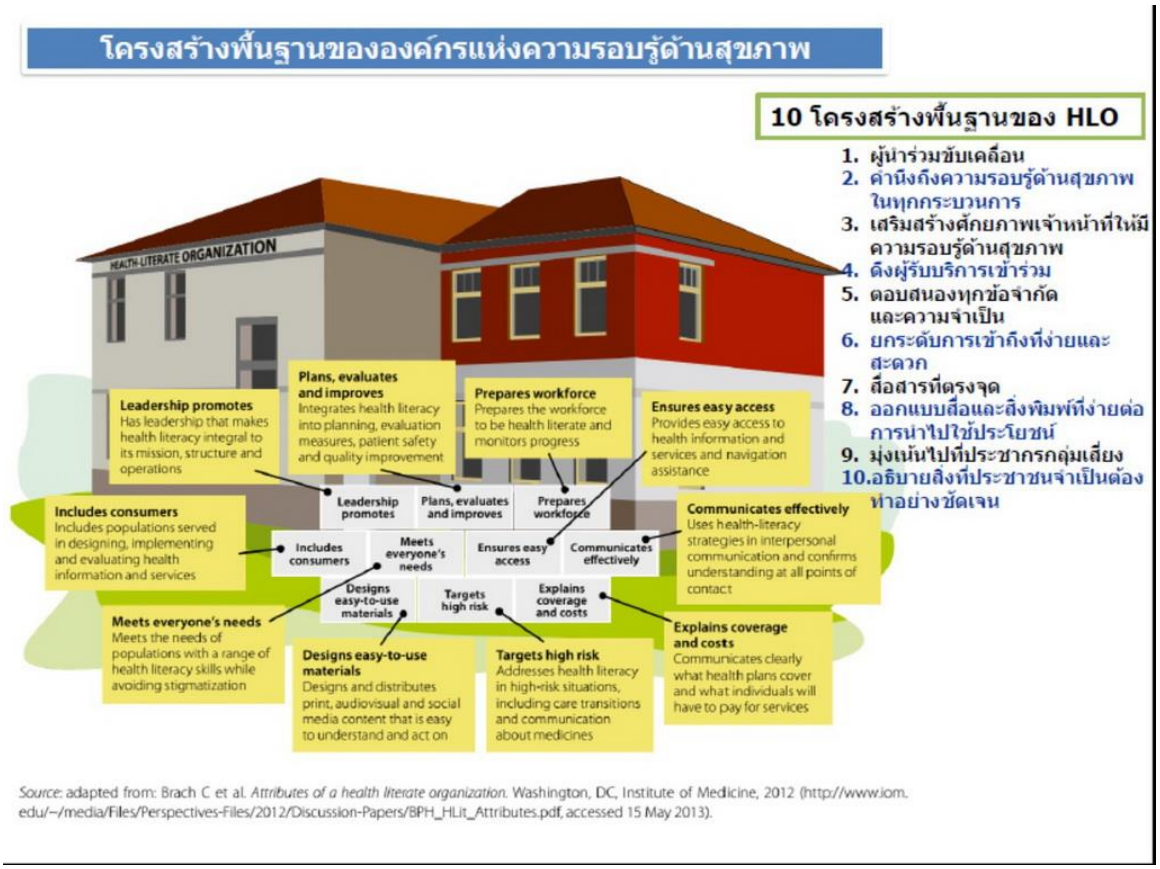
3. มิติการพัฒนาตลอดทุกช่วงวัยใน Setting ต่างๆ ตาม Life course Approach ที่ประกอบด้วย 4 เรื่อง ได้แก่ Timing ,Timeline,Environment ,Equity)



2. เป้าหมายในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ คือ คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ในปี 2564
3. แผนการดำเนินการ Health Literacy ของกรมอนามัย 2561-2564

1. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการ กับแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ (Promotion and Prevention Excellence Strategic Plan)
2. กำหนดนโยบายให้หน่วยงานในสังกัดกรมอนามัยดำเนินงาน การพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ
3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ
4. สร้าง Key message ข้อมูล ความรู้ และทักษะพื้นฐานด้านสุขภาพในทุกกลุ่มวัย

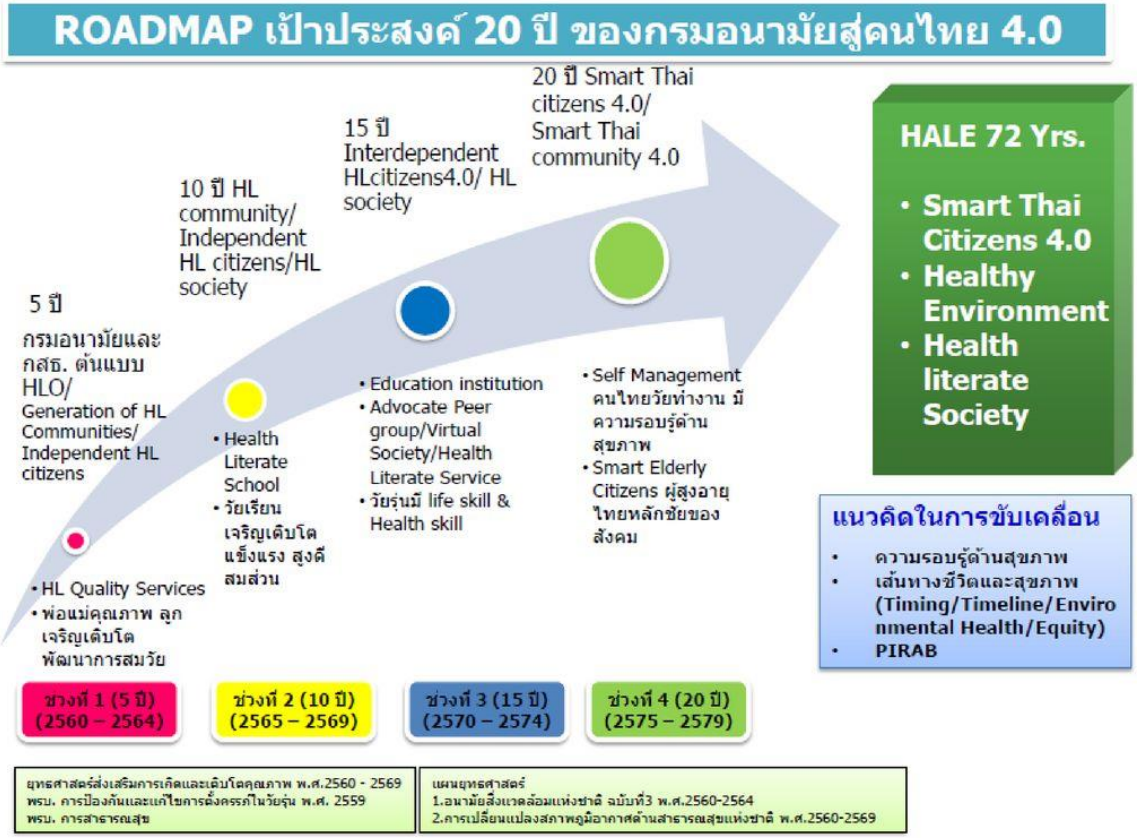
4. ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพประชาชนไทยในปี 2560โครงสร้างพื้นฐานขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้ Health Literate Health Care Organizations (HLHOs 10 Attributes)



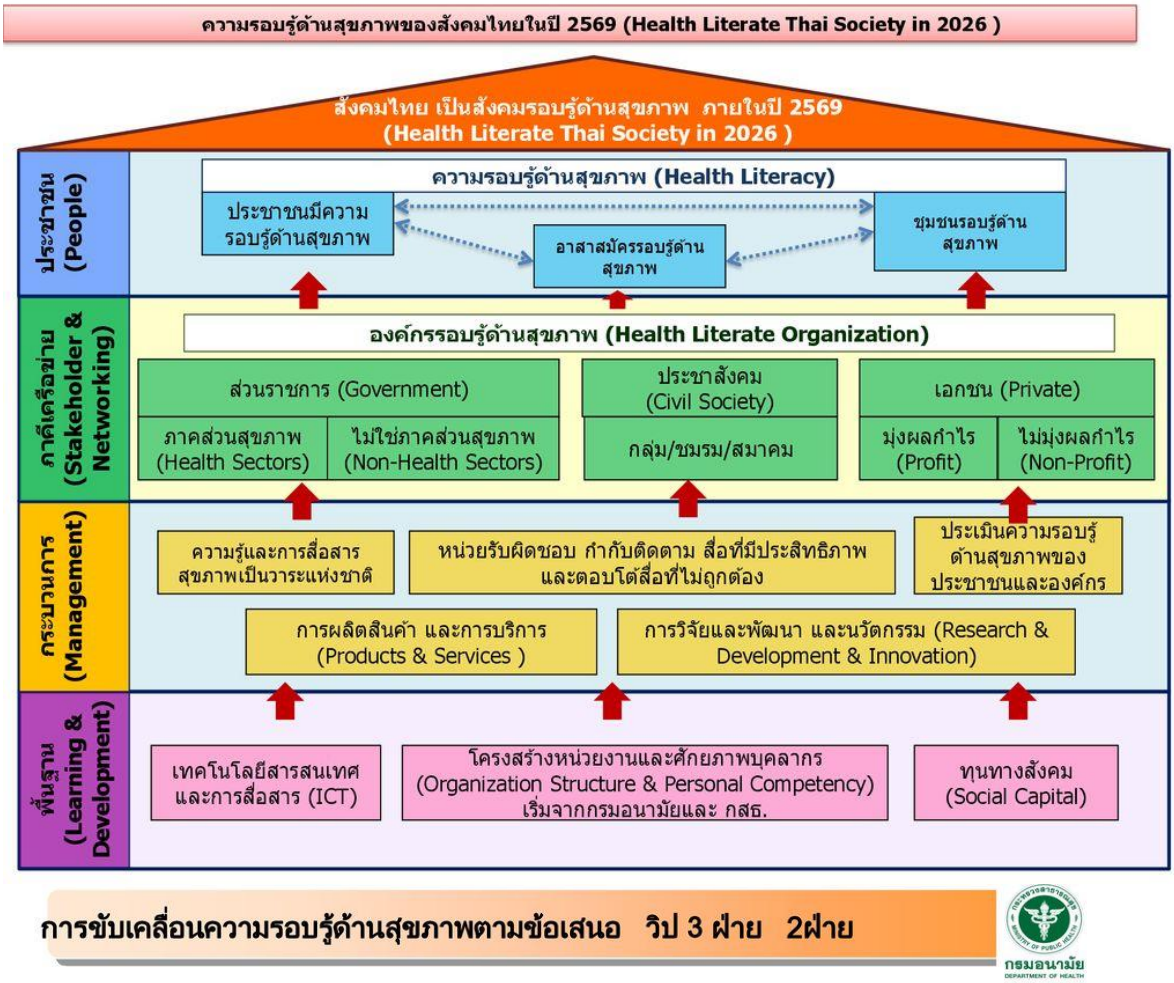
Source: adapted from: Brach C et al. *Attributes of a health literate organization*. Washington, DC, Institute of Medicine, 2012 (http://www.iom.edu/~/media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_HLit_Attributes.pdf, accessed 15 May 2013).

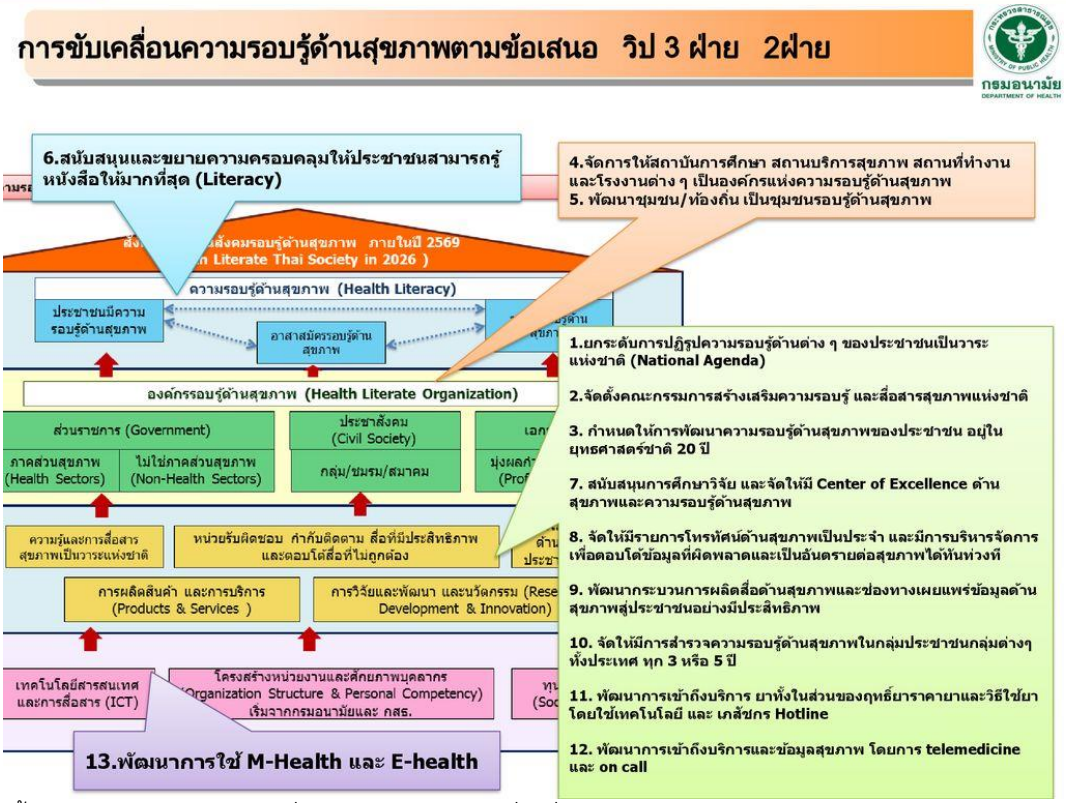
5. ใช้กรอบแนวคิด Health Literate เป็นรากฐานของระบบสุขภาพ

6. Road Map 20 ปี



7. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์





8. จัดตั้งสำนักงาน โครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.)

สมาคมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย (Thai Health Literacy Association : THLA) [12]

2. ได้จดทะเบียนสมาคมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย ในวันที่ 6 กพ.2561 โดยมี นพ.วชิระ พันธ์เพ็ง (อธิบดีกรมอนามัยในขณะนั้น) เป็นนายกสมาคม โดยมีวัตถุประสงค์
    1. ส่งเสริมสให้สมาชิกมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
    2. ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยและนวัตกรรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามกรอบข้อเสนอระบบพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพไทยแบบบูรณการ 3 มิติ 4 ระบบ คือระบบการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ระบบการป้องกันโรคด้วยตนเอง ระบบการคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์ และระบบบริการทางการแพทย์
    3. ส่งเสริมสนับสนุนการเผยแพร่ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป
    4. ร่วมมือประสานงานเพื่อให้บริการแนะนำและสนับสนุนหน่วยงานภาครัฐเอกชน ในการนำประเด็นสื่อสารหลัก (Key Messages) ไปใช้ในทุกระดับเพื่อให้กิดสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Society หรือ HLS)
    5. ส่งเสริมให้สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ
    6. นำเสนอปัญหาข้อเสนอแนะ ตลอดจนนโยบายด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม แก่องค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อเป็นแนวทางในการนำความรู้ที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้พัฒนาประเทศ
    7. ประสานกับองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
3. กิจกรรมที่สำคัญของสมาคม ได้แก่
    1. จัดทำ 66 Key Message โดยประสานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดทำ [13]
    2. สำรวจ Health Literacy ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป [14]

เอกสารอ้างอิง

1. *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 (context)*
2. *พรบ.แผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๐ (context)*
3. *พรบ.การจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ (context)*
4. *ประกาศ เรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) (context)*
5. *ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีเรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านต่าง ๆ (ฉบับที่ ๒) (context)*
6. *การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๕ ตอนที่ ๒๔ ก ๖ เมษายน ๒๕๖๑ (context)*
7. *Action Plan แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (context)*
8. *Action Plan แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (context)*
9. *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) (context)*
10. *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (context)*
11. *การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย (context)*

12. *สมาคมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย (Thai Health Literacy Association : THLA) (context)*
13. *66 Key Messages (context)*
14. *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1) (context)*

Part 3

Health Literacy Measurement Tool & Health Literacy Survey

		หน้า
1.	เครื่องมือวัด Health Literacy & Liteacy Survey	87
2.	ภาคผนวก (Questinare ของเครื่องมือวัดต่างๆ)	
	2.1. HLS-EU-Q47	105
	2.2. HLS-EU-Q47 (แปลไทย)	107
	2.3. HLS-EU-16 (Short Form)	109
	2.4. HLS-EU-6 (Short – Short – Form)	110
	2.5. HLS-EU-Taiwan-12	111
	2.6. HLS-TH-87 (Thailand)	112

เครื่องมือวัด Health Literacy และการสำรวจ Health Literacy

1. บทนำเกี่ยวกับเครื่องมือวัด Health Literacy
2. เครื่องมือวัด Health Literacy
    1. HLS-EU-Q47
    2. HLS-EU-Q16 (Short Form)
    3. HLS-EU-Q6 (Short - Short -form)
    4. HLS-Taiwan-Q12
    5. แปล HLS-EU-Q47 เป็นภาษาไทย
3. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)
4. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries
5. เครื่องมือวัด Health Literacy ในประเทศไทย (HLS-TH-Q87)

บทนำเกี่ยวกับเครื่องมือวัด Health Literacy

1. ก่อนปี 2012 แต่ละประเทศได้กำหนดเครื่องมือในการวัด Health Literacy ขึ้นเอง ซึ่งขึ้นกับนิยามและ model ของ Health Literacy ของแต่ละประเทศ
2. Sørensen ได้ทำ Systematic Review นิยามและ model ของ Health Literacy ในปี 2012 ทำให้ นิยามและ Model ของ Health Liteacy ได้รับการยอมรับเป็นวงกว้าง การใช้นิยามและ Model เดียวกัน ส่งผลให้เการพัฒนาเครื่องมือวัดสอดคล้องกับนิยามและ Model ดังกล่าว โดยเป็นการวัดใน 3x4 =12 dimension คือ Continuum of care dimesion (Heath care ,Disease Prevention,Health Promotion) x Process Dimension (Access ,Understand ,Appraise , Apply)
3. ประเทศในยุโรป 8 ประเทศได้ร่วมกันพัฒนาเครื่องมือวัด เรียกว่า HLS-EU-Q47 และใช้เครื่องมือนั้น เป็นเครื่องมือในการวัด Health Literacy ของทั้ง 8 ประเทศ
4. เนื่องจาก HLS-EU-Q47 นั้น ใช้เวลานานในการทำ จึงพัฒนาเครื่องมือวัดเพื่อให้สามารถทำให้เสร็จภายใน 10 นาที จึงมีการเลือก บาง Items ใน HLS-EU-Q47 มา เป็น Short form ที่เรียกว่า HLS-EU-Q16 และ Short - Short - Form : HLS-EU-Q6
5. ไต้หวัน ก็นำ HLS-EU-Q47 มาเลือกบาง items มาใช้ให้สอดคล้องกับบริบท กำหนดเป็น HLS-Taiwan-Q12
6. ประเทศใน Asia 6 ประเทศ ก็ได้นำ HLS-EU-Q47 มาแปลเป็นภาษาท้องถิ่น จากนั้นมาทดสอบ Validity & Reliability สรุปผลได้ว่า แบบทดสอบ HLS-EQ-Q47 สามารถนำมาใช้ในประเทศ Asia ได้
7. ประเทศไทย เห็นประเทศจีนพัฒนา 66 Key message จึงได้บูรณาการภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีสมาคมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย เป็นแกนกลางในการกำหนด 66 Key message จากนั้นก็พัฒนาเครื่องมือวัด Health Literacy ให้เหมาะสมกับสังคมไทย โดยใช้แนวคิด HLS-EU-47 มาเป็นกรอบ พัฒนาเครื่องมือวัดมีทั้งหมด 87 items เรียกว่า HLS-TH-Q87 โดยประกอบด้วย 4x5 = 20 dimesion โดย Contiuum of care dimension ประกอบด้วย Health care ,Disease Prevention ,Health Promotion และ Health Product ส่วน

Process dimesion ประกอบด้วย Access ,Understand, Inquiry ,Judge & decion , Apply โดยในส่วนของ apply นั้นได้เลือกหัวข้อใน 66 Key message เพื่อดู การ apply 66 Key message

เครื่องมือวัด Health Literacy

1. เครื่องมือวัดระดับบุคคล ได้แก่
    1. USA --HARVARD, UNC วัดความสามารถ หรือศักยภาพในการอ่าน การทำความเข้าใจ และทักษะ Recognition แบบสำรวจที่ใช้ในการวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)
    2. The Wide Range of Achievement Test Revised (WRAT) ใช้วัด Functional Health literacy Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)
    3. Newest Vital Sign แบบสำรวจในการคัดกรองหรือจำแนกผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่ำ Questions to Identify Patients with Inadequate Health Literacy พัฒนาโดย Chew, Katharine Bradley and Edward Boyko Family Medicine, 2004 (Brief)
    4. แบบคัดกรองผู้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้หรือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ในกลุ่มผู้ป่วย เบาหวาน และความดันโลหิตสูง พัฒนาโดยชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนรีมาลย์ นีละไพจิตร (2558)
2. วิธีการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสังคม หรือเป็นพหุระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น ตามแนวคิดของ EU – HLS-EU นักวิชาการกลุ่มยุโรปเชื่อว่าการรอบรู้ ด้านสุขภาพกับความรู้ แรงจูงใจ และศักยภาพของคนมีส่วนช่วยให้บุคคลเข้าถึง ทำความเข้าใจ คิดและประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน ส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วยข้อคำถาม 47 ข้อ และแจกแจงเป็นระดับง่ายมาก ง่าย ยาก และยากมาก ตามแนวคิดของออสเตรเลียและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งวัดในประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และคนพิการ โดยองค์กรอนามัยโลกได้แปลแบบสำรวจที่พัฒนา ขึ้น โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัย Deakin ประเทศออสเตรเลีย เป็นภาษาอังกฤษและแนะนำให้ประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ให้กับประชาชน และได้เปลี่ยนชื่อเป็น The Information and Support for Health Actions Questionnaire (ISHA-Q)
3. เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพอื่นๆ และที่อยู่ระหว่างการพัฒนา ได้แก่
    1. The Demographic Assessment for Health literacy (DAHL) Self report questionnaire: Measuring functional communicative and Critical health literacy among diabetic patients. พัฒนาโดย Ishikawa, 2008,
    2. Health Literacy Questionnaire (HLQ) : The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire พัฒนาโดย Osborne และ คณะ (2013),
    3. The All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary health care setting พัฒนาโดย Chinn และ คณะ (2012),

4. Health Literacy EU Questionnaire (HLS-EU-Q): Measuring Health Literacy in population พัฒนาโดย Sorensen และคณะ (2013),
5. Health Literacy young adult Short Survey tool for public health and health promotion พัฒนาโดย Abel และคณะ (2014),
6. The eHealth Literacy Scale (eHEALS) : พัฒนาโดย Cameron Norman และคณะ (2006),
7. แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพ 3อ 2ส ของคนไทย ที่มีอายุ15 ปีขึ้นไปพัฒนาโดยกองสุขศึกษาและอังศินันท์ อินทรก าแหง , แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง พัฒนาโดย กองสุขศึกษาและชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ฯลฯ

HLS-EU-Q47

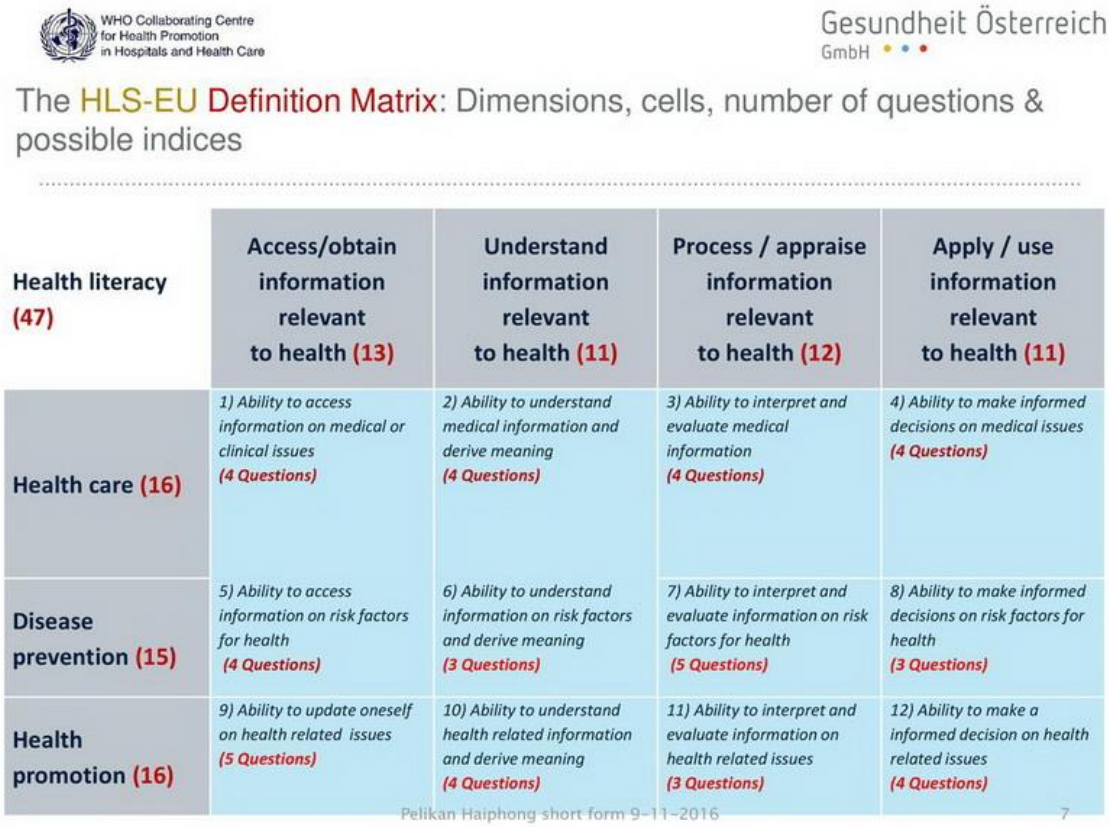


Fig 1 Matrix of Health Literacy survey Questionare (HLS-EU-Q47)

Health Literacy Survey in Europe

1. ประเทศในยุโรป 8 ประเทศ ได้แก่ Austria,Balgaria,Germany,Greece,Spain,Ireland,Netherland,Poland ได้ร่วมกันจัดทำเตรื่องมือวัด Health Literacy เครื่องมือที่ใช้เรียกว่า HLS-EU-Q47 [1] โดยข้อมูลพื้นฐานเป็นดังนี้

WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich GmbH

HLS-EU Survey Overview: Sampling, Data collection

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

Pelikan Haiphong short form 9-11-2016 9

2. เครื่องมือวัดเป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 47 ข้อ โดยเป็น Matrix 4 x3 (แนวตั้ง x แนวนอน) โดย
    1. มิติของ Process อยู่บนแนวตั้ง ประกอบด้วย 4 มิติ คือ การเข้าถึง (Access) เข้าใจ (understand) ประเมิน (Appraise) และปฏิบัติ(apply)
    2. มิติของ Intervention อยู่บนแนวนอน ประกอยด้วย 3 มิติ คือ การบริการ (Health care :HC) , การป้องกันโรค (Disease Prevention; DP) และ การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion ; HP)
3. ในมิติของ Intervention ด้านการให้บริการ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ จะมีจำนวนหัวข้อ (items) เท่ากับ 16 , 15 และ 16 items ตามลำดับ
4. ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องตอบว่า การดำเนินการในแต่ละหัวข้อนั้น มีความยากง่าย เพียงไร โดยมี 4 ระดับคือ 1= ยากมาก, 2=ยาก, 3=ง่าย ,4=ง่ายมาก
5. การคิดคะแนนนั้น จะให้คะแนนสูงสุดคือ 50 คะแนน ฉะนั้นสูตรที่ใช้ในการหา คะแนน = (mean-1) * 50/3
6. สามารถหา Health Literacy โดยแบ่ง Index ออกเป็น 3 กลุ่ม
    1. Health Literacy รวม (Comprehensive Health Litercy Index) โดยหาค่าเฉลี่ย (mean) ของทั้ง 47 ข้อ แล้วคำนวณโดยใช้สูตร $HL_{รวม}$=(Mean-1)*50/3

2. Health Literacy หมวดย่อย มี 7 หมวดย่อย (sub-indeces ดู Fig 2) ประกอบด้วยแนวราบ 3 indeces (Health Service,Disease prevention,Health Promotion) และ 4 แนวดิ่ง (Access หรือ Obtain,Understand,Appraise หรือ Process , Apply)
3. Health Literacy หมวดย่อยลงไปอีก มี 12 หมวดย่อย (sub-sub-indeces ดู Fig 2) ประกอบด้วยแนวราบ 3 indeces (Health Service,Disease prevention,Health Promotion) x 4 แนวดิ่ง (Access หรือ Obtain,Understand,Appraise หรือ Process , Apply) = 12

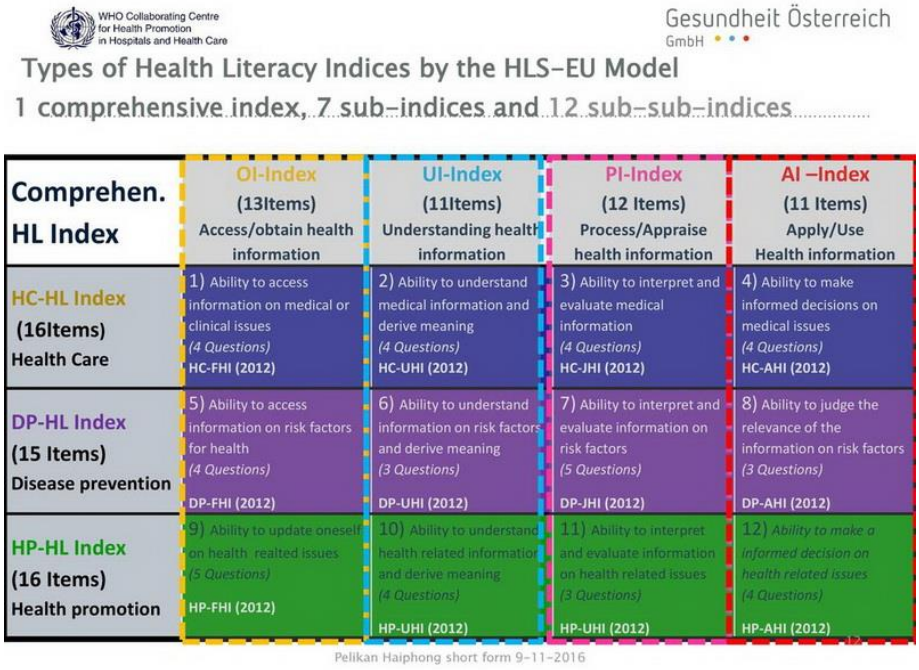


Fig 2. Comprehensive Health Literacy Index and 7 Sub index and 12 Sub subindex

7. คะแนน Health Literacy หมวดย่อยนั้นๆ ก็ใช้ค่า Mean ของหมวดย่อยนั้น ๆ

8. การกระจายของคะแนน เป็น bell shape ใกล้เคียงกับ Normal distribution

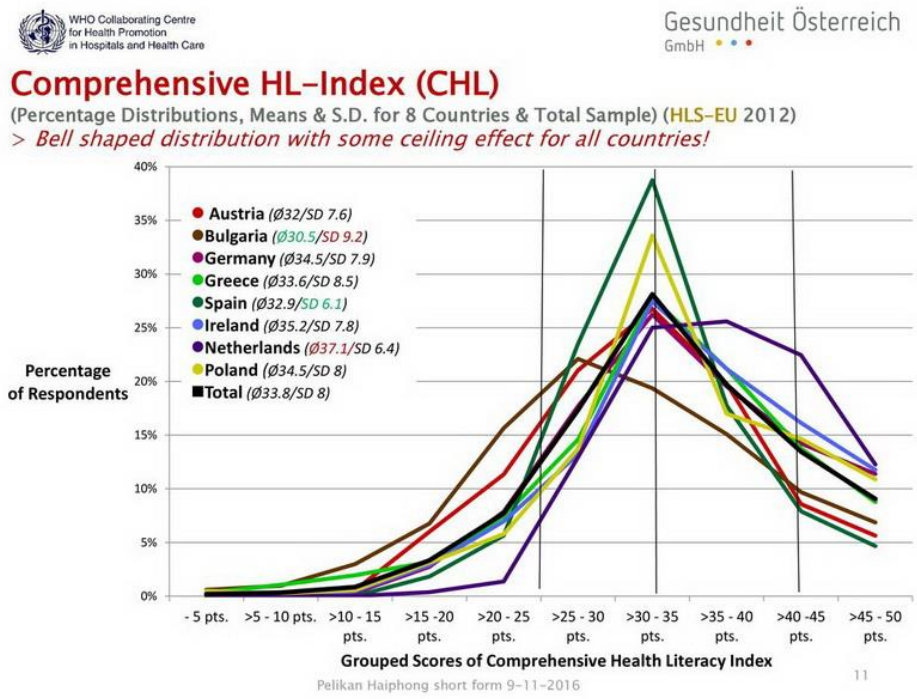


Fig 3. การกระจายของคะแนนใกล้เคียงกับ Normal distribution

9. Cutoff Point ในการแบ่งระดับของ Health Literacy ของ HLS-EU-Q47 เป็นดังนี้
    1. Inadequate HL คะแนน 0-25
    2. Likely Problematic HL คะแนน >25-42
    3. Likely Sufficient HL คะแนน >42-50
    4. Limited HL คะแนน 0-33
10. แบบสัมภาษณ์ทั้ง 47 items มีดังนี้ (ดังภาคผนวกที่ 1)

    รหัส Category มี 2 หลัก xy โดย ค่า x : 1=Health Care 2=Disease Prevention 3=Health Promotion ค่า y : 1= Access or Obtain 2=Understand 3=Appraise or process 4=Apply)

แปล HLS-EU-Q47 เป็นภาษาไทย

ได้ทำการแปล HLS-EU-Q47 เป็นภาษาไทย เพื่อให้สะดวกต่อผู้อ่านบางท่าน (ภาคผนกที่ 2) รหัส Category มี 2 หลัก xy โดย ค่า x : 1=Health Care 2=Disease Prevention 3=Health Promotion ค่า y : 1= Access or Obtain 2=Understand 3=Appraise or process 4=Apply)

HLS-EU-16Q Short Form

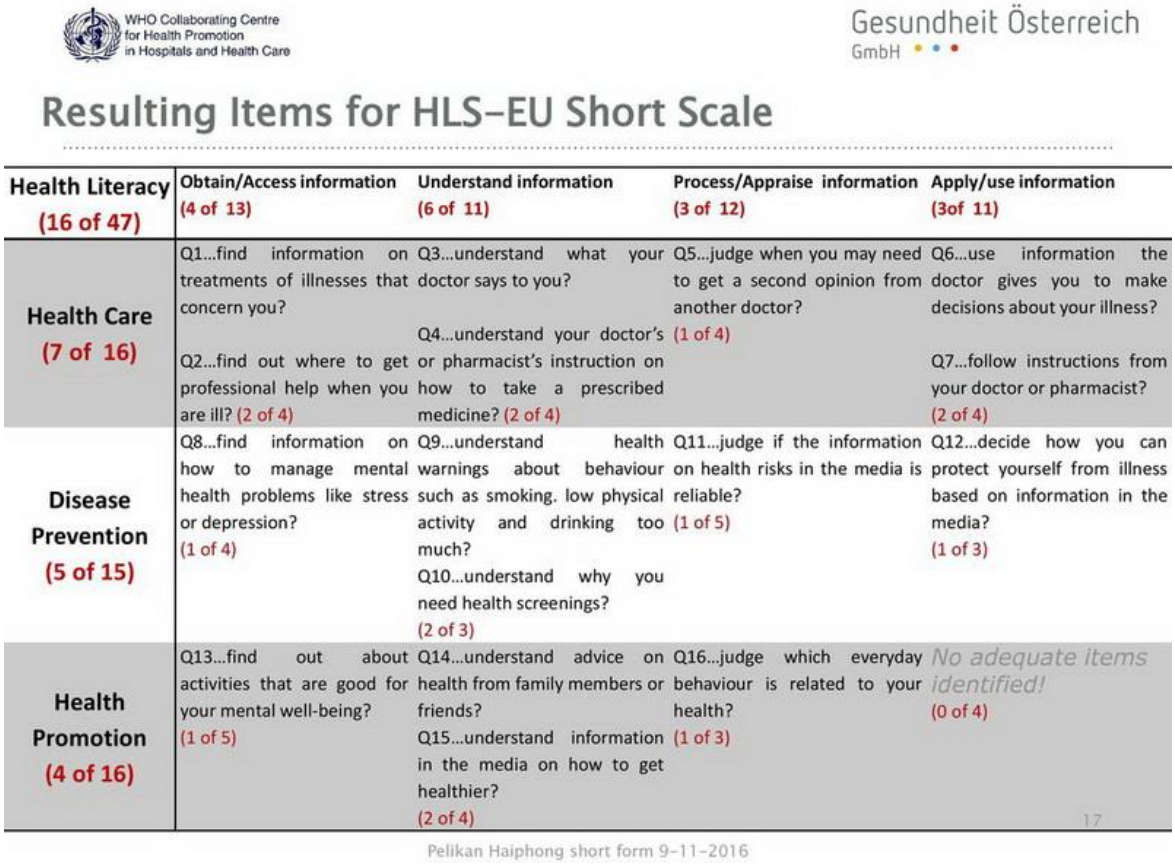


Fig 4. HLS-EU- Q16

1. HLS-EU-47Q มีข้อดี คือมีความละเอียด และสามารถวิเคราะห์ภาพรวม Comprehensive HL index และแบ่งย่อยได้เป็น 19 กลุ่มย่อย ได้แก่ Sub-indeces (7 กลุ่มย่อย) และ sub-sub-indices (12 กลุ่มย่อย) แต่มีข้อเสียคือใช้เวลานานในการตอบแบบสอบถามในแต่ละคน และต้นทุนสูง
2. จึงได้มีการคิดค้นโดยเลือกหัวข้อที่สำคัญมาเท่านั้น โดยให้คงความสัมพันธ์กับ HLS-EU-47Q ให้มากที่สุด ทำให้เหลือหัวข้อเพียง 16 หัวข้อจากทั้งหมด 47 หัวข้อ (ดู Fig 4)
3. ระดับคะแนน นั้นจะใช้แบบ dichotomous คือ 1= ง่าย/ง่ายมาก และ 0 = ยาก/ยากมาก และถ้าตอบ Unknown = missing value
4. คะแนนรวมใช้การบวกคะแนนแต่ละ item เข้าด้วยกัน ต่ำสุด เท่ากับ 0 คะแนน สูงสุดเท่ากับ 16 คะแนน
5. Cutoff Point ในการแบ่งระดับของ Health Literacy ของ HLS-EU-Q16 เป็นดังนี้
    1. Likely Inadequate HL = 0-8
    2. Likely Problematic HL = 9-12
    3. Likely Sufficient HL = 13-19
6. การกระจายไม่เป็น Normal distribution

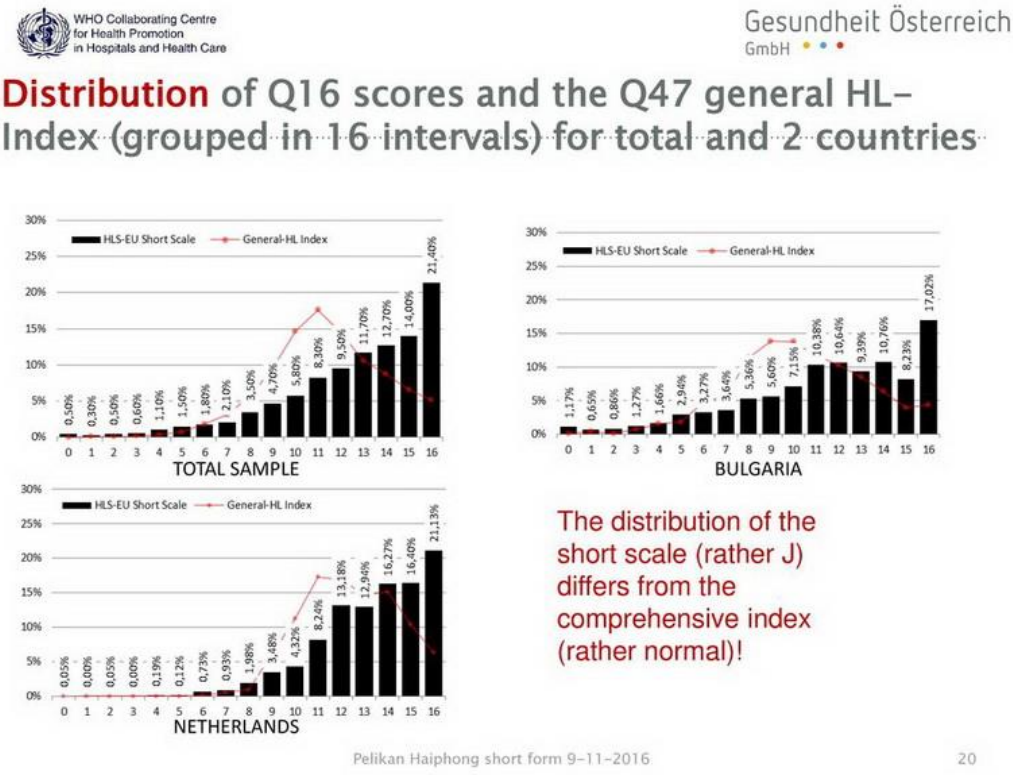


Fig 4. การกระจายของคะแนน ของ HLS-EU-Q16

จุดเด่นของ HLS-EU-Q16

1. มีความสัมพันธ์กับ HLS-EU-Q47 (r=.82 Total ,r=0.73-0.88 in country Sample)
2. มีความสัมพันธ์กับ Sub-indices ของ HLS-EU-47 ได้แก่ HC-HL,DC-HL ,HP-HL (r =0.74-77 Total ,r= .62-.84 in country sample
3. แบบแผนความสัมพันธ์ระหว่าง HLS-EU-47Q กับ Determinants ที่สำคัญ ไม่แตกต่างกับ HLS-EU-Q16
4. HLS-EU-16Q is Rasch Homogeneus นั่นหมายถึง สามารถนำมาเปรียบเทียบภายในประเทศได้เท่านั้น (Fair)

จุดด้อยของ HLS-EU-Q16 (Short form)

1. ไม่สามารถวิเคราะห์กลุ่มย่อยของ Short form ได้หมดทุกกลุ่มย่อย
2. การกระจายไม่เป็น Normal Distribution. ทำให้มีข้อจำกัดในการวิเคราะห์ทางสถิติ
3. หยาบกว่า ในกรณีที่ borderline ในรายที่วิเครทะห์ด้วย HLS-EU-47Q แล้วกึ่งกึ่ง แล้วยิ่งไม่สามารถใช้ short form ได้
4. loss of favorable property of Rasch homogeinity ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบระหว่างประเทศได้

แบบสัมภาษณ์ทั้ง 16 items (ดูภาคผนวกที่ 3) รหัส Category มี 2 หลัก xy โดย ค่า x : 1=Health Care 2=Disease Prevention 3=Health Promotion ค่า y : 1= Access or Obtain 2=Understand 3=Appraise or process 4=Apply)

HLS-EU-Q6 Short- Short -Form

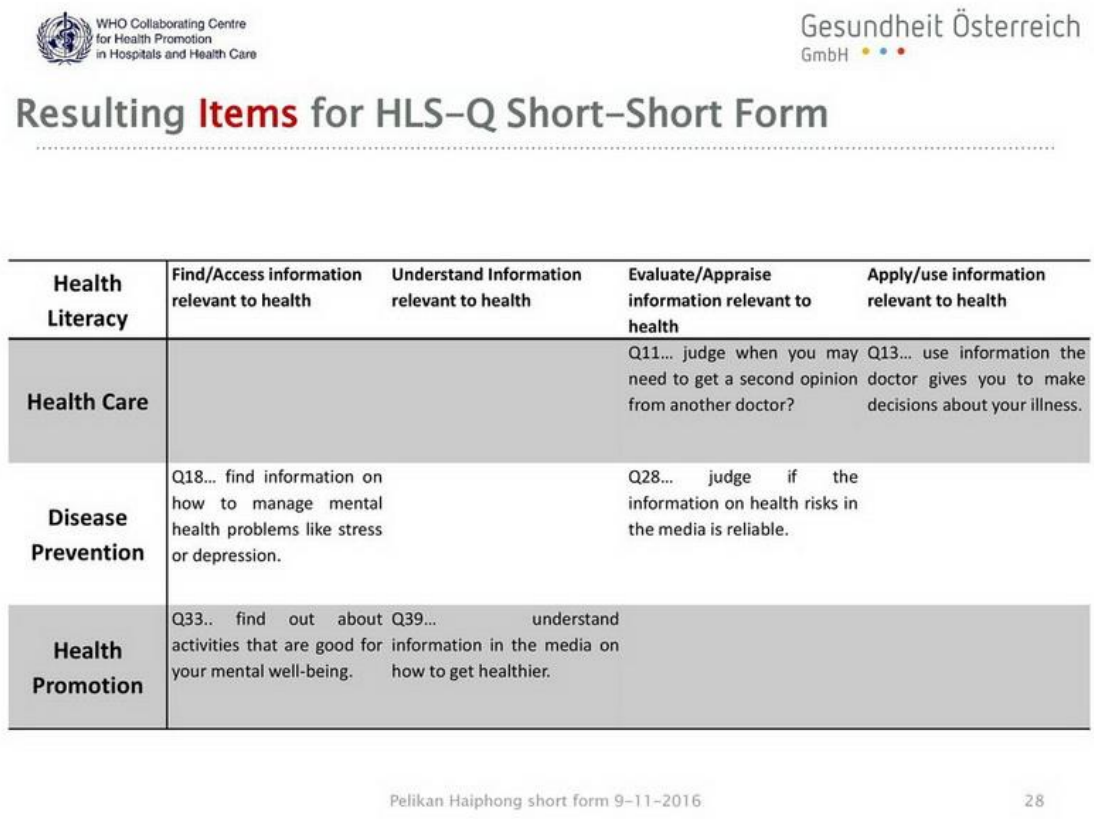
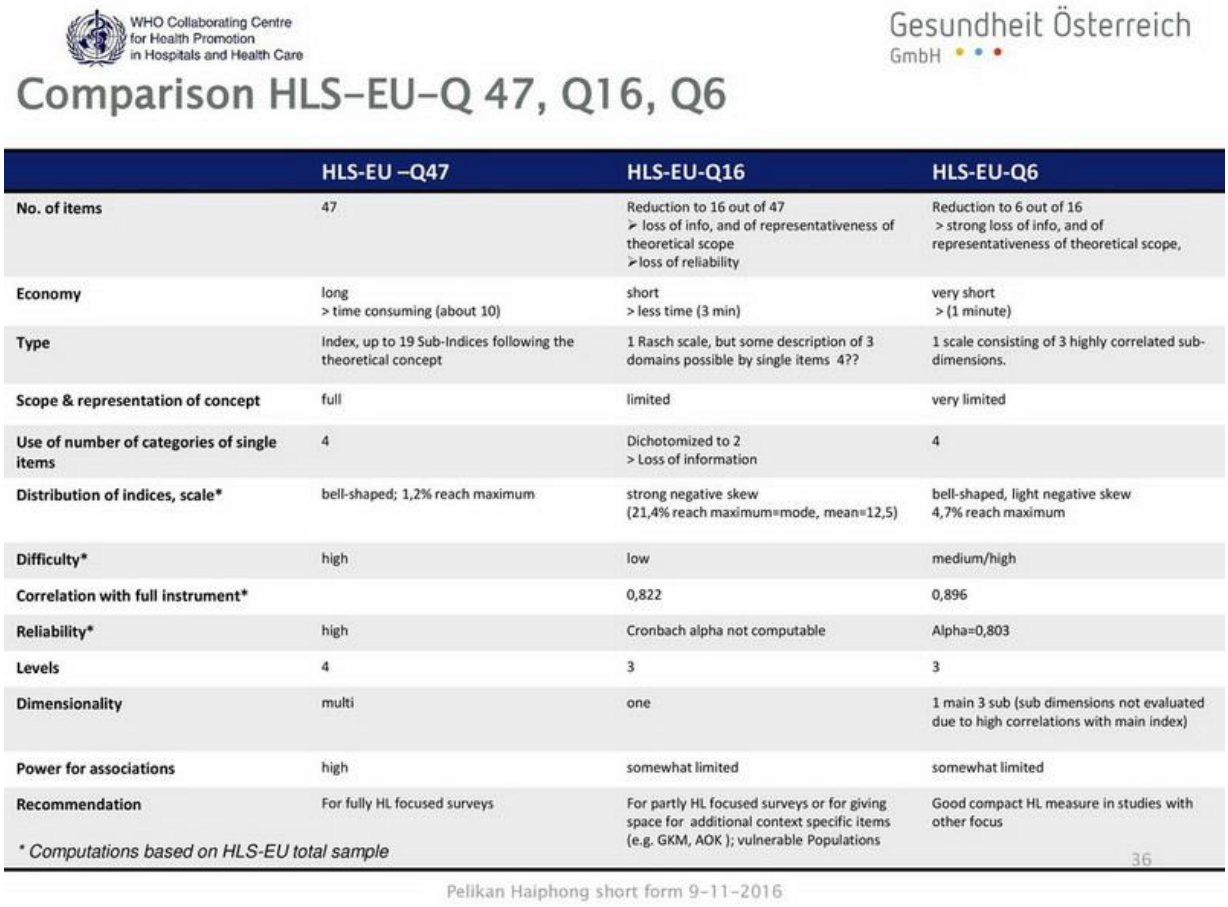


Fig 5. HLS-EU-Q6 (Short -Short-form)

1. ทำการเลือก หัวข้อ จาก HLS-EU-16Q ของ HC-HL,DP-HL,HP-HL มาอย่างละ 2 หัวข้อ รวมเป็น 6 item
2. ระดับคะแนนมี 4 ระดับคือ 1=ยากมาก 2=ยาก 3=ง่าย 4=ง่ายมาก (ไม่ทราบ/ไม่ตอบ) = missing)
3. คะแนนรวมใช้ค่า Mean
4. Cutoff Point ในการแบ่งระดับของ Health Literacy ของ HLS-EU-Q6 เป็นดังนี้
    1. Likely Inadequate HL <2.00
    2. Likely Problematic HL 2.00-2.99
    3. Likely Sufficient HL = 3.00-4.00
5. แบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 items (ดูภาคผนวกที่ 4) รหัส Category มี 2 หลัก xy โดย ค่า x : 1=Health Care 2=Disease Prevention 3=Health Promotion ค่า y : 1= Access or Obtain 2=Understand 3=Appraise or process 4=Apply)

6. เปรียบเทียบ HLS-EU-47Q ,HLS-EU-16Q ,HLS-EU-6Q ได้ดังตาราง



WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich GmbH

Comparison HLS-EU-Q 47, Q16, Q6

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

** Computations based on HLS-EU total sample*

36

Pelikan Haiphong short form 9-11-2016

ข้อเสนอแนะในการเลือกใช้

1. ใช้ 47Q ถ้า Health Literacy คือ วัตถุประสงค์หลักของการศึกษา และต้องการศึกษา sub dimension ของ Health Literacy
2. ใช้ 16Q เพื่อความประหยัด และไม่มีความจำเป็นในการศึกษาลงลึกไปถึง sub dimension
3. ใช้ 6Q เพื่อความประหยัด และ Health Literacy ไม่ใช่วัตถุประสงค์หลักของการศึกษา แต่เป็นตัวแปรตัวหนึ่งในการศึกษาในเรื่องหลักอื่นๆ

HLS-Taiwan-12 SF Short- Short -Form

ไต้หวันได้พัฒนาเครื่องมือวัด Health literacy แบบ 12 Q โดยไม่ได้ใช้ item เดียวกับ Europe โดย 12 Items ที่ไต้หวันเลือก (ดูภาคผนวกที่ 5) รหัส Category มี 2 หลัก xy โดย ค่า x : 1=Health Care 2=Disease Prevention 3=Health Promotion ค่า y : 1= Access or Obtain 2=Understand 3=Appraise or process 4=Apply)

Health Literacy Surevey in Europe (HLS-EU)[2]

Key points

1. การสำรวจ Health Literacy ในยุโรป (HLS-EU) โดยทำการวัด Health Literacy ใน 8 ประเทศ ประเทศละ 1000 คน โดยใช้เครื่องมือใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้น HLS-EU-Q47
2. คะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน ระหว่าง 30.50 (Bulgaria) -37.06 (Netherland)

Table 1 Descriptive statistics of general health literacy index by country and for the total sample

Country	N	Min.	Max.	Mean	Std. Error	Std. Deviation	Skewness
Austria	979	3.19	50	31.95	0.24	7.63	−0.07
Bulgaria	925	0.00	50	30.50	0.30	9.17	−0.15
Germany	1045	7.09	50	34.49	0.24	7.87	−0.01
Greece	998	3.55	50	33.57	0.27	8.48	−0.54
Ireland	959	11.59	50	35.16	0.25	7.79	−0.17
Netherlands	993	2.48	50	37.06	0.20	6.40	−0.12
Poland	921	0.00	50	34.45	0.26	7.98	−0.39
Spain	974	15.60	50	32.88	0.20	6.10	0.42
Total	7795	0.00	50	33.78	0.09	7.95	−0.26

3. จากการสำรวจพบว่า ในภาพรวมแล้ว 1 ใน 2 คนจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด (limited health literacy หรือมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-33)

Table 2 Percentages of individuals with limited health literacy in selected vulnerable groups for countries and for the total sample

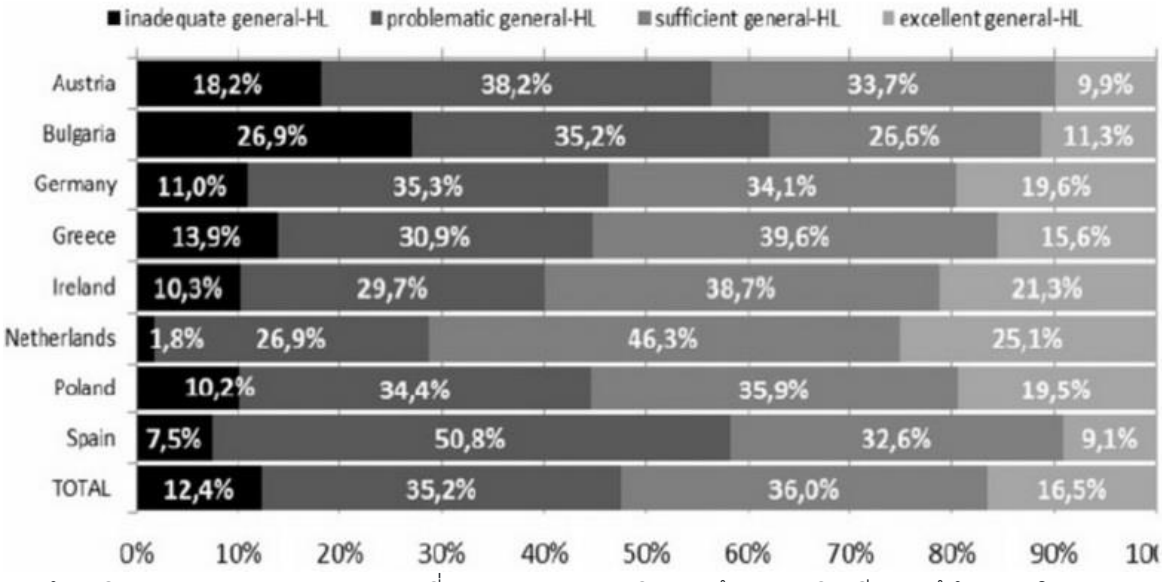
		Austria	Bulgaria	Germany	Greece	Ireland	Netherlands	Poland	Spain	Total
Health	Very bad	100.00	87.80	54.90	88.30	49.50	47.40	77.20	94.80	78.10
	Bad	84.20	82.40	54.90	80.30	57.20	41.40	71.20	75.30	71.80
Long term illness	Yes more than one	78.50	83.30	58.50	73.80	45.30	32.60	54.30	69.50	61.00
Doctor visits	6 times or more	70.00	74.00	56.20	58.40	46.60	30.80	54.10	69.40	58.90
Age	76 or older	72.60	75.40	53.90	72.30	46.00	28.80	65.50	71.10	60.80
	Between 66 and 75	71.40	79.70	39.70	66.20	37.10	30.40	58.70	77.10	58.20
Education	Levels 0 or 1	62.20	75.40	58.90	77.30	49.10	40.40	91.90	74.20	68.00
	Level 2	69.70	77.60	57.10	55.80	52.00	35.00	59.60	59.70	57.20
Problems with paying bills	Most of the time	67.10	75.20	46.80	60.70	61.20	33.50	42.20	61.70	63.40
Social status	Very Low	78.50	79.70	58.80	79.50	64.00	49.90	59.80	84.30	73.90
	Low	59.40	62.10	63.90	57.40	53.30	48.40	63.80	59.20	60.00

4. มีความเหลื่อมล้ำทางสังคม โดยกลุ่มเปราะบางที่มีโอกาสมี Health Literacy ไม่เพียงพอได้แก่ ผู้สูงอายุ คนยากจน การศึกษาต่ำ และมีสภาวะทางสังคมต่ำ

Table 3 Multivariate linear regression model for general health literacy index as dependent variable and socio-demographic indicators as predictors

	Coefficients	Standardised coefficients			95% confidence interval for B		Pearson correlations		
	B	Beta	t	Sig.	Lower bound	Upper bound	Raw correlation	Partial correlation	Semi-partial correlation
(Constant)	28.76		62.43	0.000	27.86	29.67			
Gender	1	0.06	5.86	0.000	0.67	1.33	0.05	0.07	0.06
Age	−0.04	−0.09	−8.52	0.000	−0.05	−0.03	−0.16	−0.10	−0.09
Education	0.79	0.13	11.33	0.000	0.65	0.93	0.25	0.13	0.12
Financial deprivation	−1.92	−0.24	−19.91	0.000	−2.11	−1.73	−0.34	−0.23	−0.21
Social status	0.69	0.14	11.39	0.000	0.57	0.81	0.31	0.13	0.12

5. การกระจายของ Inadequate+Problematic มีความแตกต่างระหว่างประเทศ (29–62%).



6. การกำกับติดตาม health literacy สามารถที่จะสนับสนุนการตัดสินของ ผู้ประกอบวิชาชีพและผู้กำหนดนโยบาย เพื่อที่จะยกระดับ Health literacy ในยุโรป ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชน
7. ฉะนั้น health literacy จึงจัดอยู่ในระดับสำคัญที่จะเป็นวาระแห่ง EU
8. การใช้ two-sided approach ที่แนะนำโดย Parker and Ratzan: โดย
    1. พัฒนาความรู้ แรงจูงใจ และสมรรถนะของประชาชน และผู้ป่วย เพื่อให้สามารถตัดสินเลือกทางเลือกทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม
    2. ลดความซับซ้อนที่ยากต่อความเข้าใจของประชาชน ในทุกระดับของสังคม รวมถึงระบบบริการสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือ หรือเสริมพลังประชาชน เพื่อให้สามารถจัดการสุขภาพของตนอย่างยั่งยืน โดยต้องเพิ่มความพยายามออกแบบระบบใหม่ที่เป็นมิตร และผู้รับบริการมีส่วนร่วม ปรับหลักสูตร และฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเอาชนะความท้าทายของประชาชนที่มีปัญหาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงเพิ่มความคาดหวังของประชาชนในการมีส่วนร่วมเชิงรุกในการดูแลสุขภาพ

Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries[3]

1. A cross-sectional survey based on multistage random sampling in 6 ประเทศใน Asia ได้แก่ Indonesia, Kazakhstan, Malaysia, Myanmar, Taiwan, and Vietnam. ทำการสำรวจ 10,024 participants อายุ > 15 ปี ในปี 2013-2014 in โดยแปลแบบสำรวจ HLS-EU-Q47 เป็นภาษาท้องถิ่น เพื่อจะประเมิน validity วิเคราะห์ข้อมูลด้วย confirmatory factor analysis, internal consistency analysis, and regression analysis.
2. ผลการศึกษา
    1. แบบสอบถามมี construct validity ดี
    2. satisfactory goodness-of-fit of the data to the hypothetical model in three health literacy domains
    3. high internal consistency (Cronbach's alpha >0.90),

4. satisfactory item-scale convergent validity (item-scale correlation >0.40), and no floor/ ceiling effects in these countries.
5. General health literacy index score was significantly associated with level of education (P from <0.001 to 0.011) and perceived social status (P from <0.001 to 0.016), with evidence of known-group validity.

3. สรุป : The HLS-EU-Q47 was a satisfactory and comprehensive health literacy survey tool for use in Asia.

เครื่องมือวัด Health Literacy ในประเทศไทย (HLS-TH-Q87)

ประเทศไทยได้พัฒนาเครื่องมือวัด Health literacy โดยใช้กรอบแนวคิดจาก HLS-EU-Q47 แต่มีการปรับในรายละเอียดดังนี้

1. เพิ่มมิติของ Continuum ofcare Dimension โดย HLS-EU มีเพียง 3 ได้แก่ Health care,Disease Prevention ,Health Promotion เพิ่ม เป็น 4 โดยเพิ่ม Health Product เนื่องจากประเทศไทยมีปัญหาในเรื่องการใช้ Health Product และสมุนไพรกันมาก ทั้งจากการพูดปากต่อปาก และการโฆษณาใน digital TV,หรือ Social Media
2. เพิ่มมิติของ Process dimension โดย HLS-EU มี 4 ได้แก่ Acess ,Understand ,Appraise ,Apply เพิ่มอีก 1 เป็น 5 คือ การสอบถาม (Inquiry)
3. ส่วนที่เพิ่มเข้ามามากใน HLS-TH-Q คือ เรื่องการนำไปปฏิบัติ (Apply) โดย HLS-EU มี 11 items (เน้น Skill base ไม่เน้นประเด็น (Task base หรือ issue base) แต่ HLS-TH มี 41 Items (เน้นประเด็นใน 66 Key message หรือ Task Base หรือ issue base มากกว่า Skill base)

Compare HLS-EU-Q47 กับ HLS-TH-Q87

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

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

4. นอกจากปัจจัยด้าน Health Literacy ยังมีปัจจัยทั่วไป (General Data) และ ปัจจัยสุขภาพ (Health Data) ดังรูป

Thai Health Literacy Survey Questionare (HLS-TH-Q)

1.Gerneral Data(10 ข้อ)		2.Health Data (8 ข้อ)	3.Health Literacy Data (87 ข้อ)
sex	Income adequacy	seeing	Process dimension
birthdate	social role	Hearing	1.Access 2.Understand 3.Inquiry
marrital status	Information Channel	weight	4.Decision 5.Apply
religion	Infrastructure	height	Continuum of Care Dimension
education	source of information	waist circumference	1.Health care
occupation	inquiry from	systolic/diastlic	2.Disease Prevention
Literacy (Read/Write)	search data from	Chronic Disease ตอบได้ >1	3.Health Promotion
		Right	4.Health Product

5. รายละเอียดของ Health Literacy data ทั้ง 87 items (ดูในภาคผนวกที่ 6) รหัส Category มี 2 หลัก xy โดย ค่า x : 1=Health Care 2=Disease Prevention 3=Health Promotion 4=Health Product ค่า y : 1= Access or Obtain, 2=Understand 21 = Inquiry ,3=Appraise or process 4=Apply)

รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1) [4] สรุป ว่า

1. แบบสารวจฯ ประกอบด้วยข้อคำถามจานวน 87 ข้อ ผ่านการทดสอบคุณภาพ กับกลุ่มประชากรตัวอย่างจานวน 722 คน ใน 6 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นครสวรรค์ นครราชสีมา กรุงเทพฯ ชลบุรี และนครศรีธรรมราช
2. ผลการทดสอบคุณภาพพบว่า แบบสารวจฯ มีความเที่ยงตรงภายในอยู่ในระดับดีในทุกองค์ประกอบ (ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคมากกว่า .70)

ตาราง 4.5 ค่าความเที่ยงตามมิติของแบบสำรวจ (Internal consistency reliability)

มิติ	จำนวนข้อ	ค่า Cronbach's alpha
การเข้าถึง	8	0.876
การเข้าใจ	13	0.856
การทบทวน ซักถาม	18	0.898
ตัดสินใจ	7	0.787

3. วิเคราะห์ Confirmatory Factor Analysis (CFA) พบ 11 หัวข้อ ดังนี้

ตาราง 4.6 กลุ่มปัจจัยในโครงสร้างของแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป

กลุ่มปัจจัย	
1. การค้นหาข้อมูล (เข้าถึงบริการ ผลิตภัณฑ์ ข้อมูลปัจจัยกำหนดสุขภาพ)	6. การตัดสินใจออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ วิธีการคลายเครียด ตัดสินใจจัดการตัวเอง เพื่อวางแผนการรักษา การเลือกใช้อาหารเสริม สมุนไพร และยา (ตัดสินใจเลือกใช้ กำจัดปัจจัยเสี่ยง)
2. การเข้าใจคำพูดของ หมอ พยาบาล อสม. เพื่อน ผู้ป่วย เภสัชกร เอกสารกำกับยา เหตุผลการได้รับวัคซีน บริการสุภาพที่ออกใหม่ๆ ข้อมูลสื่อสาธารณะ (เข้าใจข้อมูลการจัดบริการ ความคุ้มค่า ปัจจัยเสี่ยง)	7. พฤติกรรมการตรวจสอบข้อมูลและค้นหาข้อมูล
3. การเข้าใจคำเตือนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ วิธีการทำให้สุขภาพจิตดี การตรวจคัดกรองสุขภาพ (เข้าใจปัจจัยปกป้องเพื่อพิจารณาสุขภาพ)	8. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
4. การซักถามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพแข็งแรง และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพ จาก แพทย์ พยาบาล อสม (ประเมินตรวจสอบ เลือกรับ)	9. พฤติกรรมการป้องกันโรค
5. การซักถามข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิจากแพทย์ พยาบาล อสม. (ตรวจสอบการจัดบริการ)	10. พฤติกรรมเสี่ยง (การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และอุบัติเหตุจราจร)
	11. พฤติกรรมการกิน

4. มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสาคัญทางสถิติกับผลลัพธ์สุขภาพ อันได้แก่ การมีโรคเรื้อรัง และภาวะอ้วนลงพุง กล่าวคือ การมีโรคเรื้อรังหรือภาวะอ้วนลงพุงมักพบในกลุ่มคนที่มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพน้อยกว่า

ตาราง 4.7 คะแนนความรอบรูดานสุขภาพของกลุมเสยงเรคตดตอเรอรงทมอายุ 35 ปขนเป เปรยบเทยบระหว่างผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคเรื้อรัง และได้รับการวินิจฉัยโรคเรื้อรัง

มิติ		กรุงเทพฯ		จังหวัดอื่นๆ	
		ตรวจแต่ไม่พบโรค	เป็นโรคเรื้อรัง	ตรวจแต่ไม่พบโรค	เป็นโรคเรื้อรัง
เข้าถึง	ค่าเฉลี่ย	48.4	52.2	62.5	53.3
	S.D.	35.7	30.4	22.1	26.7
	มัธยฐาน	50.0	59.4	65.6	62.5
เข้าใจ	ค่าเฉลี่ย	71.8	74.4	76.1	72.4
	S.D.	20.3	12.3	12.8	14.0
	มัธยฐาน	75.0	75.0	75.0	73.1
ซักถาม	ค่าเฉลี่ย	64.2	69.1	74.7	71.0
	S.D.	21.5	11.8	14.0	15.3
	มัธยฐาน	68.8	70.0	75.8	72.5
ตัดสินใจ	ค่าเฉลี่ย	69.9	67.0	75.6	72.9
	S.D.	22.2	25.0	12.4	16.2
	มัธยฐาน	75.0	75.0	75.0	75.0
ปภิบัติ	ค่าเฉลี่ย	75.3	72.1	73.4	71.2
	S.D.	4.2	9.0	12.1	12.6
	มัธยฐาน	76.0	74.7	74.4	72.3

ตาราง 4.8 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามมิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพในกรุงเทพและจังหวัดอื่นๆ

มิติ		กทม.		จังหวัดอื่น	
		รอบเอวปกติ	อ้วนลงพุง	รอบเอวปกติ	อ้วนลงพุง
เข้าถึง	ค่าเฉลี่ย	49.2	60.4	58.0	57.0
	S.D.	33.1	31.3	24.8	25.1
	มัธยฐาน	56.3	71.9	62.5	65.6
เข้าใจ	ค่าเฉลี่ย	73.4	76.2	76.1	73.5
	S.D.	18.1	16.4	14.3	13.7
	มัธยฐาน	73.1	75.0	75.0	73.1
ซักถาม	ค่าเฉลี่ย	68.2	69.4	72.3	71.9
	S.D.	13.7	14.8	14.2	14.0
	มัธยฐาน	68.3	70.8	73.8	72.5
ตัดสินใจ	ค่าเฉลี่ย	72.5	71.4	74.5	73.8
	S.D.	20.7	19.7	15.4	15.4
	มัธยฐาน	75.0	71.4	75.0	75.0
ปภิบัติ	ค่าเฉลี่ย	73.0	75.8	72.2	73.5
	S.D.	.5	9.1	11.8	13.6
	มัธยฐาน	73.0	77.4	74.2	74.7

5. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในแต่ละมิติ เป็นดังนี้

ตาราง 4.9 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ

มิติ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ไม่เพียงพอ ในการดูแลสุขภาพ	ต้องสงสัยว่าไม่เพียงพอ ในการดูแลสุขภาพ	เพียงพอ ในการดูแลสุขภาพ
การเข้าถึง	น้อยกว่า 58%	58%-63%	มากกว่า 63%
การเข้าใจ	น้อยกว่า 76%	76%-77%	มากกว่า 77%
การซักถาม	น้อยกว่า 72%	72%-75%	มากกว่า 75%
การตัดสินใจ	น้อยกว่า 74%	74%-76%	มากกว่า 76%
การปฏิบัติ	น้อยกว่า 73%	73%-74%	มากกว่า 74%

6. ระดับคะแนนของความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 87 ข้อ คะแนนเต็ม 348 คะแนน Cut off Point ที่ 75% เท่ากับ 348*0.75 = 261 คะแนน

ตาราง 4.10 การจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามคะแนนรวม

แบบวัด	คะแนนรวมที่ได้	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 87 ข้อ (คะแนนเต็ม 348 คะแนน)	≥261 คะแนน	เพียงพอ
	<261 คะแนน	ไม่เพียงพอ

7. ดังนั้น แบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไปนี้ สามารถเป็นเครื่องมือสะท้อนสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในระดับเขตสุขภาพและประเทศได้
8. รายละเอียดผลการสำรวจ Health Literacy ในประเทศไทยในปี 2560 เป็นดังนี้

เอกสารอ้างอิง

1. *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 (context)*
2. *Kristine Sørensen, Ju¨rgen M. Pelikan, Florian Ro¨thlin 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 (context)*
3. *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)*

4. *วิมล โรมา ,มุกดา สำนวนกลาง, สายชล คล้อยเอียม . รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสารวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย 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)*

ภาคผนวกที่ 1 . HLS-EU-Q47

Item	topic	category
1	find information about symptoms of illnesses that concern you?	11
2	find information on treatments of illnesses that concern you?	11
3	find out what to do in case of a medical emergency?	11
4	find out where to get professional help when you are ill?	11
5	understand what your doctor says to you?	12
6	understand the leaflets that come with your medicine?	12
7	understand what to do in a medical emergency?	12
8	understand your doctor's or pharmacist's instruction on how to take a prescribed medicine?	12
9	judge how information from your doctor applies to you?	13
10	judge the advantages and disadvantages of different treatment options?	13
11	judge when you may need to get a second opinion from another doctor?	13
12	judge if the information about illness in the media is reliable?	13
13	use information the doctor gives you to make decisions about you illness ?	14
14	follow the instructions on medication?	14
15	call an ambulance in an emergency?	14
16	follow instructions from your doctor or pharmacist?	14
17	find information about how to manage unhealthy behaviour such as smoking, low physical activity and drinking too much?	21
18	find information on how to manage mental health problems like stress or depression?	21
19	find information about vaccinations and health screenings that you should have?	21
20	find information on how to prevent or manage conditions like being overweight, high blood pressure or high cholesterol	21
21	understand health warnings about behaviour such as smoking, low physical activity and drinking too much?	22
22	understand why you need vaccinations?	22
23	understand why you need health screenings?	22
24	judge how reliable health warnings are, such as smoking, low physical activity and drinking too much?	23
25	judge when you need to go to a doctor for a check-up?	23
26	judge which vaccinations you may need?	23
27	judge which health screenings you may have?	23

Item	topic	category
28	judge if the information on health risks in the media is reliable?	23
29	decide if you should have a flu vaccination?	24
30	decide how you can protect yourself from illness based on advice from family and friends?	24
31	decide how you can protect yourself from illness based on information in the media?	24
32	find information on healthy activities such as exercise healthy food and nutrition?	31
33	find out about activities that are good for your mental well-being?	31
34	find information on how your neighbourhood could be more health-friendly?	31
35	find out about political changes that may affect health?	31
36	find out about efforts to promote your health at work, at school or in the community ?	31
37	understand advice on health from family members or friends?	32
38	understand information on food packaging?	32
39	understand information in the media on how to get healthier?	32
40	understand information on how to keep your mind healthy?	32
41	judge where your life affects your health and wellbeing?	33
42	judge how your housing conditions help you to stay healthy?	33
43	judge which everyday behaviour is related to your health?	33
44	make decisions to improve your health?	34
45	join a sports club or exercise class if you want to?	34
46	influence your living conditions that affect your health and wellbeing?	34
47	take part in activities that improve health and wellbeing?	34

ภาคผนวกที่ 2 HLS-EU-Q47 (แปลไทย)

item	topic	category
1	ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยที่คุณสนใจ	11
2	ค้นหาข้อมูลการรักษาที่คุณสนใจ	11
3	รู้ว่าจะทำอะไร ในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์	11
4	สามารถหาสถานที่จะไปพบแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเวลาป่วย	11
5	เข้าใจสิ่งที่แพทย์พูดกับคุณ	12
6	เข้าใจฉลากยาที่เขียนว่าจะใช้หรือรับประทานยาอย่างไร	12
7	เข้าใจว่าจะต้องทำอะไรกรณีที่เหตุฉุกเฉินทางการแพทย์	12
8	เข้าใจสิ่งที่แพทย์หรือเภสัชกรอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยาแพทย์สั่ง	12
9	สามารถประเมินเกี่ยวกับข้อมูลที่แพทย์ให้คำแนะนำ	13
10	ประเมินข้อดีข้อเสียขอทางเลือกของวิธีการรักษา	13
11	ประเมินได้ว่าเมื่อไหร่ที่จะต้องการความเห็นที่ 2 จากแพทย์ท่านอื่นๆ	13
12	ประเมินข้อมูลการป่วยที่ค้นหาจากสื่อต่างๆ เชื่อถือได้หรือไม่	13
13	ใช้ข้อมูลที่แพทย์ให้กับคุณเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการป่วยของคุณ	14
14	สามารถปฏิบัติตามวิธีการใช้ขา	14
15	โทรตามรถฉุกเฉินกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน	14
16	ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกร	14
17	หาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอร์	21
18	หาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาสุขภาพจิต เช่น เรื่องความเครียดหรือ อาการซึมเศร้า	21
19	หาข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับวัคคซีน หรือการคัดกรองสุขภาพที่คุณควรได้รับ	21
20	หาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการน้ำหนักตัว ความดันโลหิตสูง หรือโคเลสเตอรอลสูง	21
21	เข้าใจเกี่ยวกับคำเตือนที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกายหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอร์	22
22	เข้าใจเหตุผลว่าทำไม่ต้องไปรับวัคซีน	22
23	เข้าใจเหตุผลว่าทำไมต้องไปรับการคัดกรองโรค	22
24	ประเมินว่าจะทำอย่างไรเกี่ยวกับคำเตือนทางสุขภาพ เช่นสูบบุหรี่ ไม่ออกกำลัง ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอร์	23
25	ประเมินว่าเมื่อไหร่จะไปหาแพทย์เพื่อไปตรวจสุขภาพ (check up)	23
26	ประเมินว่าจะไปรับวัคซีนอะไร	23
27	ประเมินว่าจะไปคัดกรองสุขภาพในเรื่องใด	23
28	ประเมินข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงทางสุขภาพในสื่อต่างๆว่าเชื่อถือได้หรือไม่	23

item	topic	category
29	ตัดสินใจว่าต้องไปรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	24
30	ตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการป้องกันตนเองจากโรค โดยคำแนะนำจากครอบครัวและเพื่อน	24
31	ตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการป้องกันตนเองจากโรค โดยได้ข้อมูลจากสื่อ	24
32	หาข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย อาหารเพื่อสุขภาพ	31
33	ทราบเกี่ยวกับกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพจิต	31
34	หาข้อมูลทางสุขภาพจากเพื่อนบ้านอย่างเป็นมิตร	31
35	พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง สามารถส่งผลต่อสุขภาพ	31
36	พบวิธีการส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงาน โรงเรียน หรือในชุมชน	31
37	เข้าใจคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน	32
38	เข้าใจข้อมูลในฉลากอาหาร	32
39	เข้าใจข้อมูลในสื่อต่างๆเกี่ยวกับวิธีการทำให้สุขภาพดีขึ้น	32
40	เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ดีอย่างต่อเนื่อง	32
41	ประเมินว่าสถานที่ใดมีผลต่อสุขภาพหรือความอยู่ดีมีสุข	33
42	ประเมินสภาพแวดล้อมในบ้านที่ช่วยให้สุขภาพดี	33
43	ประเมินพฤติกรรมที่กระทำในแต่ละวันที่สัมพันธ์กับสุขภาพ	33
44	ตัดสินใจที่จะปรับปรุงสุขภาพตนเอง	34
45	ไปออกกำลังกายในศูนย์ฟิตเนส หรือเรียนออกกำลังกาย ถ้าต้องการ	34
46	จัดการสภาพความเป็นอยู่ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพหรือความอยู่ดีมีสุข	34
47	มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพหรือความอยู่ดีมีสุข	34

ภาคผนวกที่ 3 HLS-EU-Q16 (Short Form)

item	topic	category
2	ค้นหาข้อมูลการรักษาที่คุณสนใจ	11
4	สามารถหาสถานที่จะไปพบแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเวลาป่วย	11
5	เข้าใจสิ่งที่แพทย์พูดกับคุณ	12
8	เข้าใจสิ่งที่แพทย์หรือเภสัชกรอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยาแพทย์สั่ง	12
11	ประเมินได้ว่าเมื่อไหร่ที่จะต้องการความเห็นที่ 2 จากแพทย์ท่านอื่นๆ	13
13	ใช้ข้อมูลที่แพทย์ให้กับคุณเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการป่วยของคุณ	14
16	ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกร	14
18	หาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาสุขภาพจิต เช่น เรื่องความเครียดหรือ อาการซึมเศร้า	21
21	เข้าใจเกี่ยวกับคำเตือนที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกายหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอร์	22
23	เข้าใจเหตุผลว่าทำไมต้องไปรับการคัดกรองโรค	22
28	ประเมินข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงทางสุขภาพในสื่อต่างๆว่าเชื่อถือได้หรือไม่	23
31	ตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการป้องกันตนเองจากโรค โดยได้ข้อมูลจากสื่อ	24
33	ทราบเกี่ยวกับกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพจิต	31
37	เข้าใจคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน	32
39	เข้าใจข้อมูลในสื่อต่างๆเกี่ยวกับวิธีการทำให้สุขภาพดีขึ้น	32
43	ประเมินพฤติกรรมที่กระทำในแต่ละวันที่สัมพันธ์กับสุขภาพ	33

ภาคผนวกที่ 4 HLS-EU-Q6 (Short-Short-Form)

Item	Topic	category
11	ประเมินได้ว่าเมื่อไหร่ที่จะต้องการความเห็นที่ 2 จากแพทย์ท่านอื่นๆ	13
13	ใช้ข้อมูลที่แพทย์ให้กับคุณเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการป่วยของคุณ	14
18	หาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาสุขภาพจิต เช่น เรื่องความเครียดหรือ อาการซึมเศร้า	21
28	ประเมินข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงทางสุขภาพในสื่อต่างๆว่าเชื่อถือได้หรือไม่	23
33	ทราบเกี่ยวกับกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพจิต	31
39	เข้าใจข้อมูลในสื่อต่างๆเกี่ยวกับวิธีการทำให้สุขภาพดีขึ้น	32

ภาคผนวกที่ 5 HLS-Taiwan-Q12

item	Topic	category
2	ค้นหาข้อมูลการรักษาที่คุณสนใจ	11
4	สามารถหาสถานที่จะไปพบแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเวลาป่วย	11
6	เข้าใจฉลากยาที่เขียนว่าจะใช้หรือรับประทานยาอย่างไร	12
10	ประเมินข้อดีข้อเสียขอทางเลือกของวิธีการรักษา	13
15	โทรตามรถฉุกเฉินกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน	14
18	หาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาสุขภาพจิต เช่น เรื่องความเครียดหรือ อาการซึมเศร้า	21
23	เข้าใจเหตุผลว่าทำไมต้องไปรับการคัดกรองโรค	22
26	ประเมินว่าจะไปรับวัคซีนอะไร	23
30	ตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการป้องกันตนเองจากโรค โดยคำแนะนำจากครอบครัวและเพื่อน	24
33	ทราบเกี่ยวกับกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพจิต	31
39	เข้าใจข้อมูลในสื่อต่างๆเกี่ยวกับวิธีการทำให้สุขภาพดีขึ้น	32
43	ประเมินพฤติกรรมที่กระทำในแต่ละวันที่สัมพันธ์กับสุขภาพ	33

ภาคผนวกที่ 6 HLS-TH-Q87

item	topic	category
1	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลว่าจะต้องทำอะไรเมื่อประสบกรณีฉุกเฉินทางการแพทย์ เช่น พบคนตกน้ำ พบคนหมดสติ	11
2	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการ หรือความเจ็บป่วยที่ต้องรีบไปโรงพยาบาล	11
3	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเช็คสุขภาพเบื้องต้น หรือการฉีดวัคซีน ที่ควรได้รับ	21
4	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อต่างๆเช่น ไข้หวัดใหญ่ ท้องร่วง	21
5	ท่านสามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการทำให้สุขภาพแข็งแรงเช่น การออกกำลังกาย การกินอาหารที่เหมาะสม	31
6	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม (วิธีการที่ทำให้สุขภาพจิตดี)	31
7	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้ เกี่ยวกับยาเครื่องสำอาง สมุนไพร อาหารเสริม	41
8	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้ เกี่ยวกับการบริการ เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ออกมาใหม่ๆ (เช่น การผ่าตัดเทคนิคใหม่ๆ เครื่องวัดความดันสายรัดข้อมืออัจฉริยะ) เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ออกมาใหม่ๆ (เช่น การ ผ่าตัดเทคนิคใหม่ๆ เครื่องวัดควา	41
9	เข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่หมอได้พูดกับท่าน	12
10	เข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่พยาบาลได้พูดกับท่าน	12
11	เข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม./อสส./ อสค.) ได้พูดกับท่าน	12
12	เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องที่เพื่อน หรือเพื่อนผู้ป่วยได้พูดกับคุณ	12
13	เข้าใจกับเอกสารที่ได้มากับยาที่ซื้อเองหรือที่ได้รับจาก โรงพยาบาล	12
14	เข้าใจข้อมูลจากสื่อสาธารณะ (โทรทัศน์ วิทยุ) สื่อออนไลน์ (เช่น ไลน์ เฟสบุค อินสตาแกรม)หรือป้ายประกาศว่าจะต้อง ท าอะไรบ้างเมื่อประสบกรณีฉุกเฉินทางการแพทย์	12
15	เข้าใจคำแนะน าของแพทย์หรือเภสัชกรเรื่องวิธีการใช้ยาที่ แพทย์ก าหนด	12
16	เข้าใจว่าเพราะเหตุใดคุณถึงควรได้รับการตรวจคัดกรอง สุขภาพ	22
17	เข้าใจว่าเพราะเหตุใดคุณถึงจำเป็นต้องได้รับวัคซีน	22
18	เข้าใจค าเตือนเกี่ยวกับพฤติกรรมสขภาพว่าสำคัญและจำเป็น อย่างไร เช่น การมีกิจกรรมทางกายค าเตือนไม่สบบุหรี่ หรือ การดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไป	32
19	เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่จะทำให้สุขภาพจิตดี	32
20	เข้าใจฉลากยา เครื่องสำอาง อาหารเสริม สมุนไพรเครื่องมือ แพทย์ วัตถุอันตราย	42

item	topic	category
21	เข้าใจบริการสุขภาพที่ออกมาใหม่ๆ เช่น กำไลปรับสมดุล การผ่าตัดเทคนิคใหม่ๆ	42
22	ท่านทบทวนข้อมูลที่ได้จากแพทย์	121
23	ท่านทบทวนข้อมูลที่ได้จากพยาบาล	121
24	ท่านทบทวนข้อมูลที่ได้จากเภสัชกร	121
25	ท่านทบทวนข้อมูลที่ได้จาก อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม. อสส. อสค.)	321
26	ท่านทบทวนข้อมูลที่ได้จาก เพื่อนผู้ป่วย	321
27	ท่านทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้จาก สื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุค อินสตาแกรม	321
28	ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ การทำให้สุขภาพแข็งแรง จากแพทย์	321
29	ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ การทำให้สุขภาพแข็งแรง จากพยาบาล	321
30	ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ การทำให้สุขภาพแข็งแรง จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม. อสส. อสค.)	321
31	ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ โรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จากแพทย์	221
32	ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ โรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จาก พยาบาล	221
33	ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ โรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม. อสส. อสค.)	221
34	ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เช่น ยา อาหารเสริม เครื่องสำอาง สมุนไพร) จากแพทย์	421
35	ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เช่น ยา อาหารเสริม เครื่องสำอาง สมุนไพร) จากพยาบาล	421
36	ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เช่น ยา อาหารเสริม เครื่องสำอาง สมุนไพร) จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม. อสส. อสค.)	421
37	ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ สิทธิ ค่าใช้จ่าย และข้อสงสัยต่างๆ จากแพทย์	121
38	ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ สิทธิ ค่าใช้จ่าย และข้อสงสัย ต่างๆ จาก พยาบาล	121
39	ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ สิทธิ ค่าใช้จ่าย และข้อสงสัยต่างๆ จาก เจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาล/สถานพยาบาล	121
40	หลังจากได้ข้อมูล เรื่อง การออกกำลังกาย ทำให้ท่านตัดสินใจได้ว่าท่านควร ออกกำลังกายอย่างไร	33
41	หลังจากได้ข้อมูล เรื่อง การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพทำให้ท่านตัดสินใจได้ว่าท่านควรเลือกซื้อ หรือปรุงอาหาร อย่างไร	33
42	หลังจากได้ข้อมูล เรื่องวิธีการคลายเครียด ทำให้ท่านตัดสินใจได้ว่าท่านควรทำกิจกรรมอะไร เพื่อลดความเครียด	33
43	หลังจากได้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษา ทำให้ ท่านตัดสินใจได้ว่าท่านต้องจัดการตนเองอย่างไร เพื่อทำตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน	13
44	หลังจากได้ข้อมูล เรื่อง อาหารเสริม สมุนไพรทำให้ท่านตัดสินใจได้ว่าท่านควรเลือกใช้อย่างไร	43
45	หลังจากได้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา ทำให้ท่านตัดสินใจได้ว่า ท่านจะจัดการตนเองอย่างไร เพื่อใช้ยาได้ถูกต้องครบถ้วน	43
46	หลังจากได้ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดเหตุฉุกเฉิน ไม่ว่าจะเป็นกรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย ท่านสามารถปฏิบัติตามได้อย่าง มั่นใจ	13
47	กินอาหาร ไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม	34

item	topic	category
48	กินผักผลไม้เพิ่มขึ้น	34
49	กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่	24
50	ใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	24
51	ล้างมือให้สะอาด ก่อนและหลัง กินอาหาร	24
52	ดื่มน้ำสะอาด 6 - 8 แก้วต่อวัน	34
53	กินอาหารให้ครบทั้งเนื้อสัตว์ ผัก ข้าว ผลไม้ และสับเปลี่ยน รายการอาหาร โดยไม่จ าเป็นต้องกินอาหารเสริม	34
54	ออกแรงเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อ วันเว้นวัน	34
55	นอนหลับ(สนิท) 7-8 ชั่วโมงต่อคืน	34
56	จัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม	34
57	ไม่สูบบุหรี่หรือสูดดมควันบุหรี่	24
58	ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	24
59	แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างน้อยครั้งละ 2 นาที	34
60	แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง	34
61	งดกินอาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง	34
62	อ่านและตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับ เครื่องสำอาง โดยดูที่มี เครื่องหมายรับรองมาตรฐานการผลิต ที่ดี(GMP)	44
63	อ่านและตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับ อาหาร หรือผลิตภัณฑ์ลดความอ้วน โดยดูที่มีเครื่องหมายรับรองมาตรฐานการผลิต ที่ดี (GMP)	44
64	อ่านและตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับ อาหารเสริมสุขภาพหรือ สมุนไพร โดยดูที่มีเครื่องหมายรับรองมาตรฐานการผลิต ที่ดี (GMP)	44
65	ค้นคว้าตรวจสอบผลิตภัณฑ์ และบริการสุขภาพ เครื่องสำอาง ร้องเรียนได้ที่ใดเครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย จากแหล่งที่เชื่อถือได้และรู้ว่าร้องเรียนได้ที่ใด	44
66	รักษาสิ่งแวดล้อมด้วยการลดปริมาณขยะ การบรรจุอาหารแทน อาหารร้อนจัดต้องใช้วัสดุที่เหมาะสม ใช้ ถุงผ้าหรือกระเป๋าแทนถุงพลาสติก) (ลดการใช้โฟมและพลาสติกที่ใช้แล้วทิ้ง ใช้ภาชนะที่เหมาะกับ	24
67	เพื่อไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ท่านเก็บบ้านไม่ให้รก	24
68	เพื่อไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ท่านเก็บขยะ	24
69	เพื่อไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ท่านปิดภาชนะเก็บน้ำให้มิดชิด	24
70	กำจัดฝุ่นและควันในบ้าน	24
71	งดการเผาขยะ ลดการจุดธูป ไม่สูบบุหรี่ในบ้าน	24
72	ทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศอย่างถูกวิธี	34
73	ปลูกต้นไม้ช่วยลดมลพิษ	34
74	ปรับโครงสร้างและสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	34
75	ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เภสัชกรและเฝ้าระวังหากต้องใช้ ยาปฏิชีวนะและยาที่ทำให้เสพติด (ยาแก้ปวดหรือยาแก้ไอ บางชนิด) ได้	14

item	topic	category
76	ดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วยเบื้องต้น ด้วยยาสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน ยาสามัญประจำบ้านทั้งแผนปัจจุบัน และ แผนโบราณ และใช้ยาเท่าที่จำเป็น	44
77	ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ ไม่พึงประสงค์	24
78	ใส่หมวกนิรภัย เมื่อใช้จักรยานยนต์	24
79	ขับรถยนต์ไม่เกิน 60 กม.ต่อ ชม. ในพื้นที่เขตเมือง	24
80	คาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อใช้รถยนต์	24
81	ไม่ขับรถยนต์ หรือจักรยานยนต์ เมื่องว่ง เหนื่อยล้า หรือเมา	24
82	หากเราพบคนตกน้ า ให้ช่วยด้วยวิธี “ตะโกน โยน ยื่น” และโทร 1669 ห้ามจับอุ้มพาดบ่า/กดท้อง/ห้อยหัว เพื่อเอาน้ าออก ต้องช่วยด้วยการเป่าปากสลับกับการกดนวดหัวใจ	24
83	ห้ามหญิงตั้งครรภ์ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะอาจทำให้คลอดก่อนกำหนด ทารกตายในครรภ์ หรือเกิดมาพิการ มี พัฒนาการผิดปกติ	24
84	ตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องเล่น ให้อยู่ในสภาพดีก่อนให้เด็กเล่นและดูแลให้เล่นอย่างปลอดภัย	24
85	ส่งเสริมให้เด็กแรกเกิด ถึง 6 ปี ทุกคน ได้รับการประเมินพัฒนาการและฉีดวัคซีนตามที่ควรได้รับ	34
86	ปฏิบัติ หรือส่งเสริมให้ผู้หญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเฝ้าระวังมะเร็งเต้านม'	34
87	ปฏิบัติ หรือ ส่งเสริมให้ผู้หญิง อายุ 30 - 60 ปี เข้ารับการปกติตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 5 ปีครั้ง ในกรณี	24

Part 4.

Standard of Health Literate Healthcare Organization (HLHCO)

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

Executive Summary

1. การเปรียบเทียบ Organization Health Literate Responsiveness Framework (Org-HLR) จากการศึกษาของ Trezona[1] และ Angela [1] กับ Baldrige Excellence Framework [3] ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ประเทศต่างๆนิยมใช้ในปัจจุบัน มาตรฐานในประเทศไทยที่นำ Baldrige Excellence Framework มาเป็นแม่แบบได้แก่ TQA , PMQA ,HA โดยโรงพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่พัฒนาเพื่อการรับรองด้วย HA Standard จากการเปรียบเทียบพบว่า Baldrige Excellence Framework ครอบคลุมหัวข้อได้มากกว่า Org-HLR Framework ที่ได้จาก 2 การศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งทั้ง 2 การศึกษาไม่ได้พูดถึง Result เพราะฉะนั้นต่อไปจะใช้ Baldrige Excellence framework เป็นกรอบเพื่อจะวาง Ten Attribute of HLHCO ของ IOM , V-HLO ของ Vienna Study ,และ International OHL-hos ของ CC-HPH เข้าไปในกรอบดังกล่าว โดย ในส่วนของ Process Management ในหมวด 6 จะประกอบด้วย Process ที่เกี่ยวกับ HL ดังนี้

   1.1. Communication Practice and Structure

   1.2. Ease Access to services and Process (Ease of Nagivation)

   1.3. Patient engagement and self management support.

   1.4. Community engagement & Partnership

   รูปที่ 1 เปรียบเทียบ Organizational Health Literate Resonsiveness กับBadrige Excellence Framework

Compare Org_HLR Framework with Baldrige Excellence Framework

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

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

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

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

Compare Bradrige Excellece Framework with Ten Attribute(IOM),V-HLO and Internatonal OHL-Hosp

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

3. ทั้ง 10 Attribute ,V-HLO , International OHL-hos ตัว Standard ไม่ได้กล่าวถึง Result แต่ไปกล่าวในแบบประเมินตนเอง (Self Assessment) โดย International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (OHL-Hos) [4] โดย V-HLO จะมี 160 indicator ส่วน OHL-hos จะมี 156 indicator โดยสามารถเลือก indicators ให้เหมาะสมกับบริบท ถ้าพิจารณาจาก Integrated model of Health Literacy [7] Consequence คือ สิ่งที่จะตามหลัง Health Literacy แบ่งเป็น 4 คู่ได้แก่

   3.1. อัตราการมาใช้บริการสุขภาพ (Health service use) ซึ่งจะสัมพันธ์กับ ต้นทุนของการมารับบริการ (Health cost) (Disease Approach ใน Healthcare Setting)

   3.2. พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) จะสัมพันธ์กับ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcome) – (Disease prevention & Health promotion approach)

   3.3. การมีส่วนร่วม (Participation) จะสัมพันธ์กับ ระดับการเสริมพลัง (Empowerment) – Health promotion Approach

   3.4. ความเท่าเทียม (Equity) จะสัมพันธ์กับ ความยั่งยืน (Sustainable) – Health promotion approach.

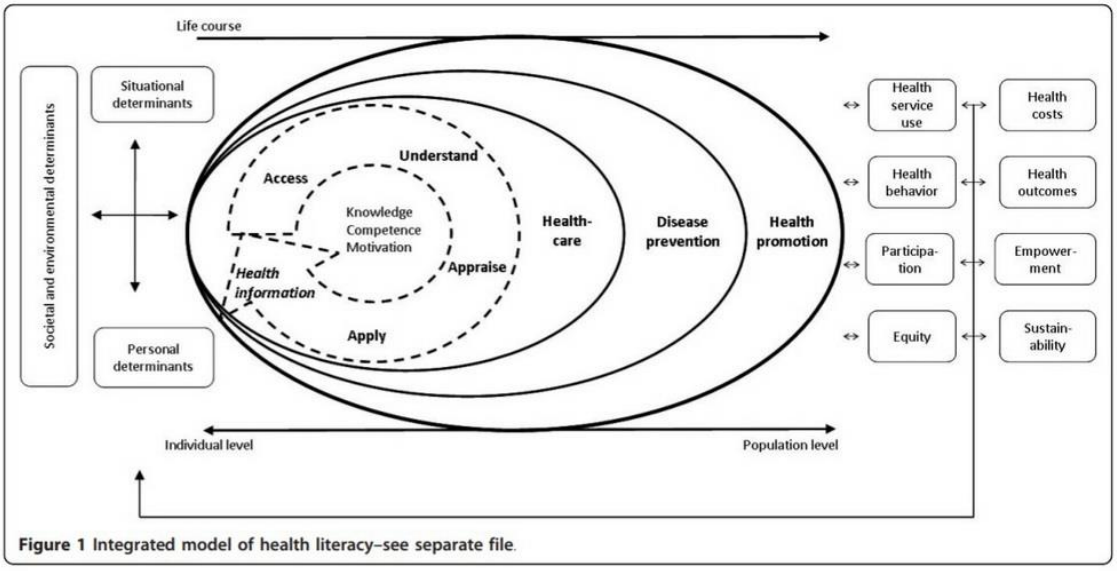


Figure 1 Integrated model of health literacy–see separate file.

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

TABLE 3.

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

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

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

สรุปและข้อเสนอแนะ

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

เอกสารอ้างอิง

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

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

Health Literate Healthcare Organization (HLHCO) Jürgen M. Pelikan

Contents:

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

Health Literate Healthcare Organization (HLHCO)

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

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

ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้เป็นที่ทราบกันดีในสถาบันที่ให้บริการสุขภาพ และรัฐบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาก็ให้การสนับสนุนนโยบาย เพื่อชี้นำให้ผู้ให้บริการและนักวิจัยมาให้ความสำคัญของกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดในระบบสุขภาพ เดิมใช้กลยุทธ์แบบแยกส่วน ขึ้นกับว่าองค์กรใดจะนำประเด็นได้มาใช้ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มที่มี Low

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

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

ประเด็นคำถามในบทนี้คือ

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

การพัฒนาแนวคิดที่เป็นองค์รวมเชิงระบบของ HLHOs

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

Terminology and definitions of organisational health literacy

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

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

3. นิยามที่สาม คือนิยามที่เป็นปัจจุบันที่ได้บูรณาการเนื้อหาที่กำหนดในนิยามของ Brach et al (2012) (10) กับนิยามเชิงองค์กรวมของ Health Literacy ของ HLS-EU Consortium (Sorensen et al, 2012, p 3 [50]) HLHOs คือ องค์กรที่พัฒนาระบบเพื่อให้ง่ายต่อการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม (ผู้ป่วยและญาติ บุคลากร/ ผู้บริหาร ในสถานบริการสุขภาพ ประชาชนทั่วไป)ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหรือข้อมูลสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้เพื่อการยกระดับ Health literacy ทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพในทุกๆวัน โดยใช้การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ เพื่อธำรงรักษาและยกระดับคุณภาพชีวิตตลอดทุกช่วงชีวิต เพื่อให้สามารถบรรลุแนวคิดที่เป็นองค์รวมเชิงระบบและยั่งยืน สถานบริการสุขภาพจำเป็นต้องประยุกต์ใช้หลักการและเครื่องมือของ การบริหารคุณภาพ (Quality Management) การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ร่วมกับการเสริมสมรรนะขององค์กร ทั้งเรื่องโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรเพื่อให้เป็นองค์กรที่ Health Literate มากขึ้น (Pelikan and Dietscher, 2015b, slide 16 [42])

Concepts, models and frameworks of organisational health literacy

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

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

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

Institute of Medicine's Ten attributes of HLHCOs

Instiure of Medicine (IOM) ได้พัฒนา Ten attributes of health literate health care organizations (Brachet al, 2012, p 19 [10]), โดยกำหนด 10 คุณลักษณะของ HLHOs ควรนำไปใช้และลงทุนในระบบนี้เพื่อช่วยให้ทุกคนได้ประโยชน์สูงสุดจากระบบการดูแลสุขภาพ (see Box 1).

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

1. ผู้นำได้บูรณาการเรื่อง Health Literacy เข้าไปใน พันธกิจ โครงสร้าง และการดำเนินการขององค์กรหรือไม่
2. บูรณาการเรื่อง Health Literacy เข้าไปในการวางแผน การวัดผลการดำเนินการ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และเรื่องการปรับปรุงคุณภาพ
3. เตรียมบุคลากรเพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการวัดความก้าวหน้าขอการดำเนินการ
4. รวมเรื่องการตอบสนองในระดับประชากรเข้าไปในขั้นตอนของการออกแบบ การดำเนินการ และประเมินผลทั้งระบบข้อมูลข่าวสารและการบริการ
5. ตอบสนองความต้องการของประชาชนซึ่งมีความหลากหลายของระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยหลีกเลี่ยงการตีตรา (ปฏิบัติเหมือนๆกัน เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าตนอยู่ในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ)
6. ใช้กลยุทธ์สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเน้นการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพและแน่ใจได้ว่าจะเกิดความเข้าใจในทุกจุดสัมผัสของการบริการ
7. จัดเตรียมระบบข้อมูลข่าวสารและบริการที่ง่ายต่อการเข้าถึง และมีระบบช่วยในการนำทางไปรับบริการในจุดต่างๆ
8. ออกแบบและกระจายสื่อสิ่งพิมพ์ รวมถึงวิดิโอ หรือ social media ที่ง่ายต่อการเข้าใจและเน้นการปฏิบัติ

9. เน้นหนักในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพิเศษในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ในช่วงรอยต่อของการบริการ หรือการสื่อสารเกี่ยวกับการรับยา
10. สื่อกสารให้เข้าใจอย่างละเอียดเกี่ยวกับการครอบคลุมของชุดสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ และค่าบริการที่ต้องจ่ายนอกเหนือจากสิทธิการรักษา

10 Attributes of HLHCOs *Institute of Medicine*

โดยในแต่ละคุณลักษณะจะอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็น และรายละเอียด รวมถึงวิธีการประเมิน และการนำสู่การปฏิบัติ เมื่อพิจารณาคุณลักษณะทั้ง 10 ประการ พบว่า

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

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

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

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

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

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

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

6. พัฒนาความร้อบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ (Learning offer)
7. พัฒนาความร้อบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากร โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ (Learning offer)
8. พัฒนาความร้อบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนหรือพื้นที่ ที่สถานบริการรับผิดชอบ
9. แบ่งปันประสบการณ์และเป็นทำตัวเป็นตัวอย่างในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนที่สถานบริการรับผิดชอบ

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

Guides and toolkits เพื่อการประเมินหรือปรับปรุง organisational health literacy

Farmanova et al (2018) [20] ได้บ่งชี้ 20 health literacy guides โดยประเมินภายใต้ 6 dimensionได้แก่

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

การปรับปรุงคุณภาพ 8 เรื่องคือ

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

Farmanova et al (2018, p 6) [20] สรุปว่าแนวทาง (Guide) มีความแตกต่างทั้ง scope (single- to multiple-issue) และบริบทที่จะนำแนวทางนั้นไปสู่การปฏิบัติ โดยแนวทางส่วนใหญ่พัฒนาสำหรับสถานบริการสุขภาพ โดย 6 แนวทางพัฒนาสำหรับสถานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล และร้านยา หรือพัฒนาแนวทางสำหรับการให้บริการของพยาบาล แนวทางจะมีแนวทางการประเมินว่าอะไรคืออุปสรรค และแผนปฏิบัติการในการพัฒนาให้เป็น HLOs สรุป สำหรับระดับองค์กรแล้วขณะนี้มีแนวทางที่หลากหลายที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาองค์กรให้เป็น HLOs ในบริการที่หลากหลาย แต่สำหรับระดับบุคลากรที่เป็นวิชาชีพจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางให้เหมาะสมกับแต่ละวิชาชีพ รวมถึงการบูรณการและทำให้เป็นมาตรฐาน

วิจัยเชิงประจักษ์ ในการสำแนวคิด (Concepts)และแนวทาง (Guide) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ

วิจัยเชิงประจักษ์ สำหรับแนวคิด (Concepts)และแนวทาง (Guide) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ สรุปได้ว่า

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

8. การนำ Health Literacy guide จะมีประโยชน์ถ้า guide นั้นมีประโยชน์อย่างเด่นชัด ง่ายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ และสามารถสนับสนุนกาดำเนินการของผู้ให้บริการหรือสามารถกำจัดอุปสรรคต่อการพัฒนา Health Literacy ได้ (Shoemaker et al, 2013 [49])'.

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

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

ปัจจัยสู่ความสำเร็จที่จะ Health Literacy สู่การปฏิบัติ

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

Summary and conclusion

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

Reference

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

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

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

15. Coughlan, D., Turner, B. and Trujillom, A. (2013) 'Motivation for a healthliteratehealthcare system – Does socioeconomic status play a substantial role? Implications for an Irish health policy-maker', Journal of Health Communication,18, Suppl 1, 158-71.
16. DeWalt, D.A., Callahan, L.F., Hawk, V.H., Broucksou, K.A. and Hink, A. (2010) Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Prepared by North Carolina Network Consortium, the Cecil G. Sheps Center for Health Services Research, the University of North Carolina at Chapel Hill, Under Contract No HHSA290200710014, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
17. Dietscher, C. and Pelikan, J.M. (2017) 'Health-literate hospitals and healthcare organizations – Results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals', in D. Schaeffer and J.M. Pelikan (eds) Health Literacy Forschungsstand und Perspektiven, Bern: Hogrefe, 303-13.
18. Eichler, K., Wieser, S. and Brugger, U. (2009) 'The costs of limited health literacy: A systematic review', International Journal of Public Health, 54, 313-24.
19. Farmanova, E. (2017) Organization of health services for minority populations: The role of organizational health literacy and an active offer of health services in French in Ontario, Ottawa.
20. Farmanova, E., Bonneville, L. and Bouchard, L. (2018) 'Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues', INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 55, 1-17.
21. Frosch, D.L. and Elwyn, G. (2014) 'Don't blame patients, engage them: Transforming health systems to address health literacy', Journal of Health Communication, 19, Suppl 2, 10-14.
22. Groene, R.O. and Rudd, R. (2011) 'Results of a feasibility study to assess the health literacy environment: Navigation, written, and oral communication in 10 hospitals in Catalonia, Spain', Journal of Communication in Healthcare, 4, 4, 227-37.
23. Hernandez, L.M. (2012) How can health care organizations become more health literate? Workshop summary, Population health and public health practice, Washington, DC: Institute of Medicine. Institute of Medicine. (2004) Health literacy: A prescription to end confusion, Washington, DC: National Academies of Science.
24. Johnson, A. (2014) 'First impressions: Towards becoming a health literate health service', Australian Health Review, 38, 2, 190-3.
25. Johnson, M. (2014) Tackling barriers to integration in health and social care, London: Housing LIN, Viewpoint 69 (www.housinglin.org.uk/_library/Resources/Housing/Support_materials/Viewpoints/HLIN_Viewpoint69_Integration.pdf).

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

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

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

Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations

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

บทความนี้กล่าวถึง คุณลักษณะ 10 ประการของสถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate health care organizations : HLHOs) หรือ สถานบริการที่ทำให้ผู้มารับบริการ มีความง่ายในการ ได้รับข้อมูลสารสนเทศ เข้าใจ และใช้ข้อมูลสารสนเทศเหล่านั้นในการดูแลสุขภาพของตน สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถช่วยคนอเมริกัน 77 ล้านคนที่มีความจำกัดในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งช่วยคนอเมริกันส่วนใหญ่ที่มีความยุ่งยากในการทำความเข้าใจข้อมูลสารสนเทศ และการใช้บริการของสถานบริการสุขภาพ (ODPHP, 2008).

ส่วนใหญ่มักจะเข้าใจโดยทั่วไปว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล ในการที่จะได้รับ เข้าใจข้อมูลพื้นฐานและบริการด้านสุขภาพ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจที่เหมาะสม (Ratzan and Parker, 2000) แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพหาใช่ขึ้นกับทักษะส่วนบุคคลอย่างเดียว (IOM, 2003). **แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นผลคูณระหว่างความสามารถส่วนบุคคล x อุปสงค์ที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและ ความซับซ้อนของระบบสุขภาพ** (Baker, 2006; Rudd 2003)

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

จากความตระหนักที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะส่งมอบบริการสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยแต่ละคน และการดำเนินเพื่อให้ผู้รับบริการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำเป็นต้องกระทำที่ระบบขององค์กร เพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่า ผู้รับบริการสามารถที่จะตัดสินใจบนข้อมูลสารสนเทศที่มีเข้าใจอย่างชัดแจ้ง(AHIP, 2011; AMA, 2007; NQF, 2009; ODPHP, 2010; DeWalt et al., 2012;). และเป็นเรื่องเร่งด่วนสำหรับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด (Martin and Parker 2011). ที่ประสบปัญหาต่างๆ ได้แก่ เรื่องความผิดพลาดทางยาที่รุนแรง (Schillinger et al., 2005), การไปรับบริการที่ห้องฉุกเฉินหรือโรงพยาบาลในอัตราที่สูงกว่า (Baker et al., 2002),การไม่มีการป้องกันโรคจนทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดีสำหรับเด็กในความดูแล (Sanders et al., 2009), การเพิ่มอัตราการตาย (Sudore et al., 2006; Bostock and Steptoe, 2012; Yaffe et al., 2006) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการส่งมอบบริการที่คำนึงถึงมิติของภาษาและสังคม โดย National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services แนะนำให้บูรณา

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

สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพตะหนักว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ นั้นสัมพันธ์กับเรื่องของภาษาและวัฒนธรรมอย่างแยกกันไม่ออก และความพยายามในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และปรับปรุงในเรื่องการสื่อสารเพื่อให้สอดคล้องกับมิติของภาษาและวัฒนธรรม (Andrulis and Brach, 2007; Sudore et al., 2009). ภายใต้การดูแลของ สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มุ่งมั่นที่จะยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน และให้ทุกการสื่อสาร เป็นที่เข้าใจอย่างชัดแจ้ง

เอกสารนี้ประกอบด้วยคุณลักษณะ 10 ประการของสถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้มารับบริการสามารถ เข้าถึงบริการและได้ประโยชน์สูงสุดจากการรับบริการ โดยได้สังเคราะห์องค์ความรู้และแนวปฏิบัติ โดยคาดหวังว่า เอกสารชิ้นนี้จะเป็นก้าวย่างขององค์กรที่จะนำพาไปสู่องค์กรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในแต่ละคุณลักษณะจะอธิบายสั้นๆเกี่ยวกับความหมาย ตามด้วยชุดของแนวปฏิบัติ กลยุทธ์ที่สามารถนำไปใช้เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ของแต่ละองค์ประกอบ โดยกลยุทธ์ที่ได้ยกตัวอย่างมาเป็นแค่ตัวอย่าง ซึ่งความเป็นจริงยังมีอีกหลากลายวิธีที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของแต่ละคุณลักษณะ ซึ่งต้องทำการทดสอบหลังการปฏิบัติในกลุ่มเป้าหมายที่กลยุทธ์นั้นได้กำหนดไว้ว่าประสบผลสำเร็จหรือไม่ และแบ่งปันผลการดำเนินการให้กับหน่วยงานอื่น และองค์กรต้องเลือกว่าจะทำองค์ประกอบใดก่อนหลัง ก่อนที่จะขยายไปทำองค์ประกอบอื่น

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

รายละเอียดของ 10 คุณลักษณะได้แก่

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

4. รวมเรื่องการตอบสนองประชาชนเข้าสู่การกระบวนการออกแบบ การนำแผนสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลในเรื่องข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพ
5. ตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีทักษะด้านความรอบรู้สุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน โดยหลีกเลี่ยงการตีตรา
6. ใช้กลยุทธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคล และทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการสื่อสารนั้นสามารถสร้างความเข้าใจในทุกจุดสัมผัสของการบริการ
7. ตระเตรียมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและบริการสุขภาพให้ง่ายต่อการเข้าถึง รวมถึงการช่วยเหลือในด้านการนำทางในการรับบริการ
8. ออกแบบและเผยแพร่สิ่งพิมพ์ สื่อวิดีโอ หรือสื่อสังคม (Social media) ด้วยเนื้อหาที่ง่ายต่อความเข้าใจ และง่ายต่อการนำไปสู่การปฏิบัติ
9. จัดการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการดูแลในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการบริการ (เช่นการส่งต่อ หรือการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน) และการสื่อสารด้านการใช้ยา
10. สื่อสารเกี่ยวกับ การครอบคลุมของสิทธิของการรักษาและบริการอะไรที่สิทธิไม่ครอบคลุมที่ต้องชำระเงินเอง

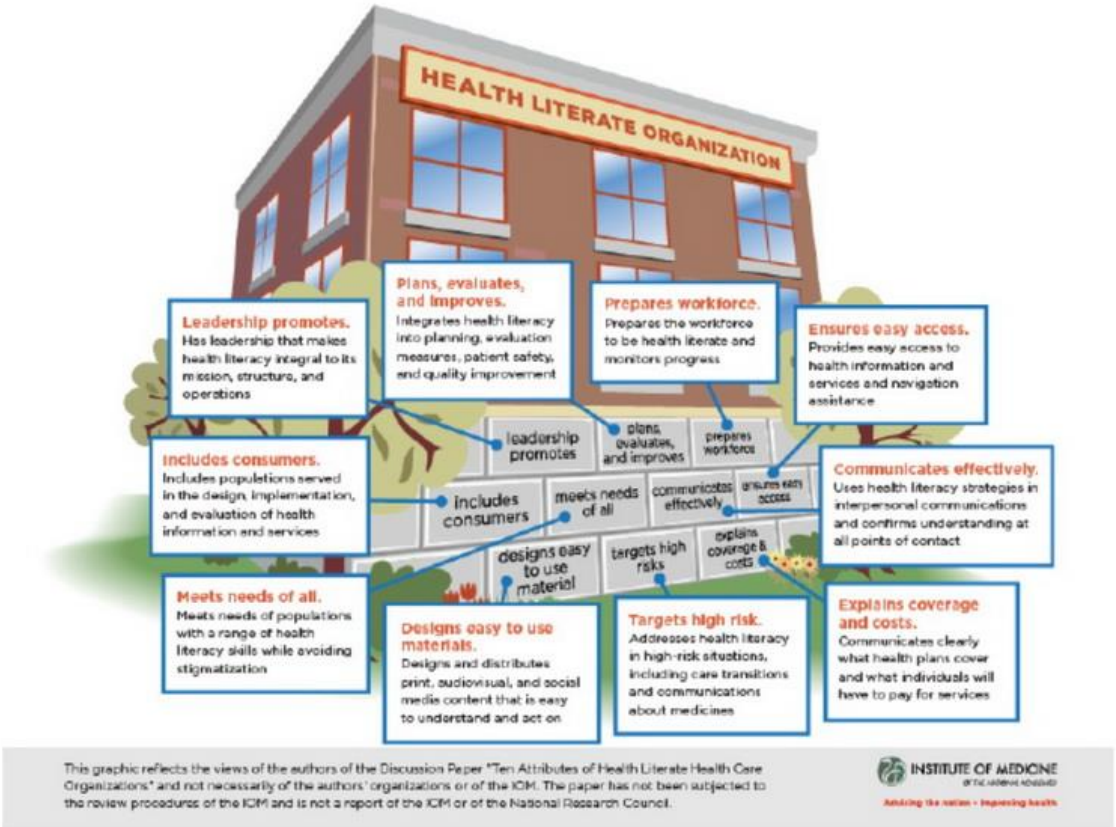


FIGURE 1B Elaborations on the Foundations of a Health Literate Organization

รายละเอียดของแต่ละหัวข้อเป็นดังนี้

1. ผู้บริหารได้บูรณาการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้ากับ พันธกิจ โครงสร้าง และการปฏิบัติงานขององค์กร หรือไม่

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

1.1. ให้ความสำคัญกับการสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพในทุกระดับภายในองค์กร และผ่านสื่อหลายช่องทาง

1.2. สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ให้คุณค่ากับผู้ป่วยและลูกค้า และมุ่งเน้นการสื่อสารแบบสองทางอย่างมีปฏิสัมพันธ์และมีความเท่าเทียม

1.3. มีความมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์กรให้ปรากฏอย่างชัดแจ้ง และมีพันธกิจที่จะสร้างวัฒนธรรมที่ให้คุณค่ากับผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ

1.4. มอบหมายความรับผิดชอบรวมถึงมอบอำนาจในการดำเนินการในภาพภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เช่น มีการแต่งตั้ง Health Literacy Officers หรือกำหนดความรับผิดชอบใน Job description ให้แก่ หัวหน้าหน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์)

1.5. กำหนดเป้าหมายของการปรับปรุงความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีระบบเสริมแรงจูงใจเมื่อผลงานบรรลุเป้าหมายดังกล่าว และกำหนดความรับผิดชอบให้แก่บุคลากรในทุกระดับในการบรรลุผลลัพธ์ของการดำเนินการในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.6. จัดสรรทรัพยากรทั้งด้านการเงินและบุคคลากร ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการ หรือการปรับปรุงเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพ (เช่น งบประมาณในการแก้ไขหรือตรวจสอบสื่อต่างๆว่าเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายหรือไม่ ให้เวลาเพื่อสนับสนุนบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น หรือการสนับสนุนสนับงบประมาณและเวลาสำหรับการฝึกอบรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.7. ปลูกฝังหรือสร้างให้เกิด Health Literacy Champion ทั่วทั้งองค์กร

1.8. ออกแบบระบบ เพื่อพัฒนาคนให้เกิดศักยภาพสูงสุด ในการเรียนรู้เพื่อธำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพดี และสามารถจัดการโรคต่างๆได้ สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และเกิดผลดีต่อสุขภาพ

1.9. ออกแบบสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดที่ที่เป็นส่วนตัวเพื่อให้ปรึกษาในเรื่องการใช้ยา

1.10. ส่งเสริมให้องค์กรอื่นให้มาดำเนินการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เช่น การสั่งการหน่วยงานใต้บังคับบัญชา หรือใช้อำนาจซื้อ (purchasing power) หรือใช้ประสานเครือข่าย

1.11. มีส่วนร่วมกับระดับ ท้องถิ่น/จังหวัด/ประเทศ ในการพัฒนาองค์กรเพื่อตอบสนองความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เช่น เข้าร่วมเป็นภาคีเครือข่ายความ รอบรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับชุมชนหรือระดับประเทศ)

1.12. ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยหรือกิจกรรมอื่นๆ เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ถึง มาตรการที่มีประสิทธิผลในการลดความเลื่อมล้ำ ระหว่างกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ กับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างจำกัด

2. บูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปกับเรื่องการวางแผน มาตราการในการประเมินผล ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความเป็นธรรม และการปรับปรุงคุณภาพ

HLHOs ทำให้มั่นใจว่าได้บูรณาการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปในกิจกรรมของสถานบริการ ทั้งในรูปของแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติงาน มาตรการในการประเมินการดำเนินการในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ถูกพัฒนาและดำเนินการ การวัดความสำเร็จของผลการดำเนินการโดยรวมโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง

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

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

2.1. นำเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปอยู่ในทุกกิจกรรมของการวางแผน

2.2. ทำการประเมินผลการดำเนินการในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสภาพแวดล้อมทางกายภาพ โดยการประเมินประกอบด้วย

2.2.1. สภาพแวดล้อมของความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงพยาบาล หรือ สถานีอนามัย (Ruddand Anderson, 2006);

2.2.2. CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and System) Item Set for Addressing Health Literacy (AHRQ, 2007a)

2.2.3. ตอบคำถามการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สำหรับการดูแลระดับปฐมภูมิ)(DeWalt et al., 2010);

2.2.4. ใช้เครื่องมือในการประเมิน บรรยากาศของการสื่อสาร (สำหรับบริการทางการแพทย์ และโรงพยาบาล (Wynia et al., 2010);

2.2.5. การประเมินการวางแผนด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Gazmararian et al., 2010);

2.2.6. ใช้เครื่องมือการประเมินความรอบรู้ด้านเภสัชกรรม ว่า ห้องยาและการจ่ายยาสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ A Pharmacy Health LiteracyAssessment Tool User's Guide (Jacobson et al., 2007).

3. เตรียมบุคลากรในองค์กรให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคิดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

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

แม้การศึกษายังไม่สามารถที่จะพิสูจน์ความสัมพันธ์ทางตรงระหว่าง การฝึกอบรมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่การอบรมความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้บรรลุผลลัพธ์ด้านการศึกษา(Coleman, 2011)

สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพตระหนักว่า บุคลากรทุกคนในองค์การจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรม เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรในการส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ แม้จะมุ่งเน้นที่จะฝึกอบรมแพทย์ แต่การฝึกทักษะด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับสายอาชีพอื่นที่ทำงานสัมผัสผู้ป่วยก็มีความจำเป็นเช่นกัน เช่น พนักงานต้อนรับ พนักงานเก็บเงิน นอกจากนั้นบุคลากรที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรงแต่ทำงานเกี่ยวกับผลิตสื่อ หรือผู้บริหารระดับสูงที่มีส่วนสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้บุคลากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องรอบรู้ด้านสุขภาพ ก็เป็นกลุ่มที่ควรเข้ารับการอบรมด้วย

ทีมให้บริการสุขภาพที่มีบทบาทเกี่ยวกับการให้สุขศึกษา จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเฉพาะในเรื่องเทคนิคด้านการศึกษา สมาชิกในทีมได้แก่ แพทย์ นักสุขศึกษา พยาบาล ผู้ช่วยแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล เภสัชกร ,health coaches , นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ที่นำทางผู้ป่วย (patient navigators) และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน องค์ประกอบย่อย ประกอบด้วย.

3.1. จ้างบุคคลที่มีความชำนาญในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ.

3.2. กำหนดเป้าหมายและทำให้บรรลุเป้าหมายในการฝึกอบรมบุคลากรอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการเกี่ยวกับเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่บุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กร

3.3. ประเมินทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และให้การฝึกอบรมในรายที่ผลการประเมินยังไม่ผ่านมาตรฐานที่กำหนด รวมถึงการประะมินผลกระทบของการฝึกอบรมดังกล่าว

3.4. บรรจุเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปอยู่ในโปรแกรมของการปฐมนิเทศ และการฝึกอบรมอื่นๆ (ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย วัฒนธรรมองค์กร การดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง)

3.5. เตรียมให้บุคลากรให้ได้ประโยชน์จากสื่อ online เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เช่น AHRQ, 2007b; AMA, 2007; CDC, 2011 ODPHP, 2007; DeWalt et al., 2010; HRSA, 2012; New York New Jersey Public Health Training Center, 2011).

3.6. สนับสนุนบุคลากรให้เข้ารับการอบรมหลักสูตรภายนอกเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.7. เชิญผู้เชี่ยวชาญภายนอก มาทำการอบรมบุคคลกรภายในเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ.

3.8. พัฒนาให้มีการนักการศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญ (Expert educators) ที่มีทักษะในด้านการให้การศึกษา และเป็นแบบอย่าง (Role model) เป็นพี่เลี่ยง (Mentor) และเป็นครูที่สอนทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.9. บ่งชี้หลักสูตรใหม่ที่จำเป็น และดำเนินการให้มีการอบรมตามหลักสูตรนั้น

3.10. ประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยที่มีความสามารถในการพูดหรือบรรยายและสามารถที่จะมาเป็นผู้ฝึกสอนได้ (Garcia and Brach, 2008).

4. รวมเรื่องการตอบสนองระดับประชาชนเข้าสู่การกระบวนการออกแบบ การนำแผนสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลในเรื่องข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพ

จะพบเสมอว่า การออกแบบข้อมูลสารสนเทศและการบริการ ไม่ค่อยได้ปรึกษาสมาชิกในชุมชน แต่ข้ามไปปรึกษาในช่วงประเมินผล เป็นเรื่องที่จำเป็นมากที่จะต้องฟังเสียงของกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดในช่วงที่ออกแบบโปรแกรม และเตรียมจัดทำสื่อเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มนี้

ตัวอย่าง รูปแบบของการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนตั้งแต่การออกแบบและการวางแผนได้แก่ Iowa Health System and the New Readers of Iowa. สมาชิกของ New Readers of Iowa ได้นำผู้ป่วยเดินชมสถานบริการสาธารณสุข ได้ทบทวนเกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์ และเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางสร้างการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learner) ในการเข้าถึงบริการภายในสถานบริการสาธารณสุข

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

4.1. มีตัวแทนของประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้ามาอยู่ในคณะกรรมการบริหาร (governing bodies.)

4.2. จัดตั้ง

4.2.1. ทีมที่ปรึกษา เพื่อที่จะให้คำปรึกษาเกี่ยวกับจัดบริการสำหรับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด การศึกษาสำหรับผู้ใหญ่

4.2.2. ผู้เชี่ยวชาญด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4.3. ประสานความร่วมมือกับสมาชิกในชุมชนเป้าหมายในการออกแบบ และทดสอบ โครงการหรือกิจกรรม รวมถึงการจัดทำสื่อต่างๆ

4.4. มีระบบในการรับ Feedback เกี่ยวกับ สารสนเทศและบริการ สุขภาพ จากผู้ใช้บริการ

4.5. กำหนดบุคคลที่เป็นสมาชิกในชุมชนเป้าหมาย เพื่อร่วมเป็นทีมประเมินผลความสำเร็จของแผนงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพองค์กร

5. ตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีทักษะด้านความรอบรู้สุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน โดยหลีกเลี่ยงการตีตรา

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

สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงต้องออกแบบระบบเพื่อให้สามารถตอบสนองในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับทุกคนอย่างถ้วนหน้าได้ (health literacy universal precautions.) หรือการสื่อสารที่ได้รับพิสูจน์ว่าทุกคนสามารถเข้าใจได้ เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาได้ว่าผู้รับบริการอยู่ในกลุ่มไหน และไม่ควรใช้เอกสารสิ่งพิมพ์เพื่อสื่อสารข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ โดยตั้งสมมุติฐานว่า ทุกคนต้องอ่าน และเมื่อได้อ่านแล้วทุกคนต้องเข้าใจ และการช่วยเหลือหรืออธิบายให้กับทุกคนโดยไม่เลือกที่จะลดปัญหาเรื่องการตีตราเฉพาะกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดเท่านั้น สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องมีระบบในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาอย่างมากในการสื่อสารและไม่สามารถที่จะหาห้องตรวจได้ด้วยลำพัง. ยกตัวอย่างการใช้ IT เพื่ออธิบายแทนการอ่านเอกสารสิ่งพิมพ์ และใช้ข้อมูลสารสนเทศมาตรฐานและจัดทำขึ้นเฉพาะสำหรับความต้องการเฉพาะกลุ่ม

แม้การดำเนินการในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพได้บูรณาการเข้าไปในบริการปกติแล้ว บางครั้งก็จำเป็นต้องใช้เวลา หรือ บุคลกร หรือเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นกว่าปกติ และแต่ละพื้นที่อาจจะมีปัญหาไม่เหมือนกัน จึงจำเป็นต้องจัดสรรทรัพยากรที่แตกต่างกันตามสภาพของพื้นที่ด้วย ซึ่งมีวิธีการในการประเมินระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อที่จะระบุพื้นที่ที่คาดว่าจะมีปัญหา (Hanchate et al., 2008; Martin et al., 2009). องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ ได้แก่

5.1. ใช้แนวทางเชิงป้องกันปัญหาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมในทุกคนอย่างถ้วนหน้า (health literacy universal precautions)

5.2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่ต้อนรับทุกคน และไม่ทำการสื่อสารที่ทำให้เกิดความยุ่งยากต่อการทำความเข้าใจโดยเฉพาะในการกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด (เช่น การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ที่พิมพ์ข้อความมากมายด้วยภาษาที่ยากต่อการเข้าใจ)

5.3. ปรับปรุงการเก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศ โดยเก็บรวบรมข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นและรวบรวมอยู่แหล่งเดียว

5.4. ใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อเอาชนะอุปสรรคต่อการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด

5.5. เตรียมความช่วยเหลือเพิ่มเติม (เช่น นักการศึกษา (Educator) เจ้าหน้าที่ช่วยนำทางผู้ป่วย (Patient navigator) ,เจ้าหน้าที่ที่จะมาช่วยอธิบายหรือชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิการรักษา ,การนัดหมายการมารับการรักษาครั้งต่อไป) (Schillinger et al., 2008; Dewalt et al., 2010).

5.6. สอบถามเกี่ยวกับปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านยา และให้การช่วยเหลือโดยให้ใช้ยาเฉพาะในรายการที่ครอบคุมตามสิทธิการรักษา และส่งต่อหน่วยงานที่จะสงเคราะห์ค่ายา (DeWalt et al. 2010).

5.7. ใช้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อชี้นำให้การสื่อสารด้วยการพูดนั้นตรงกับข้อความที่เป็นตัวหนังสือและใช้สื่อเช่น video ที่มีทั้งรูปและเสียงแทนเอกสารที่มีแต่ตัวหน้งสือให้อ่านเอง ซึ่งยากต่อการทำความเข้าใจในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด

5.8. จัดสรรทรัพยากรโดยมุ่งเน้นช่วยเหลือกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด

6. ใช้กลยุทธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคล และทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการสื่อสารนั้นสามารถสร้างความเข้าใจในทุกจุดสัมผัสของการบริการ

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

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

กลยุทธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ได้จำเพาะแค่ปฏิสัมพันธ์ทางคลินิกเท่านั้น การสื่อสารที่ชัดเจนในการอธิบายเกี่ยวกับ ค่ารักษาพยาบาล การบอกทางที่จะไปรับบริการตามห้องต่างๆ การนัดหมายให้มาติดตามการรักษา สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่สามารถส่งเสริมและสนับสนุนกลยุทธ์ดังกล่าว รวมถึงกลยุทธ์ในการให้ความสำคัญในมิติของวัฒนธรรมและภาษาด้วย องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ได้แก่

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

6.1.1. สนับสนุนวัฒนธรรมที่จะมุ่งเน้นให้สอบทวนเพื่อให้มั่นใจว่าทุกการสื่อสารมีความเข้าใจที่ตรงกัน

6.1.2. ให้เวลาอย่างพอเพียงสำหรับทุกปฏิสัมพันธ์

6.1.3. ทำการสอบถาม และปรับให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

6.1.4. วางแผนที่จะมีล่ามที่จะมาช่วยในการแปลภาษา โดยเฉพาะชาวต่างชาติที่ไม่ได้ใช้ภาษาถิ่น

6.1.5. เตรียมเทคโนโลยีที่จะมีช่วยเหลือเพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น (e.g., video interpreters, talking touch screens).

6.1.6. รณรงค์เพื่อสนับสนุนให้เกิดการสอบถามมากขึ้น โดยให้บุคคลากรทุกคนกระตุ้นให้ผู้รับบริการสอยถาม เช่น กระตุ้นให้คิดคำถามล่วงหน้าก่อนเข้าห้องตรวจ หรือใช้เทคนิค Ask me three (1.อะไรคือปัญหาที่ทำให้ต้องมา 2.ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร 3.จะเกิดอะไรตามมาถ้าไม่ปฏิบัติตัวตามนั้น)

6.1.7. ให้ถือว่า ความล้มเหลวของการสื่อสาร เป็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ทำการจัดการความเสี่ยง

6.2. บุคลากรในสถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHOs)

6.2.1. ห้ามมีสมมุติฐานในใจว่า ทุกคนมีความรู้และทักษะในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความเชื่อทางสุขภาพที่ดี

6.2.2. ตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับที่แสดงออกให้เห็นได้

6.2.3. ฟังอย่างตั้งอกตั้งใจ และไม่ขัดจังหวะการสนทนา

6.2.4. ใช้ศัพท์ชาวบ้านในการสื่อสาร หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์

6.2.5. จำกัดประเด็นหลัก (Key messge) ในการสนทนาเพียง 2-3 ประเด็นหลักเท่านั้น

6.2.6. สอบทวนความเข้าใจ โดยใช้เทคนิด เช่น teach-back (ให้พูดด้วยความเข้าใจตนเอง ที่ฟังมาเข้าใจว่าอย่างไร โดยใช้ภาษาของตน) , show-me, teach to goal (Baker et al., 2011), chunk and check.(แบ่งเรื่องเป็นตอนๆ (Chunk) แล้วถามเพื่อตรวจสอบความเข้าใจในแต่ละตอน)

6.2.7. พูดช้าๆ และชัดเจน

6.2.8. กระตุ้นให้เกิดคำถาม และตรวจสอบว่าคนฟังมีความเข้าใจในทุกคำตอบที่ถาม

6.2.9. มุ่งเน้นข้อมูลสารสนเทศที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ

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

6.2.11. ห้ามตั้งสมมุติฐานในใจว่า สื่อโดยเฉพาะสิ่งพิมพ์จะได้รับการอ่านอย่างละเอียดทุกบันทัดจนเป็นที่เข้าใจ และสามารถใช้แทนการสนทนาได้ รวมถึงการทบทวนเอกสารที่เป็นสิ่งพิมพ์ ว่าอ่านง่าย ทำให้เข้าใจตรงกันหรือไม่

6.2.12. ร้องขอบริการล่าม มาช่วยเหลือในการแปลภาษา ในกรณีที่ประสบปัญหาด้านการสื่อสาร

7. ตระเตรียมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและบริการสุขภาพให้ง่ายต่อการเข้าถึง รวมถึงการช่วยเหลือในด้านการนำทางในการรับบริการ

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

7.1. ออกแบบสถานที่เพื่อให้ประชาชนที่ไปรับบริการสุขภาพ สามารถหาช่องทางไปรับบริการด้วยตนเองได้จากป้ายบอกทาง

7.2. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และใช้ระบบสัญลักษณ์หรือป้ายบอกทาง

7.3. ฝึกอบรมบุคลากรที่จะตอบคำถามเกี่ยวกับการถามช่องทางการให้บริการ ด้วยท่าทีที่สุภาพและเป็นมิตร โดยไม่ตั้งสมมุติฐานในใจว่า ทุกคนมีทักษะในการอ่านแผนที่

7.4. บูรณาการและออกแบบบริการที่ต้องใช้สิ่งอำนวยความสะดวกร่วมกันให้อยู่ใกล้กัน (บริการปฐมภูมิ บริการพิเศษ บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, Heath and Wellness Service,บริการทางสังคม)

7.5. ช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัวเพื่อให้เข้าใจว่าจะได้รับบริการอะไร และจะได้ประโยชน์อะไรจากการรับบริการ และการเข้าสมัครเข้าร่วมโปรแกรมบริการต่างๆ เช่น wellness, case management, and disease management programs.

7.6. จัดเตรียมผู้นำทางเพื่อไปรับบริการ (community health workers [promotores], lay health advisors, peer coaches) เพื่อให้ความช่วยเหลือโดยการตอบข้อสงสัยต่างๆ รวมถึงการแก้ปัญหาต่างๆ และช่วยเหลือเพื่อให้สามารถเข้าถึง ข้อมูลสารสนเทศและการบริการได้

7.7. ช่วยเหลือในการกำหนดตารางนัดหมายมาติดตามการรักษา โดยเฉพาะรอยต่อการบริการ จาก บริการปฐมภูมิกับบริการจากแพทย์เฉพาะทาง หรือ Home care กับบริการปฐมภูมิ)

7.8. ผู้ให้บริการต้องไม่รีรอที่ให้ข้อมูลสารสนเทศแก่ผู้ป่วย โดยไม่คาดหวังว่าผู้ป่วยจะไปค้นหาข้อมูลสารสนเทศเอง.

7.9. กำหนดรายชื่อของเครือข่ายบริการ ได้แก่ หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ Community health ,หน่วยงานที่ยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ,หน่วยบริการที่ให้บริการทางสังคม เพื่อส่งต่อการบริการกับหน่วยงานดังกล่าว และปรับปรุงรายชื่อของเครือขายบริการให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

7.10. ติดตามการส่งต่อและการติดตามมารับบริการ เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีการผิดนัดการรักษา หรือไปไม่ถึงหน่วยงานที่ส่งต่อ

7.11. มีและธำรงรักษาระบบให้บริการทางโทรศัพท์ที่เป็นมิตร และกำหนดระเบียบปฏิบัติให้กับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับกติกามารยาทในการสนทนาทางโทรศัพท์

7.12. การเคลมค่ารักษาตามสิทธิ และการยื่นอุทธรณ์ในกรณีที่ไม่เห็นกับการปฏิเสธการเคลม

7.13. จัดหาหรือพัฒนาการให้บริการผ่าน Application (เช่น ช่องทางให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับโรงพยาบาลหรือผู้ให้บริการได้ (patient portals) ,ตู้คีออสให้ข้อมูล ,เครื่องมือช่วยในการคัดสินใจที่เกี่ยวกับสุขภาพ อุปกรณ์ในการกำกับติดตาม) โดยออกแบบอย่างเป็นมิตร และได้รับการทดสอบแล้วว่าสามารถใช้ได้กับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด

7.14. อบรวมผู้ป่วยหรือผู้รับบริการถึงวิธีการใช้ Application ที่องค์กรจัดทำขึ้น

7.15. ทำให้ Application ที่เกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศ (ทั้งบันทึกทางการแพทย์และช่องทางที่ให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับโรงพยาบาลหรือผู้ให้บริการ (Patient portal)ง่ายต่อการเข้าใจ และข้อมูลสารสนเทศที่สามารถปฏิบัติได้

7.16. จัดหาหรือพัฒนา application ที่สามารถจะเชื่อมต่อไปยังสื่อสุขศึกษาต่างๆตามความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อทำการค้นหาศัพท์ที่เกี่ยวกับทางการแพทย์

7.17. คุณลักษณะของโปรแกรม ที่สนับสนุนและสามารถติดตามการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถบันทึกด้วยสื่ออิเลคโทรนิคเข้าไปในบันทึกทางการแพทย์ ร่วมกับการอบรมการใช้งานให้กับผู้ใช้โปรแกรม

8. ออกแบบและเผยแพร่สิ่งพิมพ์ สื่อวิดีโอ หรือสื่อสังคม (Social media) ด้วยเนื้อหาที่ง่ายต่อความเข้าใจ และง่ายต่อการนำไปสู่การปฏิบัติ

ข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์นั้นซับซ้อนเกินไปที่ประชาชนทั่วไปเข้าใจ (Walsh and Volsko, 2008). และบุคลากรทางการแพทย์อาจจะไม่อยากทำให้เป็นเรื่องที่เข้าใจง่าย แม้ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอก็อยากจะ

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

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

ข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ ไม่เฉพาะสื่อการให้สุขศึกษาในการป้องกันโรค การวินิจฉัน และทางเลือกในการรักษา แต่รวมถึงข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับนโบบายเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ โดยอธิบายเกี่ยวกับผลประโยชน์ ค่ารักษา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องปฏิบัติตามหลักการของการสื่อสารที่ชัดเจนเกี่ยวกับแบบฟอร์มที่ผู้รับบริการต้องกรอกข้อมูล

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

สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ควรใช้แต่ สื่อสิ่งพิมพ์ แต่ต้องใช้สื่อ video ที่มีทั้งภาพเคลื่อนไหวและเสียง สำหรับโทรศัพท์มือถือ ก็มีข้อดีและข้อเสีย ข้อดีคือสามารถพกพาได้สะดวก และสามารถแสดงได้ทั้งภาพและเสียง แต่มีข้อเสียคือหน้าจอเล็ก ทำให้มองเห็นรายละเอียดได้ยาก มีการศึกษาว่าสื่อ Multimedia ไม่สามารถที่จะลดเหลื่อมล้ำระหว่าง กลุ่มที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดและกลุ่มที่เพียงพอ (Kandula et al., 2009). สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องตระหนักในประเด็นที่ว่า กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด มักจะมีความรอบรู้ด้าน e Health จำกัดด้วย โดยจะมีความสามารถในการเข้าถึง ค้นหา ประเมิน และใช้ความรู้ที่ได้มาจากสื่ออิเลคโทรนิคเหล่านั้นเพื่อนำมาแก้ปัญหาสุขภาพ ได้อย่างจำกัดด้วย (Norman and Skinner, 2006).

ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อทั้งภาพและเสียง ต้องใช้ภาษาท้องถิ่นที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายใช้ การแปลภาษาแบบคำต่อคำ อาจจะไม่เพียงพอ โดยสื่อนั้นต้องปรับให้เข้ากับมิติของภาษาและวัฒนธรรมด้วย โดยแม้จะมีการใช้ภาษาที่แตกต่างกันแต่ความหมายต้องเหมือนกัน **องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ได้แก่**

8.1. ใช้สื่อการให้สุขศึกษาเพื่อเป็นการเติมเต็มให้เกิดความสมบูรณ์ ไม่ได้ใช้เพื่อการทดแทนการให้สุขศึกษาส่วนบุคคล (Face to Face)

8.2. เก็บรวบรวมสื่อการสอนสุขศึกษาที่มีคุณภาพสูง (เช่น โมเดล 3 มิติ หรือ สื่อ video) รวมถึงสื่อที่จัดทำเฉพาะสำกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด (เช่น Photo-novellas, การนำเสนอในรูปการ์ตูน , multimedia tutorials, podcasts) และใช้ช่องทางการสื่อสารในหลากหลายช่องทาง เช่น DVDs, patient portals.

8.3. ประเมิน สื่อการสอนสุขศึกษา ที่ได้ทำการเผยแพร่ โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า state-of-the-art assessment tools และนำข้อมูลการสะท้อนกลับของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมาปรับปรุง เพื่อให้แน่ใจว่าสื่อดังกล่าวเหมาะสมสำหรับทุกคนในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

8.4. ใช้เครื่องมือที่จะช่วยให้การพัฒนาให้ง่ายต่อการเข้าใจทั้งสิ่งพิมพ์ หรือสื่อ Online เช่น

8.4.1. เครื่องมือในการทำให้สิ่งพิมพ์ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ (CMS, 2011);

8.4.2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ Onlie เช่น แนวทางในการเขียนหรือออกแบบเพื่อให้ง่ายต่อใช้ Web site ทางสุขภาพ(HHS, 2010);

8.4.3. การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพ (Health IT) สำหรับประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับจำกัด เช่น แนวทางสำหรับผู้พัฒนาหรือผู้ซื้อ เทคโนโลยีข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (Eichner and Dullabh, 2007);

8.4.4. การพัฒนาสื่อสิ่งพิมพ์ที่มีประสิทธิภาพ ง่ายและชัดเจนสำหรับผู้อ่านที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับจำกัด (NCI, 2003)

8.5. เลือกหรือผลิตสื่อที่

8.5.1. มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน

8.5.2. ใช้ภาษาทั่วไป ไม่ใช้ภาษาที่รู้กันเฉพาะกลุ่ม (no jargon);

8.5.3. จำกัดประเด็นหลักไม่ให้มากเกินไป ไม่เกิน 2-3 ประเด็นหลัก

8.5.4. ใช้ภาพประกอบที่ง่ายต่อการเข้าใจ

8.5.5. ใช้ประโยคสั้นๆ และเขียนในรูป Active Voice (ประธาน กริยา กรรม) แทน Passive Voice(กรรมถูกกระทำ(กริยา) โดย ประธาน)

8.5.6. สื่อที่ทำให้ผู้ฟังได้ยินคำพูดที่ชัดเจน (กรณีที่ใช้สื่อทั้งภาพและเสียง)

8.5.7. การตอบแบบสอบถามต่างๆ ต้องมีช่องให้ตอบว่าไม่ทราบ ด้วย เพื่อไม่เป็นการบังคับผู้ตอบ เพราะถ้าบังคับให้ต้องตอบ อาจจะตอบในสิ่งที่ไม่ตรงกับความจริงได้

8.5.8. ข้อมูลสารสนเทศที่ยาว ต้องทอนให้เป็นข้อๆ (manageable chunks) และทำเครื่องหมายเพื่อแยกแต่ละหัวข้อนั้นอย่างชัดเจน รวมถึงจัดลำดับให้สอดคล้องตามลำดับก่อนหลัง

8.5.9. ข้อมูลสารสนเทศไม่ควรต้องให้ผู้อ่านต้องใช้การคำนวณ ในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงต้องใช้การคำนวณต้องระบุวิธีการคำนวณให้ชัดเจน

8.5.10. สื่อสารอย่างชัดเจนว่าจะทำอะไร และให้กำหนดขั้นตอนการกระทำออกมาเป็นข้อ ๆ

8.6. ทำให้สื่อการสอนต่าง ๆ มีพร้อม โดยใช้ภาษาทั่วไปที่ทุกคนเข้าใจ

8.7. ให้ความสำคัญกับกระบวนการแปลภาษาในการผลิตสื่อที่ไม่ใช่ภาษาท้องถิ่น ตัวอย่างเช่น

8.7.1. ใช้คนแปลภาษาที่ผ่านการอบรม 2 คน ซึ่งเป็นเจ้าของภาษาของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ภาษานั้น และเข้าใจวัฒนธรรมของผู้ฟังที่เป็นเจ้าของภาษานั้น

8.7.2. ปรับความแตกต่างของคนแปลภาษาของทั้ง 2 คน

8.7.3. ให้ทำการทบทวนการแปลภาษาโดยผู้ที่มีความชำนาญเนื้อหาที่เป็นเจ้าของภาษานั้น และปรับจูนเพื่อลดความแตกต่างลง

8.7.4. ทดสอบความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมายที่จะนำสื่อนั้นไปใช้

8.8. ว่าจ้างหรือใช้บุคลากรรวมถึงที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในช่วงเวลาที่ทำการผลิตสื่อใหม่

8.9. ให้กลุ่มเป้าหมายที่จะใช้สื่อ รวมถึงกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับจำกัด เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบและทดสอบความเข้าใจของสื่อที่ได้ผลิตขึ้น

8.10. ทดสอบความเข้าใจในการรับรู้สื่อของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงกลุ่มทีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด ก่อนที่จะส่งสื่อเหล่านั้นไปยังสื่อ Online หรือ social media

9. **จัดการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการดูแลในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการบริการ (เช่นการส่อต่อ หรือการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน) และการสื่อสารด้านการใช้ยา**

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

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

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

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

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

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

9.1. บ่งชี้สถานการร์เสี่ยงและหัวข้อที่จำเป็นต้องใช้ความระมัดระวังหรือทรัพยากรที่มากขึ้น ในการวางแผน และนำแผนสู่การปฏิบัติ เพื่อให้มั่นใจถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยการดำเนินการประกอบด้วย

9.1.1. สนับสนุนวัฒนธรรมองค์การที่ขอความยินยอมจากผู้รับบริการ เพื่อให้เป็นการให้ความยินยอมที่มีความหมาย และเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ .

9.1.2. ปรับปรุงให้ผู้รับบริการเข้าใจเนื่อหาในแบบฟอร์มการขอความยินยอม และมีการแปลเป็นภาษาอื่นสำหรับผู้ที่ไม่ใช้ภาษาท้องถิ่น

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

9.1.4. ใช้เครื่องมือช่วย เช่น กล่องใส่ยาเม็ด, Card หรือ chart ในการให้ยา., และเครื่องมือในการคำนวณขนาดของยา เพื่อเป็นเครื่องช่วยหรือเตือนให้รับประทานยาตามขนาดและเวลาที่กำหนด (DeWalt et al., 2012; Yin et al., 2010).

9.1.5. สร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการให้เวลากับ การให้ความสำคัญกับการให้ผู้ป่วยนำยาที่รับประทานทุกชนิด รวมถึงยาสมุนไพร หรือวิตามินต่างๆ ที่รับประทานประจำมาด้วย โดยให้ผู้ป่วยอธิบายว่า รับประทานยาแต่ละชนิดอย่างไร ขนาดเท่าไร รับประทานมานานเท่าไร และทำไมถึงต้องรับประทาน

9.1.6. ฉลากยาแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสอดคล้องกับคำแนะนำของ U.S. Pharmacopeia (U.S. Pharmacopeial Con-vention, 2011).

9.1.7. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายเพื่ออธิบานกับผู้ป่วยและญาติ ในการตัดสินใจสำหรับการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต

9.1.8. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย และมั่นใจว่าทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจ ทั้งในช่วงที่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือกลับไปพักฟื้นรักษาตัวที่บ้าน โดยเขียนเป็นลายอักษรด้วยข้อความที่เข้าใจง่าย และแนะนำให้มารับการตรวจติดตามตามนัด ก่อนที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และทำการสรุปหลังจำหน่าย (Discharge Summary) ภายใน 24 ชั่วโมง และนัดติดตามหลังการรักษาภายหลังจำหน่าย (BUMC, 2011; The Joint Commission, 2007)

10. สื่อสารเกี่ยวกับ การครอบคลุมของสิทธิของการรักษาและบริการอะไรที่สิทธิไม่ครอบคลุมที่ต้องชำระเงินเอง

ผู้รับบริการตั้งตัดสินใจเกี่ยวกับความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ เนื่องจากมีข้อมูลสารสนเทศที่มีมากและซับซ้อนที่ยากต่อการเลือกว่าจะซื้อประกันสุขภาพแบบใด มีความจำเป็นที่จะต้องทำตารางเปรียบเทียบความครอบคลุมในแต่ละชุดสิทธิประโยชน์ The Center for Consumer Information and Insurance Oversight (CCIIO) ได้ทำการสรุปเกี่ยวกับตารางเปรียบเทียบดังกล่าวพร้อมทั้งนิยามศัพท์เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ

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

ความโปร่งใส และเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่ายคือประเด็นที่สำคัญ ก่อนที่แพทย์จะวางแผนการรักษาและสั่งการรักษา ต้องทราบความต้องการโดยรวมของผู้ป่วย ณ.จุดบริการ ว่าการรักษาหรือใช้ยานั้นอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยซื้อประกันสุขภาพหรือไม่ การรักษาอะไรที่ไม่ครอบคลุมที่ต้องจ่ายส่วนเกิน ก่อนที่จะตกลงการรักษา ไม่มีใครที่สั่งอาหารในภัตตาคารที่ไม่ได้กำหนดราคาในเมนูอาหาร และผู้ป่วยต้องการที่จะทราบราคาค่าบริการก่อนที่จะตัดสินใจรับการรักษา ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถเป็นตัวกลางในการทำรายการเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยจะต้องจ่ายส่วนเกินเท่าไรโดยทันที ทำให้การตัดสินใจว่าจะรับการรักษาหรือไม่รับการรักษาได้รวดเร็วขึ้น องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ได้แก่

10.1. ผู้ทำประกัน ที่ให้ความสำคัญในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ : เตรียมข้อมูลสารสนเทศที่ง่ายต่อการเข้าใจ และมีตารางเปรียบเทียบสิทธิการรักษาประเภทต่างๆได้แก่ การครอบคลุมสิทธิประโยชน์ต่างๆ และเงินที่จะต้องสมทบจ่ายเพิ่มเติม กรณีที่มีการถามว่าสิทธิการรักษา จะครอบคลุมการรักษาหรือหัตถการเฉพาะหรือไม่ ต้องตอบคำถามอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ปรับปรุงข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับความครอบคลุมเกี่ยวกับสิทธิการรักษาประเภทต่างๆ รวมถึงจำนวนเงินที่ต้องร่วมจ่าย ให้เป็นปัจจุบัน

10.2. สภานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate health care organizations:)

10.2.1. จัดเตรียมเจ้าหน้าที่และทรัพยากรเพื่อสรุปสิทธิการรักษาประเภทต่าง และจำนวนเงินที่ผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย รวมถึงสิ่งที่เป็นปัญหาที่มักจะเกิดขึ้นในเรื่องการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

10.2.2. แจ้งเกี่ยวกับการรักษาและค่าล่วงหน้าให้ทราบก่อนการให้บริการ

10.2.3. ผู้ให้บริการเข้าใจสิทธิประโยชน์ต่างๆว่าครอบคลุมการรักษาประเภทใดบ้าง และเลือกบริการที่เหมาะสมโดยพิจารณาถึงต้นทุนส่วนเพิ่มที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่มด้วย ก่อนที่จะสั่งการรักษา

10.2.4. ส่งต่อผู้ป่วยไปยัง health insurance consumer and navigator program

****

REFERENCES

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

2012). AHRQ. 2009. The AHRQ informed consent and authorization toolkit for minimal risk research. http://www.ahrq.gov/fund/informedconsent/ (accessed March 16, 2012).

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

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

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

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

53. Lindquist, L.A., L. Go, J. Fleisher, N. Jain, E. Friesema, D.W. Baker. 2012. Relationship of health literacy to intentional and unintentional non-adherence of hospital discharge medications. Journal of General Internal Medicine. 27(2):173-178.
54. Machtinger, E. L., F. Wang, L. L. Chen, M. Rodriguez, S. Wu, and D. Schillinger. 2007. A visual medication schedule to improve anticoagulation control: A randomized, controlled trial. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 33(10):625-635.
55. Mackert, M., J. Ball, and N. Lopez. 2011. Health literacy awareness training for healthcare workers: Improving knowledge and intentions to use clear communication techniques. Patient Education and Counseling 85(3):e225-e228.
56. Martin, L., T. Ruder, J. Escarce, B. Ghosh-Dastidar, D. Sherman, M. Elliott, C. Bird, A. Fremont, C. Gasper, A. Culbert, and N. Lurie. 2009. Developing predictive models of health literacy. Journal of General Internal Medicine 24(11):1211-1216.
57. Martin, L.T. and R.M. Parker. 2011. Insurance expansion and health literacy. JAMA 24;306(8):874-875.
58. NCI (National Cancer Institute). 2003. Clear & simple: Developing effective print materials for low-literate readers. http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/clear-andsimple/ page1/AllPages (accessed March 16, 2012).
59. Neuhauser, L., B. Rothschild, C. Graham, S. L. Ivey, and S. Konishi. 2009. Participatory design of mass health communication in three languages for seniors and people with disabilities on Medicaid. American Journal of Public Health 99(12):2188-2195.
60. New York New Jersey Public Health Training Center. 2011. Health literacy & public health: Strategies for addressing low health literacy. http://www.nynj-phtc.org/pages/ catalog/phlit02/ (accessed March 16, 2012).
61. Norman, C. D., and H. A. Skinner. 2006. Eheals: The ehealth literacy scale. Journal of Medical Internet Research 8(4):e27.
62. NQF (National Quality Forum). 2005. Improving patient safety through informed consent for patients with limited health literacy. Washington, DC: National Quality Forum.
63. NQF. 2009. Health literacy: A linchpin in achieving national goals for health and healthcare. Washington, DC: National Quality Forum.
64. NQF. 2010. Safe practices for better healthcare—2010 update. Washington, DC: National Quality Forum.
65. ODPHP (Office of Disease Prevention and Health Promotion). 20007. Quick guide to health literacy. http://www.health.gov/communication/literacy/quickguide/ (accessed June 12, 2012).

66. ODPHP. 2008. America's health literacy: Why we need accessible health information. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
67. ODPHP. 2010. National action plan to improve health literacy. http://www.health.gov/communication/HLActionPlan (accessed March 16, 2012).
68. Paasche-Orlow, M., and M. Wolf. 2008. Evidence does not support clinical screening of literacy. Journal of General Internal Medicine 23(1):100-102.
69. Parikh, N. S., R. M. Parker, J. R. Nurss, D. W. Baker, and M. V. Williams. 1996. Shame and health literacy: The unspoken connection. Patient Education and Counseling 27(1):33- 39.
70. Parker, R. 2000. Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. Health Promotion International 15(4):277-283. 24
71. Parker, R., and S. C. Ratzan. 2010. Health literacy: A second decade of distinction for Americans. Journal of Health Communication 15(Suppl 2):20-33.
72. Parker, R. M. 2009. What? So what? Now what? Paper presented at Measures of Health Literacy Workshop, Washington, DC.
73. Persell, S., C. Osborn, R. Richard, S. Skripkauskas, and M. Wolf. 2007. Limited health literacy is a barrier to medication reconciliation in ambulatory care. Journal of General Internal Medicine 22(11):1523-1526.
74. Ratanawongsa, N., M. Handley, J. Quan, U. Sarkar, K. Pfeifer, C. Soria, and D. Schillinger. 2012. Quasi-experimental trial of diabetes self-management automated and real-time telephonic support (SMARTSteps) in a Medicaid managed care plan: Study protocol. BMC Health Services Research 12(1):22.
75. Ratzan, S. C., and R. M. Parker. 2000. Introduction. In National Library of Medicine current bibliographies in medicine: Health literacy, edited by C. Selden, M. Zorn, S. C. Ratzan and R. M. Parker. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
76. Rice, M. F. 2007. Promoting cultural competency in public administration and public service delivery: Utilizing self-assessment tools and performance measures. Journal of Public Affairs Education13(1):41-57.
77. Rozier, R. G., A. M. Horowitz, and G. Podschun. 2011. Dentist-patient communication techniques used in the United States. Journal of the American Dental Association 142(5):518-530.
78. Rudd, R. 2003. Objective 11-2. Improvement of health literacy. In Communicating health: Priorities and strategies for progress. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
79. Rudd, R. 2004. Navigating hospitals: Literacy barriers. Literacy Harvest (Fall):19-24.

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

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

101. Turner, T., W. L. Cull, B. Bayldon, P. Klass, L. M. Sanders, M. P. Frintner, M. A. Abrams, and B. Dreyer. 2009. Pediatricians and health literacy: Descriptive results from a national survey. Pediatrics 124(Suppl 3):S299-S305.

102. U.S. Pharmacopeial Convention. 2011. Proposed chapter 17 prescription container labeling. www.usp.org/sites/default/files/usp_pdf/EN/USPNF/M5531.pdf (accessed March 16, 2012).

103. Volandes A.E., M. Ariza, E.D. Abbo, M. Paasche-Orlow. 2008a. Overcoming educational barriers for advance care planning in Latinos with video images. Journal of Palliative Medicine (5):700-706.

104. Volandes A.E., M. Paasche-Orlow, M.R. Gillick, E.F. Cook, S. Shaykevich, E.D. Abbo, L. Lehmann. 2008b. Health literacy not race predicts end-of-life care preferences. Journal of Palliative Medicine. 11(5):754-762.

105. Volandes A.E., M.J. Barry, Y. Chang, M.K. Paasche-Orlow. 2010. Improving decision making at the end of life with video images. Medical Decision Making 30(1):29-34.

106. Walsh, T. M., and T. A. Volsko. 2008. Readability assessment of Internet-based consumer health information. Respiratory Care 53(10):1310-1315.

107. Wolf, M. S., T. C. Davis, L. M. Curtis, J. A. Webb, S. C. Bailey, W. H. Shrank, L. Lindquist, B. Ruo, M. V. Bocchini, R. M. Parker, and A. J. J. Wood. 2011. Effect of standardized, patient-centered label instructions to improve comprehension of prescription drug use. Medical Care 49(1):96-100, 110.1097/MLR.1090b1013e3181f38174.

108. Wolf, M. S., M. V. Williams, R. M. Parker, N. S. Parikh, A. W. Nowlan, and D. W. Baker. 2007. Patients' shame and attitudes toward discussing the results of literacy screening. Journal of Health Communication 12(8):721-732.

109. Wynia, M. K., M. Johnson, T. P. McCoy, L. P. Griffin, and C. Y. Osborn. 2010. Validation of an organizational communication climate assessment toolkit. American Journal of Medical Quality 25(6):436-443.

110. Yin, H. S., B. P. Dreyer, L. van Schaick, G. L. Foltin, C. Dinglas, and A. L. Mendelsohn. 2008. Randomized controlled trial of a pictogram-based intervention to reduce liquid medication dosing errors and improve adherence among caregivers of young children. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 162(9):814-822.

111. Yin, H. S., A. L. Mendelsohn, M. S. Wolf, R. M. Parker, A. Fierman, L. van Schaick, I. S. Bazan, M. D. Kline, and B. P. Dreyer. 2010. Parents' medication administration errors: Role of dosing instruments and health literacy. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 164(2):181-186.

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

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

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

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

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

3.1. Core concepts ของ Healht Literacy คือ Health promotion และ re oriented health services คือ ประเด็นที่สำคัญที่จะทำให้เกิดคุณภาพของ Health promotion (กล่าวไว้ใน Ottawa charter)

3.2. เข้าใจ Health Literacy ในเชิงองค์รวม (Comprehensive)

3.3. บูรณาการ HL เข้าไปในยุทธศาสตร์ของ Comprehensuve setting approach ของ Health Promoting Hospital

3.4. ทำให้วิธีการเพื่อให้เกิดคุณภาพมีความเป็นรูปธรรมขึ้น (Making more explicite use of quality method)

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

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

WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich GmbH

Self-assessment tool following the Vienna-HLO model

	Patients	Staff	Community	Organizational structures & processes – capacities implementation
Domain1: Access to, living & working in the organization	**Standard 4: Navigation assistance** 4.1 Barrier-free contact via website and telephone 4.2 Provision of information relevant for arrival and hospital stay 4.3 Availability of support at main entrance 4.4 Clear and easy-to-understand navigation system 4.5 Free availability of health information for patients and visitors			**Standard 1: Management policy and organizational structures** 1.1 HL as corporate responsibility 1.2 Quality assurance of HL **Standard 2: Participative development of materials and services** 2.1 Participation of patients 2.2 Participation of staff **Standard 9: Dissemination and further development** 9.1 support of the dissemination and further development of health literacy
Domain 2: Diagnosis, treatment & care	**Standard 5: HL in patient communication** 5.1 in spoken communication 5.2 in written communication 5.3 support by language translators and interpreters 5.4 also in high-risk situations	**Standard 3: Develop HL skills of staff for patient communication** 3.1 for all situations that involve communication	**Standard 8: Contribute to HL in the region** 8.1: promotion of continuous and integrated care	
Domain 3: Disease management & prevention	**Standard 6: Promote HL of patients and relatives** 6.1 for disease-specific self-management	**Standard 7: Promote HL of staff** 7.1 for the self-management of occupational health and safety risks		
Domain4: Healthy lifestyle development	**Standard 6: Promote HL of patients and relatives** 6.2 for healthy lifestyle development	**Standard 7: Promote HL of staff HL** 7.2 for healthy lifestyles	**Standard 8: Contribute to HL in the region** 8.2 contribution to public health within the realm of possibility	

Pelikan HLH HARC 14–10–2016 13

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

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

<table>
<tr><th>HL Stakeholders / HL Domains</th><th>Patients</th><th>Staff</th><th>Community</th><th>Organizational structures & processes</th></tr>
<tr><td>Domain 1 Access to, living & working in the organization</td><td colspan="3">Standard 4: Provide and support easy navigation and access to documents materials and services.</td><td rowspan="4">Standard 1: Implement organizational health literacy best-practices across all structures and processes of the organization.

Standard 2: Develop documents, materials and services with stakeholders in a participatory manner.</td></tr>
<tr><td>Domain 2 Diagnosis, treatment & care</td><td>Standard 5: Apply health literacy best-practices in all forms of communication with patients.</td><td>Standard 3: Enable and train staff for personal and organizational health literacy.</td><td rowspan="2">Standard 8: Contribute to HL in the region by dissemination and development of HL</td></tr>
<tr><td>Domain 3: Disease management & prevention</td><td>Standard 6: Promote personal health literacy of patients and relatives beyond discharge.</td><td>Standard 7: Promote personal health literacy of staff with regard to occupational risks and personal lifestyles.</td></tr>
<tr><td>Domain 4: Healthy lifestyle development</td><td>Standard 6: Promote HL of patients and relatives</td><td>Standard 7: Promote personal health literacy of staff with regard to occupational risks and personal lifestyles.</td><td>Standard 8: Contribute to promoting personal and organizational health literacy in the region.</td></tr>
</table>

5. ขั้นตอนในการประเมินตนเอง ประกอบด้วย ประกอบด้วย 7 steps ดังนี้

5.1. การได้รับมอบหมายจากผู้บริหารหน่วยงาน(ระดับฝ่าย/ระดับองค์กร) และการกำหนดขอบเขตของการประเมิน (ระดับฝ่าย/ทั้งองค์กร)

5.2. ผู้บริหารหน่วยงานต้องมอบหมายผู้ประสานงานกลางในเรื่องการประเมินตนเอง

5.3. แต่งตั้งทีมประเมิน จำนวนที่เหมาะสมคือ 5-10 คน ซึ่งควรประกอบด้วยสหวิชาชีพได้แก่ ผู้บริหาร ผู้บริหารระบบคุณภาพ ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพอื่นที่ร่วมทีมบริการในแผนกต่างๆ อาคารสถานที่ ซ่อมบำรุง ผู้ตรวจการ ตัวแทนผู้ป่วย/ผู้หญิง/กลุ่ม Self help group

5.4. การประเมินของแต่ละบุคคล โดยทำความเข้าใจแบบประเมินตนเอง และทำการประเมินตามขอบเขตที่กำหนด

5.5. รวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่การประเมินต้องใช้หลักฐานอ้างอิง ควรนำเอกสารที่อ้างอิงมาเก็บรวบรวม

5.6. ทำการประเมินโดยกลุ่ม โดยประชุมทีมประเมิน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง และต้องมี modulator เพื่อควบคุมการประชุม โดยเริ่มจาก indicators ที่กลุ่มเห็นเหมือนๆกันก่อน จากนั้นถึงไปสู่ indicators ที่มีความเห็นที่แตกต่างกัน

5.7. ที่ประชุมกลุ่มควรวิเคราะห์ Strength & Weakness จากนั้นกำหนดมาตรการและปรับปรุงโดยใช้ PDCA

Standard of V-HLO

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

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

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

4.3. ความมีพร้อมของการสนับสนุนที่หน้าทางเข้าหลักของโรงพยาบาล

4.4. ระบบการนำทางที่ชัดเจนและง่ายต่อการเข้าใจ

4.5. ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยหรือผู้มาติดต่อ ที่พร้อมบริการโดยไม่คิดราคา

5. ความรอบรู้ด้วนสุขภาพในการสื่อสารกับผู้ป่วย

5.1. การสื่อสารด้วยการพูด

5.2. การสื่อสารด้วยการเขียน

5.3. การสื่อสารด้วย computer application

5.4. มีการสนับสนุนด้วยล่ามแปลภาษา หรือ ช่วยแปลความหมาย

5.5. การสื่อสารในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง

6. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยและญาติ

6.1. ส่งเสริมการจัดการตนเองเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง

6.2. ส่งเสริมการพัฒนาวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy Lifestyle)

7. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคลากร

7.1. การจัดการตนเองในด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

7.2. ส่งเสริมการพัฒนาวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy Lifestyle)

8. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับชุมชน

8.1. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างบูรณการและต่อเนื่อง

8.2. ส่งเสริมด้านการสาธารณสุขที่มีความเป็นไปได้

9. เผยแพร่การพัฒนาและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

9.1. สนับสนุนการเผยแพร่การพัฒนาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

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

1. นำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นเลิศ (best practice) สู่การปฏิบัติ ในทุกฝ่ายและทุกกระบวนการขององค์กร
   1.1. ผู้บริหารมุ่งมั่นที่จะดำเนินการ ติดตามกำกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร
   1.2. องค์กรลำดับความสำคัญเรื่องความรู้ด้านสุขภาพขององค์กร และยืนยันความพอเพียงของโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรที่เพียงพอในการนำสู่การปฏิบัติ (implement)
   1.3. องค์กรจะทำให้มั่นใจได้ว่ามาตรการในการดำเนินการในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีคุณภาพ โดยผ่านการจัดการคุณภาพขององค์กร
2. การพัฒนาเอกสาร สื่อต่างๆ และบริการ แบบมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder)
   2.1. องค์กรพัฒนาและประเมินผลการเอกสาร สื่อต่างๆ และบริการที่เกี่ยวกับผู้ป่วย แบบมีส่วนร่วมจากผู้ป่วย
   2.2. องค์กรพัฒนาและประเมินผลการเอกสาร สื่อต่างๆ และบริการที่เกี่ยวกับผู้ป่วย แบบมีส่วนร่วมจากตัวแทนของบุคลากรของโรงพยาบาล
3. เพิ่มความสามารถและฝึกอบรมบุคลากรในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคล และขององค์กร
   3.1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลและขององค์กร เป็นที่เข้าใจว่าเป็นสมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพสำหรับบุคคลากรทุกคนที่ทำงานในองค์กร
4. จัดเตรียมและสนับสนุนการเข้าถึงช่องทางบริการ (Navigate) การเข้าถึงเอกสาร สื่อต่างๆ และบริการ
   4.1. องค์กรจัดเตรียมจุดติดต่อแรกผ่านทาง Web site ที่เป็นมิตร และโทรศัพท์
   4.2. องค์กรจัดเตรียมข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและผู้มาติดต่อ ในการที่จะมาที่องค์กร
   4.3. มีการสนับสนุนเพื่อช่วยผู้ป่วยหรือผู้มาติดต่อในการเข้าถึงช่องทางบริการของโรงพยาบาล (navigate)
   4.4. ข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและผู้มาติดต่อ ต้องเข้าใจง่ายและให้บริการโดยไม่คิดค่าบริการ
5. ใช้แนวปฏิบัติเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นเลิศ (Best practice) ในการสื่อสารกับผู้ป่วย
   5.1. การสื่อสารด้วยการพูดกับผู้ป่วย ต้องเป็นการพูดที่มีคุณภาพสูง และเข้าใจง่าย
   5.2. สื่อที่ใช้การเขียนต้องมีคุณภาพ เข้าถึงง่ายและเข้าใจง่าย
   5.3. บริการ Digital หรือสื่อใหม่ ที่มีคุณภาพสูง เข้าถึงและเข้าใจง่าย
   5.4. ข้อมูลสารสนเทศ และการสื่อสาร ที่จัดให้ต้องใช้ภาษาของกลุ่มผู้ป่วย ที่ส่งสารโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมและสื่อต่างๆที่ได้จัดเตรียมไว้
   5.5. การสื่อสารที่ง่ายต่อการเข้าใจและปฏิบัติได้ง่าย โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ถูกยอมรับว่าเป็นมาตรการที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัย
6. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลให้กับผู้ป่วยและญาติ ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและหลังจากนั้น (beyond discharge)

6.1. องค์กรสนับสนุนผู้ป่วยในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในประเด็นสุขภาพเฉพาะเรื่อง

6.2. องค์กรสนับสนุนผู้ป่วยในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ

6.3. ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการข้อมูลอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาในอนาคต และกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพ

7. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและ วิถีชีวิตส่วนบุคคล ให้กับบุคลากร

7.1. องค์กรสนับสนุนบุคลากรในการเพิ่มความรู้และทักษะในการจัดการตนเองในด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ

8. สนับสนุนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลและขององค์กร ในพื้นที่

8.1. องค์กรสนับสนุนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลให้กับประชาชนในท้องถิ่น

8.2. องค์กรสนับสนุนการเผยแพร่การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร ทั้งในและนอกภูมิภาคที่เป็นที่ตั้งขององค์กร

รายละเอียดของ Standard 8 ของ OHL-hos

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

หลักการและเหตุผล

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องจัดเตรียมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่หลักฐานเชิงประจักษ์ให้ง่ายต่อการเข้าถึง ซึ่งเป็นตัวผลักดันให้ค้นหาความรู้ทางด้านสุขภาพและส่งเสริมให้สร้างทักษะในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งการทำให้เกิดมาตรการหรือกิจกรรมเพื่อที่จะพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะบุคคลที่ยากต่อการเข้าถึงหรือกลุ่มเปราะบาง บริการสุขภาพสามารถที่จะเป็นแบบอย่าง (role model) และให้ข้อเสนอเพื่อให้มีสุขภาพดี และการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคล หรือระดับองค์กรหรือระดับชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบได้อีกด้วย การแบ่งปันประสบการณ์ด้วยการเผยแพร่ หรือการนำเสนอที่เวทีต่างๆ หรือการใช้สื่อสมัยใหม่ เช่น social media สามารถที่จะเพิ่มความตระหนัก และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กรอื่นๆ หรือชุมชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ การเผยแพร่ประสบการณ์ กลยุทธ์ หรือผลลัพธ์จากการดำเนินการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วทั้งองค์กร ทำให้เกิดประโยชน์ทั้งในระดับบุคคลหรือระดับองค์กรกับผู้ที่ได้รับการถ่ายทอด การถ่ายทอดประสบการณ์ของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับองค์กรอื่นหรือชุมชนนั้นเน้นให้ความสำคัญในเรื่องการประสานงาน และการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อสร้างเครือข่าย ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร (Pelikan et al. 2005).

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

8. สนับสนุนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลและขององค์กร ในพื้นที่
    - 8.1. องค์กรสนับสนุนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลให้กับประชาชนในท้องถิ่น
        - 8.1.1. องค์กรเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประเด็นสุขภาพให้กับชุมชนที่รับผิดชอบ (เช่น การจัด Health fair หรือการไปพูดหรือบรรยายในที่สาธารณะ ฯลฯ)
        - 8.1.2. องค์กรขับเคลื่อนการให้สุขศึกษาและมีมาตรการหรือกิจกรรมในการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ (เช่นการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในโรงงานหรือสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ หรือการจัดให้นักเรียนในพื้นที่รับผิดชอบไปเยี่ยมชมโรงพยาบาล ฯลฯ)
        - 8.1.3. องค์การจัดทำมาตรการหรือกิจกรรมที่จะส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มประชาชนที่ยากต่อการเข้าถึงในพื้นที่รับผิดชอบ (เช่นการการประชุมเชิงรุกเข้าไปในกลุ่มที่เสียเปรียบทางด้านเศรษฐกิจหรือสังคม หรือชุมชนผู้อพยพย้ายถิ่น ฯลฯ)

8.2. องค์กรสนับสนุนการเผยแพร่การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร ทั้งในและนอกภูมิภาคที่เป็นที่ตั้งขององค์กร

8.2.1. กิจกรรมหรือผลลัพธ์จากส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นส่วนหนึ่งของ รายงานต่อสาธารณะขององค์กร

8.2.2. องค์กรสื่อสารประสบการณ์การดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร ผ่าน เอกสารเผยแพร่ หรือการนำเสนอในวาระต่างๆ หรือผ่านสื่อสมัยใหม่ต่างๆ เช่น social media

8.2.3. องค์กรมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยหรือโครงการพัฒนาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

8.2.4. องค์กรสนับสนุน เป้าหมาย/นโยบาย หรือแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีขอบเขตที่กว้างออกไป (เช่นในเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพ)

8.2.5. องค์กรสนับสนุนการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยสนับสนุนทั้งบุคลากรทั้งในและนอกองค์กร

เอกสารอ้างอิง

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

Organizational Health Literacy: Quality Improvement Measures with Expert Consensus

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

1. Conceptual Framework ของ HLHCO

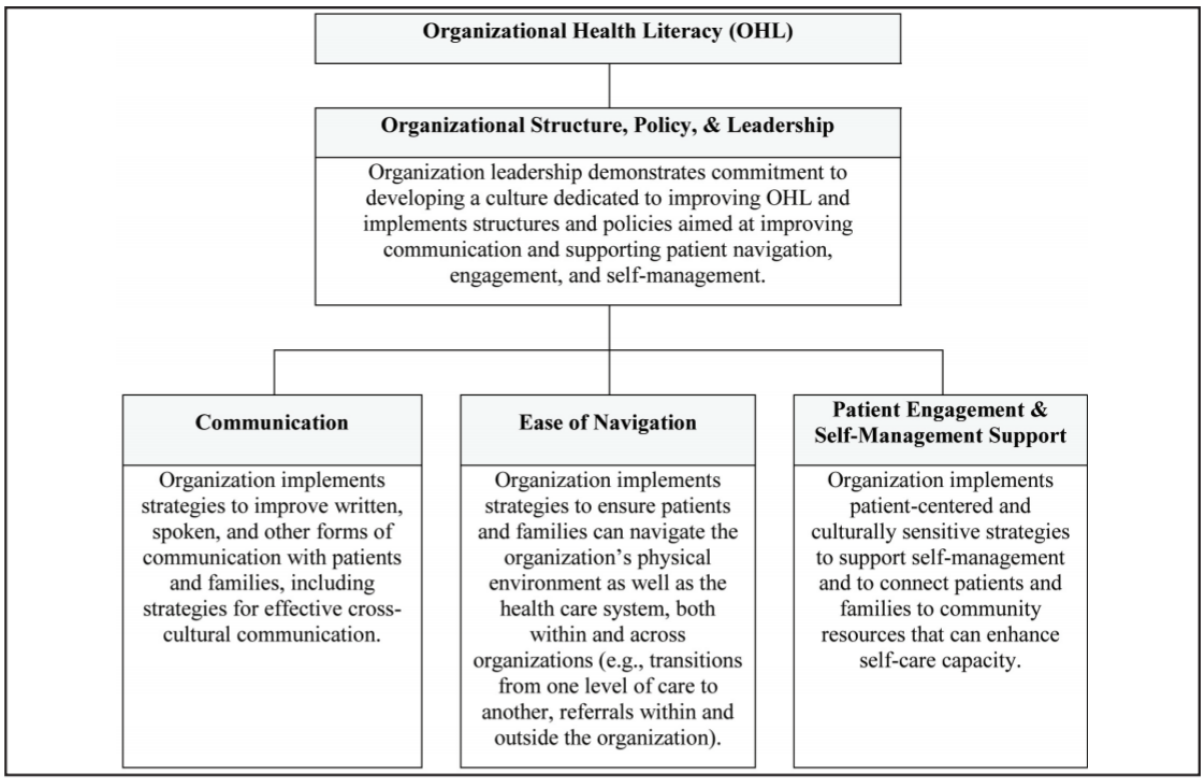


Figure 1. Conceptual framework of organizational health literacy.

2. เกณฑ์ในการประเมินได้แก่
   2.1. Usefulness: เป็นมาตรการที่มีประโยชน์ ในการนำไปใช้ในการติดตามว่ามีการปรับปรุงด้านคุณภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร
   2.2. Meaningfulness : มีความหมายในสายตาของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (e.g., patients, clinicians, administrators)
   2.3. Face validity: The measure appears to capture the construct it is designed to assess
   2.4. Feasibility: เป็นมาตรการที่สามารถคำนวณตัวเลขได้อย่างถูกต้องและทันเวลาโดยไม่ต้องเสียเวลาหรือต้นทุนในการหาข้อมูล
3. มาตรการที่ Expert concensus มี 22 มาตรการดังนี้

TABLE 3.

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

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

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

4. เนื่องจากความจำกัดของทรัพยากร การทราบว่า มาตรการใดมีผลต่อการเพิ่มคุณภาพ (Quality Improvement) จะทำให้องค์กรสามารถที่จะเลือกมาตรการที่ควรนำมาใช้

เอกสารอ้างอิง

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

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

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

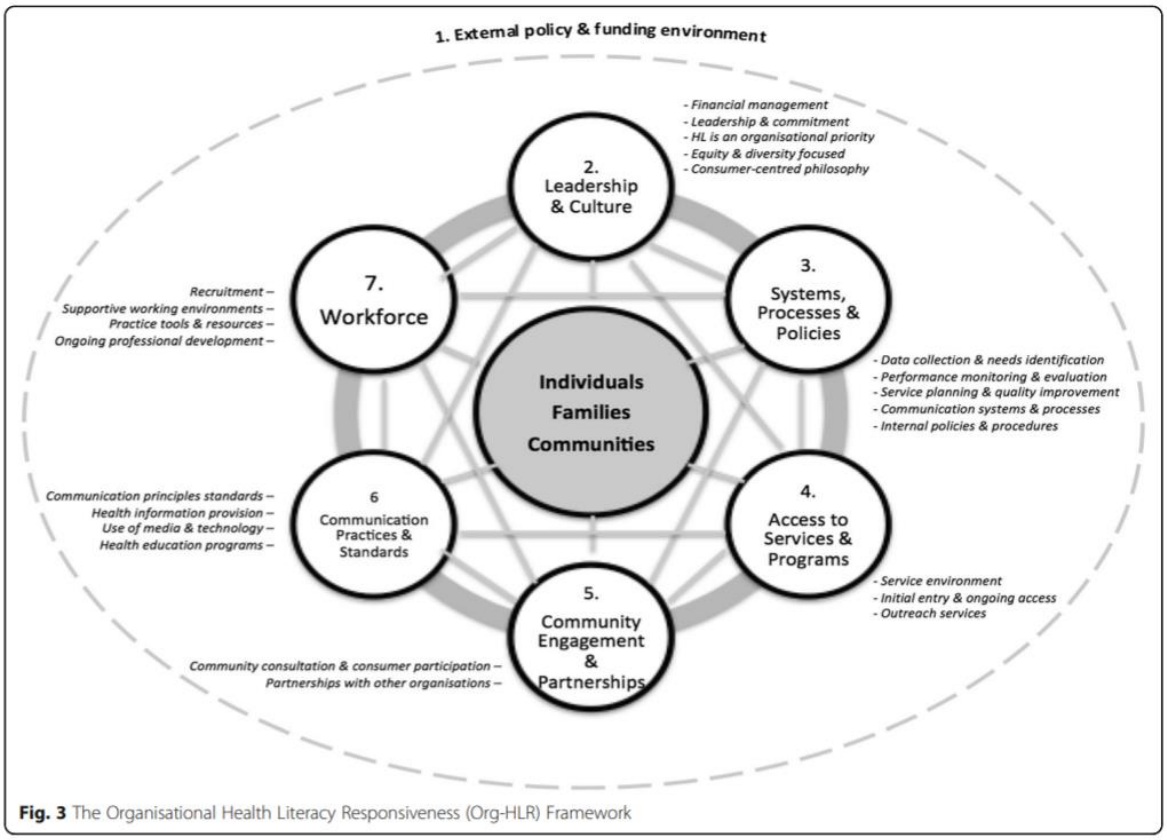


Fig. 3 The Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Framework

เอกสารอ้างอิง

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

ภาคผนวก

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

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

General data concerning the self-assessment in the health service

Name of the organization Click here to enter text.
Who is responsible for coordinating the self-assessment (name, position in the organization)? Click here to enter text.
For which part of the organization do you conduct the self-assessment (e.g. whole organization, department, or unit)? Click here to enter text.
Who else is involved in the self-assessment (name, department, position in the organization)? Click here to enter text.
Which of the following categories best describes the area where your organization is situated? ☐ Village, rural area (<3,000 inhabitants) ☐ Small town (≥3,000 and < 15,000 inhabitants) ☐ City (≥15,000 and <100,000 inhabitants) ☐ Large city (≥100,000 and < 1,000,000 inhabitants) ☐ Metropolis (≥1,000,000 inhabitants)
How many employees (full-time equivalents) work in your organizations? Click here to enter text.
Please indicate the number of employees per occupational / professional group in your organization (including employees employed through third parties): ☐ Physicians Click here to enter text. ☐ Nursing staff Click here to enter text. ☐ Other health professions e. g. therapists, pharmacists, medical-laboratory assistants Click here to enter text. ☐ Management and administration Click here to enter text. ☐ Maintenance staff e. g. cleaning, kitchen Click here to enter text. ☐ All other staff Click here to enter text.

General data concerning the self-assessment in the health service

How many in-patients does your organization treat per year (number of hospitalizations)?
Click here to enter text.

How many out-patients does your organization treat per year (number of patient visits)?
Click here to enter text.

Please indicate the main nationalities /language groups of your patients [adapt categories to the country/region; below, as an example, the version for Austria; ranked by size of sub-population in Austria]

☐ German
☐ Croation/Serbian/Bosnian
☐ Turkish
☐ Polish
☐ Russian
☐ Slovak
☐ Hungarian
☐ English
☐ Others: Click here to enter text.

Please indicate the main nationalities /language groups of your staff [adapt these categories for Austria to your country/region]

☐ German
☐ Croation/Serbian/Bosnian
☐ Turkish
☐ Polish
☐ Russian
☐ Slovak
☐ Hungarian
☐ English
☐ Others: Click here to enter text.

What are the main areas of expertise of your organization?

☐ General and acute care hospital
☐ Specialized hospital for: Click here to enter text.

Who is entitled to become a patient in your organization?

☐ public at large
☐ limited access, e.g. service provision limited to patients of a specific insurance company or private patients, etc.

General data concerning the self-assessment in the health service

Is your organization for-profit?

☐ not-for-profit
☐ for-profit
☐ both

Who is the owner of your organization?

☐ governmental owner on federal level
☐ governmental owner on regional and local level
☐ insurance company, e.g. health, accident, pension and private insurance
☐ charitable institution, e.g. NGO
☐ confessional institution/owner
☐ private organization, private person, other private institutions

Is your organization involved in vocational training of health professionals?

☐ No, no training
☐ Yes, continuous training for staff
☐ Yes, basic training (academic or non-academic), e.g. physicians, nursing staff in training
☐ Yes, specialized training, e.g. academic hospital

Standard 1: Implement organizational health literacy best-practices across all structures and processes of the organization.

Rationale: This standard can be seen as a precondition for all other standards. It influences the extent to which organizational health literacy or responsiveness is accepted (→ glossary) and can be achieved within the organization. Without making organizational health literacy a responsibility and an integral element of an organization´s structures, processes, culture and quality management, an organization cannot execute comprehensive implementation of organizational health literacy. A health literate healthcare organization (→ glossary) requires capacity building, i. e. infrastructures and resources, for being health literacy responsive in *all* decision making and acting within the organization. A committed management – which makes health literacy integral to the vision and mission, structures and processes, and all operations of the organizations – is one of the most crucial preconditions to developing health literate organizations (Brach et al., 2012). Leaders have to drive change management and continuous quality improvement (New Zealand Ministry of Health 2015) by reinforcing goals and expectations, and by modelling expected behaviours (Brach 2017).

Sub-Standard 1.1. **The management of the organization is committed to implementing, monitoring and improving organizational health literacy.**	**Yes** 76–100%	**Rather yes** 51–75%	**Rather no** 26–50%	**No** 0–25%	**N/A**
Indicator 1.1.1 The management of the organization drives the organizational health literacy culture by reinforcing goals and expectations for the organization, and by defining expected behaviors for the staff. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.1.2. The management of the organization ensures that health literacy is implemented for all relevant aspects of the organization, explicitly measured, regularly monitored, and continuously improved. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 1.1.3 The management of the organization is committed to driving health literacy improvement activities across all departments. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.1.4. The management of the organization serves on oversight committees for organizational health literacy. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.1.5. The management reviews metrics of success of each health literate intervention. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Sub-Standard 1.2. The organization makes organizational health literacy an organizational priority and secures adequate infrastructures and resources for implementing it.	**Yes** 76–100%	**Rather yes** 51–75%	**Rather no** 26–50%	**No** 0–25%	**N/A**
Indicator 1.2.1. Policy documents such as the mission statement, goals, and policies (→ glossary), explicitly define health literacy as an organizational priority.* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.2.2. Specific responsibilities for organizational health literacy are clearly defined. *(E. g. through a health literacy officer, a health literacy team)* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.2.3. Financial resources for promoting organizational health literacy are defined and allocated in business / operational plans. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.2.4. Qualified personnel for promoting organizational health literacy is defined and allocated in business / operational plans. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.2.5. Specific interventions for implementation of organizational health literacy are planned and implemented. *(E. g. for improving information, communication, navigation)* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 1.2.6. Organizational health literacy is promoted by all organizational units and policies *(E. g. in the units and policies for quality management, health promotion, risk management, human resource management, facility management)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.2.7. The organization demonstrates awareness of and respect for the values, needs and preferences of cultural groups within the community. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Sub-Standard 1.3. The organization ensures the quality of organizational health literacy interventions by quality management.	Yes 76–100%	Rather yes 51–75%	Rather no 26–50%	No 0–25%	N/A
Indicator 1.3.1. Organizational health literacy is integrated into the existing quality management system*					
a.) by definition of criteria and indicators ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
b.) by regular assessment ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
c.) by monitoring and improving of activities ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.3.2. Patient surveys include questions about the quality of information and communication.* *(E. g. comprehensibility of information provided)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.3.3. Staff surveys include questions about the quality of information and communication.* *(E. g. comprehensibility of information about occupational health and safety)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.3.4. Patient surveys use clear, everyday words and phrases.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 1.3.5. Staff surveys use clear, everyday words and phrases.* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.3.6. Patient health literacy is part of performance measurement of the organization. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.3.7. The organization uses "mystery patients" (→ glossary) or "walking interviews" (→ glossary) to assess how easy it is for patients/visitors to navigate the organization.* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 1.3.8. The organization uses "mystery patients" to assess the quality of communication with and the quality of information for patients (verbal, written, visual). *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Standard 2: Develop documents, materials and services with stakeholders in a participatory manner

Rationale: The involvement of all relevant stakeholders in the design and evaluation of documents, materials and services helps to ensure that their development and implementation are adequate in addressing the needs of these stakeholders (Thomacos and Zazryn 2013). This is the foundation for enabling and empowering different stakeholders for easy access to, navigation and use of the healthcare facilities. Healthcare organizations exist to serve the needs of individuals and communities, therefore organizations need to engage them in all aspects of service and product design and evaluation (Trezona et al. 2017, p. 7). For a healthcare organization that has taken first steps towards becoming a health literate healthcare organization it is particularly important to listen to the voices of individuals with limited health literacy (Brach 2017, p. 213). A health literate healthcare organization uses the results of the feedback of relevant stakeholders to adopt improvements.

Sub-Standard 2.1. The organization involves patients in the development and evaluation of patient-oriented documents, materials and services.	**Yes** 76–100%	**Rather yes** 51–75%	**Rather no** 26–50%	**No** 0–25%	**N/A**
Indicator 2.1.1 All documents and services relevant for patients are developed and tested together with patient advocates and representatives of patient groups.* *(E.g. information sheets, legal information, informed consent forms, apps)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 2.1.2. The navigation system of the organization is tested by patients and is improved following the outcomes. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 2.1.3 Guidelines and procedures for staff on patient communication are developed and tested not only with representatives of staff but also of patients. *(E.g. persons with limited reading skills, members of specific ethnic groups.)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 2.1.4. (Former) Patients or trained simulated patients are involved in the training of staff in order to provide feedback on staff's oral communication skills. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 2.1.5. The organization implements mechanisms and procedures to enable feedback and complaints by patients concerning comprehensibility of documents, materials and services. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Sub-Standard 2.2. **The organization involves staff in the development and evaluation of staff oriented documents, materials and services.**	**Yes** 76–100%	**Rather yes** 51–75%	**Rather no** 26–50%	**No** 0–25%	**N/A**
Indicator 2.2.1. The organization involves staff representatives in the development and evaluation of staff-oriented communication materials and services. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 2.2.2. The navigation system of the organization is tested by new staff members or colleagues from outside of the organization and is optimized following the outcomes. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Standard 3: Enable and train staff for personal and organizational health literacy

Rationale: Staff training in health literacy is an important dimension of capacity building for organizational health literacy responsiveness and communication. Health literacy training has been shown to improve the communication skills of staff and to achieve desirable outcomes (Blake at al. 2010; Coleman 2011; Mackert et al. 2011). Patients who report optimal communication with staff demonstrate high patient satisfaction, patient optimism about treatment, trust in providers, correct diagnoses, and a better assessment of the quality of care (Schillinger et al. 2004). Health literacy training is especially important for staff that has health education roles (Brach et al. 2012). A health literate healthcare organization has to establish a set of health literacy competencies required by staff and has to assess regularly the knowledge, skills and competencies of staff in relation to health literacy. Staff of health literate organizations has to be trained in patient-centered communication skills to ensure that messages are understood in every conversation (Dwamena et al. 2012; Silverman et al. 2013) and thus guarantee equality in treatment and contribute to an inviting atmosphere – without stigmatizing.

Sub-Standard 3.1. Personal and organizational health literacy is understood as an essential professional competence for all staff working in the organization.	**Yes** 76–100%	**Rather yes** 51–75%	**Rather no** 26–50%	**No** 0–25%	**N/A**
Indicator 3.1.1. Documents such as job descriptions, selection criteria for applicants, staff development plans etc. include health literacy as a main competence.* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 3.1.2. The organization ensures that staff – especially those with patient contact and new staff – are trained in health literacy and patient-centred communication. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 3.1.3 Staff training on patient communication follows principles of health literacy and refers to all situations that involve communication. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 3.1.4. Staff – especially those with patient contact – regularly get feedback on how effective they communicate. *(E.g. by using routine feedback forms on the communication quality of staff).* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 3.1.5. Internal health literacy experts serve as role models, mentors and teachers of health literacy competences to others. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 3.1.6. Staff are offered trainings with regard to:*					
a.) Use of clear, everyday words and phrases. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
b.) Providing easy-to-understand and easy-to-apply information. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
c.) Active listening, encouraging questions. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

d.) Use of methods and techniques such as chunk-and-check (→ glossary) or teach-back (→ glossary). ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
e.) Effective risk communication as the basis for informed patient consent on medical treatment. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
f.) Motivational interviewing (→ glossary) ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
g.) Use of written and audio-visual materials to support communication *(E. g. decision aids).* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
h.) Basic knowledge on designing easy-to-understand print materials. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
i.) When and how to use an interpreter (→ glossary), and how to effectively collaborate with interpreters. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Standard 4: Provide easy navigation and access to services, documents, and materials.

Rationale: Easy accesss to and navigation of health services is an important aspect of using healthcare services adequately. Therefore, the organization has to provide a design and features that help people find their way. It uses language, symbols and signage that is easy to understand, also by users with low levels of personal (health) literacy (Rudd and Anderson 2006). Research indicates that patients with sufficient health literacy skills and positive experiences regarding navigation and access to health information and services are more satisfied with the care received by their healthcare organization than those with non-sufficient health literacy skills and negative experiences (Altin and Stock 2015). Therefore, the provision of easy-to-access health information and services (navigation assistance included) is an important factor for being able to find health information and for making informed decisions, which in turn leads to improved health outcomes.

Sub-Standard 4.1. The organization enables first contact via user friendly website and phone.	**Yes** 76–100%	**Rather yes** 51–75%	**Rather no** 26–50%	**No** 0–25%	**N/A**
Indicator 4.1.1. The organization's contact information, location, and arrival information is easy-to-find via internet search engines. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.1.2. The organization's website is easy-to-use, also for people with low digital health literacy and/or low health literacy competences. *(E.g. by use of plain language, by flexible font size, read-aloud function).* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.1.3. The website is available in various languages based on the composition of the local population. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 4.1.4. The website provides evidence-based information on frequent treatments and cites the scientific sources appropriately. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.1.5. The website is easily accessible via smartphones and tablets. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.1.6. The organization can easily be reached by telephone 24 hours a day, not only by an automated system, but by a person. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.1.7. If there is an automated phone system, there is a clear option to repeat menu items. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.1.8. Telephone communication is available in most native languages of patients. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.1.9. People at a hotline or an information desk are qualified to adequately answer patient enquiries. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Sub-Standard 4.2. The organization provides information necessary for patients and visitors for getting to the organization.	Yes 76-100%	Rather yes 51-75%	Rather no 26-50%	No 0-25%	N/A
Indicator 4.2.1. The naming of locations on maps is consistent with the terms/wording used within the organization. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.2.2. The healthcare organization provides patients with easy-to-understand information about directions from the patient's home, including public and private transportation options. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.2.3. The healthcare organization negotiates with local transportation services to assist patients by displaying adequate signage, clear announcements, and location information at public transportation stations. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.2.4. Signage of the organization and its entrances is clearly visible when approaching the hospital grounds. *(E.g. on access roads, public transport)* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.2.5 Admission departments are clearly marked and visible. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Sub-Standard 4.3.	Yes	Rather	Rather		N/A

Support is available to help patients and visitors to navigate the hospital.	76-100%	yes 51-75%	no 26-50%	No 0-25%	
Indicator 4.3.1. To support navigation, an information desk is available at all main entrances. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.2. To support navigation, printed maps are available for free. *Comments:* Click here to enter text.					
Indicator 4.3.3. Maps clearly indicate the individual's location in the hospital through easy-to-understand symbols or "You are here" signage.* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.4. The staff responsible for the admission of patients appropriately directs patients and visitors to their respective unit and staff. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.5. New information and communication technologies support navigation. *(E.g. speech-based electronic assistance, kiosks with touch-screens, smartphone-apps.)* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 4.3.6. Staff is trained to direct and assist disoriented patients. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.7. Staff or volunteers with various language skills support the navigation of patients and visitors in the organization. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.8. Signage design is based on appropriate height, location, color, and font size. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.9. Signage applies wording and symbols commonly used by patients to describe the care they are receiving.* *(E.g. Kidney Ward instead of Nephrology Ward)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.10. A consistent wording and use of symbols is applied for all locations and rooms within the organization.* *(E.g. always "toilette" or always "WC" or always "rest room")* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 4.3.11. Color codes are applied consistently across the organization and support navigation from different starting points. *(E.g. green color for the intensive care ward)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.12. Signage is available between buildings if the organization contains multiple buildings.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.13. Signage is available in the native languages of the major patient groups* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.3.14. Navigation support for visually impaired patients is available. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Sub-Standard 4.4. **Health information for patients and visitors is available for free.**	**Yes** 76–100%	**Rather yes** 51–75%	**Rather no** 26–50%	**No** 0–25%	**N/A**
Indicator 4.4.1. Patients are informed about deductibles or other costs for treatment or services in advance. *(E.g. on the website and by telephone enquiry)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 4.4.2. Patients are informed about their patient rights. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.4.3. A physical or virtual patient information center comprising free health information is available. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.4.4. Various formats of easy-to-understand information regarding disease prevention such as diabetes, cardiovascular diseases, and cancer are available at multiple locations for free. (E.g. brochures, audio, video, web based) *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.4.5. Various formats of easy-to-understand information regarding healthy lifestyles are available at multiple locations for free. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 4.4.6. Easy-to-understand menu information is available at bedside and in the cafeteria/canteen indicating nutrients and calories to support healthy choices. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Standard 5: Apply health literacy best-practices in all forms of communication with patients.

Rationale: Patients in healthcare are increasingly understood as partners and active co-producers of health and not just as the objects of treatment. This shift in the patients' role requires more patient participation and shared decision-making in the context of increasing complexity and possibilities of healthcare. Good communication in healthcare has a huge impact on a diversity of health outcomes and on workplace satisfaction of healthcare professionals (Street et al. 2009; Sator et al. 2015). Patients with limited health literacy report worse communication with their providers than those with sufficient health literacy (Schillinger et al. 2004). Furthermore, patients with limited literacy are less likely to ask questions of their providers (Katz et al. 2007). Misunderstandings in communication lead to less accurate diagnoses and less effective treatment decisions, to poorer compliance with prescriptions, and thus to more frequent complications, referrals and emergency treatment (Berkman et al. 2011). A health literate organization takes the communication needs of different patient groups into account by ensuring that all communication in all formats is clear and easy to understand (New Zealand Ministry of Health 2015, p. 34). It uses patient-centered communication to promote health literacy responsiveness in all situations of communication (Brach et al. 2012; Silverman et al. 2013). This is true not only for high-risksituations and in clinical relevant discussions, such as admission, anamnesis/intake, visit and discharge, but also when explaining an invoice/bill, directions or coordinating appointments. (Brach et al. 2012).

Sub-Standard 5.1. Verbal communication with patients is of high quality and easy-to-understand.	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 5.1.1. Guidelines for verbal patient communication which follow health literacy best practices *(E. g. plain language, teach back)* are applied to all clinically important situations of communication.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.1.2. Communication guidelines consider the diverse needs of different patient groups*					
a.) Patients of different linguistic, ethnic and cultural backgrounds ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

b.) Patients with impaired visual capabilities ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
c.) Patients with impaired hearing capabilities ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
d.) Patients with impaired intellectual capabilities ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
e.) Patients with the need to involve relatives/caregivers. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.1.3. Patient information about diagnosis and therapy is given sufficiently extensive, in a clear and personalized way, following the current state of evidence to enable patients to make appropriate treatment decisions together with staff. *(E.g. shared decision making, use of decision aids)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.1.4. Staff use clear language and avoid jargon and technical terms when communicating with patients (written and verbal). ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.1.5. Patients are encouraged to ask questions concerning their condition and treatment options. *(E.g. using Ask Me 3-campaign (→ glossary); SPEAKUP (→ glossary))* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 5.1.6. Patients are allowed and encouraged to bring family, friends or informal caregivers to meetings with staff. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.1.7. Patient consultations take place in rooms/space that support effective communication. *(E.g. private counseling space, quiet environment)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.1.8. Sufficient and designated time is ensured for patient consultations. *(E.g. by discipline or department specific guidelines and procedures)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.1.9. Patient consultations are conducted when patients are attentive. *(E.g. not immediately after anesthesia)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.1.10. Patients are encouraged to arrange consultations with staff, when convenient for them. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Sub-Standard 5.2. **Written materials are of high quality, easily accessible, and easy-to-understand.**	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 5.2.1. Written (printed and/or online) materials follow design guidelines for better understandability (font size, line spacing, color scheme, use of images).* (*E.g. patient orientation materials, legal materials, informed consent forms, medical history forms, discharge forms and follow-up notifications)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.2.2 Written materials are used to reinforce and support verbal communication and as memory aid for patients, but never instead of verbal communication. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.2.3 To support patient communication, staff is trained to use high-quality written and audio-visual materials, which contain action-oriented information and are easily accessible. *(E.g. leaflets, photo-novellas, cartoon illustrations, multimedia tutorials, podcasts, DVDs, 3-D models, patient portals etc., which include easily detectable contact details of the organization (telephone numbers, e-mail- and web-addresses).* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 5.2.4 Written and audio-visual materials are revised periodically to ensure best quality and accuracy of information *(e.g. based upon current evidence).* Materials include a statement of last update and the information source so that the quality of the original information source can be assessed independently.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.2.5 Patients are supported to complete required documents and forms (e.g. for registration). ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Sub-Standard 5.3. **Digital services and new media are of high quality, easily accessible, and easy-to-use.**	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 5.3.1. Guidelines for the quality and distribution of digital services and new media are used to support communication and information transfer.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.3.2. All digital services and new media which are available via online portals, app download centers etc. are technically correct, easy-to-understand, contain action-oriented information and are adequate for target groups. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 5.3.3 Digital services and new media are pre-tested with representatives of target groups and patients before distribution. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.3.4 Training in the use of digital services and new media is offered upon demand for staff *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Sub-Standard 5.4. **Information and communication is offered in the languages of relevant patient groups by specific, trained personnel and for all provided materials.**	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 5.4.1. All major written, audio-visual or digital materials are available in the languages of relevant patient groups. *(E.g. information sheets, informed consent forms)* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.4.2. Staff knows when and how to access and utilize oral and written language assistance services as well as how to work with interpreters / translators. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.4.3. Protocols prohibit the use of children or untrained staff or volunteers as medical translators. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 5.4.4. Patients are informed about professional translation services routinely at admission and on demand. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.4.5. If needed, professional translation services are always available for medical examinations and consultations with clinical staff and also provide assistance in completing forms or documents. *(E.g. in house interpreters, telephone / video interpreting)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.4.6 There is a coordination office for the provision and scheduling of translation services in native language. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.4.7. Interpreters / translators are specifically qualified / certified in inter-cultural medical translation.* *(E.g. language certificates, letter of recommendation).* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.4.8 All interpreters / translators are trained to use clear, everyday words and phrases.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 5.4.9. Guidelines for reporting, documenting and processing problems and complaints with regard to translation services are available. Problems are monitored and improvement measures are implemented.* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Sub-Standard 5.5. **Communication which is easy-to-understand and to act on, especially in high-risk situations, is accepted as a necessary safety measure.**	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 5.5.1. The organization considers communication errors as adverse events and reacts by analyzing the origin of detected errors and by improving communication processes. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.5.2. A reporting and performance monitoring system for communication errors is available. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.5.3. Feedback from patients regarding patient safety, hospital hygiene etc. are routinely included in risk management. *(E.g. patient surveys, feedback forms, patient complaints)* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 5.5.4. A list of processes and procedures is available, that pose a higher risk to patients, and therefore require a heightened level of assurance to ensure that patients have fully understood the information provided.* *(E.g. patient communication about diagnosis, therapies, consent forms, filling in forms, preparation for surgeries, transferals)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.5.5. There exist specific guidelines and staff trainings on communication in situations that pose a higher risk to patients* *(E.g. breaking bad news, new therapies, preparation for surgeries)* are available. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.5.6. Taking medication is explained in detail (including clarification that medicines prescribed in the hospital can differ from those distributed in pharmacies). ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 5.5.7. Aids such as pill boxes, charts, etc. are used to increase comprehensibility of taking medicines correctly. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 5.5.8. The organization's emergency plan contains easy-to-use information for patients regarding evacuation. It also addresses people who are illiterate, with hearing or visual impairment and / or different intellectual capabilities, and other vulnerable types of patients. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Standard 6: Promote personal health literacy of patients and relatives during hospitalization and after discharge.

Rationale: For many patients, a hospital admission is just a recurrent episode in an ongoing career of living with a chronic condition. Therefore, improving personal health literacy and empowering for self-management is an important aspect of any treatment of chronic patients in healthcare. Research indicates that patients in disease-specific self-management groups have fewer hospital admissions for acute exacerbations and fewer unscheduled visits to their physician than patients who are not part of disease-specific self-management groups (DeWalt et al. 2006). Therefore, the aim is to provide patients with the necessary information and skills to deal competently and responsibly with their health after discharge (Brach 2017). Patients benefit from organizational support in gaining and improving their personal health literacy with regard to their disease-specific self-management, their navigating of and interacting effectively with health services in the future and their developing more healthy lifestyles. In this way, they gain more confidence in dealing with their disease and are empowered to more actively participate in their treatment as co-producers of health outcomes. Inpatient stays offer a "window of opportunity" and a "teachable moment" for changes in patients´ knowledge, competences, motivations and behaviours.

Sub-Standard 6.1. The organization supports patients in improving health literacy with regard to self-management of specific health conditions.	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 6.1.1. Patients are informed in a clear and personalized way about the possible self-management of their disease /health condition in their everyday life. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.1.2. The organization offers patient education on self-management of the most important chronic diseases / health conditions. Alternatively, patients are referred to other adequate providers. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 6.1.3. The organization explicitly informs patients about appropriate self-help organizations and similar support offers. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.1.4. The organization encourages patients to take upcoming symptoms seriously and to use services already in advance of agreed appointment, if necessary. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.1.5. The organization offers education on how to support patients for relatives and other informal caregiver*s.* Alternatively, they are referred to other adequate providers. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.1.6. The organization offers education in navigating of and effectively interacting with health services after discharge.* *(E.g. preparation for doctor-patient conversation)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Sub-Standard 6.2. **The organization supports patients in improving health literacy with regard to development of more healthy lifestyles.**	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 6.2.1. Patients' lifestyles and need for changes are routinely checked and documented. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 6.2.2. Relevant information and training for change of lifestyle is provided or referred to. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.2.3. Staff informs patients about educational health courses in the region. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Sub-Standard 6.3 **Upon discharge, patients are well informed about their future treatment and recuperation process.**	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 6.3.1. There is a clear and easy to understand care plan (written and verbally communicated) for patients who require complex interventions and multidisciplinary teams for treatment.* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.3.2. Upon discharge, patients are thoroughly informed about how to take care for themselves at home and about where to get support if needed. *(E.g. wound care, medication, nutrition, needs and options for caring assistance)* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.3.3. If needed, relatives or social services are involved in discharge management. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 6.3.4. The organization has a follow-up telephone service to ensure that patients or relatives can manage with the information received upon discharge. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.3.5. Patients are supported in scheduling their post-discharge appointments with other services. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.3.6. There are procedures in place to ensure that patients meet their scheduled appointments. *(E.g. follow-up telephone service)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.3.7. Clinical findings that were not conveyed to patients during hospital stay are conveyed to them following discharge. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.3.8. The responsibility to pass on clinical findings to other organizations that are relevant for further treatment rests with the organization in consent with the patient. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.3.9. During discharge, patients routinely receive up-to-date lists of relevant health and social services as well as of appropriate self-help groups. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 6.3.10. During discharge, Patients routinely receive contact details of relevant patient advocates and patients' ombudspersons. *(E.g. in case of complications or complaints).* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 6.3.11. The organization's website provides information about the self-management of common health conditions or refers to adequate partner websites. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Standard 7: Promote personal health literacy of staff with regard to occupational risks and personal lifestyles.

Rationale: Health of staff in healthcare services, especially in an aging healthcare workforce, is a relevant challenge for healthcare services. Staff´s health is endangered by a number of specific occupational risks, which in many institutions are on the rise. Staff's health is partly determined by their personal health literacy. Therefore health literacy of staff should be improved not only for better communication with patients, but also in relation to promoting their health.

Studies have indicated that workplace health promotion is important in the prevention of non-communicable diseases among employees. Health promoting organizations have shown benefits such as lowered disease prevalence, reduced medical costs, improved productivity and a higher level of personal health literacy (Dietscher 2012). A health literate healthcare organization promotes health literacy of staff both with regard to the self-management of occupational health and safety risks and with regard to healthy lifestyles of staff (Wong 2012).

The health literacy of staff impacts the quality of patient communication. Only an organization – with staff being health literate and healthy – is able to address the healthcare needs of their clients and patients adequately and foster their health-literacy skills. If staff does not understand their own health needs, it is hard to support patients to make good decisions about their health.

Sub-Standard 7.1. The organization supports staff in improving their knowledge and skills for self-management of occupational health, safety risks and healthy life-styles.	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 7.1.1. The organization understands improvement of health literacy of staff as a management responsibility. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 7.1.2. Leadership / management is sensitive to effects of their communication on staff health and adapts their management style accordingly. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 7.1.3. Performance reviews include status information on occupational health and safety, and on how staff can maintain their health. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 7.1.4. Staff is informed about occupational health and safety risks already during initial staff training.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 7.1.5. The organization regularly provides trainings on managing occupational health and safety risks.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 7.1.6. The organization uses materials such as posters, flyers, new media and electronic devices, to raise staff's awareness of occupational health and safety risks.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 7.1.7. Staff are encouraged to report on working conditions risky for health and to make suggestions for improvement. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 7.1.8. The organization provides measures for prevention or self-management of chronic conditions of staff. ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 7.1.9. The organization uses materials, to raise staff's awareness of lifestyle issues for health.* *(E.g. posters, flyers, new media and electronic devices)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 7.1.10. The organization offers trainings on healthy lifestyles for staff, or informs staff about regionally available courses and programs on healthy lifestyles *(E.g. Information sheets, brochures)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Standard 8: Contribute to promoting personal health literacy of the local population and to dissemination of organizational health literacy in the region served.

Rationale: To promote personal health literacy of the local population, a health literate healthcare organization provides easily accessible, evidence-based health information. It drives health education and promotion initiatives to build skills for health literacy in the local population, and it also conducts interventions to improve health literacy in particular for hard to reach and vulnerable population groups. Healthcare services can act as a role model and advocate not only for better health, but also for better personal and organizational health literacy in their region. Sharing experiences of health literacy practices via publications, presentations and other media, leads to increased awareness and can stimulate organizational change beyond the own organization. By disseminating results and experiences with organizational health literacy across organizational boundaries, more people and institutions can benefit from an organization's experiences and strategies to promote health literacy. Therefore, a health literate healthcare organization has the responsibility to share its knowledge and experience of implementing organizational health literacy with other organizations. Sharing experiences within relevant communities highlights the importance of cooperation and peer learning for creating networks, which play an important role in supporting organizational change (Pelikan et al. 2005).

Sub-Standard 8.1. The organization contributes to the improvement of personal health literacy of the local population	Yes 76-100%	Rather yes 51-75%	Rather no 26-50%	No 0-25%	N/A
Indicator 8.1.1. The organization provides evidence-based and non-commercial information about relevant health topics issues to the local community it serves. *(E.g. through health fairs, public lectures).* *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 8.1.2. The organization drives health education and promotion initiatives to build skills for health literacy in the local population. *(E.g. by organizing workshops on workplace health promotion in local companies, or facilitating guided tours to the hospital for students from local schools)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 8.1.3. The organization conducts interventions to improve health literacy of hard-to-reach patients / citizen groups at the local level. *(E.g. interactive meetings with socio-economically disadvantaged groups or migrant communities)* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Sub-Standard 8.2 **The organization supports the dissemination and further development of organizational health literacy in the geographic region and beyond.**	**Yes** 76-100%	**Rather yes** 51-75%	**Rather no** 26-50%	**No** 0-25%	**N/A**
Indicator 8.2.1. Health literacy activities and outcomes are part of the organization's public reporting.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 8.2.2. The organization communicates experiences with organizational health literacy practices via publications, presentations, and other media.* ***Comments:*** Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Indicator 8.2.3. The organization participates in health literacy research and development projects. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 8.2.4. The organization contributes to wider (policy) goals or action plans in the field of health literacy. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐
Indicator 8.2.5. The organization offers health literacy best practices for the professional training of doctors, nurses, and other relevant professional groups also outside of the organization. *Comments:* Click here to enter text.	☐	☐	☐	☐	☐

Module ที่ 3

สาธารณสุขมูลฐาน (PHC)

รากฐานของ SDGs

1. ปฏิญญา Alma-Ata,Astana For Primary Health Care เพื่อบรรลุ SDG,UHC,HFA
2. สาธารณสุขมูลฐาน (PHC) ตามแนวทางของ นพ.อมร นนทสุต
3. Strategic Map (Kaplan & Norton) กับ SRM (นพ.อมร นนทสุต)
4. วิวัฒนาการของแนวคิด การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนสู่การทำแผนชุมชนด้วยเครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

จากปฏิญญาอัลมา-อาตา 1978 ถึงปฏิญญาอัสตานา 2018 และปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงของสมัชชาสหประชาชาติ 74/2 เรื่องการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า

ปฏิญญาอัลมา-อาตา 1978

การประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งประชุมกันที่อัลมา-อาตาในวันที่สิบสองของเดือนกันยายน พ.ศ. สองพันห้าร้อยยี่สิบเอด แสดงความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการโดยรัฐบาลทั้งหมด ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการพัฒนาทั้งหมด และชุมชนโลก เพื่อปกป้องและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทั่วโลก ขอประกาศดังต่อไปนี้:

1. การประชุมยืนยันอย่างหนักแน่นว่า สุขภาพซึ่งเป็นสถานะของความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และไม่ใช่เพียงการไม่มีโรคหรือความพิการเท่านั้น เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และการบรรลุระดับสุขภาพที่สูงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เป็นเป้าหมายทางสังคมที่สำคัญที่สุดทั่วโลก ซึ่งการบรรลุผลต้องการการดำเนินการของหลายภาคส่วนทางสังคมและเศรษฐกิจอื่นๆ นอกเหนือจากภาคสุขภาพ

2. ความเหลื่อมล้ำที่รุนแรงที่มีอยู่ในสถานะสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งภายในประเทศ เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ทางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจ และจึงเป็นความกังวลร่วมกันของทุกประเทศ

3. การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม บนพื้นฐานของระเบียบเศรษฐกิจระหว่างประเทศใหม่ มีความสำคัญพื้นฐานต่อการบรรลุสุขภาพสำหรับทุกคนอย่างเต็มที่ และเพื่อลดช่องว่างระหว่างสถานะสุขภาพของประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว การส่งเสริมและการปกป้องสุขภาพของประชาชนเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่ยั่งยืน และมีส่วนสำคัญต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสันติภาพโลก

4. ประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ในการมีส่วนร่วมทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่มในการวางแผนและการดำเนินการดูแลสุขภาพของตน

5. รัฐบาลมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งสามารถทำได้เพียงการจัดให้มีมาตรการด้านสุขภาพและสังคมที่เพียงพอเท่านั้น เป้าหมายทางสังคมหลักของรัฐบาล องค์การระหว่างประเทศ และชุมชนโลกทั้งหมดในทศวรรษที่จะมาถึง ควรเป็นการบรรลุระดับสุขภาพที่จะทำให้ประชาชนทุกคนทั่วโลกสามารถดำเนินชีวิตที่มีผลผลิทางสังคมและเศรษฐกิจได้ภายในปี ค.ศ. 2000 การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นกุญแจสำคัญในการบรรลุเป้าหมายนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาในจิตวิญญาณของความยุติธรรมทางสังคม

6. การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นการดูแลสุขภาพที่จำเป็น โดยอาศัยวิธีการและเทคโนโลยีที่ใช้ได้จริง มีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ และยอมรับได้ทางสังคม ทำให้เข้าถึงได้ทั่วไปสำหรับบุคคลและครอบครัวในชุมชน ผ่านการมีส่วนร่วม

อย่างเต็มที่ และในต้นทุนที่ชุมชนและประเทศสามารถรักษาไว้ได้ในทุกระยะของการพัฒนา ในจิตวิญญาณของการพึ่งตนเองและการกำหนดตนเอง มันเป็นส่วนสำคัญของทั้งระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งเป็นหน้าที่หลักและจุดสำคัญและของการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของชุมชน เป็นระดับแรกของการติดต่อของบุคคล ครอบครัว และชุมชนกับระบบสุขภาพแห่งชาติ นำการดูแลสุขภาพมาให้ใกล้ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้กับที่ที่ผู้คนอาศัยและทำงาน และเป็นองค์ประกอบแรกของกระบวนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

7. การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ:

7.1. สะท้อนและพัฒนาจากสภาพเศรษฐกิจและลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม และการเมืองของประเทศและชุมชน และอาศัยการประยุกต์ใช้ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องของการวิจัยทางสังคม การแพทย์ และบริการสุขภาพ และประสบการณ์สาธารณสุข

7.2. จัดการกับปัญหาสุขภาพหลักในชุมชน โดยจัดให้มีบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพตามความเหมาะสม

7.3. ประกอบด้วยอย่างน้อย:

7.3.1. การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่แพร่หลายและวิธีการป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านั้น

7.3.2. การส่งเสริมการจัดหาอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม

7.3.3. การจัดหาน้ำสะอาดและสุขาภิบาลขั้นพื้นฐานที่เพียงพอ

7.3.4. การดูแลสุขภาพมารดาและเด็ก รวมถึงการวางแผนครอบครัว

7.3.5. การให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อสำคัญ

7.3.6. การป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น

7.3.7. การรักษาโรคและการบาดเจ็บทั่วไปที่เหมาะสม

7.3.8. และการจัดหายาที่จำเป็น

7.4. เกี่ยวข้องกับ นอกเหนือจากภาคสุขภาพ ภาคส่วนและด้านที่เกี่ยวข้องทั้งหมดของการพัฒนาแห่งชาติและชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เกษตรกรรม การเลี้ยงสัตว์ อาหาร อุตสาหกรรม การศึกษา ที่อยู่อาศัย โครงการสาธารณะ การสื่อสาร และภาคส่วนอื่นๆ และต้องการความพยายามประสานงานจากภาคส่วนเหล่านี้ทั้งหมด

7.5. ต้องการและส่งเสริมการพึ่งตนเองและการมีส่วนร่วมสูงสุดของชุมชนและบุคคลในการวางแผน การจัดองค์กร การดำเนินงาน และการควบคุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ โดยใช้ประโยชน์จากทรัพยากรท้องถิ่น ระดับชาติ และทรัพยากรอื่นๆ ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ และเพื่อจุดประสงค์นี้ พัฒนาผ่านการศึกษาที่เหมาะสมเพื่อให้ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมได้

7.6. ควรได้รับการสนับสนุนด้วยระบบการส่งต่อที่บูรณาการ มีหน้าที่การทำงาน และสนับสนุนซึ่งกันและกัน นำไปสู่การปรับปรุงการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมสำหรับทุกคนอย่างก้าวหน้า และให้ความสำคัญกับผู้ที่ต้องการมากที่สุด

7.7. อาศัยผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่นและระดับการส่งต่อ รวมถึงแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ ผู้ช่วย และผู้ปฏิบัติงานชุมชนตามความเหมาะสม รวมทั้งผู้ประกอบการแพทย์แผนดั้งเดิมตามความจำเป็น ได้รับการฝึกอบรมทางสังคมและเทคนิคอย่างเหมาะสมเพื่อทำงานเป็นทีมสุขภาพและตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพที่แสดงออกของชุมชน

8. รัฐบาลทั้งหมดควรกำหนดนโยบาย กลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการระดับชาติ เพื่อเริ่มต้นและรักษาการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพแห่งชาติที่ครอบคลุม และประสานงานกับภาคส่วนอื่นๆ เพื่อจุดประสงค์นี้ จะจำเป็นต้องใช้เจตจำนงทางการเมือง ระดมทรัพยากรของประเทศ และใช้ทรัพยากรภายนอกที่มีอยู่อย่างมีเหตุผล

9. ประเทศทั้งหมดควรร่วมมือกันในจิตวิญญาณของความเป็นหุ้นส่วนและการบริการ เพื่อให้มั่นใจว่ามีการดูแลสุขภาพปฐมภูมิสำหรับประชาชนทุกคน เนื่องจากการบรรลุสุขภาพโดยประชาชนในประเทศใดประเทศหนึ่งมีความเกี่ยวข้องโดยตรงและเป็นประโยชน์ต่อทุกประเทศอื่นๆ ในบริบทนี้ รายงานร่วมของ WHO/UNICEF เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นพื้นฐานที่มั่นคงสำหรับการพัฒนาและการดำเนินงานการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มเติมทั่วโลก

10. ระดับสุขภาพที่ยอมรับได้สำหรับประชาชนทุกคนทั่วโลกภายในปี ค.ศ. 2000 สามารถบรรลุได้ผ่านการใช้ทรัพยากรของโลกอย่างเต็มที่และดีขึ้น ซึ่งส่วนสำคัญในปัจจุบันถูกใช้ไปกับอาวุธและความขัดแย้งทางทหาร นโยบายที่แท้จริงของความเป็นอิสระ สันติภาพ การผ่อนคลายความตึงเครียด และการลดอาวุธสามารถและควรปลดปล่อยทรัพยากรเพิ่มเติมที่สามารถอุทิศให้กับจุดประสงค์เพื่อสันติภาพและโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อเร่งการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ในฐานะส่วนสำคัญ ควรได้รับส่วนแบ่งที่เหมาะสม

การประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ เรียกร้องให้มีการดำเนินการระดับชาติและระหว่างประเทศที่เร่งด่วนและมีประสิทธิผล เพื่อพัฒนาและดำเนินการดูแลสุขภาพปฐมภูมิทั่วโลกและโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ในจิตวิญญาณของความร่วมมือทางเทคนิคและสอดคล้องกับระเบียบเศรษฐกิจระหว่างประเทศใหม่ เรียกร้องให้รัฐบาล WHO และ UNICEF และองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ รวมทั้งหน่วยงานพหุภาคีและทวิภาคี องค์การพัฒนาเอกชน หน่วยงานสนับสนุนทุน ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพทั้งหมด และชุมชนโลกทั้งหมด สนับสนุนความมุ่งมั่นระดับชาติและระหว่างประเทศต่อการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ และส่งการสนับสนุนทางเทคนิคและการเงินที่เพิ่มขึ้นให้กับมัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา การ

ประชุมเรียกร้องให้ผู้ที่กล่าวถึงทั้งหมดร่วมมือในการแนะนำ พัฒนา และรักษาการดูแลสุขภาพปฐมภูมิตามจิตวิญญาณและเนื้อหาของปฏิญญานี้

การประชุมโลกว่าด้วยการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ จากอัลมา-อาตาสู่การครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน อัสตานา คาซัคสถาน 25 และ 26 ตุลาคม 2018

เราประมุขแห่งรัฐและรัฐบาล รัฐมนตรี และตัวแทนของรัฐและรัฐบาล ซึ่งเข้าร่วมการประชุมโลกว่าด้วยการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ: จากอัลมา-อาตาสู่การครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ประชุมกันที่อัสตานาในวันที่ 25 และ 26 ตุลาคม 2018 ยืนยันความมุ่งมั่นที่แสดงออกในปฏิญญาอัลมา-อาตาที่มีความทะเยอทะยานและวิสัยทัศน์ของปี 1978 และวาระปี 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อบรรลุสุขภาพสำหรับทุกคน ขอประกาศดังต่อไปนี้

เราจินตนาการถึง

รัฐบาลและสังคมที่ให้ความสำคัญ ส่งเสริม และปกป้องสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ทั้งในระดับประชากรและระดับบุคคล ผ่านระบบสุขภาพที่แข็งแรง

การดูแลสุขภาพปฐมภูมิและบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูง ปลอดภัย ครอบคลุม บูรณาการ เข้าถึงได้ พร้อมใช้ และราคาไม่แพงสำหรับทุกคนและทุกที่ จัดให้ด้วยความเมตตา ความเคารพ และศักดิ์ศรี โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมดี มีทักษะ มีแรงจูงใจ และมุ่งมั่น

สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและเอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งบุคคลและชุมชนได้รับการเสริมอำนาจและมีส่วนร่วมในการรักษาและเสริมสร้างสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

คู่ค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สอดคล้องกันในการให้การสนับสนุนที่มีประสิทธิผลต่อนโยบาย กลยุทธ์ และแผนสุขภาพระดับชาติ

1. เรายืนยันอย่างแข็งขันถึงความมุ่งมั่นของเราต่อสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนในการเพลิดเพลินกับมาตรฐานสุขภาพที่บรรลุได้สูงสุดโดยไม่มีการแบ่งแยกประเภทใดๆ การประชุมในโอกาสครบรอบสี่สิบปีของปฏิญญาอัลมา-อาตา เรายืนยันความมุ่งมั่นของเราต่อค่านิยมและหลักการทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความยุติธรรมและความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน และเราเน้นย้ำถึงความสำคัญของสุขภาพต่อสันติภาพ ความมั่นคง และการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันของพวกเขา

2. เรามั่นใจว่าการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (PHC) เป็นวิธีการที่ครอบคลุมที่สุด มีประสิทธิผลที่สุด และมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการเสริมสร้างสุขภาพกายและจิตของประชาชน รวมทั้งความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคม และ PHC เป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพที่ยั่งยืนสำหรับการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เรายินดีต้อนรับการจัดประชุมระดับสูงของสมัชชาสหประชาชาติเกี่ยวกับ UHC ในปี 2019 ซึ่งปฏิญญานี้จะมีส่วนสนับสนุน เราแต่ละคนจะติดตามเส้นทางของเราเองในการบรรลุ UHC เพื่อให้ทุกคนมีการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพและมีประสิทธิผลที่พวกเขาต้องการอย่างเท่าเทียม ให้มั่นใจว่าการใช้บริการเหล่านี้จะไม่ทำให้พวกเขาประสบความยากลำบากทางการเงิน

3. เรารับทราบว่าแม้จะมีความก้าวหน้าอย่างมากในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา แต่ผู้คนในทุกภูมิภาคของโลกยังคงมีความต้องการด้านสุขภาพที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข การมีสุขภาพดีเป็นสิ่งท้าทายสำหรับหลายคน โดยเฉพาะคนยากจนและคนในสถานการณ์เปราะบาง เราพบว่าความไม่เท่าเทียมกันในสุขภาพและความแตกต่างในผลลัพธ์สุขภาพที่ยังคงอยู่เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ทางจริยธรรม การเมือง สังคม และเศรษฐกิจ เราจะยังคงจัดการกับภาระที่เพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งนำไปสู่สุขภาพที่ไม่ดีและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เนื่องจากการใช้ยาสูบ การใช้แอลกอฮอล์ในทางที่เป็นอันตราย วิถีชีวิตและพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอและอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ หากเราไม่ดำเนินการทันที เราจะยังคงสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากสงคราม ความรุนแรง การระบาดของโรค ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ผลกระทบต่อสุขภาพของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและเหตุการณ์สภาพอากาศสุดขั้ว และปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เราต้องไม่สูญเสียโอกาสในการหยุดการระบาดของโรคและภัยคุกคามสุขภาพโลกเช่นการดื้อยาต้านจุลชีพที่แพร่กระจายข้ามพรมแดนประเทศ บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และดูแลแบบประคับประคองต้องสามารถเข้าถึงได้สำหรับทุกคน เราต้องช่วยผู้คนหลายล้านคนจากความยากจน โดยเฉพาะความยากจนขั้นรุนแรง ที่เกิดจากค่าใช้จ่ายจากกระเป๋าที่ไม่สมส่วนเกี่ยวกับสุขภาพ เราไม่สามารถประเมินความสำคัญที่สำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคต่ำเกินไป หรือยอมรับการดูแลที่แยกส่วน ไม่ปลอดภัย หรือคุณภาพต่ำ เราต้องจัดการกับการขาดแคลนและการกระจายที่ไม่สม่ำเสมอของบุคลากรสุขภาพ เราต้องดำเนินการเกี่ยวกับต้นทุนที่เพิ่มขึ้นของการดูแลสุขภาพและยาและวัคซีน เราไม่สามารถจ่ายค่าความสูญเปล่าในค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพเนื่องจากความไม่มีประสิทธิภาพ

4. **ตัดสินใจทางการเมืองที่กล้าหาญเพื่อสุขภาพในทุกภาคส่วน** เรายืนยันบทบาทหลักและความรับผิดชอบของรัฐบาลในทุกระดับในการส่งเสริมและปกป้องสิทธิของทุกคนในการเพลิดเพลินกับมาตรฐานสุขภาพที่บรรลุได้สูงสุด เราจะส่งเสริมการดำเนินการหลายภาคส่วนและ UHC โดยมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องและเสริมอำนาจชุมชนท้องถิ่นเพื่อเสริมสร้าง PHC เราจะจัดการกับปัจจัยกำหนดด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของสุขภาพ และมุ่งเป้าไปที่การลดปัจจัยเสี่ยงโดยการบูรณาการแนวทาง "สุขภาพในทุกนโยบาย" เราจะเกี่ยวข้องกับผู้มี

ส่วนได้ส่วนเสียมากขึ้นในการบรรลุสุขภาพสำหรับทุกคน โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ในขณะที่จัดการและควบคุมความขัดแย้งทางผลประโยชน์ ส่งเสริมความโปร่งใส และดำเนินการกำกับดูแลแบบมีส่วนร่วม เราจะพยายามหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาความขัดแย้งที่ทำลายระบบสุขภาพและทำให้ผลประโยชน์ด้านสุขภาพถดถอย เราต้องใช้แนวทางที่สอดคล้องและครอบคลุมเพื่อขยาย PHC เป็นเสาหลักของ UHC ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ให้มั่นใจในความต่อเนื่องของการดูแลและการจัดให้มีบริการสุขภาพที่จำเป็นสอดคล้องกับหลักการด้านมนุษยธรรม เราจะจัดหาและจัดสรรทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่นๆ อย่างเหมาะสมเพื่อเสริมสร้าง PHC เราชื่นชมความเป็นผู้นำและตัวอย่างของรัฐบาลที่แสดงการสนับสนุนอย่างแข็งแรงต่อ PHC

5. **สร้างการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่ยั่งยืน** PHC จะได้รับการดำเนินการตามกฎหมาย บริบท และลำดับความสำคัญของประเทศ เราจะเสริมสร้างระบบสุขภาพโดยการลงทุนใน PHC เราจะเพิ่มขีดความสามารถและโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการดูแลปฐมภูมิ – การติดต่อครั้งแรกกับบริการสุขภาพ – ให้ความสำคัญกับหน้าที่สาธารณสุขที่จำเป็น เราจะให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ และจะมุ่งมั่นที่จะตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพทั้งหมดของทุกคนตลอดช่วงชีวิต ผ่านบริการป้องกัน ส่งเสริม รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพที่ครอบคลุม และการดูแลแบบประคับประคอง PHC จะจัดให้มีบริการและการดูแลที่หลากหลายและครอบคลุม รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง การฉีดวัคซีน การคัดกรอง การป้องกัน การควบคุม และการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคติดต่อ การดูแลและบริการที่ส่งเสริม รักษา และปรับปรุงสุขภาพของมารดา ทารกแรกเกิด เด็ก และวัยรุ่น และสุขภาพจิตและสุขภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์ PHC จะสามารถเข้าถึงได้ เท่าเทียม ปลอดภัย มีคุณภาพสูง ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ ยอมรับได้ พร้อมใช้ และราคาไม่แพง และจะให้บริการต่อเนื่อง บูรณาการที่เน้นผู้คนเป็นศูนย์กลางและคำนึงถึงเพศสภาพ เราจะพยายามหลีกเลี่ยงการแยกส่วนและให้มั่นใจว่ามีระบบการส่งต่อที่ทำงานได้ระหว่าง PHC และระดับการดูแลอื่นๆ เราจะได้รับประโยชน์จาก PHC ที่ยั่งยืนซึ่งเสริมสร้างความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพในการป้องกัน ตรวจจับ และตอบสนองต่อโรคติดต่อและการระบาด

5.1. ความสำเร็จของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจะขับเคลื่อนโดย:

5.1.1. **ความรู้และการสร้างขีดความสามารถ** เราจะใช้ความรู้ รวมถึงความรู้ทางวิทยาศาสตร์และความรู้แบบดั้งเดิม เพื่อเสริมสร้าง PHC ปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพ และให้มั่นใจว่าทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแลที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสมและในระดับการดูแลที่เหมาะสมที่สุด โดยเคารพสิทธิ ความต้องการ ศักดิ์ศรี และความเป็นอิสระของพวกเขา เราจะยังคงวิจัยและแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ สร้างขีดความสามารถ และปรับปรุงการส่งมอบบริการสุขภาพและการดูแล

5.1.2. **ทรัพยากรบุคคลเพื่อสุขภาพ** เราจะสร้างงานที่มีคุณค่าและค่าตอบแทนที่เหมาะสมสำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ที่ทำงานในระดับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้คนอย่างมี

ประสิทธิผลในบริบทสหวิทยาการ เราจะยังคงลงทุนในการศึกษา การฝึกอบรม การสรรหา การพัฒนา แรงจูงใจ และการรักษากำลังคน PHC โดยมีการผสมผสานทักษะที่เหมาะสม เราจะพยายามเพื่อการรักษาและความพร้อมใช้งานของกำลังคน PHC ในพื้นที่ชนบท ห่างไกล และพื้นที่ที่พัฒนาน้อย เรายืนยันว่าการย้ายถิ่นระหว่างประเทศของบุคลากรสุขภาพไม่ควรทำลายความสามารถของประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากร

5.1.3. **เทคโนโลยี** เราสนับสนุนการขยายและขยายการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพที่หลากหลายผ่านการใช้ยาที่มีคุณภาพสูง ปลอดภัย มีประสิทธิผล และราคาไม่แพง รวมถึง ตามความเหมาะสม ยาแบบดั้งเดิม วัคซีน การวินิจฉัย และเทคโนโลยีอื่นๆ เราจะส่งเสริมการเข้าถึงและการใช้อย่างมีเหตุผลและปลอดภัย และการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล ผ่านความก้าวหน้าในระบบสารสนเทศ เราจะสามารถรวบรวมข้อมูลคุณภาพสูงที่แยกย่อยอย่างเหมาะสม และปรับปรุงความต่อเนื่องของข้อมูล การเฝ้าระวังโรค ความโปร่งใส ความรับผิดชอบ และการติดตามผลการปฏิบัติงานของระบบสุขภาพ เราจะใช้เทคโนโลยีที่หลากหลายเพื่อปรับปรุงการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ เสริมการส่งมอบบริการสุขภาพ ปรับปรุงคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพและการประสานงานการดูแล ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลและเทคโนโลยีอื่นๆ เราจะทำให้บุคคลและชุมชนสามารถระบุความต้องการด้านสุขภาพของตนเอง มีส่วนร่วมในการวางแผนและการส่งมอบบริการ และมีบทบาทอย่างกระตือรือร้นในการรักษาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง

5.1.4. **การเงิน** เราเรียกร้องให้ทุกประเทศยังคงลงทุนใน PHC เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพ เราจะจัดการกับความไม่มีประสิทธิภาพและความไม่เท่าเทียมกันที่ทำให้ผู้คนเผชิญกับความยากลำบากทางการเงินอันเป็นผลมาจากการใช้บริการสุขภาพ โดยให้มั่นใจว่ามีการจัดสรรทรัพยากรสำหรับสุขภาพที่ดีขึ้น การจัดเงินทุนที่เพียงพอสำหรับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและระบบการชดเชยที่เหมาะสม เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงและบรรลุผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น เราจะทำงานเพื่อความยั่งยืนทางการเงิน ประสิทธิภาพ และความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพระดับชาติ โดยจัดสรรทรัพยากรให้กับ PHC อย่างเหมาะสมตามบริบทของประเทศ เราจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง รวมถึงผู้ที่อยู่ในสถานการณ์เปราะบางและพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากความขัดแย้ง โดยให้การเข้าถึงบริการ PHC คุณภาพตลอดความต่อเนื่องของการดูแล

6. **เสริมอำนาจบุคคลและชุมชน** เราสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และภาคประชาสังคม ผ่านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและการดำเนินการนโยบายและแผนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เราจะส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและทำงานเพื่อตอบสนองความคาดหวังของบุคคลและชุมชนสำหรับข้อมูลที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับสุขภาพ เราจะสนับสนุนผู้คนในการได้รับความรู้ ทักษะ และทรัพยากรที่จำเป็นในการรักษาสุขภาพของตนเองหรือสุขภาพของผู้ที่พวกเขาดูแล โดยได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เราจะปกป้องและส่งเสริมความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน จริยธรรม และสิทธิมนุษยชน เราจะเพิ่มความเป็นเจ้าของของชุมชนและมีส่วนร่วมในความรับผิดชอบของ

ภาคสาธารณะและเอกชนเพื่อให้ผู้คนมากขึ้นดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดีขึ้นในสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและเอื้อต่อสุขภาพ

7. **ปรับการสนับสนุนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้สอดคล้องกับนโยบาย กลยุทธ์ และแผนของประเทศ** เราเรียกร้องให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด – ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ สถาบันการศึกษา ผู้ป่วย ภาคประชาสังคม คู่ค้าท้องถิ่นและระหว่างประเทศ หน่วยงานและกองทุน ภาคเอกชน องค์กรศาสนา และอื่นๆ – สอดคล้องกับนโยบาย กลยุทธ์ และแผนของประเทศในทุกภาคส่วน รวมถึงผ่านแนวทางที่เน้นผู้คนเป็นศูนย์กลางและคำนึงถึงเพศสภาพ และดำเนินการร่วมกันเพื่อสร้าง PHC ที่แข็งแรงและยั่งยืนเพื่อบรรลุ UHC การสนับสนุนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถช่วยประเทศในการนำทรัพยากรบุคคล เทคโนโลยี การเงิน และข้อมูลที่เพียงพอไปสู่ PHC ในการดำเนินการตามปฏิญญานี้ ประเทศและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะทำงานร่วมกันในจิตวิญญาณของความเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือเพื่อการพัฒนาที่มีประสิทธิผล แบ่งปันความรู้และแนวปฏิบัติที่ดี ในขณะที่เคารพอำนาจอธิปไตยของประเทศและสิทธิมนุษยชนอย่างเต็มที่

ความมุ่งมั่นของเรา

1. เราจะดำเนินการตามปฏิญญานี้ด้วยความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันและการประสานงานระหว่างรัฐบาล องค์การอนามัยโลก กองทุนเด็กแห่งสหประชาชาติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ทั้งหมด
2. ประชาชนทุกคน ประเทศทั้งหมด และองค์กรทั้งหมดได้รับการส่งเสริมให้สนับสนุนขบวนการนี้
3. ประเทศต่างๆ จะทบทวนการดำเนินการตามปฏิญญานี้เป็นระยะๆ โดยร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
4. เราร่วมกันสามารถและจะบรรลุสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคน โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

สหประชาชาติ A/RES/74/2 **สมัชชาใหญ่**

การจัดจำหน่าย: ทั่วไป

18 ตุลาคม 2019

สมัยประชุมครั้งที่เจ็ดสิบสี่

วาระการประชุมข้อ 126

สุขภาพโลกและนโยบายต่างประเทศ

มติที่ได้รับการรับรองโดยสมัชชาใหญ่ เมื่อวันที่ 10 **ตุลาคม** 2019

[โดยไม่มีการอ้างอิงไปยังคณะกรรมการหลัก (A/74/L.4)]

74/2. **ปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงว่าด้วยการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า**

สมัชชาใหญ่

รับรองปฏิญญาทางการเมืองต่อไปนี้ที่ได้รับการอนุมัติโดยการประชุมระดับสูงว่าด้วยการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2019:

ปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงว่าด้วยการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า

การครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า: ร่วมกันสร้างโลกที่มีสุขภาพดีขึ้น

เราประมุขแห่งรัฐและรัฐบาล และตัวแทนของรัฐและรัฐบาล ซึ่งประชุมกันที่สหประชาชาติเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2019 โดยมีการมุ่งเน้นเป็นครั้งแรกเกี่ยวกับการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า ยืนยันว่าสุขภาพเป็นเงื่อนไขเบื้องต้นสำหรับและเป็นผลลัพธ์และตัวบ่งชี้ของมิติทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของการพัฒนาที่ยั่งยืน และการดำเนินการตามวาระปี 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และมุ่งมั่นอย่างแข็งขันที่จะบรรลุการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าภายในปี 2030 เพื่อเพิ่มความพยายามระดับโลกในการสร้างโลกที่มีสุขภาพดีขึ้นสำหรับทุกคน และในแง่นี้เรา:

1. ยืนยันสิทธิของมนุษย์ทุกคน โดยไม่มีการแบ่งแยกประเภทใดๆ ในการเพลิดเพลินกับมาตรฐานสุขภาพกายและจิตที่บรรลุได้สูงสุด

2. ยืนยันมติสมัชชาใหญ่ 70/1 ลงวันที่ 25 กันยายน 2015 ชื่อ "การเปลี่ยนแปลงโลกของเรา: วาระปี 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน" เน้นย้ำความจำเป็นในแนวทางที่ครอบคลุมและเน้นผู้คนเป็นศูนย์กลาง โดยมุ่งมั่นที่จะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง เข้าถึงผู้ที่อยู่ห่างไกลที่สุดก่อน และความสำคัญของสุขภาพในเป้าหมายและเป้าหมายย่อยทั้งหมดของวาระปี 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งบูรณาการและแบ่งแยกไม่ได้

3. ยืนยันมติสมัชชาใหญ่ 69/313 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2015 เกี่ยวกับวาระอาดดิสอาบาบาของการประชุมระหว่างประเทศครั้งที่สามว่าด้วยการจัดหาเงินทุนเพื่อการพัฒนา ซึ่งยืนยันความมุ่งมั่นทางการเมืองที่แข็งแกร่งในการจัดการกับความท้าทายของการจัดหาเงินทุนและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในทุกระดับสำหรับการพัฒนาที่ยั่งยืนในจิตวิญญาณของความเป็นหุ้นส่วนและความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันระดับโลก

4. ยืนยันความมุ่งมั่นที่แข็งแกร่งที่ทำผ่านปฏิญญาทางการเมืองที่รับรองในการประชุมระดับสูงเกี่ยวกับการยุติเอดส์ การจัดการกับการดื้อยาต้านจุลชีพ การยุติวัณโรค และการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งมติสมัชชาใหญ่ชื่อ "การรวมผลประโยชน์และเร่งความพยายามในการควบคุมและกำจัดมาลาเรียในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแอฟริกา ภายในปี 2030"

5. รับทราบว่าการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าเป็นพื้นฐานสำหรับการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เกี่ยวข้องไม่เพียงแต่กับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี แต่ยังรวมถึงการกำจัดความยากจนในทุกรูปแบบและมิติ การให้มั่นใจว่ามีการศึกษาที่มีคุณภาพ การบรรลุความเท่าเทียมทางเพศและการเสริมอำนาจผู้หญิง การให้งานที่มีคุณค่าและการเติบโตทางเศรษฐกิจ การลดความไม่เท่าเทียมกัน การให้มั่นใจว่ามีสังคมที่ยุติธรรม สันติ และครอบคลุม และการสร้างและส่งเสริมความเป็นหุ้นส่วน ในขณะที่การบรรลุเป้าหมายและเป้าหมายย่อยที่รวมอยู่ในวาระปี 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการบรรลุชีวิตที่มีสุขภาพดีและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคน โดยมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์สุขภาพตลอดช่วงชีวิต

6. ยืนยันความสำคัญของความเป็นเจ้าของระดับชาติและบทบาทหลักและความรับผิดชอบของรัฐบาลในทุกระดับในการกำหนดเส้นทางของตนเองในการบรรลุการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า ตามบริบทและลำดับความสำคัญของประเทศ และเน้นย้ำความสำคัญของความเป็นผู้นำทางการเมืองสำหรับการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้านอกเหนือจากภาคสุขภาพ เพื่อดำเนินการตามแนวทางทั้งรัฐบาลและทั้งสังคม รวมทั้งแนวทาง "สุขภาพในทุกนโยบาย" แนวทางที่อิงความเท่าเทียมกัน และแนวทางตลอดช่วงชีวิต

7. เรียกคืนมติสมัชชาอนามัยโลก 72.4 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2019 ชื่อ "การเตรียมการสำหรับการประชุมระดับสูงของสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า"

8. รับทราบว่าสุขภาพเป็นการลงทุนในทุนมนุษย์และการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อการรับรู้ศักยภาพของมนุษย์อย่างเต็มที่ และมีส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมและการปกป้องสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรี รวมทั้งการเสริมอำนาจประชาชนทุกคน

9. รับทราบว่าการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าหมายความว่าทุกคนมีการเข้าถึง โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ ไปยังชุดบริการสุขภาพที่จำเป็นที่กำหนดโดยประเทศ ซึ่งเป็นบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และดูแลแบบประคับประคอง และยาและวัคซีนที่จำเป็น ปลอดภัย ราคาไม่แพง มีประสิทธิผล และมีคุณภาพ ในขณะที่ให้มั่นใจว่าการใช้บริการเหล่านี้จะไม่ทำให้ผู้ใช้เผชิญกับความยากลำบากทางการเงิน โดยเน้นเป็นพิเศษที่คนยากจน เปราะบาง และชายขอบของประชากร

10. รับทราบความจำเป็นในระบบสุขภาพที่แข็งแรง ยืดหยุ่น ทำงานได้ มีการกำกับดูแลที่ดี ตอบสนอง รับผิดชอบ บูรณาการ อิงชุมชน เน้นผู้คนเป็นศูนย์กลาง และสามารถส่งมอบบริการที่มีคุณภาพ สนับสนุนโดยบุคลากรสุขภาพที่มีความสามารถ โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพที่เพียงพอ กรอบกฎหมายและกฎระเบียบที่เอื้ออำนวย รวมทั้งเงินทุนที่เพียงพอและยั่งยืน

11. รับทราบความจำเป็นในการจัดการกับความไม่เท่าเทียมกันและความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพภายในและระหว่างประเทศผ่านความมุ่งมั่นทางการเมือง นโยบาย และความร่วมมือระหว่างประเทศ รวมถึงที่จัดการกับปัจจัยกำหนดด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ ของสุขภาพ

12. รับทราบว่าการดำเนินการเพื่อบรรลุการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าภายในปี 2030 ยังไม่เพียงพอ และระดับความก้าวหน้าและการลงทุนจนถึงปัจจุบันไม่เพียงพอที่จะบรรลุเป้าหมาย 3.8 ของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และโลกยังไม่ได้ทำตามสัญญาในการดำเนินการ ในทุกระดับ มาตรการเพื่อจัดการกับความต้องการด้านสุขภาพของทุกคน โดยสังเกตว่า:

(ก) อย่างน้อยครึ่งหนึ่งของประชากรโลกขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มากกว่า 800 ล้านคนแบกรับภาระการใช้จ่ายที่รุนแรงอย่างน้อย 10 เปอร์เซ็นต์ของรายได้ครัวเรือนสำหรับการดูแลสุขภาพ และค่าใช้จ่ายจากกระเป๋าผลักดันเกือบ 100 ล้านคนเข้าสู่ความยากจนในแต่ละปี

(ข) ในอัตราปัจจุบัน ถึงหนึ่งในสามของประชากรโลกจะยังคงไม่ได้รับการบริการภายในปี 2030 และการเร่งที่สามารถวัดได้จำเป็นอย่างเร่งด่วนเพื่อบรรลุเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายในปี 2030

(ค) แม้จะมีผลประโยชน์ด้านสุขภาพที่สำคัญในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา รวมถึงอายุขัยที่เพิ่มขึ้น การลดอัตราการตายของมารดาและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และแคมเปญที่ประสบความสำเร็จต่อต้านโรคสำคัญ ความท้าทายยังคงอยู่เกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นใหม่และกลับมาอีก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความผิดปกติทางจิต และภาวะสุขภาพจิตอื่นๆ รวมทั้งความผิดปกติทางระบบประสาท โรคติดต่อ รวมถึง HIV/เอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย และการดื้อยาต้านจุลชีพ โดยสังเกตว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็นกว่า 70 เปอร์เซ็นต์ของการเสียชีวิตทั้งหมดในกลุ่มอายุ 30-69 ปี

(ง) แม้จะมีความก้าวหน้าที่บรรลุในระดับโลก ระบบสุขภาพหลายระบบยังไม่พร้อมเพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการของประชากรที่มีอายุมากขึ้นอย่างรวดเร็ว

(จ) ราคาสูงของผลิตภัณฑ์สุขภาพบางอย่าง และการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ดังกล่าวอย่างไม่เท่าเทียมกันภายในและระหว่างประเทศ รวมทั้งความยากลำบากทางการเงินที่เกี่ยวข้องกับราคาสูงของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยังคงขัดขวางความก้าวหน้าสู่การบรรลุการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า

13. รับทราบว่าการดูแลสุขภาพปฐมภูมินำผู้คนเข้าสู่การติดต่อครั้งแรกกับระบบสุขภาพ และเป็นวิธีการที่ครอบคลุมที่สุด มีประสิทธิผลที่สุด และมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการเสริมสร้างสุขภาพกายและจิตของประชาชน รวมทั้งความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคม และการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพที่ยั่งยืนสำหรับการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังที่ประกาศในปฏิญญาอัลมา-อาตาและยืนยันในปฏิญญาอัสตานา

14. รับทราบความสำคัญพื้นฐานของความเท่าเทียมกัน ความยุติธรรมทางสังคม และกลไกการคุ้มครองทางสังคม รวมทั้งการกำจัดรากเหง้าของการเลือกปฏิบัติและการตีตราในสถานที่ดูแลสุขภาพ เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างสากลและเท่าเทียมกันโดยไม่มีความยากลำบากทางการเงินสำหรับทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่เปราะบางหรืออยู่ในสถานการณ์เปราะบาง

15. รับทราบผลที่ตามมาของผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ เหตุการณ์สภาพอากาศสุดขั้ว รวมทั้งปัจจัยกำหนดสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ของสุขภาพ เช่น อากาศบริสุทธิ์ น้ำดื่มสะอาด สุขาภิบาล อาหารที่ปลอดภัย เพียงพอ และมีโภชนาการ และที่พักที่ปลอดภัย ต่อสุขภาพ และในแง่นี้เน้นย้ำความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพในความพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เน้นว่าระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่นและเน้นผู้คนเป็นศูนย์กลางเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อปกป้องสุขภาพของทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เปราะบางหรืออยู่ในสถานการณ์เปราะบาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อาศัยอยู่ในรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะเล็กๆ

(เนื่องจากความยาวมากของเอกสาร มีเนื้อหาต่อไปที่ครอบคลุมข้อ 16-83 ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับความมุ่งมั่นและแผนปฏิบัติการเพื่อการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า)

สาธารณสุขมูลฐาน (PHC) คือรากฐานที่สำคัญของ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ในปี 2030

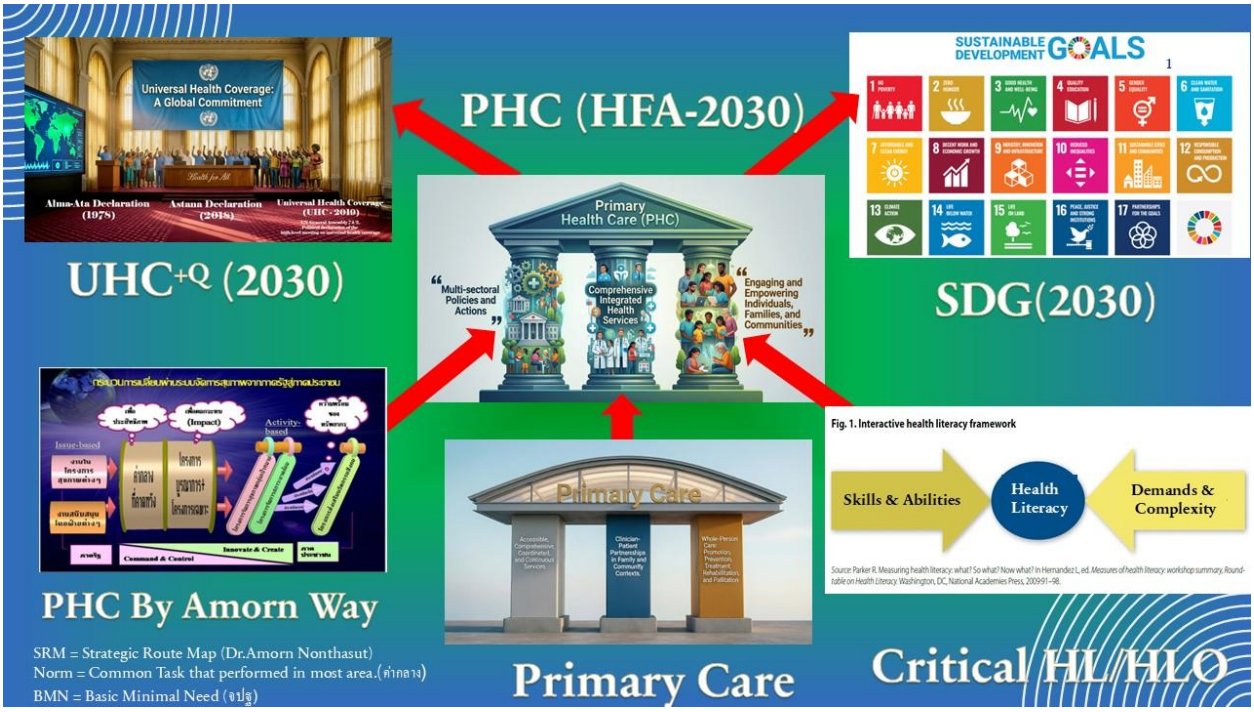
การแพทย์และการสาธารณสุข จุดหมายเดียวกัน แต่กลุ่มเป้าหมายต่างกัน

ตารางเปรียบเทียบนิยาม WHO

ประเด็น	**การแพทย์** (Medicine)	**การสาธารณสุข** (Public Health)
นิยามตาม WHO	ศาสตร์และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพ การป้องกัน บรรเทา หรือรักษาโรค (ตามบริบท Alma-Ata Declaration และแนวปฏิบัติมาตรฐาน) [britannica]	มาตรการที่จัดองค์กร (ทั้งภาครัฐและเอกชน) เพื่อป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และยืดอายุประชากรทั้งกลุ่ม โดยมุ่งสร้างสภาวะที่ประชาชนมีสุขภาพดี [capitalareaphn]
กลุ่มเป้าหมาย	บุคคลเดี่ยว (individual) [study]	ประชากรหรือชุมชน (population) study+1
จุดเน้นหลัก	วินิจฉัย รักษา และดูแลเฉพาะบุคคล (Individual Based)	ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และจัดการปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม ในระดับประชากร (Population based)
ค่านิยมที่แตกต่าง ๆ	บุคลากรทางการแพทย์ยึดมั่นค่านิยมเน้นบริการส่วนบุคคล การวินิจฉัยรักษาเฉพาะเจาะจงทางด้านการแพทย์ และจริยธรรมต่อผู้ป่วยแต่ละคน โดยสอดคล้องหลักการของ WHO ด้านสิทธิสุขภาพสูงสุดและบริการที่ปราศจาก discrimination.	นักการสาธารณสุขเน้นค่านิยมบริการสาธารณะ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ (Promote) การป้องกัน (Prevent) และการปกป้อง (Protect) ที่ระดับประชากร ความยุติธรรมทางสังคม และการทำงานร่วมกันตามกรอบ competency ของ WHO เช่น การตัดสินใจจากหลักฐานและการสื่อสารเพื่อสุขภาพชุมชน.
ค่านิยมที่เหมือนกัน	ความสมบูรณ์แบบ (Perfect) อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) ความเคารพสิทธิ และการทำงานเพื่อมนุษยธรรม	
จุดหมายเดียวกัน	ประชาชนมีสุขภาพดี มีอายุเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ที่ยืนยาว	

3 เสาหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน

สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care **หรือ** PHC) ตามที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้คำนิยามไว้ คือ แนวทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนของสังคม มุ่งเป้าไปที่ระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสูงสุด โดยให้โอกาสที่เท่าเทียมกันสำหรับทุกคน ครอบคลุมการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลแบบประคับประคอง ให้ใกล้ชิดกับชุมชน โดยประกอบด้วย 3 เสาหลักคือ



1. บริการสุขภาพที่ครอบคลุมและบูรณาการ (Comprehensive and Integrated health services) คือ **บริการปฐมภูมิ (Primary Care)** ซึ่งเป็น บริการสุขภาพพื้นฐานที่เป็นจุดติดต่อแรก โดยให้การดูแลแบบบูรณาการที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล
2. บูรณาการให้นโยบายและการดำเนินการของทุกภาคส่วนเพื่อสุขภาพ (Multi-sectors policies and actions for Health) นายแพทย์อมร นนทสุต ผู้วางรากฐานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ตั้งแต่ พ.ศ. 2521 และเป็นผู้ก่อตั้ง อสม .และ ผสส.(ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข) ได้วางรากฐานการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน (PHC by amorn way) ดังนี้

   2.1. การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map) และถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติใน 1-2 ปี ด้วยแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model)

2.2. การจัดการค่ากลาง โดยเรียนรู้จากพื้นที่ประสบความสำเร็จ ว่าในประเด็นสุขภาพนั้นๆ ส่วนใหญ่เท่างาน (Task) อะไร งานที่ใครๆก็ทำ เรียกว่า ค่ากลาง (ที่ทำแล้วสำเร็จ) ทำให้พื้นที่อื่นๆที่มีบริบทที่ใกล้เคียงกัน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เลย โดยไม่ต้องลองผิดลองถูก

2.3. แผนยุทธศาสตร์แบบบูรณาการในพื้นที่ โดยเปลี่ยนจากแผนที่เน้นประเด็นสุขภาพ (Issue-Base) จากหลายกรม หลายกระทรวง ที่ลงสู่พื้นที่ มาเป็นแผนที่เน้นกิจกรรม (Activity-Base) โดยบูรณาแผนทั้งหมดให้เหลือเพียง 2 โครงการใหญ่ ได้แก่ โครงการจัดการสุขภาพในแต่ละกลุ่มวัย และโครงการจัดการสิ่งแวดล้อม ทำให้สามารถประหยัดทรัพยากร (งบประมาณ กำลังคน และเวลา)

3. การมีส่วนร่วมและเสริมพลังบุคคล ครอบครัวและชุมชน (Engaging and Empowering individuals families and communities) ด้วยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จนถึงระดับ Critical Health Literacy คือ รอบรู้ในสุขภาพของตนเองแล้ว ยังสามารถเคลื่อนไหวสังคมและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะ ในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และจัดการปัจจัยสุขภาพทางสังคม (Social Health determinants)

องค์การอนามัยโลก (WHO) และ องค์การสหประชาชาติ (UN) ได้ทำการศึกษาและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายว่า Primary Health Care (PHC) เป็นรากฐานที่สำคัญที่จะทำให้บรรลุ Universal Health Coverage (UHC) และ Sustainable Development Goals (SDGs) ที่เกี่ยวกับสุขภาพในปี 2030

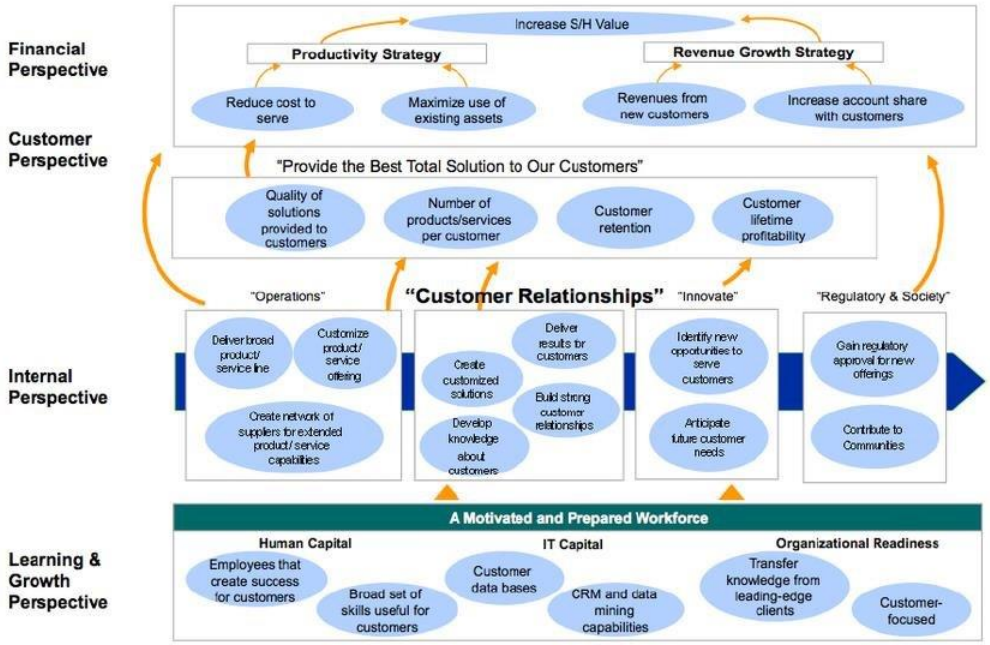
Strategic Map (Kaplan & Norton) และ Strategic Route Map(SRM) **นายแพทย์อมร นนทสุต**

Strategic Map & Balanced Scorecard ของ Kaplan & Norton

Strategic Map และ Balanced Scorecard (BSC) ได้รับการพัฒนาขึ้นในช่วงต้นทศวรรษ 2533 โดย **Robert Kaplan** และ **David Norton** และได้นำเสนอแนวคิดนี้อย่างเป็นทางการครั้งแรกในบทความของ Harvard Business Review เมื่อปี 2535

Strategic Map เป็นเครื่องมือที่ใช้นำเสนอเรื่องราวของกลยุทธ์องค์กรในรูปแบบแผนภาพที่เข้าใจง่ายเพียงหน้าเดียว โดยจะแสดงให้เห็นถึง ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Cause-and-Effect Relationship) ระหว่างวัตถุประสงค์ (Objectives) ต่างๆ ภายใต้มุมมอง 4 ด้านของ Balanced Scorecard

รูปที่ 1 Strategic Map ของ Kaplan & Norton



บทบาทหลัก:

- **สื่อสารกลยุทธ์**: ช่วยให้ทุกคนในองค์กรเห็นภาพเดียวกันว่าองค์กรจะสร้างคุณค่าและบรรลุวิสัยทัศน์ได้อย่างไร
- **สร้างความเชื่อมโยง**: แสดงให้เห็นว่าวัตถุประสงค์ในแต่ละมุมมองส่งผลต่อกันอย่างไร เช่น การพัฒนาพนักงาน (Learning & Growth) จะนำไปสู่กระบวนการภายในที่ดีขึ้น (Internal Process) ซึ่งจะส่งผลให้ลูกค้าพึงพอใจ (Customer) และท้ายที่สุดจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการเงินที่ดีขึ้น (Financial)

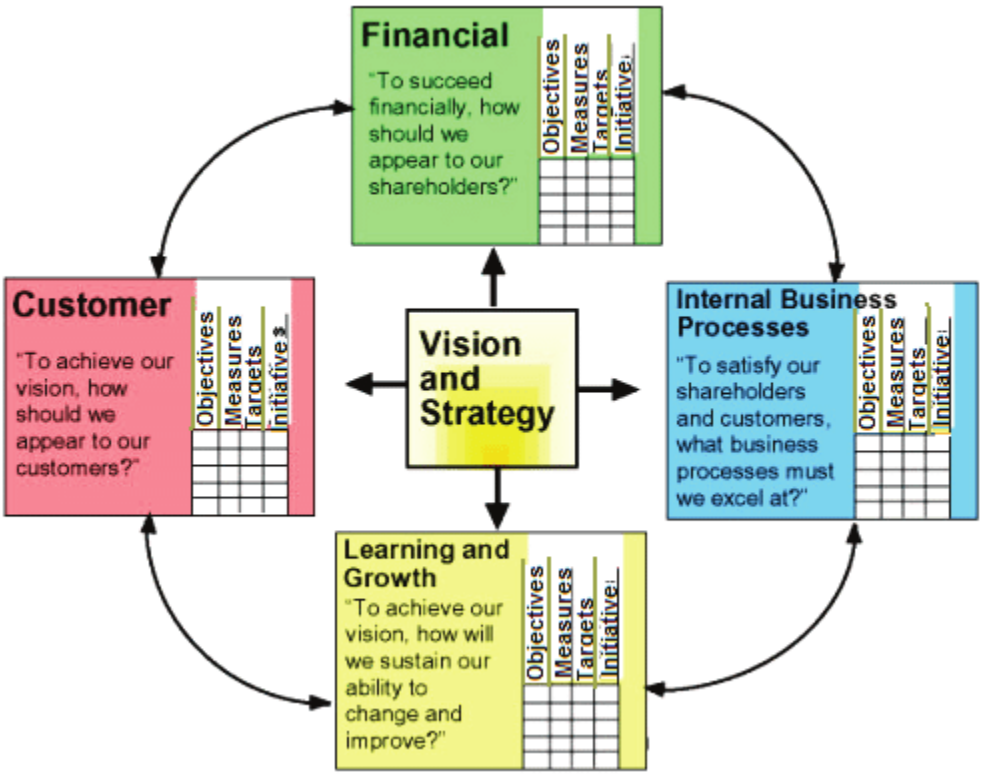
สิ่งที่อยู่ใน Strategic Map:

- **วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์** (Strategic Objectives): เป้าหมายหลักที่องค์กรต้องการบรรลุในแต่ละมุมมอง เช่น "เพิ่มทักษะพนักงาน" หรือ "ปรับปรุงกระบวนการผลิต"
- **ลูกศรแสดงความสัมพันธ์**: เส้นที่โยงระหว่างวัตถุประสงค์เพื่อแสดงความเป็นเหตุเป็นผล

พูดง่ายๆ ก็คือ Strategic Map จะตอบคำถามว่า **"เราจะไปถึงเป้าหมายได้อย่างไร"** ผ่านการเล่าเรื่องด้วยภาพ

ส่วน Balanced Scorecard ใช้ Strategic Map เป็นแกนหลักในการแปลงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ BSC จะเพิ่มรายละเอียดที่สามารถวัดผลและลงมือทำได้เข้าไปในแต่ละวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ใน Strategic Map

รูปที่ 2 Balance Scoredcard ของ Kaplan & Norton



บทบาทหลัก:

- **แปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ**: แปลงวัตถุประสงค์ที่เป็นนามธรรมให้กลายเป็นสิ่งที่จับต้องและวัดผลได้
- **วัดผลการดำเนินงาน**: ติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงานตามกลยุทธ์ผ่านตัวชี้วัดต่างๆ

- **ขับเคลื่อนการดำเนินงาน**: กำหนดเป้าหมายและแผนงานที่ชัดเจนเพื่อผลักดันให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์

สิ่งที่อยู่ใน Balanced Scorecard:

- **วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์** (Strategic Objectives): นำมาจาก Strategic Map
- **ตัวชี้วัด** (Key Performance Indicators - KPIs): ตัวเลขที่ใช้วัดความสำเร็จของแต่ละวัตถุประสงค์ เช่น "เปอร์เซ็นต์ของพนักงานที่ผ่านการอบรม"
- **เป้าหมาย** (Targets): ค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดที่ต้องการบรรลุ เช่น "พนักงาน 90% ผ่านการอบรมภายในสิ้นปี"
- **แผนงาน/โครงการริเริ่ม** (Initiatives): กิจกรรมหรือโครงการที่ต้องทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เช่น "จัดโปรแกรมอบรมด้านดิจิทัล"

Balanced Scorecard จะตอบคำถามว่า **"เราจะรู้ได้อย่างไรว่าเรากำลังเดินไปในทิศทางที่ถูกต้องและจะทำอะไรเพื่อให้ไปถึงจุดนั้น"**

โดยสรุป Strategic Map **คือรากฐานที่ให้ภาพใหญ่และความเข้าใจในเชิงตรรกะของกลยุทธ์** ในขณะที่ Balanced Scorecard **คือเครื่องมือที่ลงรายละเอียดเพื่อทำให้กลยุทธ์นั้นเกิดขึ้นจริงและสามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม** ทั้งสองจึงเป็นสิ่งที่ขาดกันไม่ได้ในกระบวนการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ของ Kaplan และ Norton

Strategic Route Map (SRM) ของ นายแพทย์อมร นนทสุต

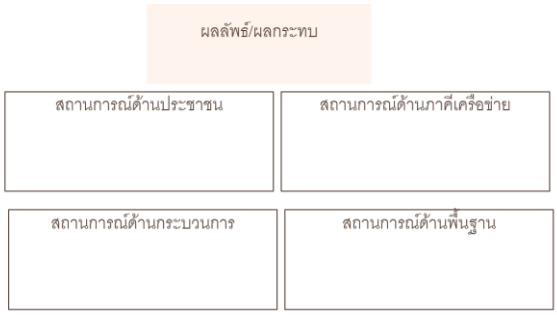
นายแพทย์อมร นนทสุต ได้พัฒนา Strategic Route Map (SRM) ในปี 2548 ภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ที่ต้องเชื่อมโยงมิติต่างๆเข้าหากัน จาก มิติพื้นฐาน →มิติกระบวนการ →มิติภาคีเครือข่าย →มิติประชาชน ซึ่งเป็นจุดหมายปลายทางของการสาธารณสุข คือ ประชาชนมีสุขภาพดี

กระบวนการในการจัดทำ SRM จะเน้นการมีส่วนร่วมของ Stakeholder ไม่ว่าจะเป็น ชุมชน/ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนราชการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง วางแผนยุทธศาสตร์ร่วมกัน ในทุกขั้นตอนของการคิดแผนยุทธศาสตร์ โดยใช้แผนที่

ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) การคิดเป็นขั้นเป็นตอน ดังนี้

1. กำหนดประเด็นที่จะทำแผนยุทธศาสตร์ เช่นเรื่อง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2. ให้ระบุผลลัพธ์หรือผลกระทบจากปัญหาที่ได้หยิบยกมาเป็นประเด็น และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ สถานการณ์ในมิติของ ประชาชน ภาคีเครือข่าย กระบวนการ และมิติด้านพื้นฐาน ดังรูปที่ 3

รูปที่ 3 ผลลัพธ์/ผลกระทบ และ สถานการณ์ของแต่ละมิติ

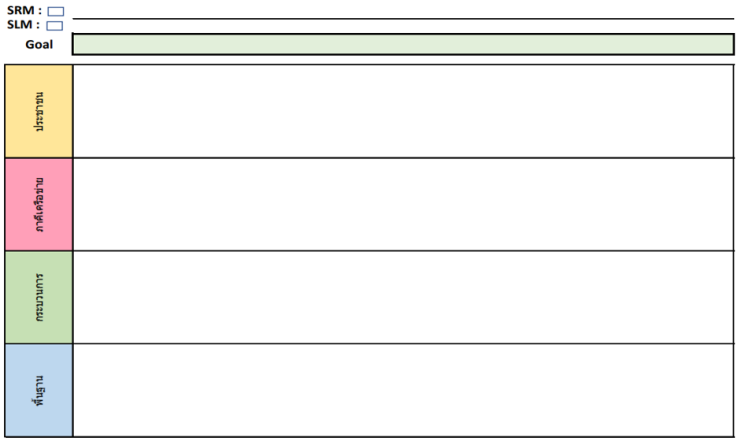


รูปที่ 4 จุดหมายปลายทางสูงสุด(Goal) และของแต่ละมิติ

3. จากนั้นเปลี่ยน ผลกระทบเป็นจุดหมายปลายทางสูงสุด (Goal) และสถานการณ์ทั้ง 4 มิติ ให้เป็นจุดหมายปลายทาง (Destination) ในแต่ละมิติ ดังรูปที่ 4
4. เปลี่ยนจากจุดหมายปลายทาง (Destination) ให้เป็น วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Objective) ในกรอบเวลา 3-5 ปี โดยใช้กล่องสี่เหลี่ยมแทนแต่ละวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ วางไว้ในตารางทำการดังรูปที่ 5 โดยการเขียนวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ให้เน้นเขียนเป็นรูปประโยค คือ มีประธาน กริยา กรรม เช่น ชุมชนมีมาตรการทางสังคม โดยแต่ละมิติสามารถมีหลายวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (ไม่ควรน้อยกว่า 3 วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์)
5. ใต้ลงมาจากวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ คือกิจกรรม (Activity) ที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาตร์ ในส่วนของกิจกรรม (Activity) จะไม่เขียนเป็นรูปประโยค คือไม่มีประธาน แต่เป็นกริยาที่ใส่การนำหน้าเช่น การใช้มาตรการทางสังคม โดยให้กำหนดให้ครบทุกกล่อง
6. ในแต่ละกิจกรรม (Activity) จะมีงานต่างๆภายใต้กิจกรรมนั้น (Tasks) ซึ่งงานที่พื้นที่ส่วนใหญ่ทำก็คือ ค่ากลาง(Norm)

สรุป Situation→Destination→Strategic Objective →Activity →Tasks

รูปที่ 5 กระดาษทำการเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์หรือกิจกรรมภายใต้วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์



7. ให้ตรวจสอบกิจกรรมใน SRM ว่าวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ใด หรือ กิจกรรมใดไม่สามารถบรรลุหรือริเริ่มได้ภายใน 1 ปี ให้ตัดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาตร์หรือกิจกรรมนั้นออก เพื่อสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model หรือ SLM) กรอบเวลาดำเนินการ 1 ปี ดังรูปที่ 6

รูปที่ 6 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model หรือ SLM)

หมายเหตุ

1. ประโยชน์ของ Strategic Route Map (SRM 3-5 ปี) & Strategic Linkage Model (SLM 1ปี)
   1.1. **สื่อสารกลยุทธ์**: ช่วยให้ทุกคนในองค์กรเห็นภาพเดียวกันว่าองค์กรจะสร้างคุณค่าและบรรลุจุดปลายทางได้อย่างไร
   1.2. **สร้างความเชื่อมโยง**: แสดงให้เห็นว่าวัตถุประสงค์ในแต่ละมุมมองส่งผลต่อกันอย่างไร เช่น การพัฒนาบุคลากร (มิติพื้นฐาน) จะนำไปสู่กระบวนการภายในที่ดีขึ้น (มิติกระบวนการ) ซึ่งจะส่งผลภาคีเครือข่ายสนับสนุนและประสานงานอย่างเข็มแข็ง (มิติภาคี) และท้ายที่สุดจะนำไปสู่ผลลัพธ์คือประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (มิติประชาชน)

2. แต่ละกล่องใน SRM หรือ SLM คือ วัตถุประสงค์เชิงยุทธ์ศาสตร์ (Strategic Objective) ซึ่งจะต้องมีกิจกรรม(Activity) ว่าจะทำอะไร (What to do?) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์นั้น
3. ในแต่ละกิจกรรม(Activity) จะประกอบด้วยงาน (Tasks) ต่างๆ โดยงานจะแบ่งได้เป็น
   3.1. งานที่ไม่ใช่ Key Success Factors ถ้าต้องการวัด Performance ว่าทำงานนี้ได้ดีเพียงไร ตัววัดนี้เรียกว่า Performance Indicator(PI)
   3.2. งานที่เป็น Key Success Factor ซึ่งเป็นงานที่เมื่อทำแล้วส่งผลกระเพื่อมเป็นลูกโซ่ ให้เกิดงานอื่นๆขึ้น หรือเสริมพลังกับงานอื่นๆให้เกิดผลลัพธ์แบบทวีคูณ (Synergistic effect) ถ้าต้องการวัด performance ของงานที่เป็น Key Success Factor จะไม่เรียก PI ธรรมดา แต่จะเรียกว่าตัวชี้วัดผลสำเร็จ หรือ Key Performance Indicator (KPI) และจะเรียกงานนี้ว่า งานที่ให้ KPI
4. ความหมาย KPI ของ นายแพทย์อมร นนทสุต นั้นเป็นการวัด Performance ของงานที่เป็น Key Success Factor ไม่ได้วัดผลลัพธ์หรือผลกระทบ (Outcome หรือ Impact) จึงแตกต่างจาก KPI ที่ส่วนราชการทั่วไปใช้ ซึ่งเป็นการวัด Outcome หรือ Impact ส่วนตัวชี้วัดที่วัด Result นั้นนายแพทย์อมร นนทสุต เรียกตัวชี้วัดผลลัพธ์ หรือ Key Result Indicator (KRI)
5. สรุปตัวชี้วัดในงานของ นายแพทย์อมร นนสุต
   5.1. ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Key Result Indicator-KRI) แสดงผลลัพธ์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลง(เราได้ทำอะไรไปแล้วบ้าง) ใช้สำหรับการประเมินผลหรือการรายงานให้กับผู้คุมนโยบายหรือผู้บริหารระดับสูง รวมถึงสังคมทั่วไปทราบ แต่ไม่สำหรับผู้มีหน้าที่บริหารจัดการ เพราะไม่สามารถปรับทิศทางของงานได้เนื่องจากงานเสร็จสิ้นไปแล้ว
   5.2. ตัวชี้วัดผลงาน (Performance Indicator-PI) แสดงปฏิบัติการที่นำไปสู่ผลลัพธ์(เราต้องทำอะไรบ้าง) ใช้โดยองค์กรระดับกลางและระดับปฏิบัติการเพื่อควบคุมการปฏิบัติงานในส่วนที่รับผิดชอบหรือการวางแผนการเงินและงบประมาณ รวมทั้งการประเมินหน่วยงาน
   5.3. ตัวชี้วัดผลสำเร็จ (Key Performance Indicator-KPI) มีลักษณะเป็นปัจจุบันหรืออนาคตเท่านั้น ใช้สำหรับการติดตามงาน และปรับทิศทางที่ต้องทำทันทีที่เกิดปัญหาต่องานที่เป็น “หัวใจของความสำเร็จ (Critical Success Factor :CSF)” นอกจากนี้ยังใช้สำหรับกำหนดและติดตามงานว่าจะทำอะไรในอาทิตย์หน้า หรือเดือนหน้า และต้องมีการติดตามดูความเคลื่อนไหวของตัวชี้วัดอย่างใกล้ชิด โดยผู้ปฏิบัติและผู้จัดการตามงานว่าจะทำอะไรบ้างในอาทิตย์หน้าหรือเดือนหน้า
6. ในแต่ละกิจกรรมจะมีงานต่างๆที่อยู่ในภายในกิจกรรมนั้น ถ้างานที่ใครๆก็ทำ จะยกฐานะงานนั้น เป็นค่ากลาง (Norm) (ในทางปฏิบัติถ้ามากกว่าร้อยละ 65 ของความถี่สูงสุดจะถือว่างานนั้นคือค่ากลาง)

7. กิจกรรมต่างๆนั้นแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์นั้นถ้ามีมากเกินไป การจะไปหาค่ากลาง(norm)จะยุ่งยาก จึงเลือกกิจกรรมสำคัญเพื่อนำมาใช้ทำกิจกรรม เรียกกิจกรรมที่เลือกมาว่า “กรอบกิจกรรม” โดยกรอบกิจกรรม มี 7 กิจกรรมได้แก่

   7.1. การจัดการกลุ่มเป้าหมาย/สภาวะแวดล้อม

   7.2. การใช้มาตรการสังคม

   7.3. การปรับแผนท้องถิ่น/ตำบล

   7.4. การเฝ้าระวังคัดกรอง

   7.5. การสนับสนุน

   7.6. การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

   7.7. การใช้ SRM/ค่ากลาง

รูปที่ 7 กรอบกิจกรรม 7 กิจกรรม

ด้วยความหลากหลายของกิจกรรมการพัฒนาในระดับจังหวัดดังกล่าว ก็จะทำให้ระดับเหนือขึ้นไปไม่สามารถกำหนดทิศทางโดยรวมและวางระบบการสนับสนุนที่ดีได้

ด้วยเหตุนี้ เราจึงได้จัดการกำหนดกรอบกิจกรรมขึ้นสำหรับให้ใช้ได้ทั่วไป ทั้งนี้ โดยอาศัยประสบการณ์ที่มีอยู่ กรอบกิจกรรมดังกล่าวได้กำหนดขึ้นสำหรับบางวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์เท่าที่จำเป็นสำหรับบรรลุจุดหมายปลายทางเท่านั้น กรอบกิจกรรมชุดแรก ได้กำหนดขึ้นเมื่อพ.ศ. 2553 หลังจากได้ทดลองใช้มาจนถึงพ.ศ.2555 ก็ได้มีการทบทวนใหม่ ให้สอดคล้องกับจุดอ่อน จุดแข็งของการพัฒนาที่ค้นพบ กรอบกิจกรรมชุดใหม่มี 7 เรื่องดังปรากฏในภาพซ้าย (อ่าน FAQ 1/2555 เพิ่มเติม)

จัดทำแผนด้วยตาราง 11 ช่อง

ในขณะที่ Strategic Map มี Balanced Scorecard ในส่วน SLM ก็มีตาราง 11 ช่องเป็นแกนหลักในการแปลงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ โดย ตาราง 11 ช่อง จะเพิ่มรายละเอียดที่สามารถวัดผลและลงมือทำได้เข้าไปในแต่ละวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ใน SLM โดยในตาราง 11 ช่องนั้นเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการนำแผนสู่การปฏิบัติ โดยในส่วนของเจ้าหน้าที่นั้นจะทำแผนใน 4 ช่องแรก (เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์,กลยุทธ์, กิจกรรม, มาตรการทางวิชาการ) ส่วนอีก 7 ช่องที่เหลือ (มาตรการทางสังคม, ตัวชี้วัดผลงาน ,ปริมาณงาน ,ตัวชี้วัดผลสำเร็จ ,งบประมาณ ,ระยะเวลา, ผู้รับผิดชอบ) ชุมชน/ท้องถิ่นจะเป็นจัดทำ

รูปที่ 8 ตาราง 11 ช่องเพื่อแปลง SLM ไปสู่การปฏิบัติ

คำอธิบาย ตารางนี้ยามเป้าประสงค์ของแผนปฏิบัติการ (Mini SLM)
เรื่อง .....
ภายในปี 2554

เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ (1)	กลยุทธ์ (2)	กิจกรรม (3)	มาตรการ(การกระทำหรืองานที่ทำ)		ตัวชี้วัดผลงาน (PI) (6)	ปริมาณงาน (7)	ตัวชี้วัดผลสำเร็จ (KPI) (8)	งบประมาณ (9)	ระยะเวลาดำเนินการ (10)	ผู้รับผิดชอบ (11)
			วิชาการ (4)	สังคม (5)						
นำมาจากเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ใน Mini SLM ที่เลือกแล้ว	จากกลยุทธ์ที่พิจารณาว่าสำคัญที่สุด แรงที่สุด คาดว่ามีหัวใจความสำเร็จอยู่ภายใต้กลยุทธ์นั้น ๆ และเป็นกลยุทธ์ที่ต้องทำให้สำเร็จได้ ตามเวลาที่กำหนด	ระบุกิจกรรมหลักที่สำคัญ ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับกลยุทธ์ที่เลือก (ต้องคิดใหม่ในส่วนนี้)	การกระทำทางวิชาการ กรณีที่คิดกิจกรรมไม่ออก แต่คิดงาน/กิจกรรมย่อย/ขั้นตอนการทำงานออกมาได้ (เพราะเป็นสิ่งที่คุ้นเคยของคนทำงาน) ให้เอางาน/กิจกรรมย่อยนั้นไปเติมในช่องที่ 4 ก่อน แล้วจึงมาจัดกลุ่มของงานให้เป็นกิจกรรม(ช่องที่ 3) ในภายหลังก็ได้	- เป็นวิธีการที่เกิดขึ้นท้องถิ่น/ชุมชน หรือวิธีการที่คิดขึ้นมาในเงื่อนไขทางสังคม ถ้ามีแล้วจะเสริมพลังทางวิชา การให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น หรือส่งผลไปสู่การปฏิบัติได้มากขึ้น	ตัวชี้วัดผลงาน = PI (Performance Indicator) มีจำนวนเท่ากับงาน/การกระทำ/กิจกรรมย่อย ในช่องที่ 4 เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงจากช่อง 4 ควรกำหนดเฉพาะที่ใช้งบประมาณดน หรือวัสดุ/อุปกรณ์ก็ได้	ระบุจำนวนของงาน/กิจกรรมย่อย ให้สอดคล้องกับช่องที่ 4	ตัวชี้วัดผลสำเร็จ/ตัวชี้วัดผลสำเร็จ = KPI (Key Performance Indicator) โดยหนึ่งเป้าประสงค์ฯ มีหนึ่งหัวใจมีหนึ่ง KPI	ระบุจำนวนงบประมาณที่คาดว่าจะต้องใช้ (ระบุแหล่งงบประมาณด้วย) ให้สอดคล้องกับงาน/กิจกรรมย่อยในช่องที่ 4	ระบุระยะเวลาการทำงานของช่อง ที่ 4 ในแต่ละงาน/กิจกรรมย่อย	ระบุชื่อนามสกุลของผู้รับผิดชอบในแต่ละงาน/กิจกรรมย่อยของช่องที่ 4

54

บทบาทหลัก:

- **แปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ**: แปลงวัตถุประสงค์ที่เป็นนามธรรมให้กลายเป็นสิ่งที่จับต้องและวัดผลได้ โดยเป็นการทำแผนร่วมกันระหว่าง เจ้าหน้าที่และชุมชน/ท้องถิ่น
- **ขับเคลื่อนการดำเนินงาน**: กำหนดเป้าหมายและแผนงานที่ชัดเจนเพื่อผลักดันให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์
- **วัดผลการดำเนินงาน**: ติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงานตามกลยุทธ์ผ่านตัวชี้วัดต่างๆ

ตาราง 11 ช่อง จะตอบคำถามว่า **"เราจะรู้ได้อย่างไรว่าเรากำลังเดินไปในทิศทางที่ถูกต้องและจะทำอะไรเพื่อให้ไปถึงจุดนั้น"**

ความเหมือนและความต่างระหว่าง Strategic Map และ Strategic Route Map (SRM)

1. ความเหมือน
   1.1. เป็นเครื่องมือในการทำแผนกลยุทธ์ โดยมีการเชื่อมโยงเชิงตรรกะจากมิติหนึ่งไปสู่อีกมิติหนึ่งไปเรื่อย ๆ จนถึง มิติสุดท้ายที่เป็นจุดหมายปลายทางสุดท้าย
   1.2. เป็นตัวช่วยในการสื่อสารกลยุทธ์: ช่วยให้ทุกคนในองค์กรเห็นภาพเดียวกันว่าองค์กรจะสร้างคุณค่าและบรรลุจุดปลายทางได้อย่างไร
2. ความต่าง
   2.1. จุดหมายปลายทาง Strategic Map มิติสุดท้ายเป็นมิติทางด้านการเงิน ส่วน SRM มิติสุดท้ายคือ ประชาชน และก่อนที่จะถึงมิติประชาชน จำเป็นต้องอาศัยการรวมพลังทุกภาคส่วนของสังคมมาร่วมกันขับเคลื่อน
   2.2. กระบวนการจัดทำ ใน SRM นำภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการทำ SRM ตั้งแต่การทำแผน ซึ่งจะสร้างความผูกพัน (Engagement) ต่อการนำแผนสู่การปฏิบัติได้มากกว่า

ความเหมือนและความต่างระหว่าง Balanced Scorecard (BSC) กับตาราง 11 ช่อง

1. ความเหมือนเป็นเครื่องมือในการ
   1.1. แปลงแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ
   1.2. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน: กำหนดเป้าหมายและแผนงานที่ชัดเจนเพื่อผลักดันให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์
   1.3. วัดผลการดำเนินงาน: ติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงานตามกลยุทธ์ผ่านตัวชี้วัดต่างๆ
2. ความแตกต่าง
   2.1. ผู้จัดทำ BSC คือบุคลากรในองค์กร ไม่ได้เปิดโอกาสให้ Stakeholder อื่นมาร่วมจัดทำ
   2.2. ตาราง 11 ช่อง การจัดทำมาตรการต่างๆนั้น เปิดโอกาสให้ ชุมชน/ท้องถิ่น ซึ่งเป็น Stakeholder ที่สำคัญเข้ามีส่วนร่วม โดยเจ้าหน้าที่จะจัดทำแผนใน 4 ช่องแรก ส่วนอีก 7 ช่องที่เหลือ ชุมชน/ท้องถิ่นจะเป็นผู้จัดทำแผน

การจัดทำแผนการสอน

Prompt เพื่อให้ Notebook LM จัดทำแผนการสอน

ออกแบบการสอนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเรื่องการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้วย SRM จำนวนการสอน 3 ชั่วโมง โดย เป็นภาคทฤษฎี 30 นาที ทำ Workshop

1. หัวข้อหลักในการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 30 นาที

2.หัวข้อสำหรับการทำ Workshop ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมด้วย SRM ตั้งแต่การกำหนดประเด็นปัญหาจนถึงการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และตาราง 11 ช่อง จำนวน 2 ชั่วโมง 30 นาที

3.ให้ออกแบบทดสอบเพื่อเป็นการบ้าน

แผนการสอน: การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้วย Strategic Route Map (SRM)

ระยะเวลา: 3 ชั่วโมง **กลุ่มเป้าหมาย**: เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1. **หัวข้อหลักในการสอนภาคทฤษฎี (30 นาที)**

• ภาพรวมของการวางแผนยุทธศาสตร์ในบริบทสาธารณสุข (5 นาที)

◦ ความสำคัญของการมีแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน

• แนะนำ Strategic Route Map (SRM) (10 นาที)

◦ **แนวคิดและการพัฒนา**: SRM พัฒนาโดย นายแพทย์อมร นนทสุต ในปี พ.ศ. 2548

◦ **วัตถุประสงค์หลัก**: นำเสนอเรื่องราวของกลยุทธ์ในรูปแบบแผนภาพที่เข้าใจง่าย และเน้นการเชื่อมโยงมิติต่างๆ เข้าหากัน

◦ **มิติสำคัญ 4 ด้าน**: มิติพื้นฐาน ⟶ มิติกระบวนการ ⟶ มิติภาคีเครือข่าย ⟶ มิติประชาชน (ซึ่งเป็นจุดหมายปลายทางของการสาธารณสุขคือ ประชาชนมีสุขภาพดี)

◦ **บทบาทหลัก**: สื่อสารกลยุทธ์เพื่อให้ทุกคนเห็นภาพเดียวกัน และสร้างความเชื่อมโยงเชิงเหตุและผลระหว่างวัตถุประสงค์ต่างๆ

◦ **ความแตกต่างจาก Strategic Map ของ Kaplan & Norton**:

▪ **จุดหมายปลายทางสุดท้าย**: SRM มีมิติสุดท้ายคือ "ประชาชน" ในขณะที่ Strategic Map เน้นมิติทางการเงิน

▪ **กระบวนการจัดทำ**: SRM เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Stakeholder) ตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งสร้างความผูกพันต่อการนำแผนสู่การปฏิบัติมากกว่า

• แนะนำ Strategic Linkage Model (SLM) (5 นาที)

◦ **บทบาท**: เป็นแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ ซึ่งมีกรอบเวลาดำเนินการ 1 ปี โดยคัดเลือกวัตถุประสงค์หรือกิจกรรมที่สามารถบรรลุหรือริเริ่มได้ภายใน 1 ปีจาก SRM

• แนะนำตาราง 11 ช่อง (10 นาที)

◦ **บทบาทหลัก**: ใช้เป็นแกนหลักในการแปลงกลยุทธ์จาก SLM ไปสู่การปฏิบัติ

◦ **หน้าที่**: เพิ่มรายละเอียดที่สามารถวัดผลและลงมือทำได้ในแต่ละวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ใน SLM

◦ **การมีส่วนร่วม**: เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการนำแผนสู่การปฏิบัติ โดยเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ 4 ช่องแรก (เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์, กลยุทธ์, กิจกรรม, มาตรการทางวิชาการ) และชุมชน/ท้องถิ่นรับผิดชอบ 7 ช่องที่เหลือ

◦ **ความแตกต่างจาก Balanced Scorecard (BSC) ของ Kaplan & Norton**: ผู้จัดทำ BSC คือบุคลากรภายในองค์กรเท่านั้น ไม่ได้เปิดโอกาสให้ Stakeholder อื่นเข้าร่วมจัดทำเหมือนตาราง 11 ช่อง

◦ **ประเภทตัวชี้วัด (สรุปย่อ)**:

▪ **Key Result Indicator (KRI)**: ตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลง (ใช้สำหรับการประเมินผล/รายงานต่อผู้คุมนโยบาย)

▪ **Performance Indicator (PI)**: ตัวชี้วัดปฏิบัติการที่นำไปสู่ผลลัพธ์ (ใช้โดยองค์กรระดับกลางและปฏิบัติการเพื่อควบคุมการปฏิบัติงาน)

▪ **Key Performance Indicator (KPI)**: ตัวชี้วัดผลสำเร็จ (มีลักษณะเป็นปัจจุบันหรืออนาคต) ใช้สำหรับติดตามและปรับทิศทางงานที่เป็น "หัวใจของความสำเร็จ (Critical Success Factor)"

2. หัวข้อสำหรับการทำ Workshop ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมด้วย SRM (2 ชั่วโมง 30 นาที)

(เน้นการแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมและ facilitator คอยแนะนำ)

• กิจกรรมที่ 1: กำหนดประเด็นและวิเคราะห์สถานการณ์ (30 นาที)

◦ **เลือกประเด็นปัญหา**: ให้แต่ละกลุ่มเลือกประเด็นด้านสาธารณสุขที่ต้องการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ (เช่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตามตัวอย่างในเอกสาร)

◦ **ระบุผลลัพธ์/ผลกระทบและสถานการณ์**: ระบุผลลัพธ์หรือผลกระทบจากปัญหา และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (ประชาชน, ภาคีเครือข่าย, กระบวนการ, พื้นฐาน) (เทียบเท่า "Situation" ใน SRM)

◦ Outputs: รายการผลลัพธ์/ผลกระทบ และสถานการณ์ปัจจุบันในแต่ละมิติ

• กิจกรรมที่ 2: กำหนดเป้าหมายและจุดหมายปลายทาง (30 นาที)

◦ **แปลงผลกระทบเป็นจุดหมายปลายทางสูงสุด (Goal)**: เปลี่ยนผลกระทบที่ระบุไว้ให้เป็นเป้าหมายสูงสุด(Goal)

◦ **แปลงสถานการณ์เป็นจุดหมายปลายทาง (Destination) แต่ละมิติ**: เปลี่ยนสถานการณ์ปัจจุบันในแต่ละมิติให้เป็นสภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต (เทียบเท่า "Destination" ใน SRM)

◦ **Outputs:** จุดหมายปลายทางสูงสุด (Goal) และจุดหมายปลายทาง (Destination) ของแต่ละมิติ

• กิจกรรมที่ 3: **กำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกิจกรรม** (SRM) (50 **นาที**)

◦ **กำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์** (Strategic Objective): แปลงจุดหมายปลายทาง (Destination) ให้เป็นวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ในกรอบเวลา 3-5 ปี โดยเน้นเขียนเป็นรูปประโยค (มีประธาน, กริยา, กรรม) และแต่ละมิติควรมีอย่างน้อย 3 วัตถุประสงค์

◦ **กำหนดกิจกรรม** (Activity): ภายใต้วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์แต่ละข้อ ให้กำหนดกิจกรรมที่จะต้องทำ โดยเขียนเป็นคำกริยาที่นำหน้าด้วยคำว่า "การ" (เช่น การใช้มาตรการทางสังคม)

◦ **Outputs:** ผัง SRM (คล้ายรูปที่ 5 ในเอกสาร) แสดงวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกิจกรรมในแต่ละมิติ

• กิจกรรมที่ 4: **สร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ** (SLM) (30 **นาที**)

◦ **ทบทวนและคัดกรอง**: ตรวจสอบวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกิจกรรมใน SRM ว่าข้อใดสามารถบรรลุใน 1 ปี

◦ **สร้าง SLM**: ตัดวัตถุประสงค์หรือกิจกรรมที่ไม่สามารถทำได้ภายใน 1 ปีออก เพื่อให้ได้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (SLM) ซึ่งเป็นแผน 1 ปี

◦ **Outputs:** ผัง SLM (คล้ายรูปที่ 6 ในเอกสาร)

• กิจกรรมที่ 5: **จัดทำแผนปฏิบัติการด้วยตาราง 11 ช่อง** (40 **นาที**)

◦ **อธิบายโครงสร้างตาราง 11 ช่อง**: ทบทวนบทบาท เจ้าหน้าที่. (4 ช่องแรก) และชุมชน/ท้องถิ่น (7 ช่องที่เหลือ)

◦ **ฝึกปฏิบัติ (บทบาทเจ้าหน้าที่)**: เลือกวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์จาก SLM และกรอกข้อมูลใน 4 ช่องแรก (เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์, กลยุทธ์, กิจกรรม, มาตรการทางวิชาการ)

◦ **ฝึกปฏิบัติ (บทบาทชุมชน/ท้องถิ่น - จำลอง)**: ร่วมกันพิจารณาและกรอกข้อมูลใน 7 ช่องที่เหลือ (มาตรการทางสังคม, ตัวชี้วัดผลงาน (PI), ปริมาณงาน, ตัวชี้วัดผลสำเร็จ (KPI), งบประมาณ, ระยะเวลา, ผู้รับผิดชอบ) โดยเน้นทำความเข้าใจการกำหนด KPI ที่วัดผลงานที่เป็น Key Success Factor

◦ **Outputs:** ตาราง 11 ช่องที่ถูกเติมเต็ม (คล้ายรูปที่ 8 ในเอกสาร)

• สรุปและถาม-ตอบ (10 **นาที**)

◦ ทบทวนกระบวนการทั้งหมดและเน้นย้ำประโยชน์ของการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

3. **ออกแบบทดสอบเพื่อเป็นการบ้าน**

คำชี้แจง: โปรดตอบคำถามต่อไปนี้โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจจากเนื้อหาการบรรยายและ Workshop

ส่วนที่ 1: **ความเข้าใจแนวคิด (10 คะแนน)**

1. **ความเหมือนและความต่าง**: อธิบายความเหมือนและความแตกต่างที่สำคัญระหว่าง Strategic Map (ของ Kaplan & Norton) และ Strategic Route Map (SRM) ของนายแพทย์อมร นนทสุต อย่างน้อย 2 ประเด็น (4 คะแนน)

2. **ตัวชี้วัด**: จงอธิบายความหมายและวัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด 3 ประเภทตามแนวคิดของนายแพทย์อมร นนทสุต: Key Result Indicator (KRI), Performance Indicator (PI), และ Key Performance Indicator (KPI) (3 คะแนน)

3. **มิติของ SRM**: ระบุและอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของมิติทั้ง 4 ใน Strategic Route Map (SRM) พร้อมยกตัวอย่างสั้นๆ (3 คะแนน)

ส่วนที่ 2: **การประยุกต์ใช้ (10 คะแนน)**

สถานการณ์จำลอง: "ในพื้นที่ของท่านกำลังเผชิญกับปัญหาการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เกินความจำเป็นของประชาชนในชุมชน ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของอัตราการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)"

1. **กำหนดเป้าหมายและจุดหมายปลายทาง**: จากสถานการณ์ข้างต้น จงกำหนด "จุดหมายปลายทางสูงสุด (Goal)" และ "จุดหมายปลายทาง (Destination)" ในแต่ละมิติ (ประชาชน, ภาคีเครือข่าย, กระบวนการ, พื้นฐาน) ของ SRM ที่ท่านต้องการให้เกิดขึ้น (4 คะแนน)

2. **วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกิจกรรม**: เลือกมา 1 มิติ (จากข้อ 1) และกำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์อย่างน้อย 2 ข้อ พร้อมระบุกิจกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยมิติละ 2 กิจกรรม (3 คะแนน)

3. **การแปลงสู่การปฏิบัติ (ตาราง 11 ช่อง)**: จากวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกิจกรรมที่ท่านเลือกในข้อ 2 ให้ยกตัวอย่างการกำหนด **มาตรการทางวิชาการ** (บทบาทเจ้าหน้าที่) และ **มาตรการทางสังคม** (บทบาทชุมชน) พร้อมกำหนด **ตัวชี้วัดผลงาน (PI)** และ **ตัวชี้วัดผลสำเร็จ (KPI)** (ตามแนวคิดของนายแพทย์อมร นนทสุต) อย่างละ 1 ตัวชี้วัดสำหรับกิจกรรมหนึ่งกิจกรรมที่ท่านเลือก (3 คะแนน)

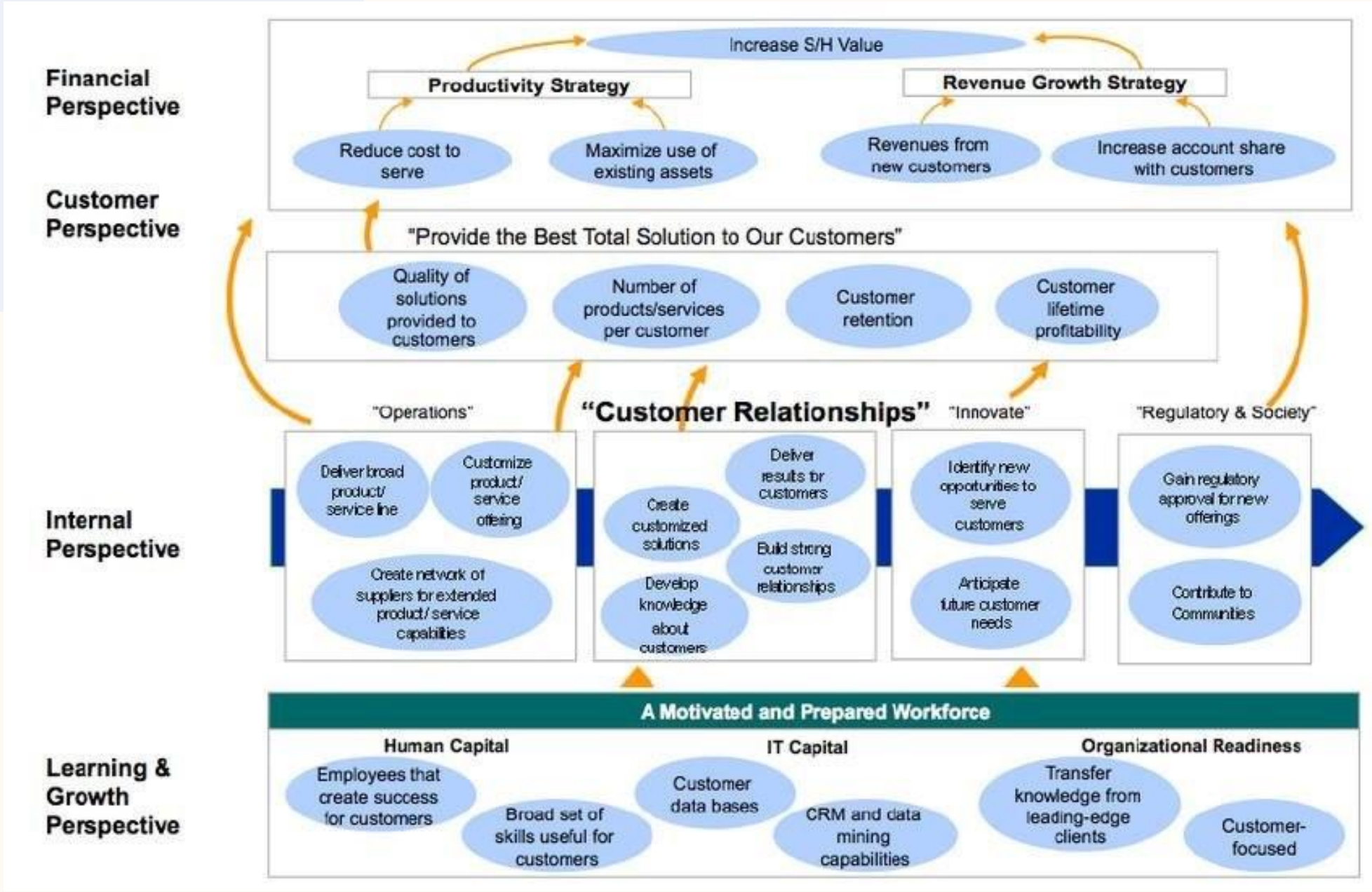
Strategic Map & Balance Scorecard(BSC)

Strategic Route Map (SRM) & ตาราง 11 ช่อง

Strategic Map & Balance Scorecard(BSC)

ตีพิมพ์ Harvard Business Review 1992

Strategic Map

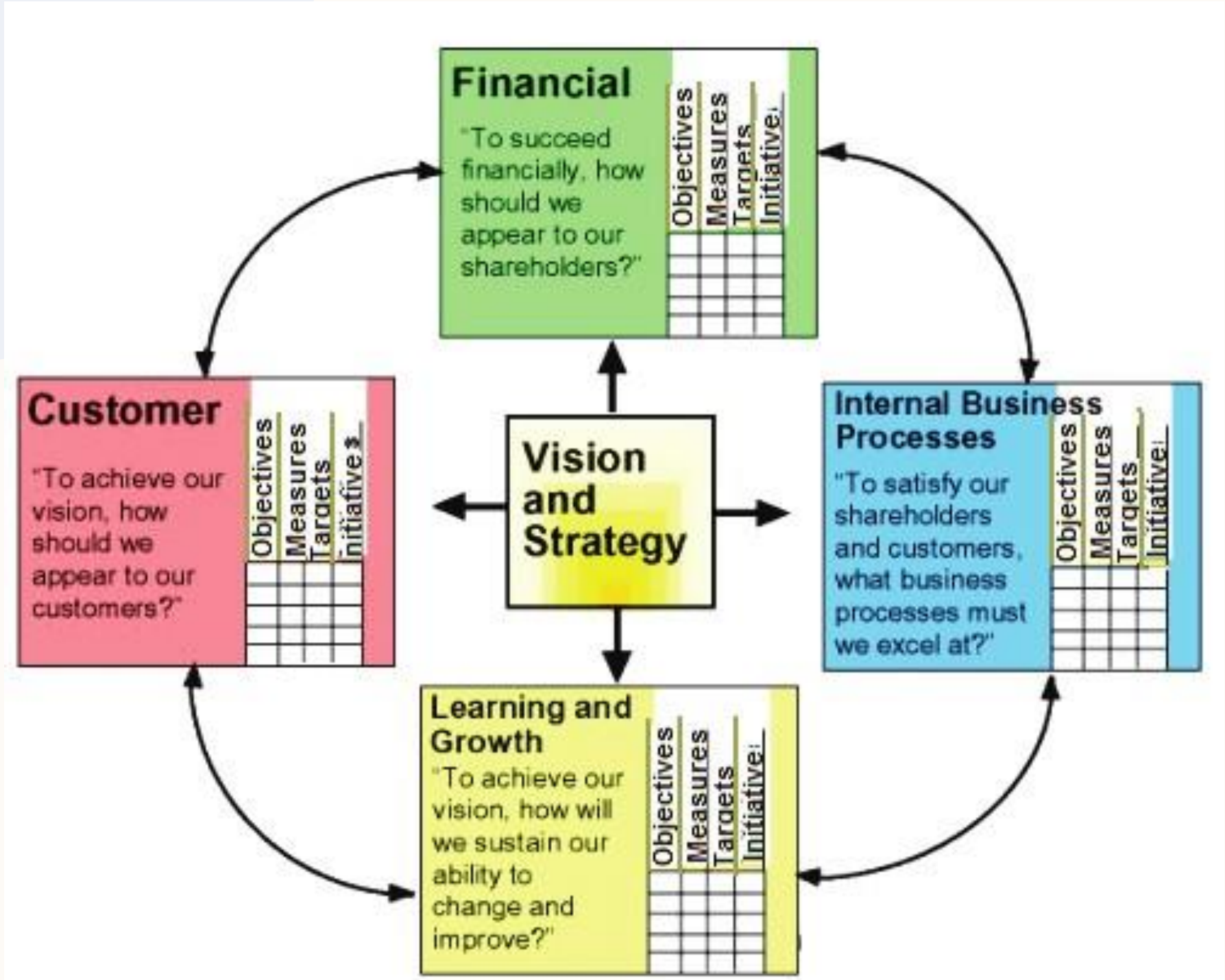


Strategic Map

บทบาทหลัก : STRATEGIC MAP

- สื่อสารกลยุทธ์: ช่วยให้ทุกคนในองค์กรเห็นภาพเดียวกันว่าองค์กรจะสร้างคุณค่าและบรรลุวิสัยทัศน์ได้อย่างไร
- สร้างความเชื่อมโยง: แสดงให้เห็นว่าวัตถุประสงค์ในแต่ละมุมมองส่งผลต่อกันอย่างไร เช่น การพัฒนาพนักงาน (Learning & Growth) จะนำไปสู่กระบวนการภายในที่ดีขึ้น (Internal Process) ซึ่งจะส่งผลให้ลูกค้าพึงพอใจ (Customer) และท้ายที่สุดจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการเงินที่ดีขึ้น (Financial)

Balanced Scorecard (BSC)



Balanced Scorecard (BSC)

บทบาทหลัก - BSC :

- **แปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ:** แปลงวัตถุประสงค์ที่เป็นนามธรรมให้กลายเป็นสิ่งที่จับต้องและวัดผลได้
- **วัดผลการดำเนินงาน:** ติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงานตามกลยุทธ์ผ่านตัวชี้วัดต่างๆ
- **ขับเคลื่อนการดำเนินงาน:** กำหนดเป้าหมายและแผนงานที่ชัดเจนเพื่อผลักดันให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์

Strategic Route Map (SRM)
& ตาราง 11 ช่อง
พัฒนา พ.ศ.2548

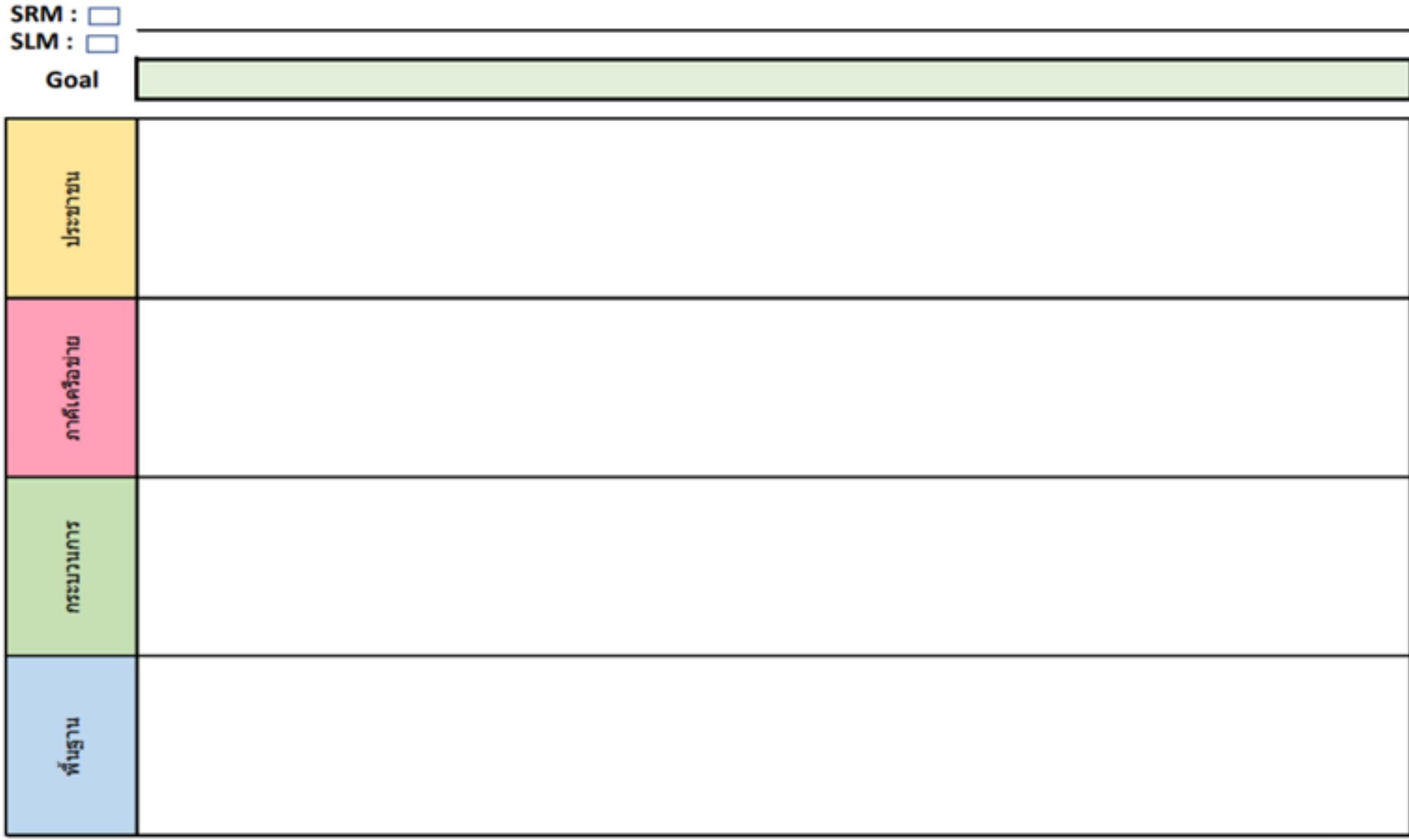
Strategic Route Map (SRM)

SRM Role

บทบาทหลัก : SRM

- **การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน**: โดยนำเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน ท้องถิ่น และ Stakeholder อื่น ๆเข้ามาร่วมวางแผนตั้งแต่ต้น
- **สื่อสารกลยุทธ์**: ช่วยให้ทุกคนเห็นภาพเดียวกันว่าชุมชนจะสร้างคุณค่าและบรรลุวิสัยทัศน์ได้อย่างไร
- **สร้างความเชื่อมโยง**: แสดงให้เห็นว่าวัตถุประสงค์ในแต่ละมุมมองส่งผลต่อกันอย่างไร เช่น การพัฒนาบุคลากร (พื้นฐาน) จะนำไปสู่กระบวนการภายในที่ดีขึ้น (Process) ซึ่งจะส่งผลให้ภาคีเข็มแข็ง (ภาคี) และท้ายที่สุดจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น (ประชาชน)

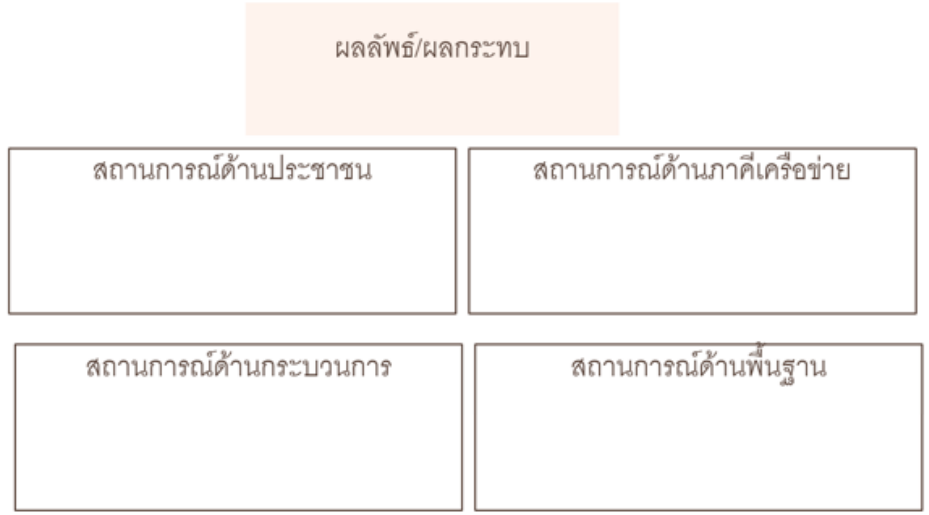
Form
การจัดทำ SRM
อย่างมีส่วนร่วม



การจัดทำ SRM อย่างมีส่วนร่วม

1. กำหนดประเด็นที่จะทำแผนยุทธศาสตร์ เช่นเรื่อง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2. ให้ระบุผลลัพธ์หรือผลกระทบจากปัญหาที่ได้หยิบยกมาเป็นประเด็น และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ สถานการณ์ในมิติของประชาชน ภาคีเครือข่าย กระบวนการ และมิติด้านพื้นฐาน ดังรูปที่ 3
3. จากนั้นเปลี่ยน ผลกระทบเป็นจุดหมายปลายทางสูงสุด (Goal) และสถานการณ์ทั้ง 4 มิติ ให้เป็นจุดหมายปลายทาง(Destination) ในแต่ละมิติ ดังรูปที่ 4

รูปที่ 3 ผลลัพธ์/ผลกระทบ และ สถานการณ์ของแต่ละมิติ



รูปที่ 4 จุดหมายปลายทางสูงสุด(Goal) และของแต่ละมิติ

การจัดทำ SRM อย่างมีส่วนร่วม

4. เปลี่ยนจากจุดหมายปลายทาง (Destination) ให้เป็น วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Objective) ในกรอบเวลา 3-5 ปี โดยใช้กล่องสี่เหลี่ยมแทนแต่ละวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ วางไว้ในตารางทำการดังรูปที่ 5 โดยการเขียนวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ให้เน้นเขียนเป็นรูปประโยค คือ มีประธาน กริยา กรรม เช่น ชุมชนมีมาตรการทางสังคม โดยแต่ละมิติสามารถมีหลายวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (ไม่ควรน้อยกว่า 3 วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์)
5. ใต้ลงมาจากวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ คือกิจกรรม (Activity) ที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาตร์ ในส่วนของกิจกรรม (Activity) จะไม่เขียนเป็นรูปประโยค คือไม่มีประธาน แต่เป็นกริยาที่ใส่การนำหน้าเช่น การใช้มาตรการทางสังคม โดยให้กำหนดให้ครบทุกกล่อง
6. ในแต่ละกิจกรรม (Activity) จะมีงานต่าง ๆภายใต้กิจกรรมนั้น (Tasks) ซึ่งงานที่พื้นที่ส่วนใหญ่ทำก็คือ ค่ากลาง(Norm)

สรุป Situation → Destination → Strategic Objective → Activity → Tasks

การจัดทำ SLM อย่างมีส่วนร่วม

7. ให้ตรวจสอบกิจกรรมใน SRM ว่าวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ใด หรือ กิจกรรมใดไม่สามารถบรรลุหรือริเริ่มได้ภายใน 1 ปี ให้ตัดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาตร์หรือกิจกรรมนั้นออก เพื่อสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model หรือ SLM) กรอบเวลาดำเนินการ 1 ปี ดังรูปที่ 6

หมายเหตุ

Remark

1. แต่ละกล่องใน SRM หรือ SLM คือ วัตถุประสงค์เชิงยุทธ์ศาสตร์ (Strategic Objective) ซึ่งจะต้องมี กิจกรรม(Activity) ว่าจะทำอะไร (What to do?) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์นั้น
2. ในแต่ละกิจกรรม(Activity) จะประกอบด้วย งาน (Tasks) ต่างๆ โดยงานจะแบ่งได้เป็น
    1. งานที่ไม่ใช่ Key Success Factors ถ้าต้องการวัด Performance ว่าทำงานนี้ได้ดีเพียงไร ตัววัดนี้เรียกว่า Performance Indicator(PI)
    2. งานที่เป็น Key Success Factor ซึ่งเป็นงานที่เมื่อทำแล้วส่งผลกระเพื่อมเป็นลูกโซ่ ให้เกิดงานอื่นๆขึ้น หรือเสริมพลังกับงานอื่นๆให้เกิดผลลัพธ์แบบทวีคูณ (Synergistic effect) ถ้าต้องการวัด performance ของงานที่เป็น Key Success Factor จะไม่เรียก PI ธรรมดา แต่จะเรียกว่าตัวชี้วัดผลสำเร็จ หรือ Key Performance Indicator (KPI) และจะเรียกงานนี้ว่า งานที่ให้ KPI
3. ความหมาย KPI ของ นายแพทย์อมร นนทสุต นั้นเป็นการวัด Performance ของงานที่เป็น Key Success Factor ไม่ได้วัดผลลัพธ์หรือผลกระทบ (Outcome หรือ Impact) จึงแตกต่างจาก KPI ที่ส่วนราชการทั่วไปใช้ ซึ่งเป็นการวัด Outcome หรือ Impact ส่วนตัวชี้วัดที่วัด Result นั้นนายแพทย์อมร นนทสุต เรียกตัวชี้วัดผลลัพธ์ หรือ Key Result Indicator (KRI)

Remark

หมายเหตุ

3. ในแต่ละกิจกรรมจะมีงานต่าง ๆที่อยู่ในภายในกิจกรรมนั้น ถ้างานที่ใคร ๆก็ทำ จะยกฐานะงานนั้น เป็น ค่ากลาง (Norm) (ในทางปฏิบัติถ้ามากกว่าร้อยละ 65 ของความถี่สูงสุดจะถือว่างานนั้นคือค่ากลาง)
4. ความหมาย KPI ของ นายแพทย์อมร นนทสุต นั้นเป็นการวัด Performance ของงานที่เป็น Key Success Factor ไม่ได้วัดผลลัพธ์หรือผลกระทบ (Outcome หรือ Impact) จึงแตกต่างจาก KPI ที่ส่วนราชการทั่วไปใช้ ซึ่งเป็นการวัด Outcome หรือ Impact ส่วนตัวชี้วัดที่วัด Result นั้นนายแพทย์อมร นนทสุต เรียกตัวชี้วัดผลลัพธ์ หรือ Key Result Indicator (KRI)

สรุปตัวชี้วัดในงานของ นายแพทย์อมร นนสุต

Remark

- ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Key Result Indicator-KRI) แสดงผลลัพธ์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลง(เราได้ทำอะไรไปแล้วบ้าง) ใช้สำหรับการประเมินผลหรือการรายงานให้กับผู้คุมนโยบายหรือผู้บริหารระดับสูง รวมถึงสังคมทั่วไปทราบ แต่ไม่สำหรับผู้มีหน้าที่บริหารจัดการ เพราะไม่สามารถปรับทิศทางของงานได้เนื่องจากงานเสร็จสิ้นไปแล้ว
- ตัวชี้วัดผลงาน (Performance Indicator-PI) แสดงปฏิบัติการที่นำไปสู่ผลลัพธ์(เราต้องทำอะไรบ้าง) ใช้โดยองค์กรระดับกลางและระดับปฏิบัติการเพื่อควบคุมการปฏิบัติงานในส่วนที่รับผิดชอบหรือการวางแผนการเงินและงบประมาณ รวมทั้งการประเมินหน่วยงาน
- ตัวชี้วัดผลสำเร็จ (Key Performance Indicator-KPI) มีลักษณะเป็นปัจจุบันหรืออนาคตเท่านั้น ใช้สำหรับการติดตามงาน และปรับทิศทางที่ต้องทำทันทีที่เกิดปัญหาต่องานที่เป็น “หัวใจของความสำเร็จ (Critical Success Factor :CSF)” นอกจากนี้ยังใช้สำหรับกำหนดและติดตามงานว่าจะทำอะไรในอาทิตย์หน้า หรือเดือนหน้า และต้องมีการติดตามดูความเคลื่อนไหวของตัวชี้วัดอย่างใกล้ชิด โดยผู้ปฏิบัติและผู้จัดการตามงานว่าจะทำอะไรบ้างในอาทิตย์หน้าหรือเดือนหน้า

ตาราง 11 ช่อง

คำอธิบาย ตารางนี้ยามเป้าประสงค์ของแผนปฏิบัติการ (Mini SLM) เรื่อง .....
ภายในปี 2554

เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ (1)	กลยุทธ์ (2)	กิจกรรม (3)	มาตรการ(การกระทำหรืองานที่ทำ)		ตัวชี้วัดผลงาน (PI) (6)	ปริมาณงาน (7)	ตัวชี้วัดผลสำเร็จ (KPI) (8)	งบประมาณ (9)	ระยะเวลาดำเนินการ (10)	ผู้รับผิดชอบ (11)
			วิชาการ (4)	สังคม (5)						
นำมาจากเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ใน Mini SLM ที่เลือกแล้ว	จากกลยุทธ์ที่พิจารณาว่าสำคัญที่สุด แรงที่สุด คาดว่ามีหัวใจความสำเร็จอยู่ภายใต้กลยุทธ์นั้น ๆ และเป็นกลยุทธ์ที่ต้องทำให้สำเร็จได้ ตามเวลาที่กำหนด	ระบุกิจกรรมหลักที่สำคัญ ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับกลยุทธ์ที่เลือก (ต้องคิดใหม่ในส่วนนี้)	การกระทำทางวิชาการ กรณีที่คิดกิจกรรมไม่ออก แต่คิดงาน/กิจกรรมย่อย/ขั้นตอนการทำงานออกมาได้ (เพราะเป็นสิ่งที่คุ้นเคยของคนทำงาน) ให้เอางาน/กิจกรรมย่อยนั้นไปเติมในช่องที่ 4 ก่อน แล้วจึงมาจัดกลุ่มของงานให้เป็นกิจกรรม(ช่องที่ 3) ในภายหลังก็ได้	- เป็นวิธีการที่เกิดขึ้นท้องถิ่น/ชุมชน หรือวิธีการที่คิดขึ้นมาในเงื่อนไขทางสังคม ถ้ามีแล้วจะเสริมพลังทางวิชา การให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น หรือส่งผลไปสู่การปฏิบัติได้มากขึ้น	ตัวชี้วัดผลงาน = PI (Performance Indicator) มีจำนวนเท่ากับงาน/การกระทำ/กิจกรรมย่อย ในช่องที่ 4 เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงจากช่อง 4 ควรกำหนดเฉพาะที่ใช้งบประมาณ คน หรือวัสดุ/อุปกรณ์ก็ได้	ระบุจำนวนของงาน/กิจกรรมย่อย ให้สอดคล้องกับช่องที่ 4	ตัวชี้วัดผลสำเร็จ/ตัวชี้วัดผลสำเร็จ = KPI (Key Performance Indicator) โดยหนึ่งเป้าประสงค์ฯ มีหนึ่งหัวใจ มีหนึ่ง KPI	ระบุจำนวนงบประมาณที่คาดว่าจะต้องใช้ (ระบุแหล่งงบประมาณด้วย) ให้สอดคล้องกับงาน/กิจกรรมย่อยในช่องที่ 4	ระบุระยะเวลาการทำงานของช่อง ที่ 4 ในแต่ละงาน/กิจกรรมย่อย	ระบุชื่อนามสกุลของผู้รับผิดชอบในแต่ละงาน/กิจกรรมย่อยของช่องที่ 4

ตาราง 11 ช่อง

บทบาทหลัก – ตาราง 11 ช่อง :

- **แปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม** : 4 ช่องแรกเจ้าหน้าที่เป็นผู้จัดทำ ส่วน 7 ช่องที่เหลือ ชุมชน/ท้องถิ่นเป็นผู้จัดทำ
- **วัดผลการดำเนินงาน**: ติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงานตามกลยุทธ์ผ่านตัวชี้วัดต่างๆ
- **ขับเคลื่อนการดำเนินงาน**: กำหนดเป้าหมายและแผนงานที่ชัดเจนเพื่อผลักดันให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์

Compare Strategic Map & SRM

ความเหมือน

1. เป็นเครื่องมือในการทำแผนกลยุทธ์ โดยมีการเชื่อมโยงเชิงตรรกะจากมิติหนึ่งไปสู่อีกมิติหนึ่งไปเรื่อย ๆ จนถึง มิติสุดท้ายที่เป็นจุดหมายปลายทางสุดท้าย
2. เป็นตัวช่วยในการสื่อสารกลยุทธ์: ช่วยให้ทุกคนในองค์กรเห็นภาพเดียวกันว่าองค์กรจะสร้างคุณค่าและบรรลุจุดปลายทางได้อย่างไร

Compare Strategic Map & SRM

ความต่าง

- จุดหมายปลายทาง Strategic Map มิติสุดท้ายเป็นมิติทางด้านการเงิน ส่วนใน SRM มิติสุดท้ายคือ ประชาชน และก่อนที่จะถึงมิติประชาชน จำเป็นต้องอาศัยการรวมพลังทุกภาคส่วนของสังคมมาร่วมกันขับเคลื่อน
- กระบวนการจัดทำ ใน SRM นำภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการทำ SRM ตั้งแต่การทำแผน ซึ่งจะสร้างความผูกพัน (Engagement) ต่อการนำแผนสู่การปฏิบัติได้มากกว่า

Compare
BSC
&
ตาราง 11 ช่อง

ความเหมือน

1. แปลงแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ
2. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน: กำหนดเป้าหมายและแผนงานที่ชัดเจนเพื่อผลักดันให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์
3. วัดผลการดำเนินงาน: ติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงานตามกลยุทธ์ผ่านตัวชี้วัดต่างๆ

Compare
BSC
&
ตาราง 11 ช่อง

ความต่าง

- ผู้จัดทำ BSC คือบุคลากรในองค์กร ไม่ได้เปิดโอกาสให้ Stakeholder อื่นมาร่วมจัดทำ
- ตาราง 11 ช่อง การจัดทำมาตรการต่าง ๆนั้น เปิดโอกาสให้ ชุมชน/ท้องถิ่น ซึ่งเป็น Stakeholder ที่สำคัญเข้ามีส่วนร่วม โดยเจ้าหน้าที่จะจัดทำแผนใน 4 ช่องแรก ส่วนอีก 7 ช่องที่เหลือ ชุมชน/ท้องถิ่นจะเป็นผู้จัดทำแผน

THANK YOU

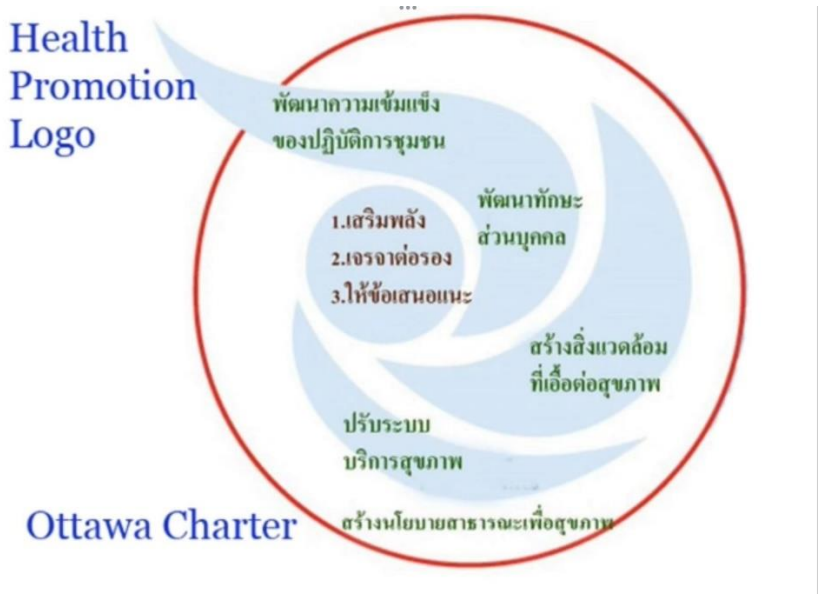
สมาคมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย

Thai Health Literacy Association(THLA)

วิวัฒนาการของแนวคิดการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนสู่การทำแผนชุมชนด้วยเครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

จาก Ottawa Charter 1986 สู่การสาธารณสุขมูลฐานและแนวคิดการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 1 (1st Global Health Promotion conference) ในปี 1986 ที่เมือง Ottawa ได้ประกาศ Ottawa Charter แม้ผ่านไป 40 ปีเนื้อหายังทันสมัยและถูกอ้างอิงมาจนถึงปัจจุบัน ด้วย 3 กลยุทธ์หลัก คือ Enabling (เสริมพลัง) Mediate (เป็นตัวกลางในการเจรจาให้เกิดข้อตกลงจากภาคส่วนเพื่อสุขภาพ) และ Advocate (ให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย) และ 5 Action Areas ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Created public policy) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Developed Personal skill) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Created supportive Environment) การปรับระบบบริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Reoriented Health service system) และเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthened Community Action)



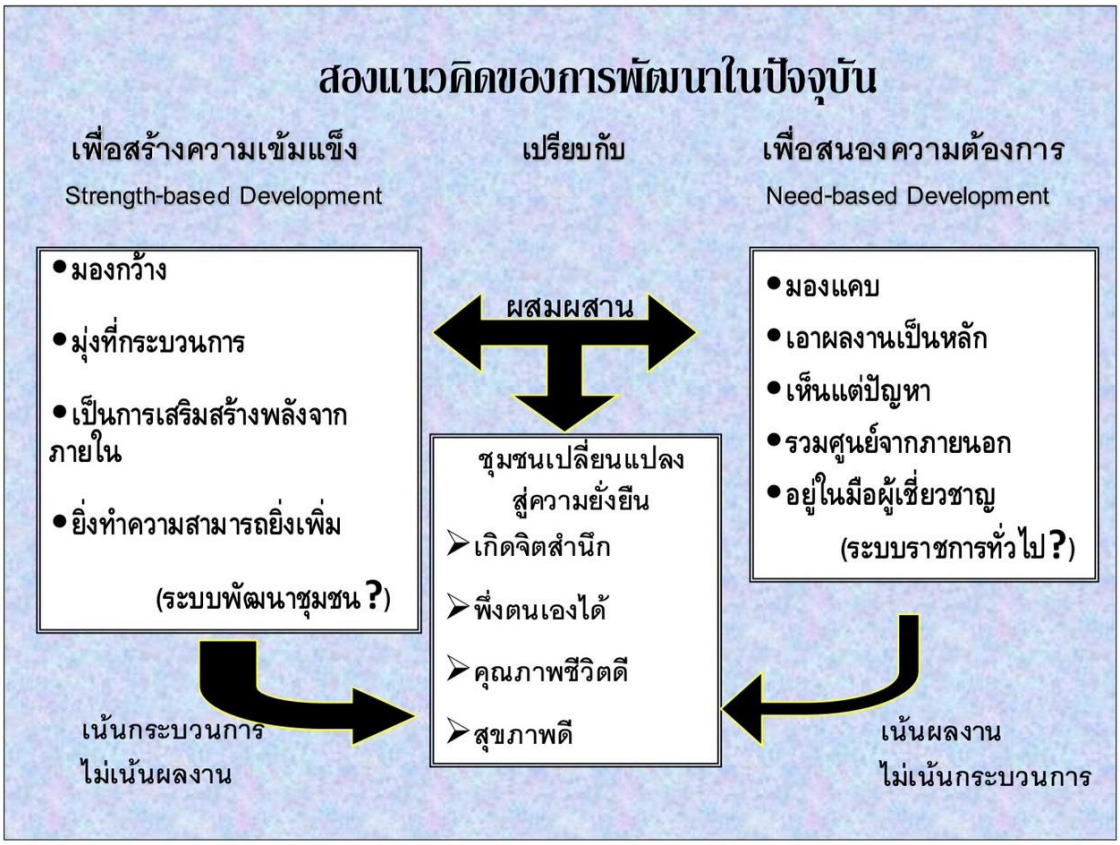
Ottawa charter จึงนำไปสู่ สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Healthcare) และ Health For All by the year 2000 ซึ่งตรงกับแนวคิดและความมุ่งมั่นของ นายแพทย์อมร นนทสุต ที่จะผลักดันสาธารณสุขมูลฐานและแนวคิดการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน

สองแนวคิดการพัฒนาที่แตกต่าง ความท้าทายที่ต้องบูรณาการทั้ง 2 แนวทางไปด้วยกัน

1. **แนวทางแรก** เพื่อสนองความต้องการ (Need based development) เป็น แนวทางที่คือแนวทางที่ระบบราชการนิยมทำ มักมองแคบ มุ่งเน้นผลงานมากกว่ากระบวนการ เห็นแต่ปัญหา รวมศูนย์จากภายนอก อยู่ในมือผู้เชี่ยวชาญ
2. **แนวทางที่สอง** เพื่อสร้างความเข้มแข็ง (Strength based development) เป็นแนวทางของระบบพัฒนาชุมชน มักมองกว้าง มุ่งที่กระบวนการมากกว่าผลงาน เป็นการเสริมพลังจากภายใน ยิ่งทำความสามารถยิ่งเพิ่ม

ความท้าทาย คือการบูรณาการทั้ง 2 แนวทางไปด้วยกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ การเปลี่ยนแปลงของชุมชนสู่ความยั่งยืน เกิดจิตสำนึก พึ่งตนเองได้ คุณภาพชีวิตและสุขภาพดี

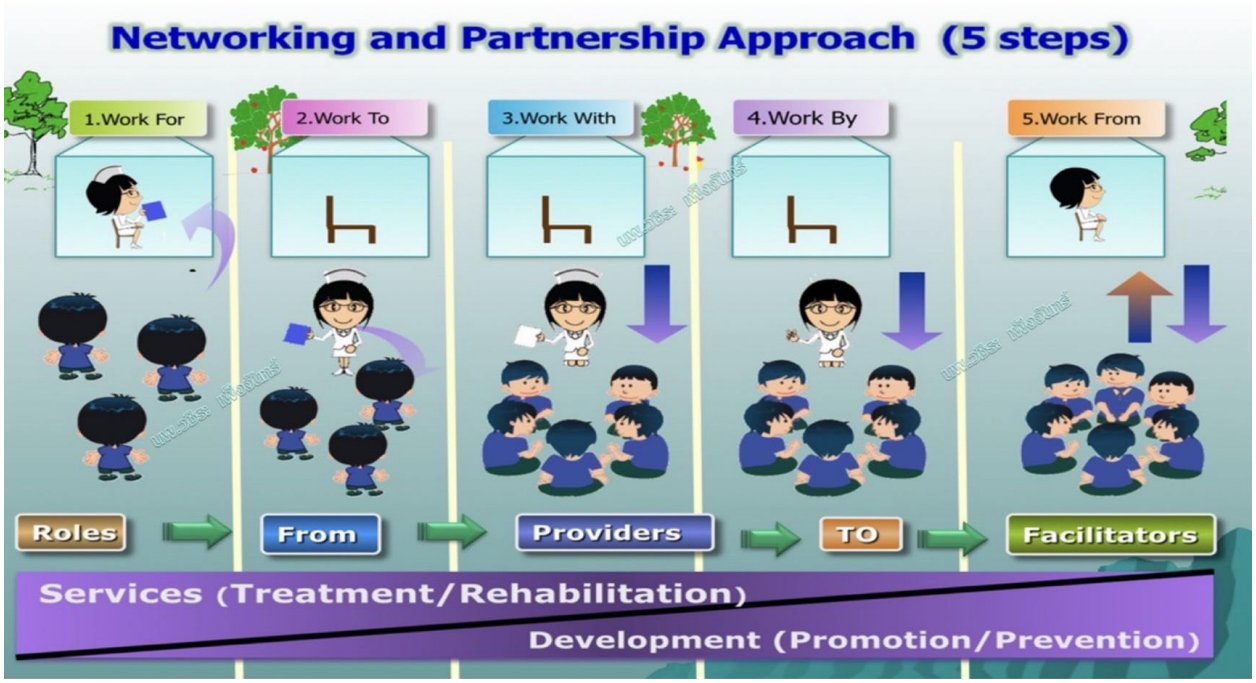
ภาพที่ 3 : แนวคิดของการพัฒนาที่แตกต่าง



การปรับเปลี่ยนบทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสู่การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจาก ผู้ให้บริการ (Providers) ที่มุ่งเน้นการรักษา(Curative) และการฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation) มาเป็นผู้อำนวยความสะดวก(Facilitator) เพื่อให้พื้นที่ เพื่อมาจัดการที่ต้นตอของปัญหา (Root Cause) โดยเน้นการยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และป้องกันโรค (Disease Prevention) ซึ่งเป็นประเด็นที่สามารถจัดการได้ดีในระดับพื้นที่ โดย ลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยน เป็นดังนี้ (Proposed โดย นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์)

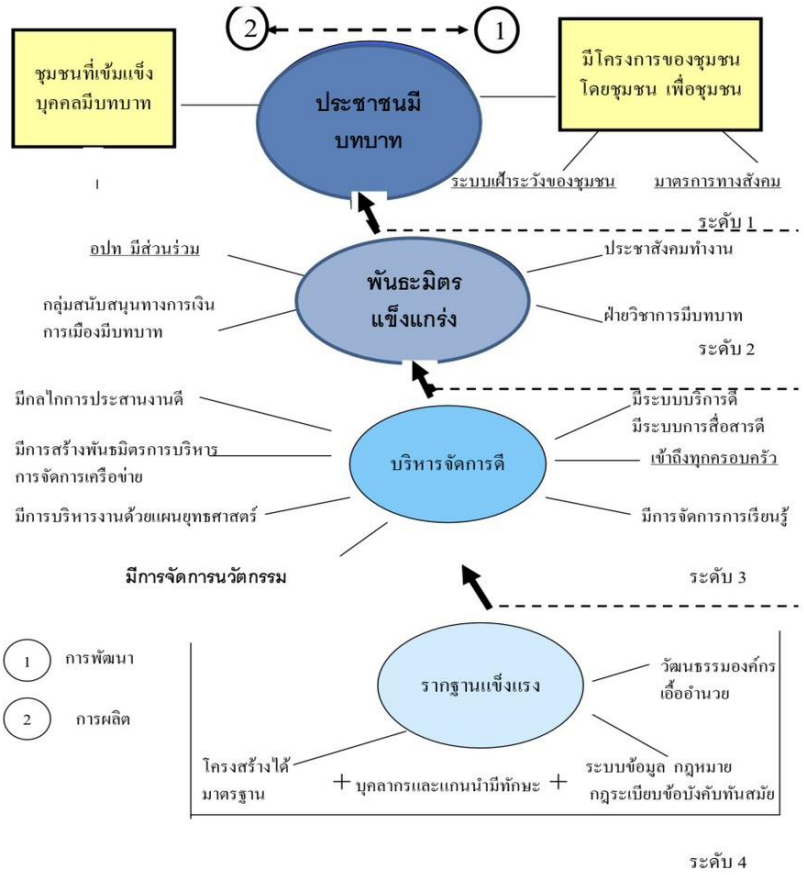
1. **Work for (ทำให้เรา)** คือการที่ส่วนกลาง(เรา)จัดสรรทรัพยากร รวมถึงแนวปฏิบัติ ไปสู่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่โดยตรง โดยให้ดำเนินการตามแนวทางที่เรากำหนด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนด
2. **Work to (ทำงานเพื่อเขา)** ด้วยการแบ่งปันข้อมูลสารสนเทศ และปรับแผนตามความต้องการของพื้นที่ด้วย มีการแลกเปลี่ยนความต้องการซึ่งกันและกัน และสร้างความไว้วางใจระหว่างกัน ว่า “เป็นเรื่องของเขา เรามาช่วย”
3. **Work with (ทำด้วยกัน)** มีการประสานความร่วมมือเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน มีการรวมผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ มาเป็นทีมทำงานร่วมกัน (multisector public health team) เพื่อจัดการความท้าทายในด้านสุขภาพของพื้นที่ร่วมกัน สื่อสารแลกเปลี่ยนระหว่างกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้การดำเนินการมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง (Sustain Momentum)
4. **Work by (ทำโดยเขา)** ใช้การเสริมพลังให้กับภาคีเครือข่าย เน้นในเรื่องการฝึกอบรม ให้การสนับสนุนจากเราอย่างห่างๆ แบ่งอำนาจ (De concentration) จากส่วนกลางให้พื้นที่ทำงานได้อย่างมีอิสระมากขึ้น เพื่อให้พื้นที่มีความรู้สึกของการเป็นเจ้าของมากขึ้น
5. **Work from (ทำจากเขา)** กระจายอำนาจ (De centralization) ให้พื้นที่เป็นผู้คิดกิจกรรมอย่างอิสระ (Autonomy) พื้นที่ สร้างเครือข่าย สร้างนวัตกรรม สร้างนโยบายหรือมาตรการทางสังคม และใช้ทรัพยากรจากพื้นที่ ทำให้การดำเนินการสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (Area based Context) และมีความยั่งยืน (Sustainable)



จากแผนที่ยุทธศาสตร์ทางธุรกิจ (Norton & Kaplan) มาสู่แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) แผนที่ยุทธศาสตร์ปฏิบัติการ (SLM) และค่ากลาง ของนายแพทย์ อมร นนทสุต

1. Strategic Map ในทางสาธารสุขของ นายแพทย์อมร นนทสุต ต่างจาก Strategic Map ของ Norton & Kaplan โดย
   1.1. มิติด้านการเงิน (For money gain) เปลี่ยนเป็นมิติประชาชน (For Health gain) ทำให้มีความยืดหยุ่นคือ สามารถเปลี่ยนประเด็นที่เป็นปัญหาสาธารณสุข-ของประชาชน เช่น เรื่องมะเร็ง หรือ โรค NCD ฯลฯ โดยกำหนดจุดหมายปลายทาง(Destination) ในการจัดการปัญหาดังกล่าว โดยเน้นบทบาทที่ภาคประชาชน
   1.2. ส่วนมิติลูกค้า เปลี่ยนเป็น มิติภาคีเครือข่าย คือการประสานหรือเสริมพลังภาคีเครือข่ายให้มาร่วมกันขับเคลื่อนให้ประชาชนบรรลุจุดหมายปลายทาง (Destination) ของ มิติ ประชาชน โดยเน้นการมีพันธมิตรแข็งแกร่ง
   1.3. ส่วนอีก 2 มิติที่เหลือ ไม่ได้แตกต่างกัน คือ มิติของ พื้นฐาน (Growth and Development) เปรียบเสมือน Input ที่เป็นรากฐานที่แข็งแรง และ มิติกระบวนการ (Internal Process) เน้นบริการจัดการกระบวนการที่ดี ที่จะส่งต่อไปยังมิติประชาชน ผ่านความร่วมมือของมิติภาคีเครือข่าย

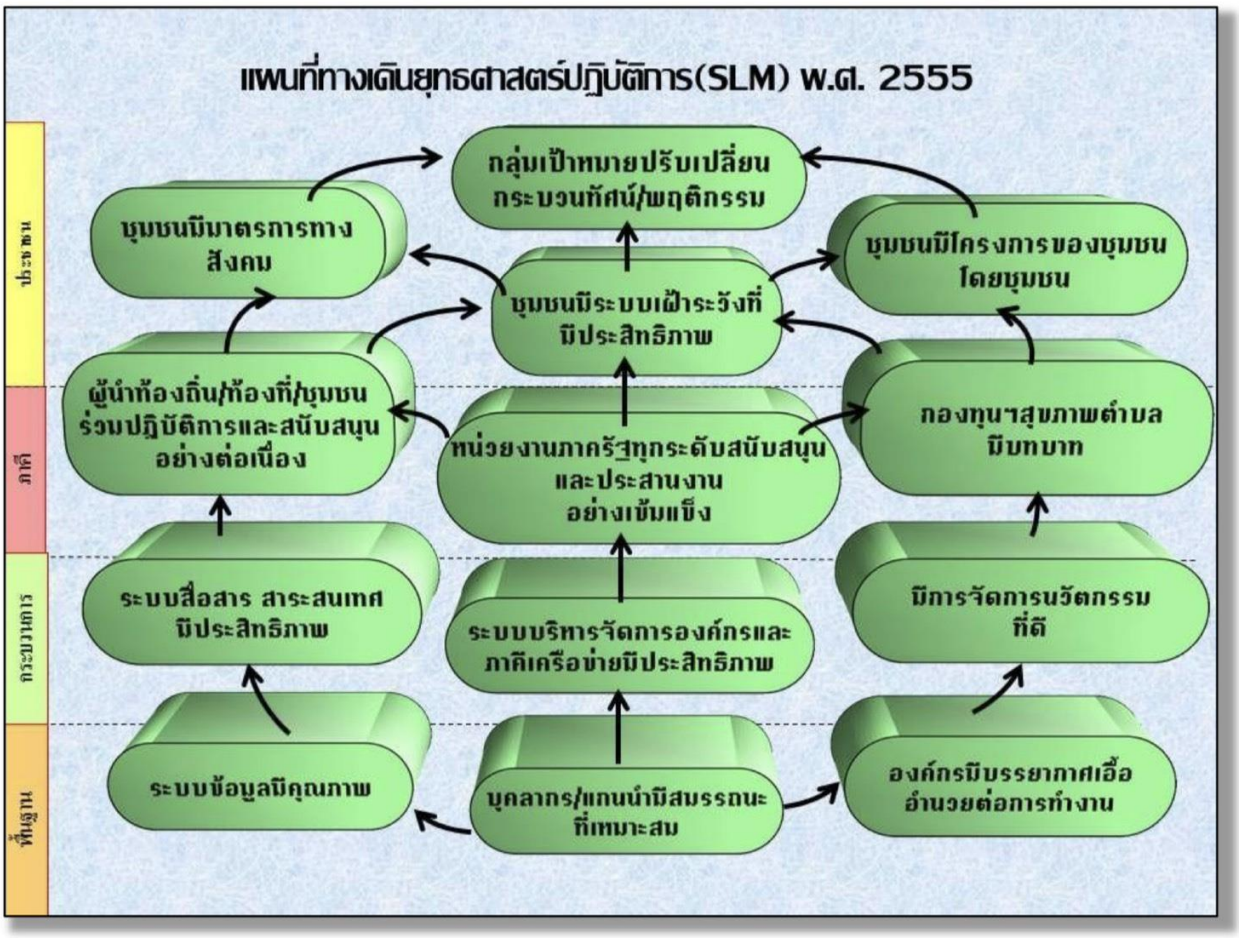
ภาพประกอบที่ 4 : ความสัมพันธ์ในเชิงเหตุและผลของมุมมองในแผนที่ยุทธศาสตร์



2. จากแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map หรือ SRM) มาสู่แผนที่ยุทธศาสตร์ปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model หรือ SLM)

2.1. SLM คือแผนที่ที่จะปฏิบัติจริงในระยะสั้น (1-3 ปี) โดยเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ตั้งแต่ ระดับพื้นฐาน กระบวนการ ภาคี และภาคประชาชน

2.2. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ซึ่งสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงคือ เรื่องพฤติกรรมและวิถีชีวิต ซึ่งมาตรการในมิติภาคประชาชนมักจะไม่แตกต่างกัน คือ กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์และพฤติกรรม ชุมชนมีระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ ชุมชนมีมาตรการทางสังคม ชุมชนมีโครงการของชุมชน โดยชุมชน และมิติกระบวนการที่สำคัญคือ ระบบสื่อสาร สารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ หรือจะกล่าวได้ว่า แผนที่ SLM ฉบับเดียว สามารถใช้ได้กับกลุ่มโรค NCD ได้เกือบทั้งหมด เพราะมีปัจจัยเสี่ยงที่ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้การที่ใช้คำพื้นๆ ที่มีศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ ทำให้ง่ายต่อการเข้าใจ คือ ระดับชาวบ้านก็สามารถเข้าใจได้



3. จากแผนที่ฉบับ SLM สู่ค่ากลาง (Norm) จากภาพจะเห็นว่าแต่ละ Block เช่น ชุมชนมีมาตรการทางสังคม นั้นไม่ได้ระบุจะต้องทำงาน (Task) อะไร ซึ่งแต่ละพื้นที่ก็ทำงาน (Task) ที่แตกต่างกัน บางพื้นที่ก็ประสบความสำเร็จ บางพื้นที่ก็ไม่ประสบความสำเร็จ งาน (Task) ที่พื้นที่ที่ประสบความสำเร็จทำเป็นส่วนใหญ่ จะเรียกว่า ค่ากลาง (แห่งความสำเร็จ) กล่าวโดยสรุป แทนที่จะลองผิดลองถูก ก็จัดประชุมถอดบทเรียนจากพื้นที่ประสบความสำเร็จแล้วหางานที่ส่วนใหญ่ทำกันหรือ ค่ากลาง จากนั้นนำค่ากลางนั้นไปใช้เลย ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาลองผิดลองถูก และนี้คือ นวัตกรรมกระบวนการที่คิดค้นโดย นายแพทย์ อมร นนทสุต
4. นวัตกรรมกระบวนการที่ทำให้เกิดการบูรณาการ ด้วยแผนที่ยุทธศาสตร์ ปัญหาของพื้นที่ คือ แผนงานโครงการ คิดจากส่วนกลาง (กระทรวง/กรม/กอง) แล้วลงไปดำเนินการในพื้นที่โดยขาดการบูรณาการ การทำงานแยกส่วน ทำให้ ใช้ทรัพยากร และเวลา เป็นอย่างมาก ถ้าองค์ประกอบของยุทธศาสตร์ จะประกอบด้วย
   4.1. กลุ่มเป้าหมายคือ ประชาชนในแต่ละกลุ่มวัย ซึ่งแต่ละกลุ่มวัยจะมีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน
   4.2. สภาวะแวดล้อม(ทางสังคมและกายภาพ) ซึ่งในแต่ละพื้นที่จะมีปัญหาเฉพาะพื้นที่

4.3. มาตรการ ความท้าทายคือการบูรณาการมาตรการทางวิชาการและมาตรการทางสังคมเข้าด้วยกัน และกำหนดบทบาทของทั้ง 2 ส่วนได้อย่างลงตัว

4.3.1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพ จะเป็นผู้กำหนดมาตรการทางวิชาการ และบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4.3.2. สิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ ชุมชนจะเป็นผู้กำหนดมาตรการทางสังคม รวมถึงบทบาทของท้องถิ่นชุมชน

4.4. แผนที่ยุทธศาสตร์ จะเป็นเครื่องมือที่จะกำหนดบทบาท ว่า ใครจะทำอะไร อย่างไร เพื่อให้เกิดการบูรณาการในพื้นที่ปฏิบัติการ โดยในท้ายที่สุด แผนงานที่จะลงไปดำเนินการในพื้นที่ จะบูรณาการเหลือ 2 แผนงานในพื้นที่คือ แผนงานจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย และแผนจัดการสิ่งแวดล้อม

ภาพประกอบที่ 5 : บทบาทของแผนที่ยุทธศาสตร์และนวัตกรรมในการเชื่อมโยง