

ความจริงเชิงประจักษ์

ในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ

แปลจาก



World Health
Organization
REGIONAL OFFICE FOR
Europe



THE SOLID
FACTS

Health Literacy

นพ.ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล

คำนำ

เอกสารของ WHO ภาคพื้นยุโรป เรื่อง Solid Fact Health Literacy เป็นเอกสารที่รวบรวมความรู้และประสบการณ์ การดำเนินงาน Health Literacy ทั่วโลก โดยเฉพาะในยุโรป เนื้อหาแบ่งเป็น 3 Part คือ A,B, C Part A จะกล่าวถึง ทำไมถึง ต้องลงทุนเพื่อยกระดับ Health Literacy (Why) Part B จะกล่าวถึง Health Literacy Action ที่ดำเนินการใน Setting ต่าง (How) และ Part C กล่าวถึง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ที่เสนอผู้กำหนดนโยบาย ระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และระดับภูมิภาค (Region) ซึ่งทั้งหมดอัดแน่นด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ (Solid Fact) ที่ผ่านการทบทวนว่าเป็นแนวทางหรือวิธีการที่มีประสิทธิผล

เนื่องจากบริบทของเรื่องความรู้ด้านสุขภาพมีความซับซ้อนมาก และมีปัจจัยของบริบทของพื้นที่ วัฒนธรรม การศึกษา รวมถึงระบบบริการสุขภาพเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย การศึกษาแบบ Randomized Control Trial จึงเป็นไปได้ยาก การประเมินผลว่า Intervention ใดมีประสิทธิผลหรือไม่ จึงได้จากการทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญที่เป็น Authority ในเรื่อง Health Literacy ที่มีการปฏิบัติจริงในพื้นที่ (Real World) แล้วก็ประเมินว่า Intervention นามีประสิทธิผลมากน้อยเพียงไร สำหรับ ประเทศไทยแล้ว การศึกษาเกี่ยวกับ Health Literacy นั้นส่วนใหญ่เป็นศึกษาในมุมมองว่า Health Literacy เป็นความเสี่ยง (As risk) และทำใน Healthcare Setting การศึกษาในมุมมองว่า Health Literacy เป็นทรัพย์สินหรือเป็นทุนในส่วนบุคคล (As asset) และมองในเชิงการส่งเสริมสุขภาพในระดับ Public Health ยังมีน้อยอยู่ ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแนวคิดว่า การยกระดับ Health Literacy ไม่ใช่เป็นภาระของแต่ละบุคคลเท่านั้น แต่เป็นภาระของทุก setting ที่ต้องจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health- Literate Friendly Setting) โดยเริ่มจาก 4 setting ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุข โรงเรียน สถานประกอบการ ชุมชน ก่อนจากนั้นขยายไปในทุก setting ในสังคม ถึงจะไปสู่ฝันคือ สังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Society)

การฝึกอบรมในเรื่อง Health Literacy โดยเริ่มจาก บุคลากรสาธารณสุขก่อน จากนั้นขยายไปสู่บุคลากรอื่นๆ ได้แก่ ผู้ บริการศึกษา ครู ผู้นำชุมชนหรือผู้นำท้องถิ่น อสม. ผู้บริหารสถานประกอบการ รวมถึง เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป), HR ในเรื่อง Health Literacy ว่าทำไมต้องลงทุนในการยกระดับ Health Literacy (Why) ถ้าจะลงมือทำ จะทำอะไรและทำอย่างไร เพื่อให้เป็นองค์กรหรือ setting ที่เป็นมิตรต่อความรู้ด้านสุขภาพ (How) และจะเสนอแนะให้ผู้กำหนดนโยบายเพื่อออก นโยบายสาธารณะในเรื่องใด เพื่อยกระดับ Health Literacy (Advocate) ซึ่งทั้ง 3 เรื่องที่ได้กล่าวมีพร้อมอยู่แล้วใน Solid Fact : Health Literacy จึงทำการแปลเป็นภาษาไทย เพื่อให้อ่านได้ง่ายขึ้น โดยทำทั้งรูปเอกสาร pdf และ e Learning และ ขอขอบคุณ WHO – Region office for Europe ที่ผลิตเอกสาร Solid Fact Health Literacy ทำให้เห็น Best practice ที่ควร ดำเนินการ และที่สำคัญคือไม่ต้องเสียเวลาลองผิดลองถูก

นพ.ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล

สารบัญ

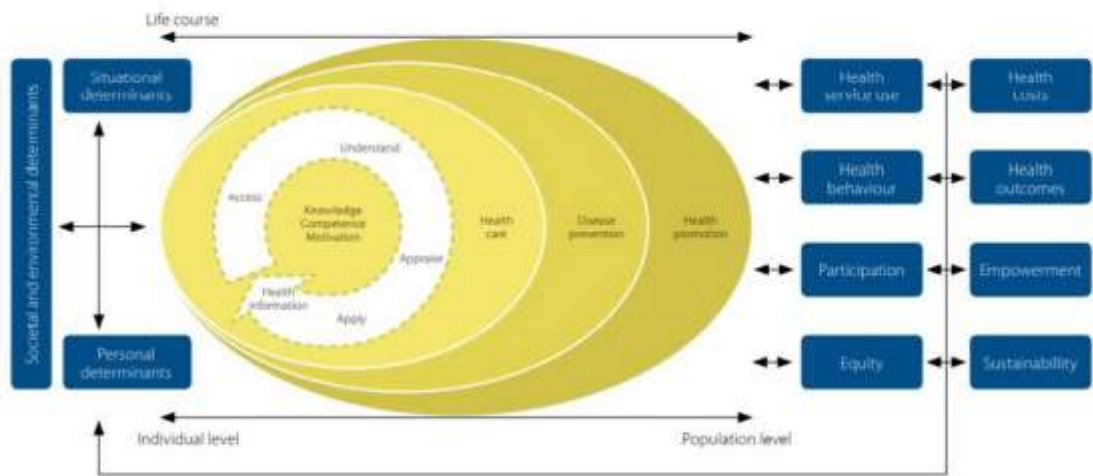
	หน้า
ปูพื้นฐาน แนวคิด นิยาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา	B1-34
บทนำ	1
Part A. ทำไมต้องลงทุนเพื่อสร้างความเข้มแข็งในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3
1. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศในยุโรป (HLS-EU)	4
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ	6
Example ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	9
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) : ปัญหาที่ประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง และเป็นประเด็นท้าทายเรื่องความไม่เท่าเทียม	11
Example ผู้ป่วยและชนกลุ่มน้อย	15
4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : สามารถฟื้นคืนสุขภาพของบุคคลและชุมชน (Resilience)	16
Part B. Action ในการสร้าง Setting ที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ (Health-Literate Friendly Setting)	20
5. คุณลักษณะของ Health Literate Setting	21
6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ คุณลักษณะหลักใน Healthy City	22
7. คุณลักษณะของ องค์การที่เป็นมิตรกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	23
8. Setting การศึกษา (Education Setting)	26
9. Setting ตลาดและชุมชน (Market Place and Community Setting)	29
10. Setting สถานที่ทำงาน (Workplace Setting)	32
11. Setting สถานบริการสุขภาพ (Healthcare Setting)	36
Example การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	40
กรณีศึกษา: โปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง	41
12. สื่อและการสื่อสาร (Media and communication)	42
13. Social Media and online Health	45
Part C การพัฒนานโยบายสำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับภูมิภาค (Developing policies for health literacy at the local, national and European Region levels)	47
ภาคผนวกที่ 1 การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในประเทศต่างๆ (USA ,EU ,Austria ,Australia ,Thailand)	50
ภาคผนวกที่ 2 การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย	58
ภาคผนวกที่ 3 Health Literate Healthcare Organization (HLHCO) Jürgen M. Pelikan	75

Health Literacy นิยามและแนวคิด ¹

1. นิยามของ Health Literacy (HL) นั้นวิวัฒนาการตั้งแต่ปี 1974 โดยเริ่มจากการสอนวิชาสุขศึกษาในโรงเรียน (Health Education) เพื่อให้นักเรียน สามารถดูแลตนเองทางสุขภาพได้ทั้งในยามที่ปกติหรือยามที่ป่วย แต่ผ่านไป 50 ปี มีน้อยประเทศในโลกที่การสอนสุขศึกษามีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่จะไม่ได้รับความสนใจนำสู่การปฏิบัติเท่าที่ควร
2. ต่อมา Health Literacy ก็ถูกนำมาใช้ใน Health care Setting โดยเฉพาะในอเมริกา เพื่อให้ผู้มารับบริการ เข้าใจ สื่อต่างๆ ได้ดีขึ้น และทำให้ประชาชนสามารถสื่อสารความต้องการของตนด้านสุขภาพให้กับผู้ให้บริการได้ นิยามของ HL จึงออกไปในแนวของ Health care setting
3. จากนั้น HL ก็ถูกนำมาใช้สำหรับการป้องกันโรค (Disease Prevention) โดยมองว่า ผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพต่ำ ถือเป็นความเสี่ยง (HL as Risk) จึงใช้แนวคิดของการป้องกันโรค คือ การใช้เครื่องมือคัดกรองเพื่อหาผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Screening) แล้วให้ความรู้หรือสุขศึกษาแก่ผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพต่ำ การให้สุขศึกษาจึงถือเป็น Intervention เพื่อจัดการความเสี่ยงคือ HL ต่ำ เพื่อหวังผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี
4. ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา แนวคิด หรือ Concept ของ Health Literacy ถูกพัฒนาไปสู่แนวคิดของ Health Promotion โดยเฉพาะในภาคพื้นยุโรป (EU) แนวคิดนี้เริ่มมองว่า HL ไม่ใช่จำกัดที่เฉพาะ Health care setting และไม่ใช่จำกัดเฉพาะเวลาป่วยเท่านั้น แต่จำเป็นในทุกกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะอยู่ในที่บ้าน ในที่ทำงาน หรือในชุมชน นิยามของการส่งเสริมสุขภาพคือการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคล ในการพัฒนาสุขภาพ หรือปัจจัยกำหนดสุขภาพ แนวคิดนี้ไม่ได้มอง HL As risk แต่มอง HL as Asset HL คือทรัพย์สินหรือทุนที่อยู่ในตัวคน เป็นทุนที่ค่อยสะสมตลอดช่วงชีวิต แนวคิดนี้ การพัฒนาบุคคลให้มี Health Literacy โดยการให้สุขศึกษาแบบร่วมสมัยใหม่ หรือ Contemporary Health Education (ไม่ใช่การให้สุขศึกษาเหมือนก่อนที่เพิ่มแต่ความรู้ แต่ไม่ได้เพิ่มทักษะ หรือ Classical Health Education) จะทำให้เกิดผลที่ตามมา คือ Health Literacy หรือจะกล่าวได้ว่า Health Literacy คือ Output ของ Health Education (Contemporary)
5. หลายภูมิภาค โดยเฉพาะ EU ได้พัฒนา Health Promotion Setting ต่างๆ ได้แก่ Health Promoting School Health Promoting Hospital และเกิดแนวคิดใหม่ว่า HL ไม่ได้เป็นหน้าที่ของประชาชนอย่างเดียว แต่เป็นหน้าที่ขององค์กรด้วยที่ต้องช่วยสนับสนุน ส่งเสริมประชาชนให้มี HL จึงเกิดแนวคิดเรื่อง องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพหรือ Organizational HL
6. ปี 2020 SØrensen ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ Health Literacy แล้วทำการบูรณาการทุก HL Model ที่มีอยู่ในขณะนั้นมาเป็น HL Framework หรือจะกล่าวได้ว่า ทุก HL Model ที่มีอยู่ในโลกนี้เป็น Sub set ของ HL Framework นี้ มอง HL เป็น 2 dimension เป็น Matrix 3x4 โดย dimension แรก คือ Context dimension ได้แก่ Health Care ,Disease Prevention , Health Promotion ส่วน dimension ที่ 2 คือ Competency Dimesion

ได้แก่ การเข้าถึง (Access) การเข้าใจ (Understand) การประเมิน (Appraise) และการนำไปใช้ (use) ดังภาพ

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



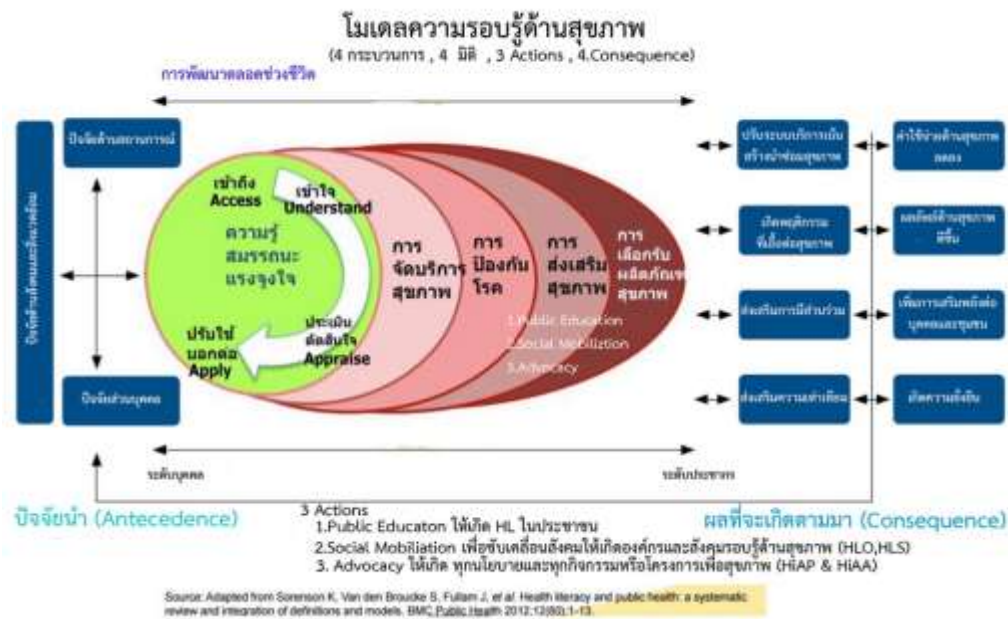
Source: adapted from: Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012, 12:80.

7. WHO - EU ได้ตีพิมพ์เอกสาร ชื่อ " Health Literacy The solid Fact " ซึ่งในปัจจุบันถือเป็นตำราของ Health Literacy ที่มีผู้อ้างอิงมากที่สุด และได้นำ กรอบแนวคิดของ Sørensen ไปกำหนดนิยามของ Health Literacy ว่า

Health Literacy คือ "ทักษะ ด้านปัญญา หรือ สังคมที่จะไปกำหนด แรงจูงใจหรือความสามารถของ บุคคล ในการ เข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูลที่ได้รับ และสามารถที่จะใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาในการ ส่งเสริม และธำรงรักษาซึ่งสุขภาพที่ดี"²

8. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะเป็นตัวบอกว่า บุคคลนั้นจะสามารถใช้ความรู้ ทักษะ และมั่นใจในการใช้ข้อมูล ข่าวสาร เพื่อปรับปรุงสุขภาพของบุคคล/ชุมชนได้มากน้อยเพียงไร ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและ สิ่งแวดล้อม ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมากกว่าการที่สามารถอ่านฉลากยาออก และสามารถไป รับการติดตามการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ การที่จะสามารถเพิ่มความสามารถของบุคคลในการ เข้าถึงข้อมูล และสามารถใช้อ้างอิงข้อมูลเพื่อการปรับปรุงสุขภาพได้นั้น การเสริมพลังเป็นสิ่งที่จำเป็น การอ่านออก เขียนได้ (Literacy & Numeracy) เป็นพื้นฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ คนที่การอ่านออกเขียนได้ต่ำ จะ ส่งผลทำให้การพัฒนาส่วนบุคคล สังคมและวัฒนธรรมต่ำไปด้วย และความรอบรู้ด้านสุขภาพก็จะต่ำไปด้วย เช่นกัน
9. สำหรับประเทศไทย สมาคมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย (THLA) ได้พัฒนา HL Framework ให้เหมาะสม กับบริบทของสังคมไทย โดยได้ในส่วนของ Context dimension เพิ่มเรื่อง การประเมินผลิตภัณฑ์สุขภาพ อีก 1

เรื่อง จึงเป็น matrix 4x4 = 16 ดังรูป



10. ปี 2015 เป็นปีสุดท้ายคือ MDGs (Millennium Development Goals) ซึ่งหลายๆเครื่องชี้วัดยังไม่ประสบความสำเร็จ UN จึงกำหนดเป้าหมายใหม่ในปี 2016-2030 เรียกว่า SDGs (Sustainable Development Goals) เครื่องชี้วัด SDGs นั้นมีหลายตัวที่เกี่ยวกับสุขภาพ หรือปัจจัยกำหนดสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพคือกลยุทธ์ที่สำคัญที่จะทำให้ SDGs บรรลุผล
11. การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก (Global Health Promotion Conference) ครั้งที่ 8 ในปี 2016 ที่จัดที่ นครเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน จึงชูประเด็น Promote Health Promote SDGs



และกำหนดให้ Health Literacy เป็น 1 ใน 3 เสาหลัก ที่จะ Promote Health (อีก 2 เสาหลักคือ Healthy City and Good Governance



12. ประเทศไทยได้มีการสภาพปฏิรูปประเทศภายหลังการรัฐประหารเมื่อปี 2557 และหนึ่งในหัวข้อของการปฏิรูประบบสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คือ เรื่องการพัฒนา Health Literacy

Health Literacy มี 3 ระดับ ได้แก่

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับใช้งาน (Functional Health Literacy) คือใช้ความรู้และใช้ทักษะทางปัญญา (cognitive skill) ในชีวิตประจำวัน เช่นรู้ว่าอะไรคือความเสี่ยง และจะหลีกเลี่ยงความเสี่ยงอย่างไร จะไปรับบริการสาธารณสุขที่ไหน อย่างไร เท่านั้น ซึ่งคนที่มีความรู้พื้นฐานด้านการอ่านออกเขียนได้ ก็สามารถที่จะอ่านฉลากยาได้ อ่านเอกสารแนะนำการปฏิบัติตัวและอ่านใบนัดการติดตามการรักษาของแพทย์ได้ ความรอบรู้ในระดับนี้เกิดประโยชน์ในระดับบุคคล
2. ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive/communicative Health literacy) ใช้ทักษะด้านปัญญาที่สูงกว่าระดับพื้นฐาน ร่วมกับการใช้ทักษะทางด้านสังคม (Social skill) เพื่อทำปฏิสัมพันธ์กับสถานการณ์ เหตุการณ์ หรือผู้คน เมื่อเจอสถานการณ์ใหม่ ก็สามารถที่จะวิเคราะห์/สังเคราะห์ความรู้ใหม่ เพื่อใช้ในการจัดการปัญหาใหม่ได้
3. ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) ใช้ทักษะด้านปัญญาที่สูงและซับซ้อนขึ้น ร่วมกับทักษะด้านสังคม โดยสามารถเห็นความเชื่อมโยงของปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ สามารถใช้ทักษะทางสังคมเพื่อทำการเคลื่อนไหวทางสังคมจนเกิด Social Action & Influence ในการปรับปรุงทั้งสาเหตุโดยตรงของปัญหา และปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เป็นได้ทั้งสาเหตุทางตรงและทางอ้อม ซึ่งผลการปรับปรุงทั้งส่วนบุคคลและปัจจัยกำหนดสุขภาพ จะส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพส่วนบุคคลและสุขภาพของชุมชน

Health Literacy มี 2 แนวคิด คือ Health Literacy As risk or As Asset ³

1. แนวคิดแรก มอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือปัจจัยเสี่ยง (Risk concept) แนวทางการดำเนินการ คือ บ่งชี้ว่าใครมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องนั้นๆ ต่ำ และต่ำในประเด็นใดบ้าง จากนั้นก็ให้ข้อมูล (Information) ความรู้ (Knowledge) ผ่านการสื่อสาร (Communication) หรือใช้คำย่อว่า IEC ซึ่ง IEC ก็คือการให้ Health Education เกี่ยวกับโรคนั้น และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค หรืออะไรทำให้การดำเนินของโรคแย่ลง หวังผลให้เกิดการปรับปรุงในประเด็นที่จะตอบสนองผลการรักษาได้ดีขึ้น และให้มารับบริการตามนัดหมาย แนวคิดนี้มองว่า Health Literacy คือความเสี่ยง และ Health Education คือมาตรการในการจัดการความเสี่ยง (Intervention or measure) แนวคิดนี้ส่วนใหญ่ใช้ในสถานบริการ สาธารณสุข และใช้เพื่อการป้องกันโรค หรือป้องกันผลแทรกซ้อนจากโรค (Diseases prevention) ประโยชน์จะเกิดกับส่วนตัว(Personal Benefit) มากกว่าชุมชน (Community Benefit) และเป็นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy)
2. แนวคิดที่สอง มองความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือทุนหรือทรัพย์สินที่อยู่ในตัวคน การจะเพิ่มทุนความรอบรู้ได้ต้องให้ Information Education & Communication (IEC) หรือ Health education ตามแนวคิดนี้ Health Education → Health Literacy หรือจะเรียกกลับกันว่า Health Literacy คือผลลัพธ์ที่เกิดจาก Health

Education แนวคิดนี้เหมาะที่จะใช้ในระดับชุมชน (ระดับสถานบริการก็ใช้ได้) และตรงกับการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) โดยต้องยกระดับการให้การศึกษา เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพไปถึงระดับตอบโต้/สื่อสาร (Interactive Health Literacy) และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) เพื่อให้ทราบไม่เฉพาะตัวโรค ปัจจัยเสี่ยง หรือการไปรับบริการ เท่านั้น แต่หมายรวมถึงต้องเข้าใจ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและการเมืองที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และ Health Education ต้องเหนี่ยวนำให้เกิดการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อสุขภาพ (Social Mobilization for Health) และการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือมาตรการเพื่อสุขภาพ (Advocacy for health) เพื่อที่จะปรับเปลี่ยนปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพ การเพิ่มพูนความรอบรู้ส่วนบุคคลจะเกิดกระบวนการเรียนรู้ทำให้เกิดชุมชนเรียนรู้ ซึ่งจะได้ประโยชน์ทั้งส่วนตัวและชุมชน (personal and community benefit)

สรุป

1. การที่ Health Literacy มี 3 ระดับ จะทำให้การสร้างเครื่องมือในการวัดที่แตกต่างกันออกไป ตามระดับว่าจะวัด Function หรือ Interactive หรือ Critical Health Literacy)
2. การที่ Health Literacy มี 2 concept ทำให้วิธีการ Approach ต่างกันว่าจะ Approach แบบ Disease prevention ที่ทำในสถานบริการ หรือจะ Approach แบบ Health Promotion ที่สามารถทำได้ทั้งในชุมชนและสถานบริการ ซึ่งงานศึกษาวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ นั้น มากกว่าร้อยละ 95 ทำในสถานบริการ ใช้ความรอบรู้ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) และใช้แนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือความเสี่ยง (Risk Concept)

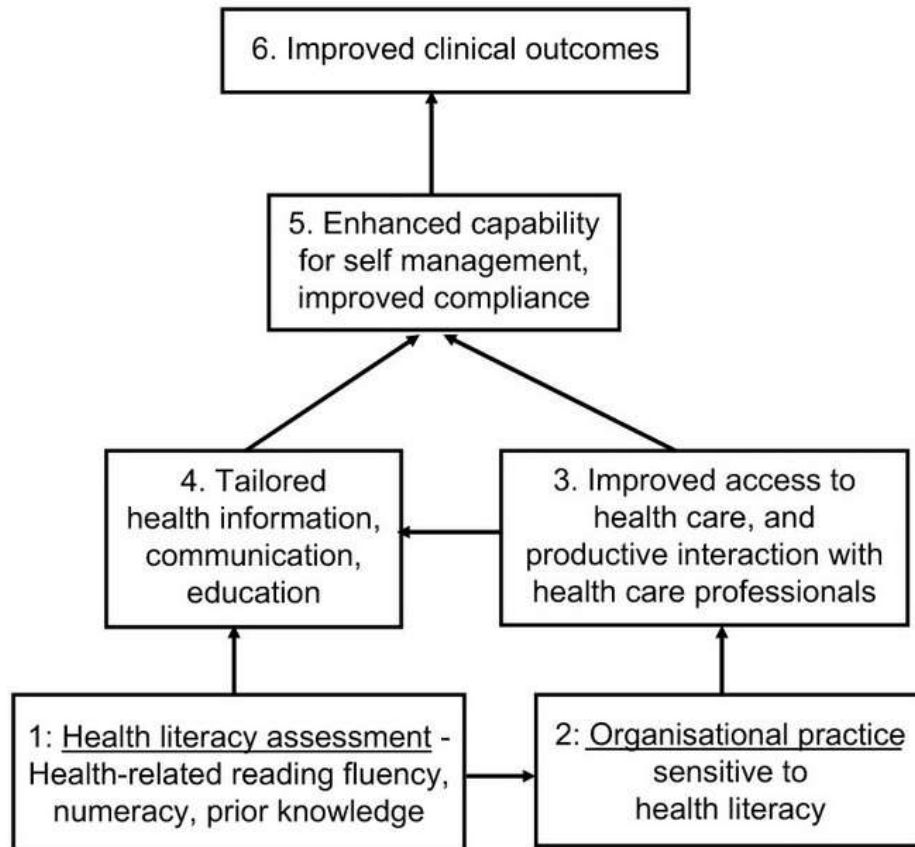


Fig. 1. Conceptual model of health literacy as a risk.

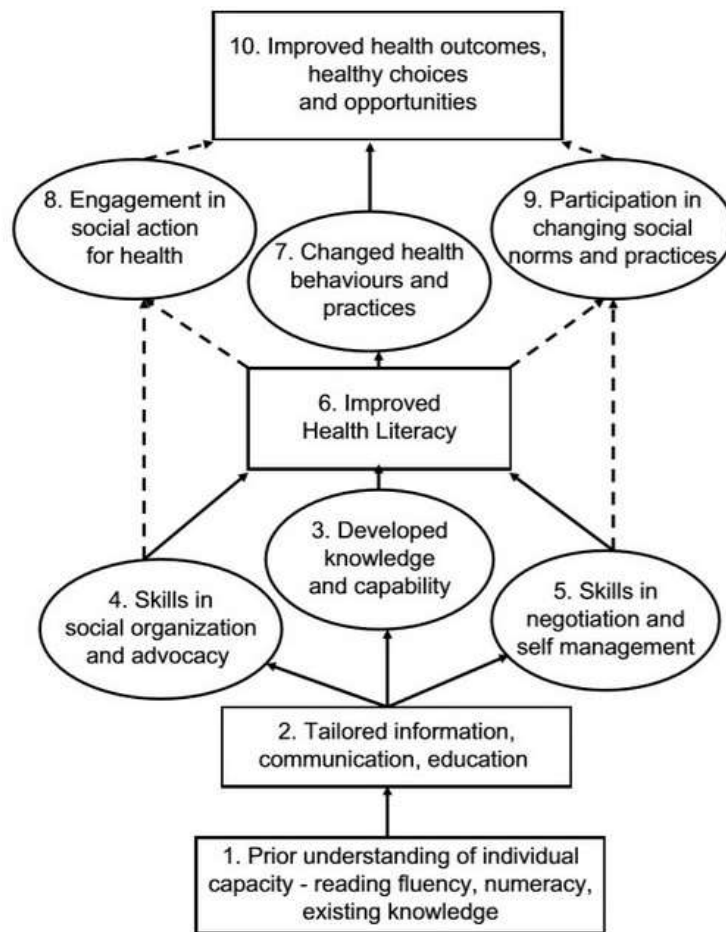


Fig. 2. Conceptual model of health literacy as an asset.

เอกสารอ้างอิง

1. *Health Literacy* นิยามและแนวคิด (context)
2. WHO defined Health literacy as the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. Health Literacy means more than being able to read pamphlets and successfully make appointments. By improving people's access to health information and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment. (context)
3. *The Evolving Concept of Health Literacy* D.Nutbeam (context)

Health Literacy , Health Education และ Health Promotion เชื่อมโยงกันอย่างไร

Health Literacy ต่างกับ Health Promotion อย่างไร ¹

Health Literacy คือ skill (ทักษะ) ส่วน Health Promotion คือ Process(กระบวนการ) เพื่อที่จะทำให้เกิดทักษะดังกล่าว ซึ่งรายละเอียดของนิยามของทั้ง 2 คำ เป็นดังนี้

1. Health Literacy คือ ทักษะด้านปัญญาหรือสังคมที่จะไปกำหนดแรงจูงใจหรือความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูลที่ได้รับ และสามารถที่จะใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาในการส่งเสริม และธำรงรักษาซึ่งสุขภาพที่ดี ²
2. Health Promotion คือ กระบวนการที่จะไปเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมสุขภาพรวมถึงการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ³

Health Promotion Actions

Health promotion Action ประกอบด้วย Health Education ,Social Mobilization และ Advocacy for health ⁴

1. Information Education and communication หรือ IEC ซึ่งต่อไปจะใช้คำว่า Health Education แทน โดย Outcome ที่ได้จาก Health Education คือ Health Literacy นั่นเอง ซึ่งเป็นได้ทั้งระดับ Functional , Interactive หรือ Critical Health Literacy ขึ้นกับรูปแบบและวิธีการและกลุ่มเป้าหมายในการให้ Health Education
2. Social Mobilization หรือ การเคลื่อนไหวทางสังคม คือการที่กลุ่มคนได้ร่วมกันขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพที่สนใจร่วมกัน Outcome ที่เกิดขึ้น คือ Community Action หรือกิจกรรมทางสังคม ถ้ากิจกรรมทางสังคมใดได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จะกลายเป็นบรรทัดฐานทางสังคม ซึ่งถือเป็น Social Influence ที่จะกำหนดกรอบหรือมาตรการทางสังคมให้คนในสังคมปฏิบัติตาม
3. Advocacy for Health คือการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือมาตรการแก่ผู้กำหนดนโยบายในระดับต่างๆ เช่น ระดับการเมือง ข้าราชการประจำ และท้องถิ่น Outcome ที่ได้คือ Healthy Public Policy หรือ Health in all Policy และแนวปฏิบัติขององค์กร (organization practice) ที่เอื้อต่อสุขภาพในทุกการปฏิบัติ (Health in all practice)

ความเชื่อมโยงจาก Action ไปสู่ Output และ Outcome

จาก Health promotion Action ไปสู่ Health promotion outcome และจาก Health Promotion Outcome ไปสู่ Intermediate health outcome (ก่อนที่จะไปถึง Health outcome) ดังนี้

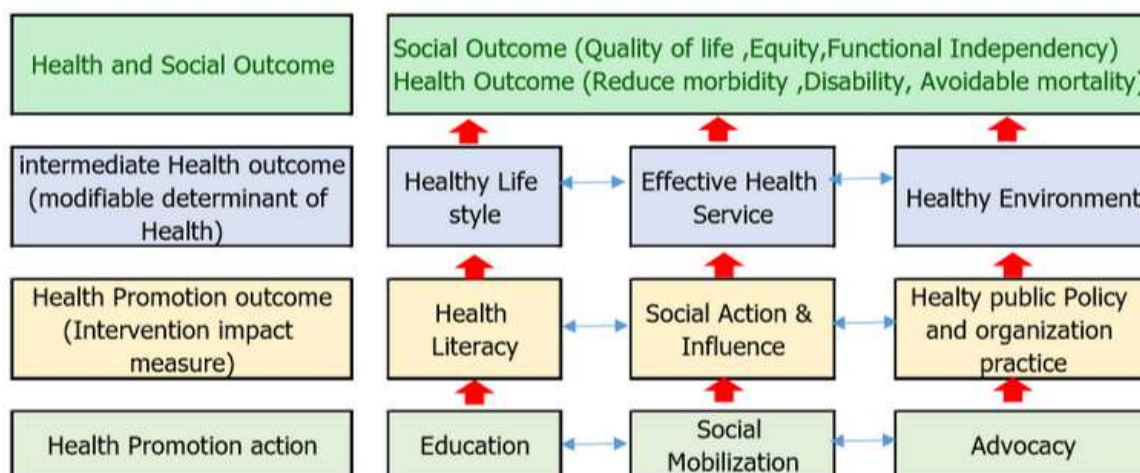
1. Health Literacy จะไปสู่ Intermediate health outcome คือ Healthy Behavior or Healthy Lifestyle
2. Social action and Influence จะไปสู่ Intermediate health outcome คือ Effective services for health (All Services for health)

3. Healthy Public policy & organization practice จะไปสู่ intermediate health outcome คือ Healthy & Supportive environment for health)

3 Health promotion Actions ที่จะไปยก 3 ระดับของ Health Literacy

Health promotion เป็นกระบวนการเสริมพลังให้กับคน/ชุมชน เพื่อพัฒนาสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพของตน/ชุมชน โดยผ่าน 3 Actions เพื่อทำให้เกิด 3 ระดับของ Health Literacy ดังภาพ

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



remark : ตัวอย่างของมาตรการของแต่ละหัวข้อ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Health Education ร่วมสมัย (Contemporary Health Education) เนื่องจาก HL มี 3 ระดับ การให้สุขศึกษา สมัยใหม่ก็ต้องมี 3 ระดับ โดย

1. ระดับแรก เป้าหมายเพื่อเพิ่มความรู้ เกิดผลลัพธ์คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับใช้งาน (Functional)
2. ระดับที่ 2 เป้าหมายเพื่อเพิ่มทักษะ (skill) นอกจากให้ความรู้ต้องฝึกปฏิบัติด้วยเพื่อให้มีทักษะในการจัดการตนเองได้เพื่อสุขภาพ เกิดผลลัพธ์คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive HL)

3. ระดับที่ 3 เป้าหมายเพื่อเสริมพลัง (Empower) ทั้งบุคคลและชุมชน สามารถจัดการตนเองและปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของชุมชนได้ เกิดผลลัพธ์คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)

ตารางเปรียบเทียบการสอนสุขภาพเพื่อให้บรรลุ Health Literacy ระดับต่างๆ

Topic	Function HL(1)	Interactive HL(2)	Critical HL(3)
Goal	เพื่อการสื่อสารและให้ความรู้	เพื่อเพิ่มทักษะส่วนบุคคล	เสริมพลังบุคคลและชุมชน
เนื้อหา	การส่งข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและการใช้บริการสุขภาพ	เหมือน (1) และเพื่อโอกาสในการพัฒนาทักษะในเรื่องของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	เหมือน (2) และเพิ่มการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และโอกาสที่จะสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือการปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติขององค์กร (Organization Practice)
Individual Benefit Outcome	เพิ่มความรู้ในเรื่องความเสี่ยงและการใช้ระบบบริการ ความร่วมมือในการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์	เพิ่มความสามารถในการใช้ข้อมูลเพื่อจัดการตนเอง เพิ่มแรงจูงใจและความมั่นใจในตนเองในการจัดการสุขภาพตนเอง	เพิ่มความสามารถส่วนบุคคลที่จะฟื้นคืนปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อสุขภาพให้กลับมาดีเหมือนเดิม
Social & Community Benefit Outcome	เพื่อการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการรักษาในระดับประชากร เช่นเรื่องการคัดกรองโรค การไปรับวัคซีน	เพิ่มความสามารถในการสร้างและใช้มาตรการทางสังคม (social norm) การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มทางสังคมต่างๆ	เพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลต่อสุขภาพ และเพิ่มการเสริมพลังชุมชน
ตัวอย่างกิจกรรมการให้สุขภาพศึกษา	การส่งข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางปกติ เพิ่มโอกาสการติดต่อโดยตรงถึงผู้ป่วย มีสื่อในการให้สุขภาพที่พร้อมใช้	การสื่อสารที่เฉพาะเจาะจงต่อความต้องการของชุมชน เป็นผู้สนับสนุนให้เกิด Self Help group ,Social Support Group และการสร้างช่องทางสื่อสารที่หลากหลาย	จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน การให้ข้อเสนอแนะต่อผู้นำชุมชน และนักการเมืองท้องถิ่น สนับสนุนการพัฒนาชุมชน

2. Social Mobilization การจะจัดการปัญหาสุขภาพนั้น ลำพังเฉพาะตนเอง หรือเฉพาะ Health sector ไม่สามารถที่จะจัดการปัญหาลงไปถึงระดับรากหญ้า (Root cause) ได้ ต้องเคลื่อนไหวทั้งสังคมเข้ามาร่วมกันจัดการ ทั้งตัวปัญหาสุขภาพ และปัจจัยกำหนดสุขภาพ ผลลัพธ์ของการเคลื่อนไหวทางสังคมคือ Social Action และ Social norm ซึ่งเป็นตัวกำหนดกรอบของกิจกรรม และผลลัพธ์ที่จะตามมาคือ ทุกกิจกรรมเพื่อสุขภาพ หรือ Health in all Action (HiAA)

** หมายถึง การเคลื่อนไหวสังคมเพื่อให้เกิด social action & Influence เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ คือภาคปฏิบัติของการให้สุขภาพแบบร่วมสมัย เพื่อให้เกิดทักษะจัดการตนเองในเรื่องสุขภาพ

3. Advocacy จากความรู้ไปสู่ทักษะทั้งส่วนบุคคลและทักษะในการเคลื่อนไหวสังคมเพื่อควบคุมทั้งสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ถูกยกระดับจากระดับใช้งาน (Functional HL) ไปสู่ ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive HL) จนไปถึงระดับ วิจาร์ณญาณ (Critical HL) ที่สามารถ Empower ทั้งบุคคล สังคม รวมถึง ผู้กำหนดนโยบาย เพื่อให้กำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อเอื้อต่อสุขภาพ จนทำให้เกิด Health in All Policy หรือ HiAP เมื่อ HiAP แล้วสิ่งที่ตามมา คือ Healthy and Supportive Environment ทั้ง Healthy and Supportive Environment และ Health in all Action จะเป็นด้วยระดับทั้งสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ (determinant of health)

** หมายเหตุ การเคลื่อนไหวสังคมเพื่อให้เกิด social action & Influence และ Public Policy เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ คือภาคปฏิบัติของการให้สุศึกษาแบบร่วมสมัย เพื่อให้เกิดทักษะจัดการตนเองในเรื่องสุขภาพทั้งของตนเองและของชุมชน

นิยามของการส่งเสริมสุขภาพ

ในปี 1986 ใน Ottawa Charter ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพคือกระบวนการในการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพ แต่ในระยะหลัง (ก่อนปี 2000 เล็กน้อย) ได้เพิ่ม เป็น กระบวนการในการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมหรือพัฒนาสุขภาพ และปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดย

1. ทำผ่าน 3 กลยุทธ์หลักของการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ Enabling , Mediate , Advocate
2. ที่ต้องบูรณาการไปกับทั้ง 5 Action Area ได้แก่ 1. Create Healthy Public Policy 2. Building Supportive Environment 3. Develop Personal Skill 4. Strengthened Community Action 5. Reoriented Health Service System



สรุป

1. ถ้าจะเปรียบเทียบ 3 Health promotion กับ 3 Core Strategy of Health Promotion แล้ว
 1. Health Education จะเข้าได้กับ Enabling
 2. Social Mobilization จะเข้าได้กับ Mediate คือการเป็นตัวกลางในการเคลื่อนไหวสังคมเพื่อยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ
 3. Advocacy ก็ตรงกับ Advocacy
2. ประเด็นที่สำคัญคือ การวัดความสำเร็จของการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพนั้น ควรในระดับ Intermediate Health Outcome หรือ Determinant of Health เพราะการที่จะบรรลุ Health Outcome ได้นั้น จำเป็นต้องบูรณาการส่งเสริมสุขภาพ เข้ากับมิติที่เหลือของงานสาธารณสุข ได้แก่ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู

เอกสารอ้างอิง

1. *Health Literacy กับ Health Promotion เชื่อมโยงกันอย่างไร (นพ.ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล) (context)*
2. *WHO defined Health literacy as the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. Health Literacy means more than being able to read pamphlets and successfully make appointments. By improving people's access to health information and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment. (context)*
3. *Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. It moves beyond a focus on individual behaviour towards a wide range of social and environmental interventions. (context)*
4. *Health Literacy as public Health goal : A Challenge for contemporary Health Education and Communication strategies into the 21st century : Don Nutbeam. (context)*
5. *นิยามศัพท์การส่งเสริมสุขภาพ (เรียบเรียงโดย นพ.ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล) (context)*

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

Health Education เพื่อยกระดับ Health Literacy ¹

1. Health Literacy (HL) เป็นคำใหม่เมื่อใช้ใน concept ของ Health Promotion (แต่ไม่ใหม่ในกรณีที่ใช้ใน concept ของ Risk factor)² โดย Health Literacy เป็น ผลผลิตของกิจกรรมให้ความรู้และการสื่อสาร (Education & Communication Activities) เมื่อยึดตามความหมายนี้ การให้ความรู้จะส่งเสริมต่อการเพิ่ม Health literacy บทความนี้จะกล่าวถึงความไม่สำเร็จในอดีตของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อที่จะไปข้างหน้า ปัจจุบันกำหนดสุขภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ (social and economic determinant of health) จากการติดตามผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งได้มีการลดบทบาทของการให้สุขศึกษาลง บทความนี้ได้แสดง “Health Outcome Model “ ซึ่ง model นี้ได้เน้นให้เห็นว่า Health Literacy นั้นเป็นผลลัพธ์ของการให้การให้สุขศึกษา และได้แสดงให้เห็นระดับต่างๆของ Health Literacy ได้แก่ Functional หรือ Basic Health literacy , Interactive Health Literacy และ Critical Health Literacy จากการวิเคราะห์ดังกล่าวจะพบว่า Health Literacy มีความหมายมากกว่าการส่งข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาทักษะในอ่านฉลากยา หรือการมาพบแพทย์ตามนัดเท่านั้น แต่ Health Literacy เป็นการพัฒนาทักษะของประชาชนให้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และความสามารถในการใช้ข้อมูลข่าวสารดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนา Health Literacy คือการเสริมพลัง (empower) การประยุกต์ใช้ทั้งเนื้อหา (content) และวิธีการ (method) ในการให้สุขศึกษา รวมถึงการสื่อสาร คือประเด็นที่ต้องนำมาพิจารณา เพื่อให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล การขยายการให้สุขศึกษาไปสู่ชุมชน (community base education outreach) รวมถึงการให้สุขศึกษาเพื่อสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อไปสู่การออกกฎหมายหรือข้อบังคับ เพื่อเอาชนะอุปสรรคเชิงโครงสร้างต่อสุขภาพ (overcome structural barriers to health) เป็นประเด็นที่ท้าทายของการให้สุขศึกษาเพื่อให้บรรลุถึงการสร้าง Health literacy ให้เกิดถึงระดับ Interactive หรือ Critical Health Literacy
2. ในศตวรรษที่ผ่านมา การให้สุขศึกษาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งในประเทศกำลังพัฒนา การรณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การควบคุมโรคติดต่อ และการให้ภูมิคุ้มกันในประเทศพัฒนาแล้ว และในปี 1960-1970 ได้มีการรณรงค์ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค NCD โดยเน้นที่การเผยแพร่ข่าวสารทางด้านสุขภาพเท่านั้น ซึ่งได้รับการพิสูจน์ว่าการรณรงค์โดยไม่ได้นำประเด็นทางเศรษฐกิจและสังคมมาพิจารณาร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคลนั้น ไม่ประสบความสำเร็จในการบรรลุผลลัพธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากประสบความสำเร็จเฉพาะในกลุ่มที่มีการศึกษาและรายได้สูงในชุมชนเท่านั้น โดยตั้งสมมุติฐานว่าที่กลุ่มนี้ได้ผลดี เนื่องจากการศึกษาทำให้อ่านออกเขียนได้ ทำให้สามารถตอบสนองต่อข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่ส่งไปให้ได้มากกว่า
3. ในส่วนของการควบคุมโรคนั้น ในปี 1980 ได้มีการพัฒนาโปรแกรมในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและทักษะทางสังคม เพื่อให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้สามารถป้องกันภัยอันตรายจากเรื่องยาเสพติด และได้ขยายไปสู่กลุ่มเป้าหมายอื่นๆ มีการพัฒนาทฤษฎีเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วงนี้ ซึ่งทฤษฎีเหล่านี้ได้ช่วยอธิบายความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่าง ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยมทางสังคม และพัฒนา guideline ในการให้สุข

ศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน ในช่วงเดียวกันนี้ เกิด social marketing ซึ่งเป็นเทคนิคในการเปลี่ยนแปลงค่านิยมทางสังคมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในสังคม โดย social marketing เน้นที่การหาแนวทางที่สร้างสรรค์ในการวิเคราะห์ประเด็นต่างๆ จากนั้นพัฒนาโปรแกรมโดยเน้นการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มต่างๆ แม้จะมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการในการสื่อสารและการให้สุขศึกษา แต่ก็ยังไม่สามารถที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน และไม่สามารถที่จะส่งผลกระทบไปสู่สถานะสุขภาพอย่างเท่าเทียม

4. ในทศวรรษที่ 19 Public health action เน้นในเรื่องการจัดการสภาพความเป็นอยู่และสภาพการทำงาน อันเป็นผลจากการปฏิวัติอุตสาหกรรม Public health action มาเน้นเรื่องการพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social and environmental health determinant) ของประชาชน และในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 Public health action มีการปรับเปลี่ยนจุดเน้น โดยเน้นสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของแต่ละบุคคล จากการวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาในเรื่อง ความเจ็บป่วยหรือพิการของประชากรในประเทศพัฒนาแล้วยืนยันได้ว่า อิทธิพลของปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรค และผลแทรกซ้อนจากโรค (Townsend et al 1988 ; Harris et al 1999) สถานะสุขภาพถูกกำหนดจาก คุณลักษณะส่วนบุคคลและ lifestyle รวมไปถึง ปัจจัยทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ล้อมรอบตัวบุคคล แต่ intervention ส่วนใหญ่ไปเน้นในระดับบุคคล มากกว่าไปเน้นในระดับ public health intervention. โดยในช่วงปลายของศตวรรษที่ 20 นั้น ประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้รับรู้ถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้เกิดการสาธารณสุข ได้มีการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 1 และมีการประกาศ Ottawa charter ในปี 1986 และ Jakarta declaration (1997) ทำให้ health promotion ถูกนำมาใช้เป็น Public health action เพื่อให้สามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งไม่ได้จำกัดเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล แต่รวมถึงการกำหนด Public health policy การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่บ้านและที่ทำงาน ซึ่งมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรม (ก่อนหน้าปี 1986 นั้น public health intervention ที่ใช้ส่วนใหญ่เป็น Disease prevention หรือการป้องกันโรค)
5. Public health action ในปัจจุบัน จึงมีความซับซ้อนเนื่องจากได้คำนึงถึงมิติ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพด้วย และไม่สามารถใช้ approach เฉพาะบุคคล เหมือนสมัยก่อนได้ ขอยกตัวอย่างเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ จำเป็นต้องสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจถึงประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ แต่การขาดมาตรการสนับสนุน เพื่อบังคับหรือทำให้การหยุดสูบบุหรี่อย่างยั่งยืนได้ ทำให้การรณรงค์ไม่ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องมี comprehensive approach โดยคำนึงถึงอิทธิพลทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีต่อการพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ และสื่อสารให้กับประชาชนและสังคมได้รับทราบ แทนที่จะสื่อสารเฉพาะประโยชน์ที่ได้จากการไม่สูบบุหรี่ ต้องมีกลยุทธ์เพื่อลดอุปสงค์ของการสูบบุหรี่ ได้แก่ การออกกฎหมายบังคับไม่ให้มีการโฆษณาบุหรี่ การเก็บภาษีบุหรี่ เพื่อเพิ่มราคาบุหรี่ การลดภาคอุปทาน เช่น การไม่ให้ขายบุหรี่รอบโรงเรียนเพื่อคุ้มครองเด็ก การใช้มาตรการทางสังคม (social ban) การกำหนดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเพื่อคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่า Comprehensive approach ไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะพฤติกรรมส่วนบุคคล แต่รวมถึงปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่จะมีผลต่อพฤติกรรมเหล่านั้นด้วย หรือจะกล่าวว่า public health action ในศตวรรษที่ 21 ต้องมุ่งเน้นสุขภาพของสาธารณะ (Public health) ไม่ใช่สุขภาพส่วนบุคคล (Individual Health) ตัวอย่างในเรื่องการห้ามการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดความเข้าใจและขยายไปสู่การควบคุมเรื่อง การควบคุม

อุบัติเหตุ เรื่องยาเสพติด และความท้าทายที่สำคัญคือเรื่องความไม่เท่าเทียม (Inequity) ในด้านสุขภาพ ซึ่งการให้สุขศึกษาอย่างเดียวจะไม่สามารถที่บรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการไม่เท่าเทียมได้

6. Education program ไม่ประสบความสำเร็จในอดีต เนื่องจากเน้นการให้ความรู้ และความเชื่อส่วนบุคคลถึงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคต่างๆ 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

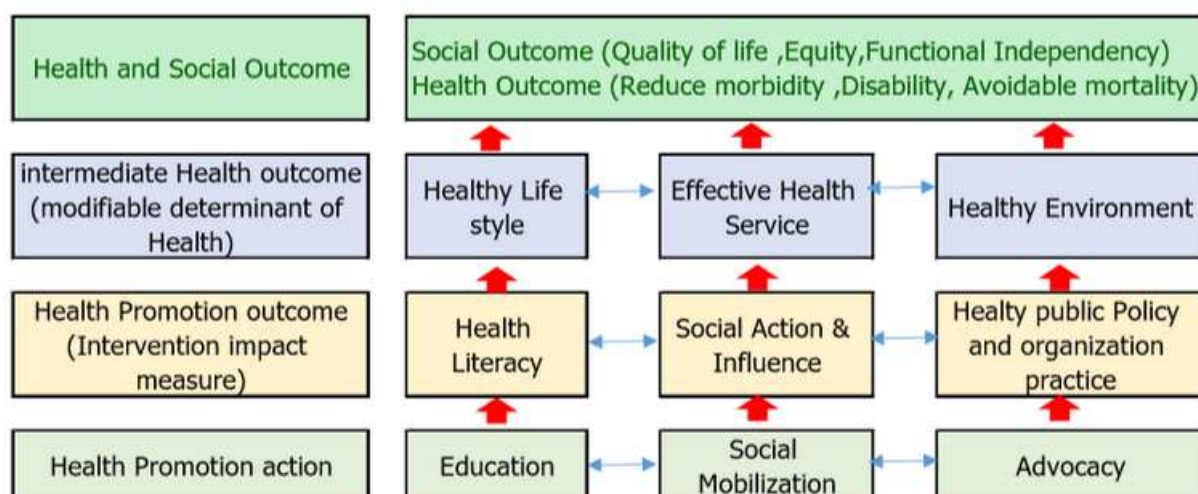
ปัจจุบันได้สนใจในการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการให้นิยามผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง กับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion Activity) Health Promotion outcome model นี้ (Nutbeam 1996) ได้ลำดับขั้นของผลลัพธ์ในระดับต่างๆ เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่าง Health Promotion action กับ Determinant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

1. Social Outcome and Health Outcome ประกอบด้วย
 1. Social Outcome ได้แก่ Quality of Life , Equity , Functional Independency.
 2. Health Outcome ได้แก่ Reduce morbidity disability , Avoidable mortality
2. Intermediate Health outcome (Modifiable determinant of health) คือปัจจัยที่จะเป็นตัวกำหนด หรือไปสู่ผลลัพธ์ของ Social & Health outcome ได้แก่
 1. Personal behaviors เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การติดยาเสพติด การเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ และการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อการเพิ่มหรือลดความเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดรวมเรียกว่า Healthy Lifestyle
 2. Effective health Services การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่นบริการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และปลอดภัยเป็นต้น
 3. Healthy Environment คือสภาวะทางสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ซึ่งจะมีผลทั้งโดยตรงต่อสุขภาพ เช่นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย หรือส่งผลทางอ้อมไปสนับสนุนให้เกิด Healthy Lifestyle เช่นสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เข้าถึงบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาเสพติด อาหารที่เป็นประโยชน์ การออกกำลังกาย หรือการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่ายหรือยากขึ้นเป็นต้น
3. Health promotion outcome (intervention impact measures) คือปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และปัจจัยเชิงโครงสร้าง ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยกำหนดสุขภาพ (ซึ่งก็คือ intermediate health outcome) Health promotion outcome ได้แก่
 1. Health literacy หมายถึง ทักษะส่วนบุคคลทางด้านปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อที่จะส่งเสริมหรือธำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี Health Literacy

เป็นผลลัพธ์ของการให้การศึกษะ โดย outcome ดังกล่าวรวมถึงการพัฒนาความรู้และความเข้าใจ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงทัศนคติหรือแรงจูงที่จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึง การเพิ่ม self efficacy ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่จะส่งผลต่อสุขภาพ กล่าวโดยสรุป Health Literacy คือ ผลลัพธ์ของกิจกรรมการให้สุศึกษา (Health Education activities)

2. Social Action & Influence คือผลลัพธ์จากความพยายามที่จะส่งเสริมให้เกิดการกระทำหรือการ ควบคุม ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ของ กลุ่มทางสังคม(Social group) ตัววัดได้แก่ community participation ,community empowerment, social norm ,Public opinion
3. Healthy public policy and organization practice คือ ผลลัพธ์จากความพยายามที่จะเอาชนะ ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ขัดขวางเกิดมีสุขภาพดี เช่น ผลจากการ Lobby และการทำ Public advocacy อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผ่านกฎหมายการควบคุมการสูบบุหรี่ เป็นต้น ตัววัดได้แก่ Policy statement ,legislation ,regulation ,resource allocation ,organization practice
4. Health promotion action โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต้องประกอบ 3 เรื่องนี้ โดยบูรณาการการดำเนินการไป ด้วยกัน เช่น โปรแกรมในเรื่องการส่งเสริมในเรื่อง Healthy Eating ต้องบูรณาการ Health promotion activities ทั้ง 3 เรื่องไปด้วยกันดังนี้
 1. Health Education การให้ความรู้ในเรื่อง อาหาร 5 หมู่ การพัฒนาทักษะในการเตรียมอาหารและการ เลือกอาหารที่มีประโยชน์ กิจกรรมการให้สุศึกษา เช่น patient education ,School education, broadcast media and print media communication.
 2. Social Mobilization การดำเนินการเพื่อพัฒนาการเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ตลอดห่วงโซ่ อาหาร การให้เกิดอาหารกลางวันในเด็กนักเรียนโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ให้ได้อาหารเพียงพอทั้ง ด้านปริมาณและคุณภาพภายในโรงเรียน เช่น Community development ,group facilitation, targeted mass media communication.
 3. Advocacy ในที่นี้เน้นการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือเชิงมาตรการต่อ Policy Maker ในส่วนของ การเมืองและข้าราชการประจำทั้งในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วน ท้องถิ่น (Lobbying political organization and activism) , การเสนอแนะเพื่อแก้ปัญหาความเฉื่อย เนื่อยหรือความล่าช้าของระบบการบริหารจัดการแบบราชการที่มีลำดับขั้นของการบังคับบัญชา (overcoming bureaucratic inertia)

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



remark : ตัวอย่างของมาตรการของแต่ละหัวข้อ

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

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

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

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

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

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

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

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

Advocacy : Lobbying , Political organization and activism , Overcoming bureaucratic inertia

What is Health Literacy

1. มีการพูดถึง Health literacy เมื่อ 30 ปีก่อน ใน USA โดยได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของระดับ Literacy ของผู้ป่วย กับความสามารถในการอ่านฉลากยา และการมารับการติดตามการรักษา ซึ่งตรงกับความหมายของ Functional Literacy ซึ่งก็คือความสามารถในการประยุกต์ใช้ literacy skill ในการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ใบสั่งยา การอ่านฉลากยา การมาโรงพยาบาลตามนัดหมาย และความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น (Parker et al 1995) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า Poor functional health literacy ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอาจจะส่งผลให้ต้นทุนการรักษาสูงขึ้น เนื่องจากการรับประทายยาไม่ถูกต้อง
2. การนิยาม Health literacy ตามความหมายแคบเพียง Functional Health literacy หรือทักษะในการอ่านออกเขียนได้ เพื่อให้ประกอบชีวิตประจำวันเท่านั้น ทำให้ไม่ทราบเป้าหมายที่แท้จริงของ Health literacy ตามนิยามตามความหมายกว้าง ซึ่งรวมถึง interactive & critical Health literacy ด้วย Health Literacy แบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

- 2.1. Functional Literacy ทักษะพื้นฐานในการอ่านออก เขียนได้ เพื่อสามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นความหมายแคบของคำว่า Health Literacy.
- 2.2. Communicative / Interactive Health Literacy คือทักษะทางปัญญา (Cognitive skill) ขั้นสูงขึ้น และรวมถึงทักษะทางด้านสังคม (social skill) ทำให้สามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันทั้งเชิงรุกและเชิงรับอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถที่จะสกัดความรู้จากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมา และสามารถที่จะนิยามความหมายจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายได้ รวมถึงการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้มาใหม่ เพื่อปรับให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ได้
- 2.3. Critical Health Literacy คือทักษะทางปัญญาขั้นสูงและซับซ้อน ร่วมกับทักษะทางด้านสังคม ในการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารได้อย่างลึกในเชิงวิพากษ์ (critical analysis) และสามารถที่จะประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ได้
3. ระดับของ Health Literacy จะส่งผลต่อระดับของการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการจัดการตนเอง และระดับของการเสริมพลังให้กับบุคคล ซึ่งความก้าวหน้าของระดับ Health Literacy ไม่ได้ขึ้นกับทักษะทางด้านปัญญาเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับการเนื้อหา (content) และวิธี (method) การได้รับข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร อีกทั้งการตอบสนองของผู้รับสื่อ ซึ่งขึ้นกับทักษะด้านปัญญาและสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self efficacy) ในเนื้อหาหรือประเด็นของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาด้วย
4. WHO ได้ให้ความหมายของ Health Literacy ในความหมายที่กว้างกว่า Functional Health Literacy อย่างมาก โดยนิยาม Health Literacy หมายถึง ทักษะทางด้านปัญหาหรือสังคม ที่จะไปกำหนดแรงจูงใจ หรือความสามารถของบุคคลในการ เข้าถึง และเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ สามารถที่ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาในการส่งเสริม และดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี Health literacy ไม่ได้จำกัดเฉพาะการอ่านและเข้าใจฉลากยา หรือการมารับการรักษาตามนัดของแพทย์ การที่จะให้ประชาชนมี health literacy เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลเพื่อสุขภาพที่ดีได้ จำเป็นต้องได้รับการเสริมพลัง (empowerment)
5. ได้กล่าวมาก่อนหน้าแล้วว่า Health Literacy เป็นผลผลิตของ Health Education เมื่อความหมายของ Health literacy ได้ขยายนิยามไปมากกว่า Functional Health Literacy ขอบเขตของ Health Education ก็ต้องถูกขยาย ขอบเขตของความหมายตามไปด้วย 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 การให้สุศึกษาต้องขยายไปสู่การสร้างควมตระหนักรู้ว่า 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

Critical Health literacy ซึ่ง Functional health literacy มาจากพื้นฐานการอ่านออกเขียนได้ คำนวณเป็น (literacy & numeracy) แต่การแตกฉานในการอ่านออกเขียนได้ และคำนวณเป็น ไม่ได้รับประกันว่าจะเกิด critical health literacy ฉะนั้นจึงเป็นประเด็นที่ท้าทายของ Health education & communication ในศตวรรษที่ 21 ว่าจะทำอย่างไร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพทั้งด้าน content & method เพื่อที่จะเสริมพลังให้ประชาชนไปสู่ Critical health literacy. ยกระดับการปรับเปลี่ยนจาก personal benefit มาสู่การปรับเปลี่ยนเพื่อให้ได้ทั้ง personal และ population and social benefit.

Model of Health Literacy

1. ระดับที่ 1 Function Literacy ซึ่งเป็น output ของ Health Education แบบดั้งเดิม ที่เน้นการให้ความจริงเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และวิธีการไปรับบริการสาธารณสุข เป้าหมายของ Functional Health Literacy เพื่อที่จะเพิ่มความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และเพื่อให้ทราบการไปรับบริการในระบบสาธารณสุข และมีส่วนร่วมในการแผนการรักษาของแพทย์ โดยทั่วไปแล้วจะได้เพียง personal benefit ส่วน public benefit ที่ได้ค่อนข้างน้อย ที่จะมีได้เช่น การมีส่วนร่วมในเรื่องการคัดกรอง หรือการได้รับวัคซีน วิธีการสื่อสารไม่ได้เน้นการสื่อสาร 2 ทางแบบ interactive และไม่ได้ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะและการจัดการตนเองเพื่อสุขภาพได้ ยกตัวอย่างการให้สุศึกษาในระดับนี้ คือ การจัดทำแผ่นพับเพื่อให้สุศึกษา หรือการให้สุศึกษาแบบดั้งเดิม (Classical Health Education)
2. ระดับ 2 Interactive Health Literacy ซึ่งเป็น output ของ Health education เมื่อ 20 ปีที่ผ่านมา โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การให้สุศึกษาในระดับนี้ เพื่อเพิ่มความสามารถที่จะใช้ความรู้อย่างอิสระ เพื่อสร้างแรงจูงใจหรือและความมั่นใจในตนเองว่าสามารถทำตามคำแนะนำได้ ประโยชน์ที่ได้มักเป็น Personal benefit มากกว่า population benefit ตัวอย่างของกิจกรรมได้แก่ การให้สุศึกษาในโรงเรียน เพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและสังคม โดยหวังผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. ระดับ 3 Critical Health Literacy คือ ผลผลิตของการพัฒนาทักษะทางด้านปัญญาและสังคม การดำเนินการมุ่งเน้นการสนับสนุนกิจกรรมทางด้านสังคมและการเมือง ร่วมกับ กิจกรรมส่วนบุคคล ตามกรอบแนวคิดนี้ การให้สุศึกษาประกอบด้วย การสื่อสารข้อมูล และการพัฒนาทักษะที่จะตรวจสอบความเป็นไปได้ในภาคการเมือง หรือความเป็นไปได้ที่องค์กรจะดำเนินกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อจัดการปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมที่จะมีผลต่อสุขภาพ Health literacy ในระดับนี้มุ่งเน้นที่ population benefit ซึ่งจะส่งต่อ Personal benefit อีกต่อหนึ่ง การให้สุศึกษาจึงหวังผลต่อการส่งเสริมบุคคลและชุมชนให้สามารถที่จะปรับปรุงปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง Health Literacy กับ outcome model ในรูปที่ 1 จะพบความสัมพันธ์ทั้งในแนวตั้งและแนวนอน ยกตัวอย่างการมีความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง Health Literacy จะสัมพันธ์กับ Healthy lifestyle ในแนวดิ่ง การเพิ่ม health literacy ทำให้เกิด Healthy lifestyle choice และสนับสนุนการไปรับบริการสุขภาพ และให้ความร่วมมือกับแผนการรักษาของแพทย์ ในแนวนอนนั้น การพัฒนา health literacy จนไปถึงระดับ critical health literacy จะทำให้ชุมชนมีความสามารถในการพัฒนา social action จนไปสู่ระดับของการกำหนดนโยบายสาธารณะ และ

เปลี่ยนการปฏิบัติขององค์กร (organization practice) ที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งโปรแกรมการพัฒนาชุมชนมากมายที่พัฒนาตามแนวทางดังกล่าว จะเห็นได้ว่า Health education ในรูปแบบใหม่ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของทุกคนในชุมชน

ตารางเปรียบเทียบการสอนสุขศึกษาเพื่อให้บรรลุ Health Literacy ระดับต่างๆ

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

สรุป

1. Health Literacy เป็น Concept ทั้งใหม่และเรื่องเก่าอยู่ในตัว Education for health แบบ interactive เพื่อไปสู่ Critical Health Literacy นั้นไม่ใช่เรื่องใหม่ และเป็นส่วนที่อยู่ในแผนงานที่เกี่ยวกับ social mobilization มาเป็นเวลาหลายปีแล้ว ซึ่งมีตัวอย่างของการทำ social mobilization ในกลุ่มด้วยโอกาสต่างๆทั้งในประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา โดยไปแก้สาเหตุรากเหง้าด้านการศึกษา
2. เป็นเรื่องที่น่าผิดหวัง ที่ไม่ได้ใช้ศักยภาพของ Health Education สำหรับเป็นเครื่องมือเพื่อเปลี่ยนแปลงสังคม หรือให้ภาคการเมืองสร้างนโยบายสาธารณะ หรือเปลี่ยนแนวปฏิบัติขององค์กรเพื่อสุขภาพ ซึ่งส่วนนี้มีการดำเนินการน้อยมาก จนเกือบจะหายไปสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ จึงควรที่จะพุ่งความสนใจในเรื่อง ผลกระทบของนโยบายสาธารณะต่อสุขภาพ และความจำเป็นในการที่ต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งต้อง Work on หรือ work to the people มากกว่าที่จะ work by หรือ work with the people และ Health education แบบดั้งเดิม ก็จำกัดตัวเองเพียงเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนบุคคล หรือการไปใช้บริการในระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น
4. เป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับ health education ในศตวรรษที่ 21 ที่ต้องเพิ่มทั้งสาระและวิธีการ เพื่อพัฒนาประชาชนไปถึงระบบ Critical Health Literacy ไม่ใช่หยุดอยู่แค่ Functional Health Literacy เท่านั้น
5. การอ่านออกเขียนได้ คำนวณเป็น (Literacy and numeracy) เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่ Health Literacy จึงต้องมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างภาคการศึกษา กับสาธารณสุข 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 ใหม่ในการสื่อสาร เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และมีการสื่อสาร 2 ทางเพื่อสร้างความเข้าใจในระดับที่สามารถใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจเลือกทางเลือกเพื่อสุขภาพ (healthy choice) ได้ด้วยตนเอง การพัฒนา Health literacy นั้นต้องเกิดผลลัพธ์ไปถึงระดับ population ไม่ใช่เพียงการส่งข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล และสามารถใช้บริการในระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ต้องไปถึงในระดับที่ประชาชนมีความมั่นใจว่าสามารถใช้ข้อมูลและความรู้ ในการตัดสินใจในการเลือกทางเลือกเพื่อสุขภาพได้ด้วยตนเอง และ key word สำหรับในเรื่อง Health literacy คือ การเสริมพลังให้ประชาชนและชุมชน เพื่อให้ประชาชนและชุมชนสามารถจัดการตนเองได้ โดยเฉพาะจัดการปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ ซึ่งการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างหรือเชิงระบบ นั้นจำเป็นต้องอาศัยภาคการเมืองในการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อแก้ปัญหาเชิงโครงสร้าง ซึ่งเกินกว่ามาตรการทางสังคมที่ภาคประชาชนเป็นผู้กำหนด

เอกสารอ้างอิง

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

ความรู้ด้านสุขภาพในฐานะที่เป็นยุทธศาสตร์ระดับประชากรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

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

วัตถุประสงค์ :

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

เนื้อหา :

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

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

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

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

- 1) Functional Health Literacy คือทักษะระดับพื้นฐานของบุคคลในการได้รับข้อมูลข่าวสาร (เช่น ข้อมูลว่าอะไรคือปัจจัยเสี่ยง และสามารถไปใช้ระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างไร) และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้เหล่านั้นเฉพาะในส่วนของการรับประทายยาและการไปรับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์) บุคคลที่มีเฉพาะ Functional health literacy จะสามารถทำการตอบสนองได้ดีขึ้น ด้วยการให้ความรู้และสื่อสารในเรื่องของปัจจัยเสี่ยง การไปรับบริการสาธารณสุข และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยการสื่อสารดังกล่าวมีเป้าหมายค่อนข้าง

จำกัด และประโยชน์ที่ได้รับเป็นเพียงประโยชน์ส่วนบุคคล (personal Benefit) แต่ไม่ได้ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนหรือประชากร (population benefit) ตัวอย่างของประโยชน์ต่อชุมชน เช่น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการคัดกรองหรือได้รับภูมิคุ้มกันโรค โดยทั่วไปแล้วการสื่อสารเพื่อให้เกิด Functional Literacy มักไม่ใช้การสื่อสารแบบ 2 ทางที่มีปฏิสัมพันธ์ (Interactive) ทำให้ได้เพียงความรู้แต่ไม่สามารถที่จะส่งมอบทักษะ (Transferable skill) และไม่สามารถเพิ่มระดับการตัดสินใจด้วยตนเองทางด้านสุขภาพได้ (self decision for health)

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

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

ในส่วนของการให้ศึกษานั้น บุคคลจะรับรู้หรือตอบสนองต่อการให้ศึกษามากน้อยขึ้นกับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น การแยกให้เห็นเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกคือการสื่อสารและการให้ศึกษานั้นเป็นงานในการสร้างทักษะเฉพาะ (Task base) ในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ (การกินยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งผลดีต่อการรักษา) และส่วนที่ 2 เป็นงานที่สร้างทักษะ (skill base) ที่ออกแบบเพื่อถ่ายทอดทักษะทั่วไปในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนได้อย่างอิสระ (Autonomous decision) รวมถึงการปรับเปลี่ยนในแต่ละสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

สรุป Health Literacy เป็นเป็นยุทธศาสตร์ระดับประชากร (Population strategy) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยเป้าหมายสุดท้ายที่คาดหวังให้เกิดคือ การตัดสินใจและจัดการทางสุขภาพตนเองได้ (Self Decision & Management) โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สิ่งแวดล้อมและปัจจัยกำหนดสุขภาพ แนวคิดของ Interactive และ Critical Health Literacy ตรงกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพร่วมสมัย (Contemporary Health Promotion) โดยมี Health literacy คือทรัพย์สินหรือทุนที่อยู่ในตัวบุคคล หรือ ประชากร (personal or population asset) ที่จะสร้างช่องทางในการตัดสินใจที่อิสระและสามารถควบคุมการตัดสินใจ อันจะส่งผลให้สุขภาพดีในท้ายที่สุด การที่จะพัฒนาทักษะส่วนบุคคล จนเกิด Health literacy ในระดับต่างๆได้นั้นต้องใช้การให้ศึกษาและการสื่อสาร และการออกแบบการให้ศึกษาและการสื่อสาร ทั้งด้านเนื้อหาและวิธีการ ให้มีความแตกต่างกันขึ้นกับวัตถุประสงค์ ว่าต้องการที่จะพัฒนาทักษะให้ไปถึงระดับ Functional , Interactive หรือ Critical Health Literacy. และการให้ศึกษาและการสื่อสารเพื่อให้เกิด Health Literacy นั้นจำเป็นต้องให้ศึกษาและการสื่อสารแนวใหม่ ซึ่งแตกต่างจากการให้ศึกษาแบบดั้งเดิมทั้งเป้าหมายและวิธีการ โดยการให้ศึกษาแบบดั้งเดิมนั้น เน้นเพื่อให้เกิดความรู้ โดยไม่ได้เน้นให้เกิดทักษะและการเสริมพลัง และส่วนใหญ่ใช้การสื่อสารทางเดียวไม่ได้เป็นแบบ Interactive)

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



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

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

การวัด Health Literacy

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

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

Health literacy ในฐานะที่เป็นยุทธศาสตร์ระดับประชากรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

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

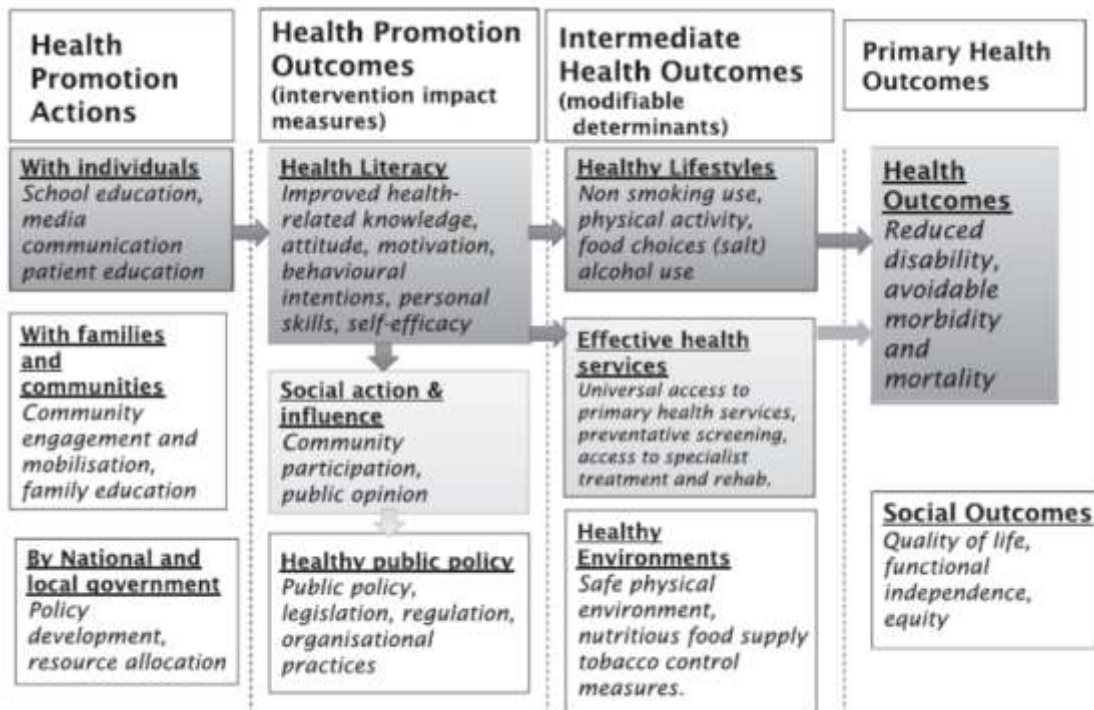


Figure 2 Logic model for prevention planning

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

- 3.1. **Health literacy** คือ ทักษะทางด้านปัญญาหรือสังคมซึ่งทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพ ซึ่งเป็นผลจากการกิจกรรมการให้สุศึกษา
- 3.2. **Social Action and Influence** คือผลลัพธ์ที่เกิดจากการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อส่งเสริมหรือควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยกลุ่มทางสังคม (Social group) ตัวอย่างเช่น การสร้างมีส่วนร่วม(participation) ของกลุ่มทางสังคมต่างๆ การเกิดความเห็นสาธารณะ (public opinion) ในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องใช้การให้สุศึกษาและการสื่อสารร่วมกับการพัฒนาชุมชนในด้านอื่นๆ
- 3.3. **Healthy public policy and organization practice** คือผลลัพธ์ของความพยายามในการเอาชนะอุปสรรคเชิงโครงสร้างในด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ภาคการเมือง (ระดับชาติและระดับท้องถิ่น) การ lobby เพื่อนำไปสู่ นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ หรือการปรับแก้หรือออกกฎหมายหรือระเบียบที่เอื้อต่อสุขภาพ ยกตัวอย่าง การควบคุมการสูบบุหรี่ที่ประสบผลสำเร็จในหลายประเทศเกิดจากการออกกฎหมาย ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากกิจกรรม Advocacy

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

4. Health promotion actions (ใน figure 2) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่
 - 4.1. ระดับบุคคลได้แก่ การ School education & patient Education ระดับ ครอบครัว/ชุมชน ได้แก่ Family education
 - 4.2. การมีส่วนร่วมของชุมชนและการเคลื่อนไหวสังคม (Community engagement and mobilization)
 - 4.3. ระดับโครงสร้างในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ได้แก่ การให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนานโยบายหรือกฎหมาย และการกระจายทรัพยากร (policy development and resource allocation) สรุป 3 Health Promotion Actions ได้แก่ Education ,Social mobilization และ Advocacy.

การใช้ model ตาม figure 2 นั้นกำหนดให้ Health education อยู่ในบริบทของการส่งเสริมสุขภาพร่วมสมัย และให้ความสำคัญของ Health literacy ในฐานะที่เป็นผลลัพธ์ของ Health education และลูกศรใน model แสดงถึงความ

เชื่อมโยงระหว่าง Health education กับ Health Literacy และ Healthy behavior นอกจากนี้ Health education สามารถที่จะส่งผลต่อการพัฒนาทักษะระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคม (interpersonal and social skill) ได้อีกด้วยการที่บุคคลมี health literacy นอกจากจะทำให้มี Personal action เช่นตัวเองไม่สูบบุหรี่แล้ว ยังสามารถทำให้เกิด Community action for health เช่น ชักจูงให้ผู้อื่นเลิกบุหรี่ หรือการสร้างความตระหนักในชุมชนในโปรแกรมการคัดกรองความเสี่ยงเป็นต้น Health Education จนเกิด Health Literacy นอกจากจะส่งผลต่อ Health Outcome แล้วยังเป็นการเพิ่มทางเลือกและเพิ่มโอกาสทางด้านสุขภาพด้วย

Health Education เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมามากกว่า 1 ศตวรรษ หลายการรณรงค์เน้นการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอย่างง่าย การเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้เกิดความชัดเจนว่า การรณรงค์ที่มีเป้าหมายเพื่อเผยแพร่ข้อมูลจะส่งผลแค่ระดับ Functional health literacy แต่จะไม่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมการให้สุศึกษาที่มีประสิทธิภาพนั้นจะเป็นการให้สุศึกษาโดยเลือกชุมชนที่เหมาะสม เช่นชุมชนที่มีเศรษฐกิจสังคมและการศึกษาที่ดี ระดับการศึกษาที่ดี ส่งผล ต่อระดับของ literacy ต่อทักษะส่วนบุคคล และต่อโอกาสทางเศรษฐกิจ 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 และกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับเนื้อหาในโปรแกรมการให้สุศึกษา เพื่อที่จะพัฒนาให้ไปถึงระดับ interactive และ Critical Health literacy และการสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนในสถานการณ์ต่างๆ โดยทฤษฎีหรือ model ต่างๆนอกจากจะแนะนำ เนื้อหาในการให้สุศึกษาแล้ว ยังบอกลำดับขั้นตอนและวิธีการให้สุศึกษาและประเด็นเน้นหนัก โดยประเด็นเน้นหนักได้แก่

- ความสำคัญของความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ทุกรูปแบบกล่าวถึง Health education เป็นบทบาทหลักในการพัฒนาความรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ และเน้นความสำคัญของ ข้อมูลข่าวสารที่จำเพาะสำหรับบุคคลนั้น (Personalized health information) การจะให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ต้องระบุพฤติกรรมที่จะเกิดตามมาในกรอบเวลาที่ไม่นานนัก และต้องเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางด้านสุขภาพของบุคคลนั้น
- ความสำคัญของ self efficacy หรือความเชื่อของบุคคลนั้น ว่าสามารถที่จะทำสิ่งนั้นได้ด้วยตนเอง Health education ต้องสามารถพัฒนาให้บุคคลมีทักษะและเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถทำสิ่งนั้นได้ด้วยตนเอง โดยสิ่งที่

สำคัญที่รับประกันความยั่งยืนได้แก่ ความสามารถติดตามความก้าวหน้าด้วยตนเอง การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ การทำซ้ำอย่างสม่ำเสมอ

- ความสำคัญของบรรทัดฐานทางสังคม (social norm) และอิทธิพลทางสังคม (social influence) ที่เกี่ยวข้องกับคุณค่า (values) ของบุคคลที่จะได้รับการยอมรับจากกลุ่มทางสังคมอื่นๆ การใช้ Social role model อิทธิพลจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน การใช้ peer to peer ในการให้สุขศึกษาเป็นสิ่งที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผล
- การให้สำคัญและยอมรับในความแตกต่างของบุคคล และระยะของการเปลี่ยนแปลง (stage of change) มีความแตกต่างกันขึ้นกับแต่ละบุคคล การให้สุขศึกษานั้นจึงต้องทำให้ ถูกคน ถูกเวลาและถูกสถานที่
- ข้อจำกัดของ intervention ที่ไม่สามารถที่จะรองรับได้ทุกกลุ่มทางสังคม ที่มีเศรษฐกิจ การศึกษา เงื่อนไขการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน ซึ่งจะมีผลต่อการเข้าถึงบริการและทรัพยากรที่แตกต่างกันไปด้วย
- ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือการรับรู้ของประชาชน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับ health education

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

ปัจจุบันการทำ online health education program ทั้ง mHealth และ eHealth มีมากขึ้น เช่นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการป้องกัน เป็นต้น โดยเนื้อหาและวิธีการสื่อสารก็มีความซับซ้อนมากขึ้น จำนวนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ Health literacy มีมากขึ้น แต่ intervention ที่เกี่ยวกับการสื่อสารและการให้สุขศึกษาจนถึงระดับมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังน้อยอยู่ และยังไม่สามารถปิด gap ที่จะทำให้อาณานิคมสุขภาพดีขึ้น การให้สุขศึกษาเป็นเครื่องมือที่สำคัญในงานสาธารณสุข แต่หลักฐานจากหลายการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการให้สุขศึกษาเพื่อการพัฒนาชุดของทักษะในการเสริมพลังบุคคลเพื่อป้องกันหรือเพื่อหวังผลต่อการรักษาโรคใดโรคหนึ่งให้ดีขึ้นเท่านั้น ยังไม่ก้าวถึงระดับที่จะให้สุขศึกษาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อปกป้องหรือส่งเสริมสุขภาพทั้งส่วนบุคคลและชุมชน Intervention ของ Health Literacy ที่เป็นโปรแกรม online ที่พบจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ Adult education online ,โปรแกรม Multimedia ในโรงเรียนหรือในศูนย์การค้า โดยทั้งหมดเป็นใช้การสื่อสารและให้การศึกษาในการพัฒนา Functional Health Literacy skills เพื่อที่จะเพิ่มความรู้และความเข้าใจในประเด็นเฉพาะโดยหวังว่าจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล สำหรับวิธีการให้สุขศึกษาที่มีความแตกต่างจากเดิม เช่นใช้การเยี่ยมบ้าน ใช้สื่อ Multimedia , eHealth หรือ mHealth โดยเน้นการให้สุขศึกษาเพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่มหรือแต่ละช่วงวัย เช่น กลุ่มพ่อแม่ วัยทำงานหรือผู้สูงอายุ และเนื้อหาเฉพาะสอดคล้องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เช่น โภชนาการและกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมของแต่ละกลุ่มวัย บทสรุปของผู้ศึกษาวิจัย คือ **“แนวคิดและวาทศิลป์ที่เกี่ยวกับ Health literacy ได้สร้างความตื่นตัวและความน่าสนใจให้กับนักวิจัย ผู้ให้บริการและผู้กำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุข แต่**

ความน่าสนใจดังกล่าว ยังไม่สามารถเปลี่ยนเป็น intervention ทางด้านสาธารณสุขที่ก้าวหน้าอย่างมีรูปธรรม

“Overall, the authors report that the concept and rhetoric relating to health literacy has excited the interest of public health researchers, practitioners and policy makers, but that this interest has not yet been converted into substantive advances in public health interventions. “

สรุป

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

**** The End ****

บทสรุปของผู้แปล

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

Matrix of Health Literacy Level & Health Promotion Actions

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

Remark : Cut off Point ในการตัดสิน Health Literacy ระดับต่างๆ

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

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

บทนำ

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

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

สถานการณ์ของปัญหา

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

Fig. 1. Interactive health literacy framework



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

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

Document ประกอบด้วย 3 Part โดย

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

Box 1. Note of clarification

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

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

Part A

ทำไมต้องลงทุนเพื่อสร้างความเข้มแข็งในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ

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

Part A จะกล่าวถึงแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำสู่การปฏิบัติ รวมถึงการลงทุนในการพัฒนาประชากรให้มีทักษะความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงพัฒนาระบบให้มีความเป็นมิตรต่อการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในประชากรที่อยู่ใน Setting นั้น ๆ ที่ซึ่งประชาชนค้นหาและใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดย

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

1. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศในยุโรป (HLS-EU)

ถ้าบุคคลไม่สามารถที่จะควบคุมปัจจัยที่กำหนดสุขภาพของตนได้แล้ว บุคคลนั้นย่อมไม่สามารถที่จะพัฒนาจนเต็มศักยภาพของตนได้

Ottawa Charter for Health Promotion:

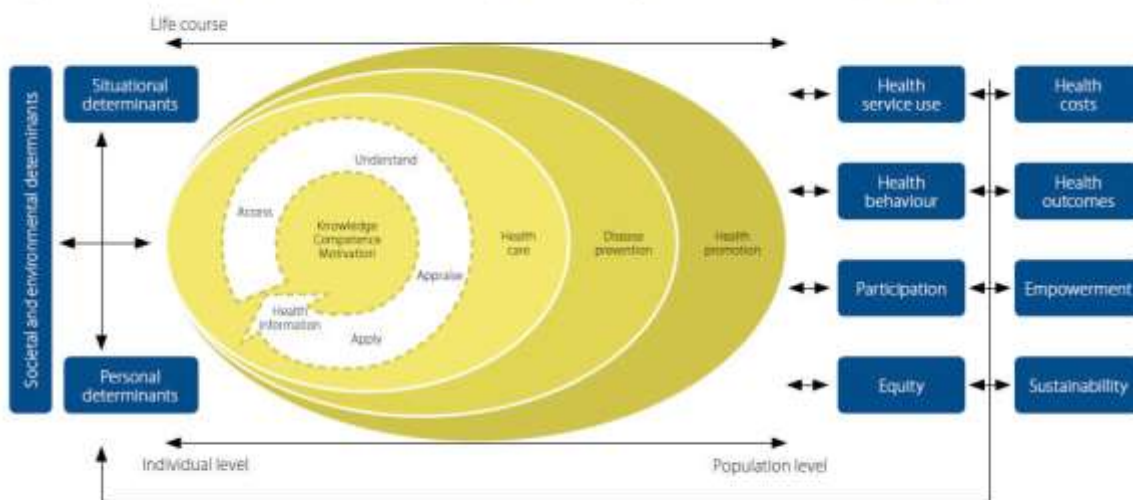
นิยามของ Health Literacy

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

Conceptual Model ของการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในยุโรป (HLS-EU)

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

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



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

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

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

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

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

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

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

การจัดประเภทความรอบรู้ด้านสุขภาพ

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

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

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ

(Health Literacy – a key determinant of health)

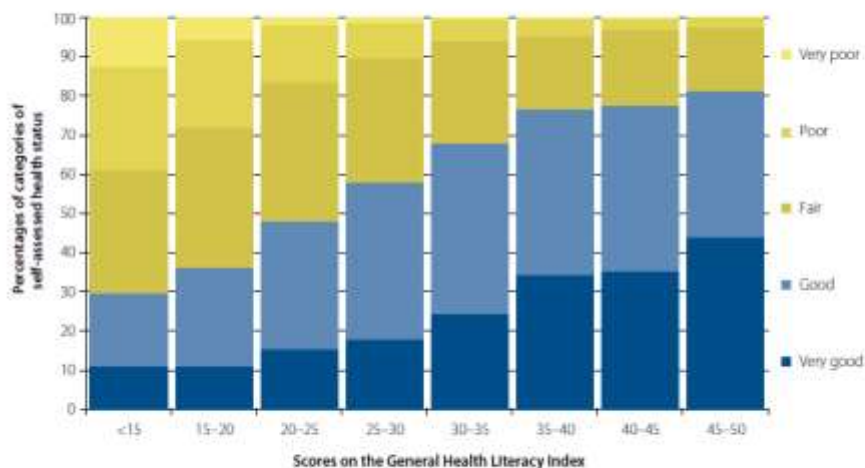
การอ่านออกเขียนได้ (Literacy) เป็นตัวทำนายสถานะสุขภาพที่ดีกว่า รายได้ การมีงานทำ ระบบการศึกษา เชื้อชาติ

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

What is known

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

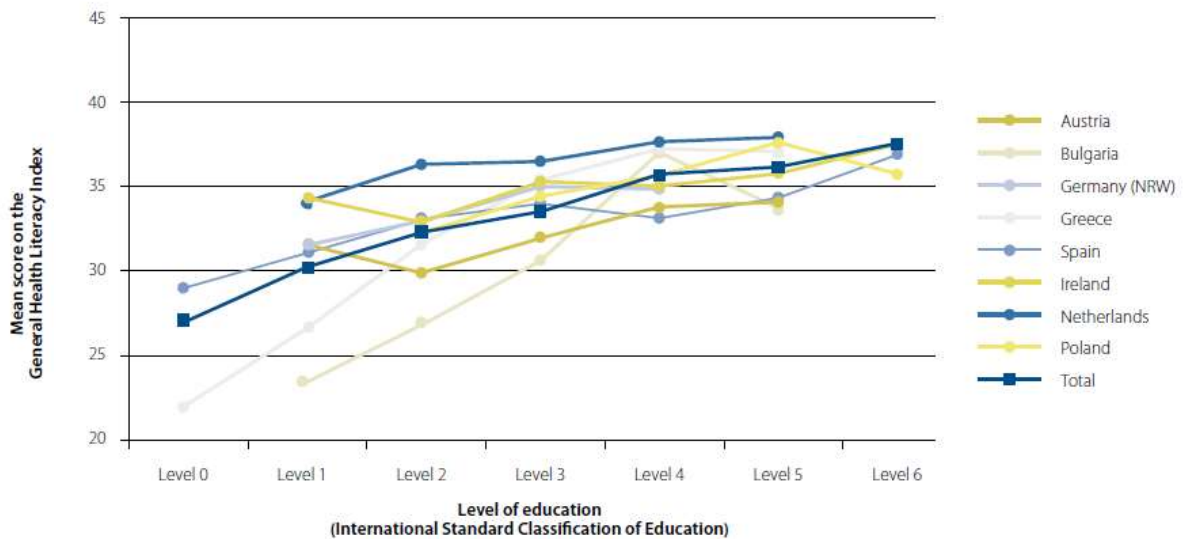
Fig. 3. Self-assessed health status according to scores on the General Health Literacy Index for the 7780 respondents in the European Health Literacy Survey



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

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

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



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

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

What is known – promising action areas

1. การดำเนินการ Health Literacy ต้องทำในระดับรัฐบาล และทั่วทั้งสังคม เรื่องความรู้ด้านสุขภาพ ไม่ใช่เป็นเรื่องของภาคส่วนสุขภาพเท่านั้น แต่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันทำ โดยต้องเน้นในด้านความรู้ในเรื่องพื้นฐานประจำวัน

2. การมีส่วนร่วมจากทุก Stakeholder ที่สำคัญในการทำเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Fig. 5. Major stakeholders involved in health literacy



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

Box 2. Plain-language initiatives

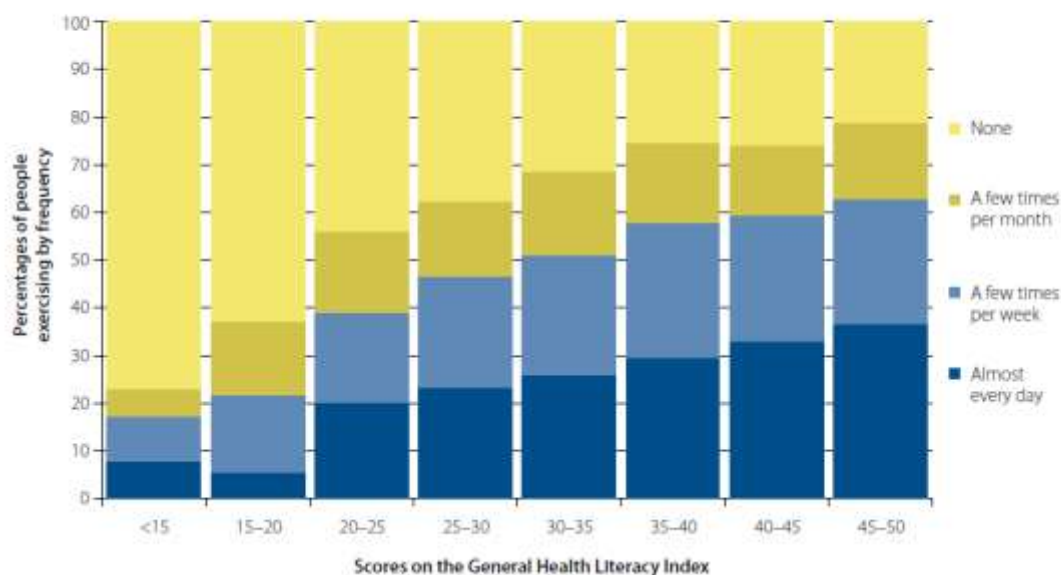
The European Commission ได้ทำการรณรงค์ที่เรียกว่า “Clear Writing campaign” ในปี 2010 เพื่อให้เอกสารทุกประเภท ทุกภาษา สั้นขึ้นและง่ายขึ้น ใน United Kingdom ได้มีการขับเคลื่อน “Plain-English movement “ ตั้งแต่ปี 1970s. สำนักงานภายใต้รัฐบาล เช่น Office of Fair Trading ได้สนับสนุนให้เขียนสัญญาต่างๆด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ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

4. ลงทุนในเรื่องของการประเมินเพื่อวัดผลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือวัดความเป็นมิตรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการวิจัยเพื่อหาวิธีการที่จะพัฒนาให้ประชาชนหรือองค์กรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กรณีตัวอย่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

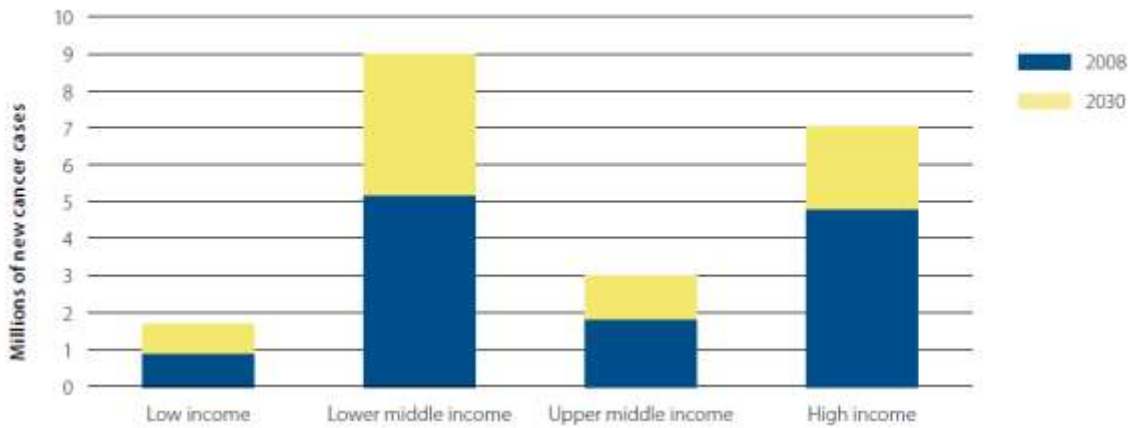
1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสาเหตุตายที่สำคัญ โดยร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตเกิดจากสาเหตุ 4 โรคได้แก่ มะเร็ง โรคหัวใจ เบาหวานและโรคของระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นสามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ (self Management) โดยร้อยละ 52 ของผู้ป่วยอายุน้อยกว่าอายุ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

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



3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสัมพันธ์กับรายได้ จากการศึกษาพบว่า โรคมะเร็งรายใหม่นั้นจะพบรายใหม่เพิ่มขึ้นในกลุ่มที่เป็น Low middle income มากกว่าที่มีรายได้สูง

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



4. สรุป มาตรการในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องเน้นที่การเพิ่มระดับของความรู้ด้านสุขภาพ และต้องใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อที่จะเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชน

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด : ปัญหาที่ประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง และเป็นประเด็นท้าทายเรื่องความไม่เท่าเทียม

เกือบครึ่งหนึ่งของประชากรในยุโรป มีทักษะด้านความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ และระดับที่มีปัญหา

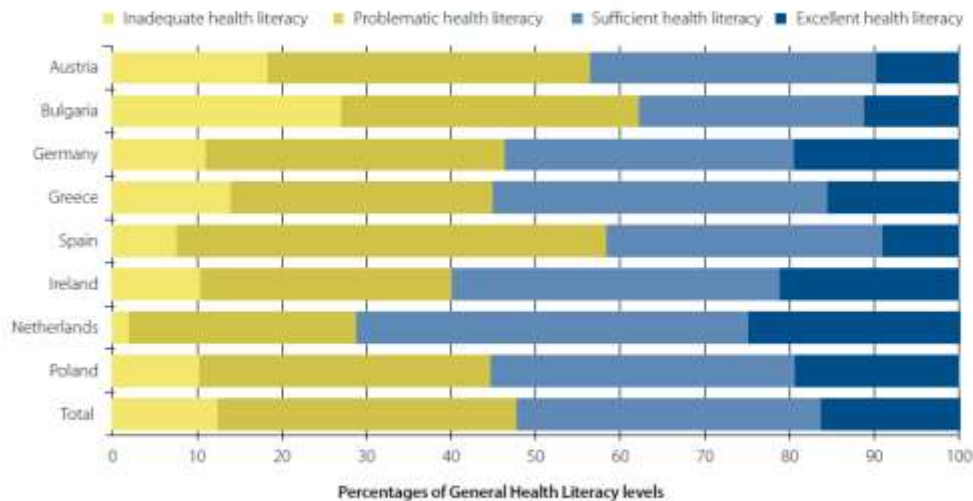
What is known

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

What is known to work – promising areas for action

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

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



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

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

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

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

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

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

3 วิธีในการวัดความรู้ด้านสุขภาพ

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

Table 3. Ways of measuring health literacy

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

กรณีตัวอย่าง : ผู้อพยพและชนกลุ่มน้อย

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

What is known

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

What is known to work – promising areas for action

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

Box 3. Case studies

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

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : สามารถฟื้นคืนสุขภาพของบุคคลและชุมชน (Resilience)

สุขภาพสร้างจากบริบทของการดำเนินชีวิตในทุกๆวัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากบริบทของสังคมวัฒนธรรม และสามารถที่จะกำหนดกรอบให้กับสังคมและวัฒนธรรมของคนในพื้นที่นั้นด้วย การเสริมพลังให้ประชาชน ความเท่าเทียม การสร้างผลผลิตร่วมกัน และทุนทางสังคม ทั้งหมดที่กล่าวมา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ

What is known

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

Box 4 คุณลักษณะของบุคคลที่รอบรู้ด้านสุขภาพ

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

What is known to work – promising areas for action

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

กรณีตัวอย่าง
พันธมิตรในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประเทศเนเธอร์แลนด์

Fig. 9. National Alliance for Health Literacy



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

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

Part B

Action ในการสร้าง Setting ที่เป็นมิตรต่อความรู้ด้านสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างคน (ในฐานะของพลเมือง ผู้บริโภค หรือผู้ป่วย) กับองค์กรหรือสถาบันต่างๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพ ขึ้นกับปัจจัย 2 สิ่งที่มีปฏิสัมพันธ์กันคือ ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และความเต็มใจของสถาบันเหล่านั้นที่จะยอมรับในความหลากหลายของบุคคล รวมถึงการแบ่งปันหรือเสริมพลังเพื่อให้เกิดความเท่าเทียม เสมอภาค และมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพร่วมกัน การมีความรู้ด้านสุขภาพจะทำให้สามารถตัดสินใจ และควบคุมทรัพยากรและการตัดสินใจที่มีผลต่อสุขภาพของตน **Rudd & Anderson** *The health literacy environment of hospitals and health centers. Partners for action: making your healthcare facility literacy-friendly*

ความรู้ด้านสุขภาพ คือแนวคิดของการพัฒนาความสัมพันธ์ ซึ่งไม่เพียงแต่การพัฒนาความทักษะของแต่ละคน แต่หมายรวมถึงการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม การเสริมพลังและการมีปากมีเสียงของแต่ละบุคคลที่มีต่อผู้อื่น แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพต้องเป็นการผลิตบริการสุขภาพร่วมกัน (Co producing health) ด้วยการปรับปรุงการสื่อสารและเน้นความเสมอภาคระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ หรือความเสมอภาคระหว่างประชาชนทั่วไป (laypeople) กับผู้เชี่ยวชาญ (Specialist)

ความรู้ด้านสุขภาพมีบริบทที่เฉพาะ (Context specific) และความหมายของความรู้ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ในรอบ 20 ปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในหลาย Setting และหลายกลุ่มเป้าหมาย ภาคสาธารณสุขเรียกร้องให้ภาคการศึกษาเพิ่มทักษะการอ่านออกเขียนได้ให้กับประชาชน และภาคสาธารณสุขก็ต้องจัดอุปสรรคด้านการสื่อสาร และสร้างสภาวะแวดล้อมและบริการที่เป็นมิตรกับความรู้ด้านสุขภาพ

มีการศึกษาวิจัยที่พบความสัมพันธ์ระหว่าง ทักษะการอ่านออกเขียนได้ (Literacy skill) กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่ไม่ควรตัดสินใจเรื่องการอ่านออกเขียนได้ โดยมองด้านเดียว ต้องทำการศึกษาทั้ง 2 ด้านของสมการ เช่น ผู้อ่าน กับ หนังสือ หรือ ผู้ฟังกับผู้พูด คุณภาพของเครื่องมือและทักษะของผู้ใช้เครื่องมือ หนังสือที่เขียนได้ดีเพียงใด แต่ถ้าผู้อ่านอ่านไม่ออก ก็ไม่เกิดประโยชน์ หรือ ผู้พูดที่เก่งมากเพียงไร ถ้าผู้ฟังมีข้อจำกัดในการฟัง ก็จะไม่เข้าใจ เครื่องมือที่ดีเพียงใด ถ้าผู้ใช้ไม่มีทักษะในการใช้ ก็จะไม่สามารถใช้งานเครื่องมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำอย่างไร เพื่อให้วิชาชีพทางการแพทย์สามารถที่จะสื่อสารภาษาทางการแพทย์เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจ จะทำอย่างไรที่จะทำให้สถานบริการสาธารณสุข สถานประกอบการ

โรงงาน โรงเรียน ตลอดจนถึง Supermarket สร้าง

สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อความรู้ด้านสุขภาพ

ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล Setting และวิชาชีพ จะเป็นประเด็นที่สำคัญต่อการพัฒนานโยบาย และโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ

Fig. 10. Health literacy interface



5. คุณลักษณะของ Setting รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Setting)

สุขภาพถูกสร้างและอยู่ใน Setting ที่แต่ละบุคคลอาศัยอยู่ในแต่ละวัน ที่ซึ่งได้เรียนรู้ ทำงาน เล่น และรัก
[Ottawa charter for Health Promotion](#)

1. Concept ของ Setting approach คือ
 - 1.1. บูรณาการแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่จะจัดการปัจจัยเสี่ยงโดยมองภาพองค์รวมและใช้สหวิชาชีพและทุกภาคส่วน (Holistic & Multidisciplinary) ใน Setting ได้แก่ เมือง โรงเรียน มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล สถานประกอบการ โรงงาน ตลาด วัด เรือนจำ
 - 1.2. แสดงความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนใน setting โดยกำหนดนโยบายและเป้าหมาย และกำหนดยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้เพื่อที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด
 - 1.3. หลักการสำคัญในด้านการส่งเสริมสุขภาพใน Healthy Setting ในเรื่องส่งเสริมสุขภาพคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) การสร้างพันธมิตรและภาคีเครือข่าย (Partnership) การเสริมพลัง (Empowerment) และความเสมอภาคเท่าเทียม (Equity)
 - 1.4. Health Literacy เป็นหนึ่งในแนวคิดหลัก(Key concept) ของ Health Promotion และเป็นมิติหลัก (Key dimension) ในส่วนของ Healthy setting
 - 1.5. Health literate setting จะเป็นตัวจักรที่สำคัญในการทำให้เกิดการซึมซาบ (Infuse) เกิดความตระหนัก (Awareness) เกิดกิจกรรม (Action) ที่จะนำไปสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผ่าน นโยบาย (Policy) ,ระเบียบปฏิบัติ (Procedure) และแนวปฏิบัติ (Practice) ภายใน Setting นั้น
 - 1.6. การบูรณาการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของ Core business ขององค์กร
2. Setting ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีส่วนสำคัญในการสร้าง Health Literacy ได้แก่ Setting การศึกษา(Education Setting), โรงเรียน (School) ,สถานที่ทำงาน (workplace) ตลาด (Market Environment) สถานบริการสาธารณสุข (Healthcare Setting) สื่อสารมวลชน และ Social Media ในการพัฒนาให้เกิด Health Literacy นั้นจำเป็นต้องทำการวิจัยเพื่อบ่งชี้ และทำการจัดอุปสรรคที่จะขัดขวางไม่ให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการศึกษาวិจัยว่าอะไรที่ทำแล้วได้ผล และอะไรที่ทำแล้วไม่ได้ผล โดยศึกษาทั้งปัจจัยทางด้านกายภาพและทางสังคมที่จะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลภายใน setting นั้นๆ อย่างละเอียดถี่ถ้วน

6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ คุณลักษณะหลักใน Healthy City

ปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนให้เกิด Healthy City ของ WHO ในภาคพื้นยุโรป ใช้การเผยแพร่ Message ด้านส่งเสริมสุขภาพ ไปยังผู้กำหนดนโยบาย นักการเมือง ประชาชน และวิชาชีพในภาคส่วนต่างๆ โดย Healthy City ต้องพัฒนาทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม และขยายการใช้ทรัพยากรในชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถสนับสนุนซึ่งกันและกันในการดำเนินชีวิต และพัฒนาสุขภาพอย่างเต็มศักยภาพ การที่จะประสบความสำเร็จได้ จำเป็นต้องอาศัยกิจกรรมที่เป็นนวัตกรรม ได้แก่ ผู้นำด้านสุขภาพ ความมุ่งมั่นของนักการเมืองท้องถิ่น การประสานความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ เพื่อที่สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นใน Healthy City 1 (Box 6)

Box 6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพสนับสนุนให้เกิด Healthy City ได้อย่างไร

เมืองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้อง

1. นักการเมืองท้องถิ่นมีความตระหนักเป็นอย่างสูง ในการสร้างและธำรงรักษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยกำหนดในรูปของนโยบายและแผนปฏิบัติการ
2. พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน ชุมชน กลุ่มสังคม สถาบัน และบริการต่างๆ
3. ผู้นำของเมืองเข้าใจว่าความสัมพันธ์ของสุขภาพที่มีต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของคนในเมือง และจำเป็นต้องลงทุนอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เฉพาะโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพเท่านั้น แต่ต้องลงทุนในทุนทางสังคม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การฟื้นฟูชุมชน การเสริมพลังและการมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างเครือข่าย
4. มุ่งมั่นที่จะประสานทุกภาคส่วน เนื่องจากผู้มีอำนาจในการตัดสินใจของทุกภาคส่วนเข้าใจถึงความสำคัญของประเด็นสุขภาพ และกำหนดประเด็นสุขภาพอยู่ในนโยบาย และในการประสานกับภาคส่วนด้านสุขภาพ
5. พัฒนาความรู้และทักษะของประชาชนในเมือง เนื่องจากประชาชนและชุมชนที่สุขภาพดีนั้น ถือเป็นทรัพย์สินทางสังคมที่สำคัญของเมือง
6. ช่วยให้ประชาชนในเมืองสามารถที่จะเข้าถึงระบบบริการ สุขภาพ การศึกษา และสังคม และทำให้ประชาชนมีทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ และเข้าถึงทางเลือกนั้นได้อย่างสะดวก ภายใต้อำนาจหน้าที่ทางกฎหมายของท้องถิ่น
7. ส่งข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เข้าใจง่าย ผ่านสื่อต่างๆอย่างต่อเนื่อง
8. ทบทวนแผนงานหรือกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยหาพันธมิตร และบริการเพื่อให้ตรงกับต้องการของประชาชน เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ
9. ทำงานร่วมกับภาคเอกชน รวมถึง การสถาบันการศึกษาผู้ใหญ่ เพื่อเพิ่มการอ่านออกเขียนได้ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
10. ทำการวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ
11. มุ่งมั่นในการดำเนินการอย่างโปร่งใสและตรวจสอบได้

7.คุณลักษณะของ องค์กรที่เป็นมิตรกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Friendly Organization)

พลเมืองที่รอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องมีทั้งความรับผิดชอบต่อตนเองและต่อสังคม และยิ่งกว่านั้นยังต้องการสถาบันต่างๆ ในสังคมในการส่งเสริม ทางเลือก (Choice) การเสริมพลัง (Empowerment) การจัดการตนเอง (Self Management) การตอบสนอง (Responsiveness) และการมีส่วนร่วม (Participation) ในเรื่องสุขภาพและการดำเนินชีวิต

Cayton & Blomfield Health citizenship – leaving behind the policies of sickness

จากการวิจัยเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 10 ปี The Institute of Medicine of the United States National Academy of Sciences ได้กำหนด 10 คุณลักษณะของ Health Literate Health Care Organization ไว้ดังนี้

Health Literate Health Care Organization	ตัวอย่าง
ผู้นำได้บูรณาการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปในพันธกิจ โครงสร้าง และการปฏิบัติ	- พัฒนาและดำเนินการเกี่ยวกับ นโยบาย และมาตรฐาน - กำหนดเป้าหมายในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างความรับผิดชอบ และระบบจูงใจ - จัดสรรทรัพยากรทางการเงินและบุคลากร - ออกแบบทั้งระบบงานและโครงสร้างกายภาพใหม่
บูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าไปอยู่ในเรื่อง การวางแผน มาตรการประเมินผล ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	- ประเมินองค์กรในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ - ประเมินผลกระทบของนโยบายและแผนงานด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ - นำปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพผนวกเข้าไปในแผนด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย
พัฒนาบุคลากรให้เป็นบุคคลที่รอบรู้ด้านสุขภาพ และกำกับติดตามความก้าวหน้า	- จ้างหรือบรรจุบุคลากรที่มีความหลากหลายเพื่อที่จะมาพัฒนางานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ - กำหนดเป้าหมายในการฝึกอบรมบุคลากรในทุกระดับ
การออกแบบ การดำเนินการ และการประเมินผลเกี่ยวกับบริการข้อมูลข่าวสารและบริการที่ให้กับประชาชน ต้องคำนึงในปากของประชาชนว่าจะเข้าใจข้อมูลข่าวสารนั้นมากน้อยเพียงไร	- ตระหนักในกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ว่าทำอย่างไรจะทำให้กลุ่มเหล่านี้เข้าใจ - มีระบบประเมินผลถึงผลการใช้ข้อมูลข่าวสาร และบริการที่จัดให้ว่าผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงและมีความเข้าใจมากน้อยเพียงไร

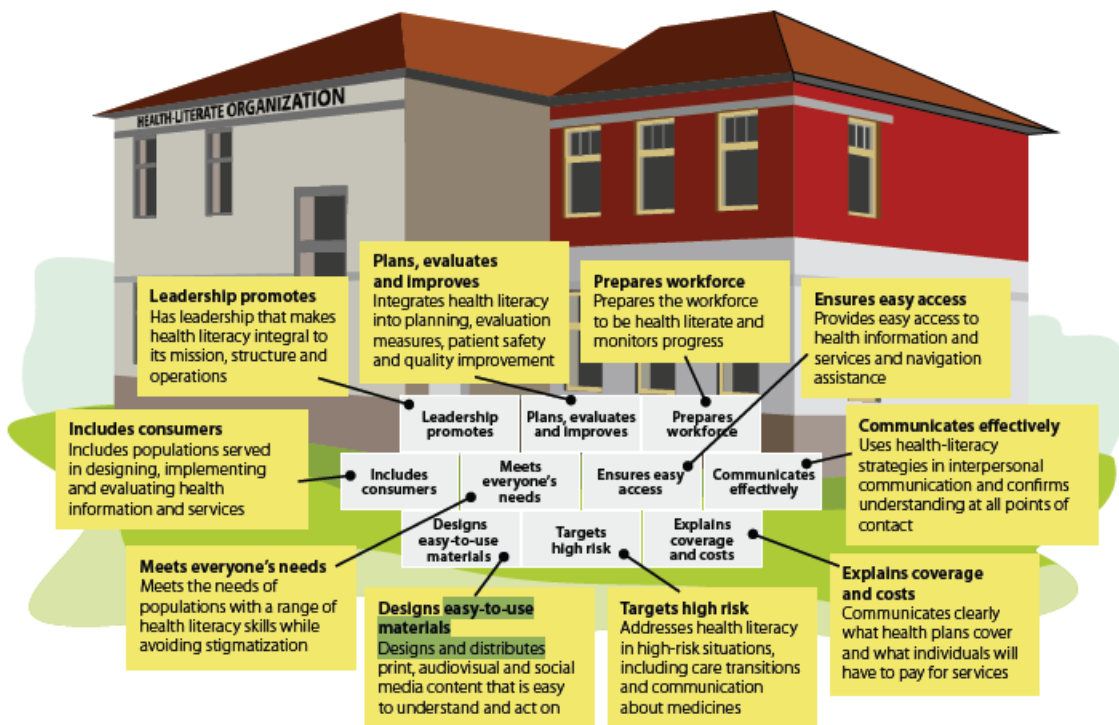
Health Literate Health Care Organization	ตัวอย่าง
บรรลุนโยบายที่ต้องการประชาชนทุกคน (ไม่ว่าใครไว้ข้างหลัง) ในด้านทักษะที่จะทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และหลีกเลี่ยงการตีตรา (Stigma)	● การดำเนินการเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องประยุกต์แนวทางว่าสามารถใช้ได้ทุกคน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ และต้องระบบและแนวทางในการให้การช่วยเหลือทุกราย ● จัดสรรทรัพยากร ในสัดส่วนที่มากกว่า เพื่อดำเนินการเพิ่มความรอบรู้ในกลุ่มที่มีความรอบรู้ต่ำ
ใช้กลยุทธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการสื่อสารระหว่างบุคคล และสร้างความมั่นใจว่าเกิดความเข้าใจในทุกสัมผัสของการสื่อสารและการบริการ	● ยืนยันว่าผู้รับบริการเข้าใจ (ใช้วิธีการ *Teach back , Show me, หรือ **Chunk and check method) ● จัดคนที่พูดภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาหลัก เข้าช่วยเหลือผู้ที่ไม่ได้ใช้ภาษาหลัก ● จำกัด ข่าวสาร ที่จะสื่อไม่ให้เกิน 3 messages ในการสื่อสารแต่ละครั้ง ● ใช้ภาษาภาพหรือสัญลักษณ์แทนตัวอักษร
ให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ หรือการบริการได้ง่าย และสะดวก และมีการช่วยนำทางเพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น	● ใช้ระบบ IT เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและสะดวก รวมถึงการมีการฝึกอบรมเพื่อให้สามารถใช้ระบบ IT ดังกล่าวได้ ● อำนวยความสะดวกในการนัดผู้ป่วยมารับบริการ
ออกแบบและเผยแพร่ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อ multi media หรือ social media ที่เข้าใจง่าย	● พิจารณาความหลากหลายและความแตกต่างของผู้รับสื่อ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ● กระบวนการแปลภาษาที่ไม่ใช่ภาษาหลัก อย่างมีประสิทธิภาพ
ต้องมีจุดเน้น คือ ไม่ทำเรื่องสำคัญน้อย แต่เน้นสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการดูแลผู้ป่วย และการสื่อสารเกี่ยวกับการให้ยาหรือการรักษา	● Inform consent สำหรับการบริการที่มีความเสี่ยงสูง เช่นการผ่าตัด หรือหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ● เน้นประเด็นที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ภาวะหรือเงื่อนไขที่จำเป็นต้องใช้ Self management
การสื่อสารให้เกิดความกระจ่าง เช่น แผนการรักษาที่ครอบคลุมในเรื่องใดบ้าง และต้องจ่ายค่ารักษาจำนวนเท่าไร	● อธิบายให้ง่ายต่อความเข้าใจ เกี่ยวกับ นโยบายการประกันสุขภาพที่ครอบคลุมถึงเรื่องใดบ้าง ● สื่อสารว่าส่วนเกินที่จะต้องจ่ายเองเป็นจำนวนเท่าไร ก่อนที่จะให้การรักษา

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).

* Teach back คือเมื่อแพทย์อธิบายในเรื่องแผนการรักษาให้กับผู้ป่วย โดยทำการสื่อสารในหัวข้อที่สำคัญและสั้นกระชับ แล้ว ให้ถามผู้ป่วยกลับว่าเข้าใจอย่างไร หลังจากที่ได้พูด ให้พิจารณาว่า ผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งที่แพทย์ได้สื่อสารหรือไม่ มีประเด็นที่ยังไม่เข้าใจให้ทำการอธิบายซ้ำ และถามผู้ป่วยอีกครั้งว่าเข้าใจที่หมดทุกอย่างหรือไม่ จากการเทคนิค จะเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยได้ดีขึ้น

** Chunk and check หลังจากแพทย์ให้คำแนะนำประเด็นหลักที่สำคัญ (chunk) ให้ทำการ check ว่าเข้าใจประเด็นหลักที่แพทย์ได้สื่อสารไปหรือไม่

Fig. 11. Elaborations on the foundations of a health-literate organization



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).

8. Setting การศึกษา (Educational Setting)

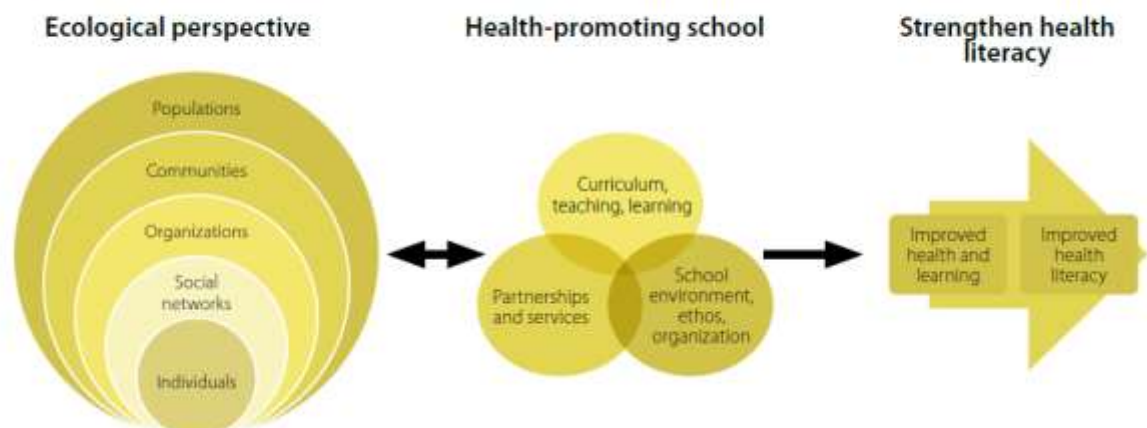
สุขภาพ มีความสำคัญต่อการศึกษา ในทางกลับกัน การศึกษาก็มีส่วนสำคัญต่อสุขภาพ นักเรียน ครอบครัว และชุมชนที่สุขภาพดี จะมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาดีกว่า และติดตามการทำงานในอนาคตพบว่า มีผลผลิตที่สูงกว่า แผนงานโครงการที่เกี่ยวกับการศึกษาต้องมุ่งความสนใจในประเด็นของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

Nutbeam Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century

What is known

1. การอ่านออกเขียนได้ ทำให้คนนั้นสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ดีขึ้น สามารถที่จะค้นหาหรือแสวงหาข้อมูล ทำให้ความสามารถด้านปัญญาหรือด้านการใช้ภาษาที่ดีขึ้น ทำให้สามารถเข้าถึงเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีความสามารถในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

Fig. 12. Model of compatible levels of influence and the education system to strengthen health literacy



2. การศึกษาตลอดชีวิตทำให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพได้มากกว่าการศึกษาประเภทอื่นๆ
3. เสริมการเรียนรู้ซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพจากหลากหลายแหล่ง ความรู้ด้านสุขภาพผ่านกระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรมที่คนๆ นั้นอาศัยอยู่ ผ่านสถาบันและระบบทางสังคม ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ นอกจากสถาบันหรือระบบทางสังคมแล้ว คนยังเรียนรู้ในด้านความรู้ด้านสุขภาพจาก ครอบครัว เพื่อน และกลุ่มเพื่อน สื่อสารมวลชน และ social media ก็มีส่วนสำคัญ หรือจะกล่าวได้ว่า การเรียนรู้ส่วนบุคคลและสังคม รวมถึงข้อมูลย้อนกลับ จะส่งผลต่อการรับรู้และเข้าใจ และทักษะและประสบการณ์ที่มากขึ้น ทำให้สามารถที่จะควบคุมสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น

What is known to work – promising areas for action

1. สร้างพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) การที่เด็กมีโอกาสได้ปูพื้นฐานสู่การมีความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับพ่อแม่ กับครอบครัว กับโปรแกรมหรือกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการในช่วง

ปฐมวัย การที่เด็กได้เล่นด้วยกันแทนที่จะเล่นกับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ การมีโอกาสในการกระตุ้นพัฒนาการในช่วงนี้จะส่งต่อช่วงวัยต่อไปของชีวิต

2. ใช้ Setting approach ในการทำให้เกิด Health Promoting Schools โดยหลักการคือ บุคลากรเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในโรงเรียน พร้อมๆไปกับการเปลี่ยนแปลงองค์กร และนโยบาย ที่จะส่งเสริมให้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนต้องสร้างสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะ (รวมเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ เข้าไปด้วย) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ โดยทั้ง 3 องค์ประกอบมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ได้แก่ หนึ่งหลักสูตรศึกษารอบด้านในโรงเรียน ซึ่งรวมถึงกระบวนการเรียนและการสอนด้วย สอง สิ่งแวดล้อม ,ลักษณะพื้นฐานทางด้านสังคมที่มีร่วมกันของกลุ่มคน (Ethos),องค์กร และ สาม เครือข่ายและบริการของภาคีเครือข่าย Health Promoting School approach (Box 7) เข้าได้กับ Model ทางนิเวศวิทยา ซึ่งจะส่งผลต่อความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ในระดับบุคคล และระบบ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยสถาบัน ปัจจัยชุมชน และปัจจัยนโยบายสาธารณะ

Box 7. Case study: health-promoting schools (HPS)

Bertelsmann Stiftung's programmes, Anschub.de (Alliance for Healthy Schools and Education in Germany) and Kitas bewegen ("good and healthy kindergartens") ได้ดำเนินการ HPS ใน Germany โดยอาศัยความร่วมมือรัฐกับเอกชน (public-private partnerships). โดยเชื่อมระหว่างสุขภาพกับการศึกษา ใช้ Health interventions เพื่อให้บรรลุคุณภาพการศึกษาในระยะยาว และเรียนรู้ในบริบทรวมในการพัฒนาเด็ก ตัวชี้วัดความสำเร็จจะมีหลากหลายกระบวนการได้แก่ การเรียนรู้ การสอน การบริหารจัดการและภาวะผู้นำ รวมถึงบรรยากาศและวัฒนธรรมในโรงเรียน

3. กำหนดว่าอะไรคืออุปสรรคของการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ปัจจัยที่สำคัญในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพคือความเข้าใจ การจะทำเรื่องความรู้ด้านสุขภาพต้องเข้าใจว่า ทำไมประชาชนถึงไม่ผูกพันในเรื่องกิจกรรมการเรียนรู้ รวมถึงปัญหาของระบบ หรือโครงสร้างที่เป็นอุปสรรค หรือนโยบายที่มีส่วนสัมพันธ์กัน ต้องทำการบ่งชี้ถึงสาเหตุที่ทำให้คนไม่มีส่วนร่วมต่อการเรียนรู้ เช่น ขาดแรงจูงใจ ขาดการรับรู้ว่าการเรียนรู้ดังกล่าวมันเกี่ยวข้องกับตน ขาดความสนใจ ขาดความมั่นใจในตนเองว่าจะสามารถทำเรื่องดังกล่าวได้ หรือมีประสบการณ์ในทางลบต่อเรื่องนั้น อุปสรรคที่พบบ่อยได้แก่ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย หรือการไม่มีเวลา ปัญหาด้านการเดินทาง ปัญหาด้านการได้เลี้ยงดูในวัยเด็ก หรือปัญหาด้านภาษา โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ภาษาหลักของชุมชนนั้น ส่งผลให้เกิดปัญหาที่ตามมา คือการขาดความตระหนักถึงทางเลือกต่างๆ ขาดข้อมูลข่าวสาร หรือไม่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดการขาดการมีส่วนร่วม โปรแกรมสำหรับผู้ใหญ่ ที่มีทักษะในด้านการรู้ด้านสุขภาพต่ำนั้นจะส่งผลต่อการเลี้ยงดูเด็กในความดูแลด้วย
4. ใช้วิธีการและสื่อที่ผสมผสาน และเฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยไม่ใช้วิธีและสื่อชนิดเดียวกันกับทุกกลุ่มเป้าหมาย การแบ่งกลุ่มเป้าหมายจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะจะมีผลต่อการรับรู้ เข้าใจ ตัดสินใจ หรือเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากกว่า

5. ใช้การมีส่วนร่วม โดยวิธีการที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมได้แก่ การเรียนแบบสนทนาแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม การเปิดโอกาสให้มีการถาม การใช้การ reflection เป็นต้น ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจมากกว่าการสอนหน้าชั้นเรียน โดยไม่เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนสนทนา
6. สำรวจเพื่อค้นหาแนวทางใหม่ๆ ที่เสริมสร้างการเรียนรู้ เพื่อไปสู่ความเข้าใจได้มากขึ้น เช่นการเรียนรู้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีประกอบด้วย (Box 8)
 - 6.1. มองความแตกต่างและหลากหลายของนักเรียน ซึ่งจำเป็นต้องใช้วิธีการที่หลากหลายให้เหมาะกับแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน
 - 6.2. มองเด็กเป็นหุ้นส่วนที่ครูต้องหาแนวทางที่จะสร้างการเรียนรู้ในฐานะหุ้นส่วน ไม่ใช่ในฐานะนักเรียนที่จะต้องทำตามที่คุณสั่ง
 - 6.3. มองการเรียนรู้ไม่ใช่กระบวนการสร้างให้เกิดปัญหาเท่านั้น แต่เป็นการบูรณาการหลากหลายมิติ โดยเฉพาะการสร้างนิเวศวิทยาภายในโรงเรียนที่เอื้อต่อการเรียนรู้
 - 6.4. เปลี่ยนจากการศึกษาโดยใช้มาตรฐานการศึกษาเป็นศูนย์กลาง มาเป็นการศึกษาที่ใช้นักเรียนเป็นศูนย์กลาง
 - 6.5. เปลี่ยนจากการผลักดันนโยบายจากแต่ละภาคส่วน มาเป็นการผลักดันนโยบายและการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน

Box 8. Case study: learning for well-being

Elham Palestine เป็น program ใน West Bank and the Gaza Strip ได้รับการสนับสนุนจาก Universal Education Foundation เพื่อที่จะปรับปรุงความเป็นอยู่ทั้ง physical, mental and social well-being ของเด็กและวัยรุ่นโดยการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ โดยทำการบ่งชี้ สนับสนุน และเผยแพร่แนวปฏิบัติที่เป็นนวัตกรรม ภายใต้การสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แก่ หน่วยงานของรัฐจากกระทรวงต่างๆ , United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNWRA), องค์การธุรกิจ มุสลิม , NGO และองค์กรในท้องถิ่น ภายใต้การดูแลจากชุมชนที่มีหน้าที่ด้านการศึกษา (educational community) ภายใต้ความเชื่อที่ว่าศักยภาพของท้องถิ่นในการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ

9. Setting ตลาดและชุมชน (Market Place and Community setting)

บ่อยครั้งการปกป้องตลาดนั้นสำคัญกว่าการปกป้องสุขภาพ การถกเถียงเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นการถกเถียงเกี่ยวกับเรื่องอำนาจและความโปร่งใส มีเป็นสิทธิของประชาชนที่ควรรู้เกี่ยวกับแหล่งกำเนิดและส่วนประกอบของอาหาร รู้เกี่ยวกับอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล รู้ว่ามีการจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แก่ชนกลุ่มน้อยผ่านช่องทางใด รู้เกี่ยวกับระดับของมลพิษ ด้วยวิธีการที่เข้าใจง่าย

Kickbusch Health literacy, social determinants and public policy

What is known

1. ชุมชนเป็น Setting หลักสำหรับเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประชาชนตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพที่บ้านและที่ชุมชน คนในครอบครัว เพื่อน และชุมชนมักเป็นแหล่งข้อมูลปฐมภูมิสำหรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ และช่วยให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกสำหรับผลิตภัณฑ์และบริการ และเป็นแหล่งข้อมูลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่จะส่งเสริมหรือปกป้องสุขภาพ หรือป้องกันโรครวมถึงทางเลือกในการรักษา ได้แก่ Self and family cares ,บริการฉุกเฉิน การปฐมพยาบาล ชุมชนสามารถส่งเสริมสนับสนุนประชาชนให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบปฏิสัมพันธ์ (Interactive HL) ผ่านทางทุนทางสังคมหรือวัฒนธรรมภายในสมาชิกชุมชน และมีส่วนร่วมในการขยายขอบเขตของการพัฒนาสังคมและเพิ่มความเข้มแข็งของทุนทางสังคม
2. การตัดสินใจทางเลือกสำหรับผู้บริโภคในชีวิตประจำวันมีความยากลำบากมากขึ้นเนื่องจากข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการใดที่ส่งผลดีต่อสุขภาพมีความขัดแย้งกันหรือไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้ เช่น ผู้บริโภคไม่สามารถประมาณปริมาณแคลอรีในอาหารที่รับประทานหรือที่ใช้ไปในการออกกำลังกาย การเลือกซื้ออาหารของผู้บริโภคประสบปัญหาคือไม่ทราบองค์ประกอบภายในอาหาร หรือไม่ทราบกระบวนการผลิต เนื่องจากหลากหลายอาหารที่ติดนั้นยากต่อการเข้าใจ บ่อยครั้งการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เป็นไปตามอารมณ์หรือสถานการณ์ตามกลยุทธ์การตลาดของเจ้าของผลิตภัณฑ์ (Fig-13)

Fig. 13. Making healthy choices



) Source adapted from WestOne Services (2013).

What is known to work – promising areas of action

1. การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ แม้ประชาชนจะไม่ต้องการที่จะเข้าใจในประเด็นต่างๆ เช่น อาหารประเภทใดที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ แต่ความตระหนักในเรื่องการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมหรือสนับสนุนความรอบรู้ด้านสุขภาพได้เพิ่มสูงขึ้น เช่น
 - 1.1. ฉลากผลิตภัณฑ์ที่ชัดเจนขึ้น เช่นระบุปริมาณแคลอรีในอาหารหรือเครื่องดื่ม
 - 1.2. ใช้สัญญาณไฟจราจรเพื่อแบ่งระดับว่าเป็นอาหารเพื่อสุขภาพมากน้อยเพียงไร
 - 1.3. เป็นสิทธิของผู้บริโภคในการรับข้อมูลของผลิตภัณฑ์
2. การจัดเตรียมข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่เชื่อถือได้ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้บริโภคสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เชื่อถือได้ และง่ายต่อการเข้าใจ โดยออกเป็นกฎหมายบังคับ และเป็นสิทธิของประชาชนหรือผู้บริโภคที่ต้องได้รับการเสริมพลังไม่เพียงแต่ในด้านข้อมูลของผลิตภัณฑ์ ยังรวมถึงการได้รับคำปรึกษาหรือให้ข้อเสนอแนะด้วย
3. กิจกรรมการดำเนินการที่ประสบผลสำเร็จ เริ่มที่ Setting ที่ประชาชนนั้นอยู่และใช้วิธีการที่หลากหลาย กิจกรรมการดำเนินการต้องเกิดขึ้นใน setting ที่ประชาชนอยู่อาศัย หรือทำงาน (Box 9) หรือเล่น และใช้กระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย กฎหมายในการควบคุมการบริโภคบุหรี่ แอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่มีแคลอรีสูงสำหรับเด็ก จะเกิดประสิทธิภาพในการลดการบริโภคต้องทำร่วมกับการณรงค์สร้างความตระหนัก และความเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจ ความเข้าใจ การรับรู้ และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมนั้นๆ

Box 9. Case study: workers in hairdressing salons

ใน UK พนักงานในร้านทำผมเป็นกลุ่มเป้าหมายสำหรับเรื่อง general hand hygiene เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อใช้หวัดใหญ่ รวมถึงลด occupational hazard ที่เกิดกับผิวหนัง เช่นสัมผัสสก็จเจอร์เคมี โดยได้เตรียมเอกสารเกี่ยวกับ “bad hand day” ประกอบด้วย simple leaflet, poster, stickers and fridge magnets โดยส่งทางไปรษณีย์ตามหลังจาก media campaign หรือส่งตรงจากองค์กรท้องถิ่น โดยสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆผลิตจากหน่วยการศึกษาที่เป็น training colleges และได้ผ่านการศึกษาล่วงแล้วว่าเป็นสิ่งพิมพ์ที่มีคุณภาพ ใน eastern England มีอีกการรณรงค์ที่เรียกว่า “Heads Up! Campaign” โดยให้พนักงานในร้านเป็นผู้ให้ความรู้ลูกค้าที่มาใช้บริการเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิต พบว่าพนักงานในร้านสามารถที่จะให้ความรู้ที่กำหนดในสื่อภายในร้านแต่งผมนั้น

4. สร้างให้เกิดทางเลือกที่ต่อสุขภาพและทางเลือกที่ง่ายในการดำเนินการ โดยใช้ Nudge Approach ความหมายของ Nudge Approach คือ การหาทางเลือกที่สามารถคาดเดาได้ว่าจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นทางเลือกที่ไม่ห้ามไม่ให้ทำทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งและไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจทางเศรษฐศาสตร์ การจะเกิด Nudge Approach ได้นั้น แพทย์หรือผู้ให้บริการต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้เชี่ยวชาญที่จะบอกว่าผู้รับบริการต้องทำอะไร มาเป็น ตัวแทนที่ขายความรู้ (Knowledge Broker) และออกแบบทางเลือกที่เป็นที่ต้องการของผู้บริโภค (Box 10)

Box 10. Examples of nudging activities

- Smoking Nudge เช่นทำให้ผู้สูบบุหรี่เห็นข้อความการณรงค์ไม่สูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น และลดสิ่งกระตุ้นให้สูบบุหรี่ (clue) เช่น การเก็บซองบุหรี่ ไฟแช็ค หรือที่เขี่ยบุหรี่ให้ไกลตา หรือให้ร้านค้าเก็บบุหรี่ให้มิดชิดไม่ให้มองเห็น
- Alcohol Nudge เช่น เปลี่ยนขนาดแก้วใส่เหล้าให้เล็กลง หรือลดดีกรีของแอลกอฮอล์ หรือทำให้นักดื่มเห็นสื่อการรณรงค์ลดเหล้าได้มากขึ้น หรือกำหนดเทศกาลในการลดเหล้า เช่น ลดเหล้าเข้าพรรษา เป็นต้น หรือ ออกแบบที่ขายเหล้าในห้างให้อยู่ด้านหลังที่เข้าถึงได้ยาก
- Diet Nudge เช่น การออกแบบพื้นที่ใน super market โดยจัดมุม ผักและผลไม้ สลัดที่อุดมด้วยผักและธัญพืช
- Physical Activity Nudge เช่น การให้ขึ้นบันได แทนการใช้ลิฟท์ การจัดให้มีเลนจักรยานและใช้จักรยานในการเดินทาง

Source: Marteau T et al. Judging nudging: can nudging improve population health? *British Medical Journal*, 2011,342:d228.

10. Setting สถานที่ทำงาน (Workplace Setting)

ใน EU มีการสูญเสียวันทำงานไป 350 ล้านวันในแต่ละปี เนื่องจาก ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย และในช่วงปี 2020-2060 กำลังคนในวัยทำงานได้หดตัวลงร้อยละ 13.6 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี กำลังเพิ่มมากขึ้น

What is known

1. กิจกรรมหรือการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ คือกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำงาน โปรแกรมเพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในสถานที่ทำงานที่มีประสิทธิผลคือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และการให้การศึกษา โดยต้องเป็นโปรแกรมที่ไม่แยกออกมาต่างหาก และบูรณาการแผนกลยุทธ์หลักขององค์กร โปรแกรมจะมีประสิทธิภาพในกลุ่มเพศชายที่ไม่ค่อยเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถที่ลดอุบัติเหตุในที่ทำงานการลดความเสี่ยงทางทางด้านอุตสาหกรรมและโรคทางอาชีวอนามัย นำไปสู่ทางเลือกในการปรับปรุงวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ ลดความเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และสามารถต่อสู้กับภาวะเครียด (รวมถึงความไม่มั่นคงในหน้าที่การงาน) ทำให้ประสบผลสำเร็จในเรื่องการจัดความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน (Work life balance)
2. มีการศึกษาในการเพิ่มความเข้มแข็งในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ โดยทำโปรแกรมในรูปแบบของการบูรณาการระหว่างสุขภาพกับการกินอยู่ที่ดี ส่งผลให้อัตราขาดงานลดลง ผลการดำเนินงานดีขึ้น มีความผูกพันและอัตราการคงอยู่มากขึ้น (ลาออกลดลง) ค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพลดลง ผลตอบแทนจากการลงทุนสูงขึ้น

Box 11. Case study: workplace wellness programs

บริษัท Johnson & Johnson ได้พัฒนาโปรแกรมสำหรับพนักงานในปี 1979 โปรแกรมดังกล่าวมีพนักงานเข้าร่วมมากกว่า 115,500 คนทั่วโลก รูปแบบของโปรแกรม เป็นดังนี้

- ให้แรงจูงใจทางการเงิน ในรายได้ประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพรวมถึงกระบวนการให้คำปรึกษาอย่างครบถ้วน
- ให้สุขภาพศึกษาและ Wellness Coaching ในที่ตั้ง โดยพนักงานสามารถที่จะเข้าถึงบริการรวมถึงการจัดการความเครียด wellness coaching และการคัดกรองสัดส่วนร่างกายได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) การตรวจน้ำตาลและโคเลสเตอรอลในเลือด
- สามารถเข้าไปรับบริการในศูนย์ฟิตเนส และห้องออกกำลังกาย
- มี Vender machine เพื่อขาย snack และเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ
- จัดสถานที่ปลอดบุหรี่
- มีระบบการส่งต่อพนักงานที่ต้องการความช่วยเหลือ หรือจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ

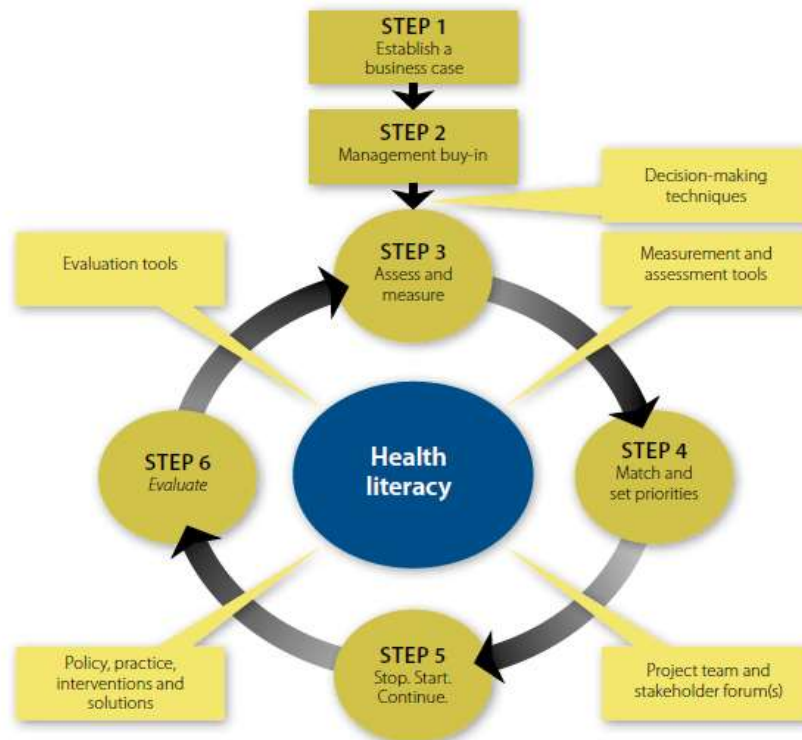
ทำการประเมินผลการดำเนินการของโปรแกรมดังกล่าวในช่วงปี 1995-1999 และประเมินอีกครั้งในปี 2007-2009 ผลสรุปพบว่า พนักงานมีส่วนร่วมต่อโปรแกรมดังกล่าวสูงมาก ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของบริษัทลดลง อัตราหยุดงานลดลง และโปรแกรมสามารถลดปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพของพนักงาน เช่น พฤติกรรมเนือยนิ่งลดจากร้อยละ 39 เหลือร้อยละ 20 การสูบบุหรี่ลดจากร้อยละ 12 เหลือ ร้อยละ 4 ความดันโลหิตสูงลดลงจากร้อยละ 14 เหลือ ร้อยละ 6 แลโคเลสเตอรอลในเลือดสูงลดจากร้อยละ 19 เหลือร้อยละ 5

3. การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ทำให้ต้องรับผิดชอบต่อพนักงานมากยิ่งขึ้น บางธุรกิจในภาคบริการเปลี่ยนการทำงานเป็นแบบเสมือนจริง โดยพนักงานต้องเร่ร่อนเปลี่ยนที่ทำงานไปเรื่อย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้พนักงานควบคุมสุขภาพได้น้อยลง จึงต้องมีวิธีการใหม่ในการเพิ่มความเข้มแข็งให้พนักงานในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ

What is known to work – policy and other interventions

1. การดำเนินการโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในเชิงยุทธศาสตร์ ประสิทธิภาพการดำเนินงานเกิดจาก
 - ความเป็นผู้นำของผู้บริหารระดับสูง ในการจัดทำโครงการสถานที่ทำงานเพื่อสุขภาพ (Healthy Workplace)
 - การมีส่วนร่วมของพนักงานในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบริหารจนถึงระดับปฏิบัติงาน
 - ความผูกพันของพนักงานและผู้มีส่วนได้เสียในการพัฒนาโปรแกรม และนำโปรแกรมสู่การปฏิบัติ ร่วมกับการสื่อสารประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง
 - สร้างสรรสิ่งแวดล้อมที่ดีภายในองค์กร
 - บูรณาการกับแผนงานอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการทำงานสถานที่ทำงานที่น่าอยู่ น่าทำงาน หรือโปรแกรมการช่วยเหลือพนักงานอื่นๆ
 - กำหนดประเด็นที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม
 - มุ่งเน้นการเรียนรู้ในหลากหลายรูปแบบ
 - มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในระยะยาวอย่างมีชีวิตชีวา
 - สมาชิกในครอบครัวสามารถร่วมกิจกรรมได้ด้วย
 - เป็นโปรแกรมที่ง่ายและสอดคล้องกับความต้องการทางธุรกิจ
 - สามารถสะท้อนถึงความหลากหลายของพนักงาน รวมถึงคำนึงถึงประเด็นความอ่อนไหวในเชิงวัฒนธรรม
 - ประเมินผลกระทบทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ

Fig. 14. Blueprint for Business Action on Health Literacy



Source: Healthy workplace, healthy society: blueprint for business action on health literacy. Brussels, Joint Venture of Business Action on Health Literacy, CSR Europe, 2013 (http://www.csreurope.org/pages/en/hl_blueprint.html, accessed 15 May 2013).

2. มั่นใจถึงสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนทางเลือกสุขภาพที่ดีกว่า โครงการที่มีประสิทธิภาพรวมถึง ห้องอาหารเพื่อสุขภาพ ทางเดินที่ขีดเส้นบอกระยะทาง สภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย มีห้องออกกำลังกาย ยืดเหยียด มีน้ำสะอาดให้บริการฟรี ให้ความรู้แก่พนักงานรวมถึงครอบครัว รวมถึงการให้สมาชิกในครอบครัวสามารถมาใช้บริการเพื่อสุขภาพในที่ทำงานได้
3. สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สถานที่ทำงานสามารถสร้างแรงจูงใจให้กับพนักงานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อไปสู่วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ เช่น ให้เงินช่วยเหลือพนักงานที่เปลี่ยนวิธีการเดินทางจากการขับรถมาที่ทำงาน มาเป็นการเดิน หรือขี่จักรยานมายังที่ทำงาน การลดค่า health premium ในรายที่ทำการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ และเข้าร่วมกิจกรรม Health coaching ตามที่กำหนด จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า Peer support Programs ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น ต้นทุนทางสุขภาพลดลง กรณศึกษา โปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อน และการส่งเสริมสุขภาพ ในที่ทำงาน (Box 12)

Box 12. Case studies: workplace peer support and health promotion program

- Volkswagen บริษัทผลิตรถยนต์ในเยอรมัน ได้ให้พนักงานมีส่วนร่วมโดยจัดทำ Health Circles ในที่ทำงาน โดยตั้งกลุ่มเพื่อทำการช่วยเหลือในการแก้ปัญหา หน้าที่ของกลุ่มนี้คือ บ่งชี้ปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพและหามาตรการที่เหมาะสมในการแก้ไข แนวทางการแก้ไขเน้นการฝึกอบรม ผลการดำเนินการพบว่า อัตราการขาดงานลดลงจาก 24 วันต่อคนในปี 1986 เหลือ 12 วันในปี 1996 และการที่สุขภาพของพนักงานดีขึ้นทำให้สามารถลดต้นทุนเกี่ยวกับพนักงาน ของบริษัทประมาณปีละ 50 ล้าน US\$
- การศึกษาบริษัทที่เกี่ยวกับการผจญเพลิงใน USA พบว่า กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer support) มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงเรื่องโภชนาการ กิจกรรมทางกาย รวมถึงการกินดีอยู่ดีโดยทั่วไป
- การศึกษาบริษัทเกี่ยวกับขนส่งใน USA พบว่า กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน สามารถลดการบาดเจ็บได้อย่างมีนัยสำคัญ โดย Benefit cost ratio เท่ากับ 26 : 1
- The NHS (National Health Service) National Institute for Health and Clinical Excellence in England ได้จัดทำชุดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงาน ได้แก่ การหยุดสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต

11. Setting สถานบริการสุขภาพ (Healthcare Setting)

ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพมักเป็นข้อมูลที่เข้าถึงได้ยาก เนื่องจาก ความต้องการหรืออุปสงค์ในข้อมูลทางด้านสุขภาพกับทักษะของประชาชนโดยเฉลี่ยในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพเหล่านั้นไม่สัมพันธ์กัน

Rima E. Rudd Health service interventions – navigating health systems and partnering with health professionals (unpublished)

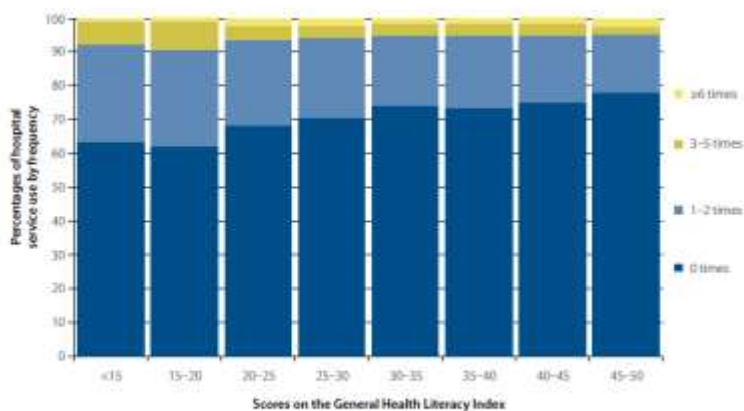
What is known

1. การนำทางเพื่อเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อน เป็นเรื่องท้าทายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว สถานบริการสุขภาพมีโครงสร้างทางกายภาพที่ซับซ้อน ประตูก้าวเข้ามีหลายทาง มีหลายแผนกการให้บริการ วิชาชีพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ก็ใช้ภาษาทางการแพทย์ที่แปลกแยกกับภาษาที่ประชาชนทั่วไปใช้พูดกัน การไปรับบริการในโรงพยาบาลจึงต้องมีทักษะเฉพาะในการนำทางเพื่อเข้าถึงบริการ นอกจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพแล้ว ยังมีปัญหาในเรื่องในเรื่องการกรอกเอกสาร เช่น ใบยินยอมรับการรักษา (informed consent) การเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจเลือด ทำผ่าตัด หรือทำหัตถการ การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการนัดมาตรวจติดตามผล
2. ผู้ป่วยประสบปัญหาที่ต้องใช้ความรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย ทำให้ยากต่อการตัดสินใจ ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การประเมินประเมินความน่าเชื่อถือได้และคุณภาพของข้อมูล การประเมินความเสี่ยงเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่ได้ การคำนวณขนาดของยา การแปลผลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีหลายทักษะได้แก่
 - 2.1. visually literate (สามารถเข้าใจกราฟหรือเครื่องหมายต่างๆที่เป็นรูปภาพ),
 - 2.2. computer literate (สามารถใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ Tablet หรือ Smart phone)
 - 2.3. information literate (สามารถที่จะประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง),
 - 2.4. media literate (สามารถที่จะแยกแยะข้อมูลข่าวสารที่เชื่อถือได้จากการส่งเสริมการขาย)
 - 2.5. numerically or computationally literate (สามารถในการ able to calculate or reason numerically).
3. เอกสารหรือสิ่งพิมพ์ที่เป็นข้อมูลทางสุขภาพมักจะยากต่อการเข้าใจ และเกินกว่าทักษะของประชาชนทั่วไปที่จะเข้าใจได้ จากการทบทวนเอกสารจำนวน 1500 ชิ้นพบว่า เอกสารหรือสิ่งพิมพ์ทางการแพทย์ เช่น brochures, เอกสารการสอนหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน นั้นถูกออกแบบแบบเหมารวมโดยไม่สนใจว่าผู้อ่านคือใคร
4. การสื่อสารของผู้ให้บริการสุขภาพ ทั้งการเขียนหรือการพูดนั้นใช้ภาษาที่ยากต่อการเข้าใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ การสื่อสารของผู้ให้บริการสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยต้องการ นิยามของศัพท์ทางการแพทย์ที่ชัดเจน ตัวอย่างการปฏิบัติตัวที่เป็นรูปธรรม และต้องการความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหา และต้องการให้ผู้ให้บริการกระตุ้นให้ถามคำถาม โดยเฉพาะประเด็นที่สงสัย
5. การที่โรงพยาบาลเปลี่ยน Model ทางธุรกิจ ทำให้สร้างอุปสรรคใหม่ เมื่อบริการสุขภาพนำเรื่องบริหารธุรกิจมาใช้ เช่นเน้นในเรื่องประสิทธิภาพและต้นทุน ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนของระดับความสำคัญ (Priority) โดยให้ความสำคัญกับการบริการที่ให้อัตราผลตอบแทนสูงในระยะสั้น มากกว่าการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพซึ่งให้ผลตอบแทนในระยะยาว และผลตอบแทนที่ส่งผลต่อบุคคลและสาธารณะมากกว่าส่งผลต่อโรงพยาบาล ยิ่งในองค์กรที่มุ่งหวังกำไรที่กลุ่มเป้าหมายทางการตลาดอยู่ที่

กลุ่มรายได้สูงแล้วยิ่งทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบางได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย ผู้ว่างงาน เป็นต้น การบริหารเวลาของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดการล้นระยะเวลาการตรวจ หรือเวลาในการอธิบายหรือให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย

6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศใน EU (HLS-EU) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพ เช่น ความถี่ในการใช้บริการ อย่างมีนัยสำคัญ

Fig. 15. Frequency of hospital service use in the last 12 months according to scores on the General Health Literacy Index for the 7764 respondents in the European Health Literacy Survey



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

สิ่งที่ทราบและจะนำไปสู่ Area to Action.

1. ปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิดมองความรอบรู้ด้านสุขภาพคือประเด็นท้าทายต่อการปรับระบบ องค์การและสถาบัน หลายการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเสนอแนะให้ระบบสุขภาพต้องทำความเข้าใจความต้องการของประชาชนที่ไม่ใช้บริการ และออกแบบการบริการให้สอดคล้องกับทุกกลุ่ม ไม่ใช่ออกแบบแบบเหมารวม และที่สำคัญต้องไม่มองว่ากลุ่มที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) คือปัญหาของเขาเพียงด้านเดียว แต่เป็นความท้าทายของระบบสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพที่จะเข้าถึงกลุ่มนี้ให้ได้ และพัฒนาการสื่อสารให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนทั่วไปให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งแนวปฏิบัติที่ได้ผลและมีข้อมูลเชิงประจักษ์ในสรุปไว้ในตารางที่ 5

Table 5 การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ : เครื่องมือ

จุดเน้น	ความท้าทาย	ข้อเสนอแนะ
Web	ออกแบบเพื่อดึงดูดความสนใจมากกว่าประโยชน์ใช้สอย	- ปรับปรุงระบบนำทางใน web และการกลับสู่หน้าหลัก - ให้ผู้ใช้สามารถสอบถามได้ - เตรียมคำตอบสำหรับคำถามที่มีการถามบ่อย
โทรศัพท์	ข้อมูลที่บันทึกมักจะพูดเร็วเกินไป	- พัฒนาวิธีการบันทึก - เตรียมและฝึกอบรม operator

จุดเน้น	ความท้าทาย	ข้อเสนอแนะ
	- Operator ไม่สามารถตอบได้หลายคำถาม - รอสายนานและสายมักถูกตัดบ่อย	เตรียม Script เพื่อตอบคำถามที่ถามบ่อย
ประตูทางเข้า	- เครื่องหมายทางเข้าไม่ชัดเจน - กรณีที่มีทางเข้าหลายทาง ไม่ระบุว่าทางเข้านั้นจะเข้าไปรับบริการอะไร	ทำถนนและทางเข้าให้ชัดเจน
การหาเส้นทางเพื่อไปรับบริการต่างๆ	- มีแต่ข้อความยินดีต้อนรับแต่เครื่องหมายชี้แนวทางไม่ชัดเจน - บุคลากรของ รพ.ก็ยังไม่ทราบจุดให้บริการต่างๆ - แผนที่นำทางซับซ้อนเกินไป - เครื่องหมายต่างๆไม่คงเส้นคงวา และไม่ชัดเจน	- ปฐมนิเทศบุคลากรและฝึกอบรมให้ใช้ภาษาพื้นที่เข้าใจง่าย - เตรียมแผ่นพับแสดงจุดให้บริการให้ผู้มารับบริการ - อบรมบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลให้สามารถเป็นมัคคุเทศน์นำทางได้
การพูด	ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่เข้าใจในหมู่ผู้ให้บริการแต่ประชาชนไม่เข้าใจ	- ปฐมนิเทศบุคลากร - ฝึกอบรมวิชาชีพให้ใช้ภาษาพื้นที่เข้าใจง่าย

2. กำหนดนโยบายการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกสื่อ ไม่ว่าจะเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ Web site ,Multi media ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของการตอบสนองต่อการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นใช้ภาษาที่เรียบง่าย และทดสอบสื่อกับกลุ่มเป้าหมายก่อนใช้จริงทุกครั้ง ดังตารางที่ 6.

ตารางที่ 6 การใช้ภาษาพื้น ๆ ที่เข้าใจง่ายในสถานบริการสุขภาพ

จุดเน้น	ความท้าทาย	ข้อเสนอแนะการดำเนินการ
คำศัพท์และความยาวของประโยค	- ใช้ศัพท์เฉพาะมากเกินไป - ใช้ศัพท์ทางการแพทย์หรือทางวิทยาศาสตร์ - ใช้ประโยคที่ยาวและซับซ้อน	- ใช้คำพื้นที่เข้าใจง่าย - ใช้ภาษาพูดหรือเขียนที่ชัดเจน - ใช้ประโยคง่ายๆที่แม้แต่เด็กก็เข้าใจได้
การจัดระบบและโครงสร้าง	- สื่อที่ไม่ได้เขียนขึ้นโดยคำนึงถึงผู้อ่าน - สื่อหรือสิ่งพิมพ์ที่เต็มไปด้วยรูปแบบที่ซับซ้อน	- ออกแบบให้ง่ายต่อการอ่าน - ตรวจสอบความชัดเจน - จัดระบบข้อมูลตามความชอบของคนอ่าน - ทดสอบนำร่องสื่อที่เขียนขึ้น

จุดเน้น	ความท้าทาย	ข้อเสนอแนะการดำเนินการ
		• ในกรณีที่สื่อสารด้วยคำพูดใช้ teach-back เพื่อสอบถาม
กระบวนการออกแบบและการพัฒนา	• สื่อหรือสิ่งพิมพ์มีรูปแบบตามมุมมองของวิชาชีพ • การผลิตสื่อต่างๆขาดความเป็นมืออาชีพ • โครงสร้างข้อมูลของสถานบริการไม่ได้เปิดช่องให้ผู้ป่วยได้สอบถาม	• ติดตามการพัฒนาและทบทวนประเด็นการสื่อสารที่สำคัญ • ข้อกำหนดในการนำร่องทดลองการใช้สื่อจากกลุ่มเป้าหมายก่อนใช้จริง • กระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้บริการสอบถามและกำหนดวาระ
ความเคร่งครัด	• น้อยถ้ากำหนดข้อกำหนดให้นำร่องทดลองการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายก่อน • น้อยโดยทดแทนด้วยการประเมินทักษะของการสื่อสารของวิชาชีพ	• พัฒนาและกำกับด้วยการนำร่องทดลองการใช้สื่อกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อสื่อสารในประเด็นสำคัญ • สอนและใช้เทคนิคการ Teach back • ออกข้อกำหนดให้ใช้มืออาชีพในการจัดทำสื่อ

3. ให้ถือว่าการให้ความสำคัญในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ เป็นเกณฑ์คุณภาพข้อหนึ่งของการบริหารคุณภาพ โดยถือเป็นคุณภาพของวิชาชีพและของคุณภาพของสถาบันทางสุขภาพด้วย การระมัดระวังแบบครอบคลุมจักรวาลในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ (Universal Precaution for Health Literacy) หมายถึงการนำแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศที่วิชาชีพใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วย การวัดวิเคราะห์ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพต้องบูรณาการไปกับการวัดวิเคราะห์และการประเมินผลโดยรวมขององค์กร และบูรณาการกับระบบคุณภาพและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องขององค์กร การบริการต้องไม่ทำให้เกิดการตีตรา หรือทำให้เกิดความอับอายแก่ผู้รับบริการ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีการสอบถาม และเต็มใจและให้เวลาในการตอบคำถาม
4. ลงทุนในการฝึกอบรมวิชาชีพ เพื่อให้สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) เน้นหากการฝึกอบรมมุ่งเน้นการเพิ่มทักษะการสื่อสารให้กับวิชาชีพ เข้าใจประเด็นความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม ความแตกต่างของเพศ และกลุ่มอายุ รวมถึงฝึกอบรมในเรื่องการสร้างความสัมพันธ์ การสร้างเครือข่าย การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และเปลี่ยนบทบาทจากการสั่งการให้ทำอะไร มาทำบทบาทของ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้ข้อเสนอแนะ หรือเป็น Coach
5. ใช้เครือข่าย International Network of Health Promotion Hospital and Health Services และ European Patient Organization เพื่อสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพ The Health Literate Health Care Organization (HLHCO) เป็น model สำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดหลักสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ การใช้ Setting Approach ก็เป็นกลยุทธ์และนโยบายของ Network และ Network ดังกล่าวถือว่าเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการส่งเสริมให้เกิดโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ

กรณีตัวอย่าง การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง (Drug Compliance)

วิธีการรับประทานยาที่แพทย์สั่งและคำเตือนบนใบสั่งยามักจะไม่ชัดเจน การสื่อสารของแพทย์ในเรื่องการให้ยาให้กับผู้ป่วย มักจะไม่สมบูรณ์ และเภสัชกรก็ไม่มีเวลาให้คำปรึกษาหรือไม่มีเอกสารให้ผู้ป่วยเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา และการสอนให้รับประทานยาหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ก็ยากต่อการเข้าใจ

Michael S. Wolf *Promoting health literacy among health systems* (unpublished)

What is known

1. ความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา (Medication Error) เป็นเรื่องที่พบบ่อย เป็นเรื่องที่อันตรายที่สามารถป้องกันได้ การสั่งยา และการเขียนใบกำกับยามักจะมีปัญหา ร่วมกับการที่แพทย์และเภสัชกรพลาดโอกาสในการให้ปรึกษาในการให้ยาให้กับผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นสาเหตุของความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา ผลที่ตามมาคือ ผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี แม้จะนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ แต่ปัญหานี้ก็ยังคงอยู่

What is known to work – promising areas for action

1. มีการส่งเสริมให้ใช้ Universal Medication Schedule เป็นวิธีสร้างมาตรฐานของการเขียนใบสั่งยาสำหรับแพทย์โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง “รับประทานยา 2 เม็ดตอนเช้า และ 2 เม็ดตอนเย็น” แทนคำว่า “รับประทานยา 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง” (Fig-16) โดยพิมพ์ออกทาง Printer ด้วย format ดังกล่าว เพื่อเป็นการส่งเสริมความปลอดภัยในการใช้ยา จากการศึกษา พบว่า การใช้ Universal Medication Schedule ทำให้การรับประทานยาของผู้ป่วยมีความถูกต้องมากขึ้น

Fig. 16. Example of the Universal Medication Schedule

Take	1 tablet in the morning (or bedtime)	
Take	1 tablet in the morning 1 tablet in the evening	
Take	1 tablet in the morning 1 tablet at noon 1 tablet in the evening	
Take	1 tablet in the morning 1 tablet at noon 1 tablet in the evening 1 tablet at bedtime	
Take	1 or 2 tablets Wait at least 4 hours before taking again Stop at 6 tablets in 1 day	



Morning: 06:00–08:00

Noon: 11:00–13:00

Evening: 16:00–18:00

Bedtime: 21:00–23:00

Source: adapted from: Wolf M. A universal medication schedule to promote patient understanding and use. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2009 (www.ahrq.gov/legacy/about/annualconf09/wolf/wolf.ppt, accessed 15 May 2013).

กรณีศึกษา: โปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง

What is known

1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การให้สุขศึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด ส่งผลต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self Efficacy) ดีกว่าวิธีการใช้ Multimedia ซึ่งไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ พฤติกรรมโดยการจัดการตนเอง (Self-manage behavior) ปรับปรุงดีขึ้นโดยการกำหนดเป้าหมาย และมีแผนที่จะไปถึงเป้าหมายร่วมกัน
2. จากการทำ Randomized clinical trials พบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิตค่าบน ค่า HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด ดีขึ้นเมื่อใช้การให้สุขศึกษารายบุคคล แต่ไม่ดีขึ้นเมื่อใช้การ โทรศัพท์แบบ Automated หรือ Multimedia หรือ Group visit

What is known to work – promising areas for action

1. พัฒนาและสนับสนุนโปรแกรมที่เกี่ยวกับการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง สนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพและเสริมพลังประชาชนให้อยู่กับโรคเรื้อรังและครอบครัวได้อย่างประสบผลสำเร็จ การจัดการโรคด้วยตนเอง (Self-manage disease) ไม่ได้หมายถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเท่านั้น แต่รวมถึงการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้สามารถพัฒนาทักษะ ความมั่นใจ และความรู้ และรวมถึงการลดความซับซ้อนของข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ประชาชนสามารถที่เข้าใจเพื่อนำสู่การปฏิบัติ ประสิทธิภาพของทางเลือกต่างๆรวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่จะกระตุ้นให้ผู้ให้บริการที่จะผสมผสานการให้การรักษาควบคู่ไปกับการจัดการตนเองโดยการสนับสนุนจากวิธีการที่เรียกว่าเพื่อนช่วยเพื่อน (Peerled self management support) ซึ่งถือเป็นบทบาทใหม่ของผู้ให้บริการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บรรลุผล ต้องเน้นในเรื่อง การกำหนดเป้าหมายและวิธีการบรรลุเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการภายใต้การสนับสนุนจาก Peer group

Box 13. โปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง (Chronic disease self-management program)

ตัวอย่างของการสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นโปรแกรมเกี่ยวกับการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง ซึ่งปัจจุบันได้ดำเนินการในหลายประเทศในยุโรป เช่น Denmark, England, Netherlands และ Switzerland (โดยจุดเริ่มต้นพัฒนาที่ Stanford University). โปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาและได้ผลคือ Expert Patient Program ใน United Kingdom ซึ่งใช้แนวทาง self-care groups ที่ให้ patient peers เป็นตัวนำ โดยนำไปประยุกต์ในชุมชน adapted และผู้ป่วยเข้าใจหลักการและต้องมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างจริงจังด้วย โปรแกรมดังกล่าวดำเนินการในรูปแบบของหลักสูตร 6-8 สัปดาห์ เป็นหลักสูตรการดูแลตนเองแบบกลุ่ม (group-based self-management courses) โดยใช้เวลาสัปดาห์ละ 2.5 ชั่วโมงโดยใช้สถานที่ในชุมชน ประกอบด้วยผู้นำกลุ่มที่ผ่านการฝึกอบรมจำนวน 2 คน (peer leaders) โดยอย่างน้อย 1 ใน 2 คนนั้นต้องเป็นโรคเรื้อรัง เพื่อทำหน้าที่เป็น Facilitators แบบ Interactive ผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรคือคนที่ เป็นโรคเรื้อรัง หรือคนในครอบครัวที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยวิทยากรทั้ง 2 คนจะทำหน้าที่ให้การอบรมตามหลักสูตรจนครบ 6-8 สัปดาห์ ผลการทบทวนแบบ meta-analysis ถึงผลลัพธ์จากโปรแกรดังกล่าว โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับปานกลางถึงสูง ว่า เมื่อให้ผู้ป่วยทำการประเมินภาวะสุขภาพของตน (Self rate) พบว่า โปรแกรมทำให้ ความเครียด ความเจ็บปวด ความอ่อนล้า ลดลง การที่สามารถจัดการอาการต่างๆด้วยตนเอง การมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้น และความมั่นใจในความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเอง (self-efficacy) ถ้าขยายขอบเขตการดำเนินการให้กว้างขวางมากขึ้น ก็สมารถที่จะส่งผลถึงสุขภาพของสาธารณะ (Public Health) ได้

12. สื่อและการสื่อสาร (Media and communication)

การสื่อสารมวลชนสามารถสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพได้หลายวิธี สำหรับในยุโรป แหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่ประชาชนเชื่อถือคือ จากแพทย์หรือผู้ให้บริการเป็นหลัก แต่ก็หาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อมวลชน

Franklin Apfel *Mass mediated health communications and health literacy* (unpublished)

What is known

1. ข้อมูลข่าวสารอย่างเดียวไม่เพียงพอ การสื่อสารด้วยข้อความอย่างเดียว ไม่สามารถที่จะทำให้ประชาชนตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆได้ จึงมีศึกษาวิจัยทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ หรือสังคมศาสตร์ รวมถึง การตลาดเพื่อสังคม จิตวิทยาสังคม พฤติกรรมศาสตร์และเศรษฐศาสตร์ และประสาทวิทยา เพื่อหาแนวทางที่สามารถปฏิบัติได้จริง และคุ้มค่าในเชิงต้นทุน ประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการเลือกทางเลือกต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพที่ต้องเผชิญในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค หรือการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ดำรงรักษา หรือปรับปรุงสุขภาพ ให้มีคุณภาพชีวิตตลอดชั่วอายุ (Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, 12:80) (Box 14).

Box 14 กรณีศึกษา การตลาดเพื่อสังคมเพื่อเร่งให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับไข้หวัดนก ระหว่างปี 2005-2006 ได้เกิดการระบาดของโรคไข้หวัดนกในตุรกี UNICEF coordinated a multisectoral, multiagency task force ได้ใช้การตลาดเพื่อสังคมในการสื่อสารไปยังกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การนำไก่เข้าไปเลี้ยงในบ้าน ได้ทำการกำหนด Message และแรงจูงใจเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวผ่านการสื่อสารมวลชน (Mass media) หรือผ่านช่องทางของชุมชน (เช่น ผ่านทางวิทยุหรือโทรทัศน์โดยใช้ภาษาเฉพาะถิ่น) เพื่อส่งข้อมูลข่าวสารที่เชื่อถือได้ เข้าใจง่าย สอดคล้องกับระดับของความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน รวมถึงการออกข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการชดเชยเกษตรกรที่เลี้ยงสัตว์ปีก

2. Communication is an integral part of comprehensive public health initiatives. การสื่อสารได้รับการยอมรับว่าสามารถที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้ (เช่น พฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน) การป้องกันโรค (เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัย) โดยสกัดข้อมูลข่าวสารที่เฉพาะเจาะจงให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย จากนั้นทำการรณรงค์เพื่อที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยง

Box 15. Enhancing the health literacy of policy-makers in Ukraine

การตลาดเพื่อสังคมสามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของ วิชาชีพ องค์กร และผู้กำหนดนโยบาย การรณรงค์คัดการสูบบุหรี่ใน Ukraine โดยใช้การตลาดเพื่อสังคม เพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายคือ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร หวังผลให้ผ่านกฎหมายเกี่ยวกับการใส่ภาพบนซองบุหรี่ รวมถึงการเพิ่มภาษีบุหรี่ โดยเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับผลดีต่อสุขภาพที่จะเกิดขึ้น รวมถึงการเยียวยาผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับอุตสาหกรรมยาสูบ

รวมถึงการออกเสนอแนะเชิงนโยบายที่จะทำให้เกิดทางเลือกทางสุขภาพ เช่นโฆษณาการงดการสูบบุหรี่หรือเหล้า ในที่สาธารณะ

3. **Health-compromising mass-media communication.** ในยุคก่อนหน้านั้น ประชาชนได้รับข่าวสารจากหลายแหล่ง และบางแหล่งนั้นเป็นข้อมูลที่เป็นปัญหาว่าจะส่งผลต่อสุขภาพในทางลบ การใช้การตลาดในการโฆษณาบุหรี่ เหล้า หรืออาหารหรือเครื่องดื่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดยชี้นำประชาชนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งน่าจะส่งผลให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มจำนวนมากขึ้น

What is known to work – promising policy and other interventions

1. การแบ่งระดับของการสื่อสารที่จะนำเสนอ การตลาดเพื่อการรณรงค์ลด ละเลิก อบายมุขต่างๆ เช่นการบุหรี่ยี่ห้อหรือเหล้า ทำให้ message การส่งเสริมสุขภาพปรากฏสู่สายตาของประชาชน ผ่าน mass media เช่นวิทยุ หรือโทรทัศน์ หรือภาพยนตร์ รวมถึงการมีกฎหมายการควบคุมการโฆษณาที่ไม่ได้เป็นตามที่กฎหมายกำหนด ปัจจุบัน social media ได้แก่ facebook ,Twitter, You Tube ได้เปิดโอกาสให้สามารถสื่อสาร Health Message ผ่าน social Media (Chapter 13) ซึ่งเป็นทั้งโอกาสและสิ่งท้าทาย เนื่องจาก social media ก็เปิดโอกาสให้ Message ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพสามารถสื่อสารผ่านช่องทางนี้ได้ด้วย
2. การเพิ่มความสามารถในการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ กลยุทธ์ในการสื่อสารโดยใช้สื่อสารมวลชน เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน รวมถึงการเพิ่มความสามารถในการส่งข้อมูลข่าวสารที่เฉพาะให้เข้ากับกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงความสามารถในการจัดการกับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง (Misinformation) การที่จะสื่อสารเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความรู้ด้านสุขภาพได้นั้น นักการสาธารณสุขที่ทำหน้าที่สื่อสาร รวมถึงนักศึกษาคือต้องเรียนรู้จากนักธุรกิจว่าการสื่อสารเพื่อให้เกิดความสำเร็จต้องดำเนินการอย่างไร เช่น การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย การแบ่ง segment ทางการตลาด การสกัดข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย(Tailor made Health Message) การทดสอบ Tailor Health Message เป็นต้น
วิธีการที่ให้ความรู้ร่วมกับความบันเทิง หรือ Educational Entertainment (Edutainment) ส่งผลต่อการเรียนรู้ และเกิดการปรับเปลี่ยนภายหลังจากการเรียนรู้ จากการศึกษาพบว่า เมื่อผสมผสาน Edutainment ร่วมกับการขับเคลื่อนทางสังคม หรือร่วมกับการสื่อสารระหว่างบุคคล จะเกิดประสิทธิผลในหลายบริบท เช่น การพูดเรื่องการให้ภูมิคุ้มกัน ร่วมกับ Soap Operas ทำให้มารดาพาลูกไปรับวัคซีนเพิ่มขึ้น
3. การจัดการข้อมูลข่าวสารที่คลาดเคลื่อน (Misinformation) เชิงรุก และการสร้างความเชื่อมั่นในเรื่องคุณภาพของข้อมูล การพัฒนาระบบประกันคุณภาพของข้อมูล เพื่อป้องกันข้อมูลข่าวสาร หรือการสื่อสารที่คลาดเคลื่อนช่วยให้สามารถส่งมอบข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือ ระบบรับประกัน (Accreditation schemes for health literacy-friendly information materials) สามารถจัดตั้งขึ้นในระดับองค์กร และจำเป็นที่ต้องพัฒนาทักษะที่เรียกว่า Media health literacy skills เพื่อที่จะแยกแยะข้อมูลข่าวสารที่เชื่อถือได้และมีความอิสระ (independent source) ออกจาก ข้อมูลข่าวสารที่หวัง

Box 16. แหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่อิสระหรือเป็นกลาง Independent sources of health information แหล่งข้อมูลอิสระ ไม่ว่าจะเป็นระดับองค์กรท้องถิ่น ระดับชาติ หรือองค์กรระหว่างประเทศ เช่น WHO, the European Commission หรือ NHS Direct in the United Kingdom ช่วยให้ประชาชนแยกแยะความจริงออกจากเรื่องเล่าหรือนิยายได้ ข้อมูลทางสุขภาพบน Web site โดยทั่วไปจะขาดการควบคุมคุณภาพ แต่บาง Web site ก็มีคุณภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เช่น Health on the Net standards พัฒนขึ้นเพื่อควบคุมคุณภาพของ Web site ทางสุขภาพ แต่ก็ยังไม่ได้ถูกนำมาใช้ทั่วโลก และไม่ได้รับประกันว่า เป็น Web site ที่ง่ายต่อการเข้าใจ

ผลทางการตลาด (sales-driven product marketing and advertising) . Media literacy จะพิจารณาทั้งแหล่งที่มาของข้อมูล และวิธีการได้มาซึ่งข้อมูล (Box 16).

4. สร้างความเสมอภาคใน **electronic health (eHealth) literacy**. การมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Health gains) ในกลุ่ม eHealth-literate people ได้สร้างความไม่เท่าเทียมใหม่ใน digital health information. โดยได้ทิ้งอีกกลุ่มหนึ่งที่เปราะบางไว้ข้างหลัง ฉะนั้นกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องให้ความรู้และช่วยเหลือเพื่อให้เข้าถึงเทคโนโลยีที่ออกแบบให้ทุกคนได้เข้าถึง (accessibility by all in mind) (Box 17).

Box 17 อะไรคือ e Health Literacy

นิยาม ของ e Health Literacy คือความสามารถในการค้นหา และเข้าใจ และประเมินข้อมูลทางสุขภาพจากแหล่งข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ และประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับเพื่อกำหนด (Address) หรือแก้ปัญหาสุขภาพ (solve) e Health Literacy แตกต่างจาก Literacy อื่น โดยประกอบด้วยทักษะหลัก (Core skill) ได้แก่ traditional literacy, health literacy, information literacy ,scientific literacy, media literacy and computer literacy.

13. Social Media and online Health

สถานบริการสุขภาพต้องไปยังที่คนอยู่ในขณะนี้ (บนโลก online หรือ social Media) มากกว่าที่สร้าง web site แล้วโดดเดี่ยวตัวเองบนเกาะของ Web นั้น (web islands) ซึ่งเป็น web ที่สื่อสารข้อมูลสุขภาพทางเดียว โดยหวังว่าประชาชนจะเข้ามาอ่านข้อมูลใน web นั้น

Maged N. Kamel Boulos *Using social media for improving health literacy* (unpublished)

What is known

- 1) Social Media มีศักยภาพที่จะเพิ่มความสามารถของผู้ใช้ในการ การได้มาซึ่งข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูลและบริการทางสุขภาพนั้น จากนั้นทำการประเมิน และตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมต่อสุขภาพ Viral social marketing สามารถไปถึงผู้คนได้มากขึ้น เร็วขึ้น ด้วยต้นทุนที่ต่ำเมื่อเทียบกับวิธีการอื่นทางการตลาดหรือการโฆษณา ซึ่งถือเป็นจุดแข็งของ social media และเป็นบทบาทที่สำคัญในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การโปรแกรมการให้บริการสุขภาพเชิงรุก เช่น viral social marketing การรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยที่ประสบความสำเร็จในประเทศตุรกี
- 2) Online Social network และการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้เกิดการสนับสนุนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer to peer support) ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถช่วยเหลือกันระหว่างกันได้ ทำให้ทั้งระบบบริการแบบดั้งเดิมลดลง เป็นการลดภาระของระบบบริการสุขภาพ (Box 18) Social Network ที่ชื่อ PatientsLikeMe, เป็นเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นตัวอย่างของการช่วยเหลือกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ซึ่งมีการศึกษาแล้วพบว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยจัดการตนเองทางสุขภาพได้ดีขึ้น รวมถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

Box 18. Teen2Xtreme

เป็น social media ที่จะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่น พัฒนาโดย UCLA School of Public Health และ Health Net, Inc. in the United States of America โดย T2X สามารถ link กับ Facebook-linked โดยเนื้อหาผลิตโดย กลุ่มวัยรุ่น และวิชาชีพที่ทำเรื่องวัยรุ่น เนื้อหาครอบคลุมทั้งเรื่อง games, quizzes, polls, blogs, video clips (YouTube) และการสื่อสารแบบ interactive และมีส่วนร่วม T2X ยังมี content เกี่ยวกับ lifestyle สำหรับวัยรุ่น เช่น โภชนาการ, fitness, การจัดการความเครียด, สารเสพติด และพฤติกรรมทางเพศ. และสามารถเชื่อมโยงกับ Social media อื่นๆ ทำให้เป็น App ที่รวมทุกอย่างที่เป็น life style ของวัยรุ่นเข้ามาอยู่ใน App เดียว

- 3) Mobile social web ทำให้คนใช้ (Users) สามารถที่จะ Share ,ให้คะแนน (Rate) หรือให้ข้อเสนอแนะ ได้ง่ายขึ้น และสามารถ Download App ประเภทต่างๆได้มากมาย รวมถึง App ทางด้านสุขภาพ เช่นมีการ download App ของ NHS ของ England จำนวน 1 ล้านคนภายใน 6 เดือน หลังจากเปิดใช้ใน May 2011.

- 4) Smart phone และ Application ได้ Transform ระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้สามารถนำระบบบริการสุขภาพไปวางบน App สามารถเชื่อมโยงผู้ให้และผู้รับบริการ รวมถึงผู้เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น Non clinical Care Giver, นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ มาทำงานร่วมกันได้ รวมถึงการวางแผนการดูแลร่วมกัน ซึ่งการรักษาผ่าน App ส่งผลให้ต้นทุนการรักษาต่ำลง ให้บริการได้ครอบคลุมมากขึ้น เร็วขึ้น สะดวกขึ้น และผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น เนื่องจากการใช้ Mobile App ที่เพิ่มสูงขึ้น the United States Food and Drug Administration ได้กำหนด guideline และกำหนดขอบเขตและประเภทของ Mobile App โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์เพื่อควบคุมไม่ให้ถูกใช้นอกวัตถุประสงค์

Box 19. Plain-language medical dictionary

พัฒนาโดย University of Michigan's Taubman Health Science Library สามารถใช้ได้ผ่าน web site หรือ iPhone app. Dictionary สามารถเปลี่ยนศัพท์ทางการแพทย์ที่เข้าใจยากเป็นเป็นศัพท์ธรรมดาที่ใช้กันโดยทั่วไป ที่เข้าใจง่าย

- 5) แต่ Social media ก็มีความเสี่ยงมากกว่าสื่อดั้งเดิม เช่น วิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์ เนื่องจากสามารถแพร่กระจายข้อมูลเป็นวงกว้างมากกว่า และรวดเร็วกว่า และผู้ใช้เป็นได้ทั้งผู้ผลิตและผู้รับสื่อ การตัดข้อความเหลือบางส่วน ทำให้ความเข้าใจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ ความเสี่ยงที่จะแพร่กระจายข้อมูลที่ผิดหรือคลาดเคลื่อน (misinformation and disinformation) จะแพร่กระจายไปยังรวดเร็วผ่านทาง viral messages หรือ videos หรือ electronic word of mouth โดยเฉพาะเวลาที่มี mass stress หรือ panic. วิธีการที่สำคัญในประเมินความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลที่ง่ายคือการดูแหล่งที่มาของข้อมูลว่าเป็นแหล่งที่น่าเชื่อถือหรือไม่ เช่นแหล่งข้อมูลที่เป็น independence source เช่น WHO , UN น่าเชื่อถือมากกว่า social media

What is known to work – promising areas for action

1. สร้าง social media ที่น่าเชื่อถือ ผู้ใช้สามารถเรียนรู้และประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ online และสามารถที่จะรู้ว่าจะหาข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพจากที่ใด ถ้ามีการแข่งขันสร้าง social media ทางสุขภาพที่มีคุณภาพ จะทำให้มีข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่ดีมากมายให้เข้าถึง เช่น official channels for the NHS Choices in England and United States Centers for Disease Control and Prevention and anti-tobacco campaigns on Facebook เป็นต้น
2. **Monitor and moderate.** จุดเด่นของ Social media คือ Users สามารถ post และ comment ผ่าน social Media ได้ และจุดที่เป็นความเสี่ยงของ social media คือการที่ users สามารถ post และ Comment ได้ เพราะฉะนั้น social media masters ต้องติดตามกำกับ เนื้อหาการ post อย่างสม่ำเสมอ ลบส่วนที่เป็น Spam หรือส่วนที่ละเมิดกฎเกณฑ์ที่วางไว้หรือละเมิดลิขสิทธิ์ Account administrators ต้องปกป้อง spammers ในการ hack accounts. องค์กรควรกำหนดกฎเกณฑ์หรือนโยบายให้กับบุคลากรในองค์กรและบังคับใช้ให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์หรือนโยบายที่กำหนดไว้
3. ปรับช่องให้ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายทั้งเนื้อหาและรูปแบบ และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Tailor channels to audiences) โดยต้องแปลงภาษาทางการแพทย์ที่ซับซ้อนยากต่อการเข้าใจให้เป็นภาษาที่ประชาชนทั่วไปเข้าใจ รวมถึงการประเมินผล การใช้ข้อมูลสุขภาพจากกลุ่มเป้าหมาย

Part C

การพัฒนานโยบายสำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับภูมิภาค (Developing policies for health literacy at the local, national and European Region levels)

เอกสารฉบับนี้ได้นำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ให้เห็นความจำเป็นที่ต้องกำหนดนโยบายเพื่อนำความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ รวมถึงโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ควรดำเนินการ โดยกำหนดไว้ใน Action area

ความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องการ Champion และภาวะผู้นำแบบข้ามภาคส่วนในสังคม

1. นักการเมือง วิชาชีพ ประชาสังคม และภาคเอกชน ต้องร่วมกันกำหนดว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นประเด็นท้าทาย และทุกภาคส่วนและ Settings ต้องร่วมกัน ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาและนำแผนงาน/โครงการ ความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ บางประเทศ ได้มีการจัดตั้งเครือข่ายความรอบรู้ด้านสุขภาพ บางองค์กรจัดทำแผนกลยุทธ์ในการเสริมพลังผู้ป่วย และเน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ องค์กรต่างๆ ใน EU ได้ส่งเสริม การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพ และสิทธิของผู้ป่วยคือข้อเสนอที่สำคัญที่จะยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ The International Union for Health Promotion and Education ได้จัดตั้ง Global Working Group on Health Literacy. พันธมิตร เช่น NCD Alliance ช่วยในการผลักดันความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปอยู่ในวาระของการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาคเอกชนสามารถมีส่วนร่วมผ่านการดำเนินการ CSR(Corporate social responsibility) โดยการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือไปยังประชาชนหรือผู้บริโภค ผ่านการรายงาน การโฆษณา สำหรับสื่อสารมวลชนหรืออุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร สามารถทำงานร่วมกับผู้ป่วยหรือผู้บริโภคเพื่อที่จะสนับสนุนหรือเผยแพร่ข้อมูลทางสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น พัฒนาข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความโปร่งใส และตรวจสอบได้ ภาคีเครือข่ายได้แก่ Healthy City ,health-promoting schools (HPS) health Promoting Hospital (HPH) Health-Promoting Universities (HPU) , Healthy Workplaces สามารถนำสาระของความรอบรู้ด้านสุขภาพผนวกเข้าไปในมาตรฐานได้
2. ภาคส่วนสุขภาพต้องเป็นตัวนำ โดยการพัฒนาให้ Healthcare Setting เป็นสถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยการเสริมพลัง ผู้ให้บริการ บุคลากรในองค์กร ผู้มารับบริการ ผู้ป่วย ในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเป็นบทบาทหลักของบุคลากรสาธารณสุข ที่จะต้องปรับปรุงทักษะการสื่อสาร เพื่อที่จะไปพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยต่อไป การฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขเป็นเรื่องที่จำเป็น บุคลากรสาธารณสุขสายพันธุ์ใหม่ ไม่ว่าจะเป็นทำงานในโรงพยาบาล ในชุมชน หรือในคลินิก ต้องสามารถทำบทบาท ผู้ให้ข้อเสนอแนะ (Advocate) ,ผู้นำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ผู้ให้คำปรึกษา (Counsellor) หรือเป็นโค้ช (Coacher) ผู้กำหนดนโยบายต่างๆ ได้แก่ National Health Services and Health Insurers ต้องสร้างแรงจูงใจให้ภาคส่วนสุขภาพมาทำเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์กรที่ทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคต้องส่งเสริมผู้ป่วยให้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการบริหารจัดการ ได้แก่ การวางแผน การนำสู่การปฏิบัติ การกำกับติดตาม เพื่อพัฒนาระบบคุณภาพของโรงพยาบาลให้เป็น Health literacy–friendly health care settings. ดังตัวอย่างความสำเร็จในประเทศ Netherlands
3. องค์กรระหว่างประเทศสามารถกำหนด Platforms การดำเนินการที่เป็นรูปธรรม เช่น Health 2020, The European policy for health and well-being ยอมรับในประเด็นที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพและความ

อยู่ดีกินดี ที่ต้องเร่งนำเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ การจัดประชุมผู้บริหารระดับสูงของประเทศต่างๆเพื่อออกคำประกาศต่างๆร่วมกัน เช่น Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, European Union white papers and declarations of the United Nations Economic and Social Council เพื่อเรียกร้องให้ลงทุนในการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Aligning with the values and principles of the public good

1. สิทธิที่เกี่ยวกับสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นมิติหลักของสุขภาพของพลเมือง (Health citizenship) และเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอยู่กับโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังในสังคมสมัยใหม่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นส่วนสำคัญของการสาธารณสุข และเป็นตัวทำนายสถานะสุขภาพ (Health Status) ที่ดี และสัมพันธ์กับ อายุ รายได้ การมีงานทำ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ คนทุกคนไม่ว่าจะเป็นเด็ก หรือวัยรุ่น มีสิทธิที่จะเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ทำความเข้าใจและประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้ รวมทั้งทราบว่าจะไปรับบริการจากที่ใด และมีสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพถือเป็นผลิตภัณฑ์ด้วย ซึ่งถ้านำไปใช้ในทางที่ผิดก็อาจจะส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ด้วย
2. การลดความไม่เท่าเทียม ระดับทางสังคมที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันไปด้วย จากการสำรวจพบว่า ครึ่งหนึ่งของประชากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด (Limited HL) และพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดสัมพันธ์กับการขาดความสามารถในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ การไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ การไม่เข้าใจหรือประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ได้รับ การลดความไม่เท่าเทียม จะสามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ
3. ลดต้นทุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) ทำให้เกิดต้นทุนต่อสังคม ต่อระบบสุขภาพ ต่อตนเอง และครอบครัว การยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นงานระยะยาว และต้องการการลงทุนในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารระดับชาติหรือระดับท้องถิ่นต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมหรือสนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยการกำหนดนโยบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพคือหนึ่งในเป้าหมายที่จำดำเนินการให้บรรลุผล เช่นนโยบายด้านการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อการพัฒนาเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี หลักสูตรในโรงเรียน และการพัฒนาการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสุขภาพและการกินดีอยู่ดี เป็นประเด็นที่ต้องดำเนินตลอดทุกช่วงชีวิตคน
4. การเพิ่มความสามารถเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน การยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ได้ทำให้สุขภาพดีขึ้นอย่างเดียว แต่ยังช่วยให้บุคคลและชุมชนค้นหาแนวทางเพื่อให้มีการดำเนินการและทรัพยากรในการพัฒนาสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

Advocating – putting health literacy on the public policy agenda

1. พัฒนากลยุทธ์ระดับชาติและระดับพื้นที่เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ บางประเทศได้ขับเคลื่อนเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอาจจะเป็นกลยุทธ์ที่แยกออกมาต่างหาก หรือบูรณาการไปกับกลยุทธ์พัฒนาสาธารณสุขหรือกลยุทธ์พัฒนาการศึกษา ระดับชาติ ยกตัวอย่างใน Wales ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ที่เอาชนะความไม่เท่าเทียมในด้านสุขภาพ ใน Austria ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ใน 1 ใน 10 ของ National health goals.
2. สร้างมาตรฐานของ Health-Literate Organizations (HLO) ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบคุณภาพ และ CSR (Corporate Social Responsibility) องค์กรหรือสถาบันเช่น สถานประกอบการ โรงเรียน โรงพยาบาล บริษัท ร้านค้า ฯลฯ สามารถ

นำเอามาตรฐานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ โดยเลือกมาตรฐานที่จะดำเนินการในลำดับต้นๆ คือมาตรฐานเกี่ยวกับการใช้ภาษาพื้น ๆ ที่ไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย ไม่ต้องตีความ สำหรับประชาชนทั่วไป ในการสื่อสาร เน้นให้เกิดความเข้าใจ มีความน่าเชื่อถือ จากนั้นค่อยเลือกทำมาตรฐานข้ออื่นๆต่อไป สอดคล้องกับบริบท ความยากง่าย และทรัพยากรขององค์กร

3. ใช้แนวทางที่หลากหลายในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ควรดำเนินการใน Setting ที่อยู่ในชีวิตประจำวัน และแนวทางการดำเนินงานต้องสอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม เพศ อายุ รวมถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ในบางประเทศได้ตั้งหน่วยงานเฉพาะขึ้นมาเพื่อจัดการปัญหาในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด (Limited HL)

Strengthen the evidence base for health literacy

1. ลงทุนในการศึกษาวิจัย เพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ เช่น ทำให้คุณภาพการบริการดีขึ้น ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น รวมถึงเรื่องการลงทุนด้วย การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในระดับประชากร ควรทำการสำรวจเป็นระยะๆ เพื่อดูความก้าวหน้าของการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับประชากร
2. ปรับปรุงในด้านการวัด และใช้ข้อมูลเปรียบเทียบ ในทุกระดับของการบริหารจัดการ ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในปัจจุบันมักเป็นการวัดในระดับบุคคล ซึ่งควรขยายขอบเขตให้กว้างขึ้น เช่น วัดการเพิ่มขึ้นของ Literacy-Friendly Material , จำนวน Health-Literate Organization (HLO) เป็นต้น

Working together at the European level

1. European organizations ควรทำงานร่วมกันเพื่อเพิ่มจำนวนประเทศในการทำ Health Literacy Survey ใน EU (HLS-EU) และดำเนินการต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อดูประสิทธิผลของยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับสังคมหรือระดับชาติ
2. สนับสนุน European centers of excellence. โดยสนับสนุนทั้ง Research และ Action Agenda. Health literacy เป็นตัวอย่างของที่ยอดเยี่ยมที่ EU และ the WHO Regional Office for Europe ที่ทำงานร่วมกับ European and global actors โดยเฉพาะในประเด็นของ innovation in health, ที่เกี่ยวกับ Health information technologies and social media เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ภาคผนวก 1

การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพใน USA ,EU ,Austria ,Australia ,Thailand)

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 หน่วยงานต่างๆทั่วประเทศจึงต้องพัฒนาระบบสื่อสารให้ง่ายต่อการเข้าใจ
 - 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 Literacy สำหรับประชาชนอเมริกัน (USDHHS Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2014). ด้วยการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการ benchmarks ในทุก 10 ปี และเพื่อติดตามความก้าวหน้า โดยส่งเสริมการประสานความร่วมมือของชุมชนการเสริมพลังประชาชนให้สามารถตัดสินใจในด้านสุขภาพได้ และวัดผลกระทบของมาตรการป้องกันโรค Health 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 guideline ต่างๆ ได้แก่ Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ) พัฒนา Universal Health Literacy precaution. 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 ความต้องการและแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ได้ดำเนินการเป็นแรงผลักดันและชี้ทำให้เกิดนโยบาย (Federal policy) ซึ่งต่อมาได้ขยายผลไปสู่การสนับสนุนแบบ Top Down เช่นการออกกฎหมายที่สภาพบังคับทั่วประเทศ ซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในรอบทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้เพิ่มความเข้มแข็งต่อการพัฒนา Health Literacy ของประชาชนทั่วทั้ง USA ในขณะที่กฎหมายมีสภาพบังคับจึงถือเป็นนโยบายที่เข้มงวด เช่น ACA ทำให้เกิดแรงกดดันให้องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องนำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับ Health literacy เกิดแนวปฏิบัติ (Practical guidance) ที่ช่วยให้องค์กรต่างๆสามารถสร้าง programmes and interventions เพื่อนำแนวทางสู่การปฏิบัติ การสนับสนุนในเรื่อง Health Literacy จากองค์กรและภาคส่วนต่างๆ ทำให้สามารถนำเสนอประเด็นเรื่อง Health Literacy ในหลากหลายแง่มุมและมีผลกระทบสูง และสามารถสร้างความตระหนักในเรื่อง Health Literacy อย่างมากในประชาชนของ USA ความหวังของพวกเราคือ โปรแกรมในระดับพื้นที่ ในการตอบสนองความต้องการของชุมชน (Bottom up) และการดำเนินงานของรัฐบาลกลางและหน่วยงานภาครัฐ (Top down) ได้ส่งเสริมบทบาทซึ่งกันและกันตามที่ได้กล่าวมา เราได้เห็นว่าการผสมผสานการดำเนินการแบบรากหญ้าและ Top down สามารถทำให้เกิดความก้าวหน้าในการยกระดับ Health Literacy ของประชาชนทั่วประเทศ

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. ประเทศที่ได้อบรมรับแนวคิดและมีความสนใจอย่างมากได้แก่ 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

Austria ถือเป็นศูนย์กลางทางด้านการศึกษา Collaboration 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. จากประสบการณ์การดำเนินการที่ผ่านมาได้เรียนรู้ว่า การพัฒนา HL ต้องมีตัวขับเคลื่อนที่แรงพอ สำหรับ Austria 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 แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะสนับสนุน HiAP partners ในการกำหนดกลยุทธ์ หรือใช้กระบวนการเชิงกลยุทธ์นั้นอย่างมีประสิทธิภาพในกำหนดแนวทางในการสนับสนุน HL ตามภารกิจขององค์กรเหล่านั้น ซึ่งมีแนวทางที่เป็นไปได้ 4 แนวทางคือ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวคือ
 - 2.1. หาผู้ที่จะมาเชื่อมหรือปิด gap ระหว่าง ตัวอย่างเช่น หาที่ปรึกษาสามารถโน้มน้าวให้ภาคส่วนอื่นๆ ให้ปรับเปลี่ยนกฎเกณฑ์ หรือกฎหมาย เพื่อสนับสนุนให้เกิด HL มากขึ้น
 - 2.2. whole-of-government approach, เพื่อให้ HL เป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วน ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะต้องใช้เวลาเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
 - 2.3. พัฒนามาตรฐาน กฎเกณฑ์ หรือกฎระเบียบเพื่อสนับสนุนให้เกิด HL (ต้องใช้เวลาหลายปีในการพัฒนามาตรฐาน)
 - 2.4. แสดงให้เห็นผลประโยชน์ร่วมกันในการลงทุนใน HL สำหรับภาคส่วนอื่นๆ ซึ่งอาจหมายถึงการสนธิความร่วมมือระหว่าง HL กับ เป้าหมายอื่นๆ ใน Health in All Policy (HiAP) รวมถึงภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย
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, ได้ถูกตั้งขึ้นโดยความร่วมมือกับประเทศอื่นๆ ภายใต้ WHO โดย WHO สนับสนุนการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารดังกล่าวเพื่อให้เกิดการจัดทำนโยบายที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์

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) ส่งผลให้นโยบายเกี่ยวกับ 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 และความพยายามในการดำเนินการในเรื่อง การกำกับติดตาม/ประเมินผล ในเรื่อง HL ในระดับชาติ พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขและสมรรถนะของระบบสุขภาพ implement HL programmes อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในเรื่องสุขภาพ และการเพิ่มความสามารถในเรื่อง HL ให้กับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ประเทศไทย

1. Health Reform รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2560 ได้บัญญัติการปฏิรูปประเทศเข้าไปอยู่ในรัฐธรรมนูญ ทำให้มีแผนปฏิรูปประเทศ ซึ่งเรื่อง HL ก็อยู่ในแผนปฏิรูปประเทศด้วย ซึ่งผูกพัน ส่วนราชการต่างๆ ต้องกำหนดแผนพัฒนาในทุกๆ ระดับได้แก่ แผนยุทธศาสตร์ชาติ แผน 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แผนพัฒนาสาธารณสุขเป็นต้น แต่ข้อจำกัดที่ทำให้แผนปฏิรูปไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควรเนื่องจาก
 - 1.1. ปัญหาเรื่องงบประมาณที่จะใช้ดำเนินการ HL แม้แผนปฏิรูปจะเขียนแผนปฏิบัติการและกำหนดงบประมาณไว้ก็จริง แต่เป็นเพียงวงเงินที่ต้องไปใช้จากหน่วยงานระดับกรมซึ่งเป็นผู้ตั้งงบประมาณ ซึ่งหน่วยงานระดับกรมก็มีการตั้งงบประมาณตามแผนของกรมฯ ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับแผนปฏิรูป
 - 1.2. การกำกับติดตามให้เป็นไปตามแผน แม้กฎหมายจะระบุว่าต้องรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิรูปต่อสภา แต่การกำกับติดตามก็ไม่ได้เข้มข้นในระดับที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะ engage กับแผนปฏิรูป
2. การขับเคลื่อนการดำเนินการ
 - 2.1. กระทรวงสาธารณสุขทำแผนขับเคลื่อน HL ให้สอดคล้องกับแผนปฏิรูป และมอบกรมอนามัย เป็นเจ้าภาพในเรื่อง Health Literacy โดยกรมอนามัยได้ตั้งสำนักงานโครงการปฏิรูประบบราชการ 4.0 เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สขรส) เป็นหน่วยงานเพื่อรับผิดชอบ โดยสำนักงานดังกล่าวเป็นทั้งสำนักงานเลขานุการและหน่วยขับเคลื่อนแผนงานโครงการเกี่ยวกับ HL
 - 2.2. กรมอนามัย ผลักดันให้มีการตั้ง สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย (THLA) เพื่อที่จะทำหน้าที่ประสานงานกับทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้ง Health และ Non Health sectors ในการขับเคลื่อนเรื่อง HL (ทำหน้าที่คล้ายกับ The Austrian Health Literacy Alliance หรือ ÖPGK ของประเทศออสเตรีย)
 - 2.3. กรมอนามัย คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล และสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย ได้ผลักดันงานสำคัญเกี่ยวกับ HL ได้แก่
 - 2.3.1. กำหนด 66 Key message สำหรับคนไทย โดยครอบคลุมทั้งเรื่อง Healthcare ,Disease Prevention,Health promotion ,Health product
 - 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. พัฒนาความเป็นสถาบัน (Institutionalization) ของ สถาบันส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย โดยเรียนรู้จาก สมาคมเพิ่มผลผลิตและสถาบันเพิ่มผลผลิต

สรุปแนวทางการขับเคลื่อน HL ไปสู่การปฏิบัติของประเทศต่างๆ

1. ใน USA Partner และ Net work ระดับ Grass root มีความเข้มแข็ง 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 Advocate 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) รับผิดชอบในการพัฒนาและรักษามาตรฐานที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการและความปลอดภัย ACSQHC's ได้กำหนด National statement on health literacy (2014) โดยใช้ Concept HL as risk ทำให้ HL เข้าไปอยู่ในเรื่อง patient safety และเป็นส่วนหนึ่งของ Quality Management System (QMS) และทำให้ HL ถูกนำสู่การปฏิบัติครอบคลุมทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว 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

ภาคผนวกที่ 2

การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

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. การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพของ กรมอนามัย 2560 -2564
9. สมาคมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย (Thai Health Literacy Association (THLA))

1.สภาปฏิรูปแห่งชาติ (ด้านสาธารณสุข)

1. ภายหลังจากรัฐประหาร 2557 โครงสร้างในการบริหารประเทศในขณะนั้นประกอบด้วย
 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 และคณะกรรมการสรรหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติแต่งตั้ง 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.ได้กำหนดแผนการปฏิรูปที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้
1. ยกย่องการปฏิรูปความรู้ด้านต่างๆ ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ (National Agenda)
 2. จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ
 3. กำหนดให้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี อยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติและแผนพัฒนาสาธารณสุข
 4. จัดการให้สถาบันการศึกษาทุกระดับและสถานบริการสุขภาพ สถานที่ทำงานและโรงงานต่างๆ เป็นองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization)
 5. พัฒนาชุมชน/ท้องถิ่นเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communities)
 6. สนับสนุนและขยายความครอบคลุม ให้ประชาชนสามารถรู้เท่าทันสื่อให้มากที่สุด (Literacy)
 7. สนับสนุนการศึกษาวิจัย (Health Literacy Survey) และจัดให้มี Center of Excellence ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 8. จัดให้มีรายการโทรทัศน์ด้านสุขภาพเป็นประจำและมีการบริหารจัดการเพื่อตอบโต้ข้อมูลที่ผิดพลาดและเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ทันทันที
 9. พัฒนาระบบการผลิตสื่อด้านสุขภาพและช่องทางเผยแพร่ข้อมูล
 10. จัดให้มีการสำรวจในกลุ่มประชาชนกลุ่มต่างๆหรือทั้งประเทศในเรื่องต่อไปนี้ ทุก 3 หรือ 5 ปี
 1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ - พฤติกรรมสุขภาพ, พฤติกรรมเสี่ยง
 2. National Health Examination Survey
5. เมื่อสภาพปฏิรูปแห่งชาติสิ้นสุดลง 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 สภาพปฏิรูปแห่งชาติ ที่ถูกยุบไปตามมาตรา 39/1
6. ที่ประชุมระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข (WM) เมื่อวันที่ 11 พย.59 ได้มอบหมายให้กรมอนามัย เป็นแกนหลักในการดำเนินการดำเนินการเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ

2. จากระบบกฎหมายถึงแผนปฏิรูปประเทศ

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560¹

- มาตรา 55 ว่ารัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งการเข้าถึง และเข้าใจความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นองค์ประกอบหนึ่ง ที่สำคัญต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ
- หมวดที่ 16 การปฏิรูปประเทศ มาตราที่ 258 ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศในด้านต่างๆ
- มาตรา ๒๕๙ ภายใต้บังคับมาตรา ๒๖๐ และมาตรา ๒๖๑ การปฏิรูปประเทศตามหมวดนี้ ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ² ซึ่งอย่างน้อยต้องมีวิธีการจัดทำแผน การมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนในการดำเนินการปฏิรูปประเทศ การวัดผลการดำเนินการ และระยะเวลาดำเนินการปฏิรูปประเทศทุกด้าน ซึ่งต้องกำหนดให้เริ่มดำเนินการปฏิรูปในแต่ละด้านภายในหนึ่งปีนับแต่วันประกาศใช้รัฐธรรมนูญนี้รวมตลอดทั้งผลสัมฤทธิ์ที่คาดหวังว่าจะบรรลุในระยะเวลาห้าปี
- มาตรา ๒๖๖ ให้สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศอยู่ปฏิบัติหน้าที่ต่อไปพลางก่อนเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ จนกว่าจะมีกฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศที่ตราขึ้นตามมาตรา ๒๕๙

2. พรบ.การจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐³

- มาตรา ๕ ให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกันอันจะก่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายดังกล่าว ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งจะต้องไม่น้อยกว่ายี่สิบปี การประกาศใช้ยุทธศาสตร์ชาติให้ทำเป็นประกาศพระบรมราชโองการ⁴ และเมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้ และหน่วยงานของรัฐทุกหน่วยมีหน้าที่ดำเนินการเพื่อให้บรรลุ เป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ
- พรบ.จัดทำยุทธศาสตร์ชาติ 2560 กำหนดให้มีคณะกรรมการ 2 ชุด คือ คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ และคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อร่างแผนยุทธศาสตร์ชาติ โดยแผนการปฏิรูปประเทศต้องสอดคล้องกับร่างแผนยุทธศาสตร์ชาติ และเมื่อคณะกรรมการปฏิรูปประเทศได้เขียนแผนปฏิรูปแล้วเสร็จ ต้องเสนอ คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติเพื่อเห็นชอบ โดยสำนักงานเลขาธิการ และเลขาธิการ ของทั้ง พรบ.จัดทำยุทธศาสตร์ชาติ 2560 และ พรบ.แผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ คือ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตามลำดับ
- คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ⁵ ได้จัดทำแผนปฏิรูป และประกาศใช้ โดยประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๕ ตอนที่ ๒๔ ก ๖ เมษายน ๒๕๖๑⁶

3. ยุทธศาสตร์ชาติ 2561-2565

“ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”



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

4. แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ⁷

สภาพัฒนาการปฏิรูปประเทศ(สปท.) มีประเด็นและข้อเสนอในการปฏิรูป ระบบสาธารณสุขที่ขับเคลื่อนต่อจากสภาพัฒนาการปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ดังนี้

1. การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ
2. การจัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพ แห่งชาติ (สมสส.)
3. การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ ในประเด็นการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลเกินเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพ
4. การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติ พร้อมร่างพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ... และร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ...
5. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล
6. การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ
7. การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ
8. การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน : สิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ

5. แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

1. การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ ประชาชนที่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีจำนวนน้อย ในขณะที่ข่าวสารด้านสุขภาพมีเป็นจำนวนมาก แต่ขาดระบบการคัดกรอง และการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ทำให้ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง จึงมีข้อเสนอ คือ
 - 1.1. ปฏิรูปยุทธศาสตร์และกลไกในการขับเคลื่อนด้านความรู้และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ
 - 1.2. ปฏิรูประบบการประเมินผลโดยเน้นผลลัพธ์ที่ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย
 - 1.3. จัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ
 - 1.4. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย ควรร่วมมือกันเพื่อสนับสนุนให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate School) โรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literate Hospital) และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communication)
2. เป้าหมายหรือผลอันพึงประสงค์และผลสัมฤทธิ์
 - 2.1. ประชาชนไทยทุกคนมีทักษะในการเข้าถึงและประมวลข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง
 - 2.2. สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate societies) คือสังคมที่ประชาชนทุกคนเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และประยุกต์ใช้ของประชาชน สามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

- 2.3. ประเทศไทยมีระบบสาธารณสุข การศึกษา สวัสดิการสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลและบริการต่างๆ ในสังคม เพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
3. กรอบระยะเวลาในการดำเนินการ พ.ศ. 2561-2565
4. ตัวชี้วัด
 - 4.1. ปริมาณข้อมูลสุขภาพที่เป็นเท็จและถูกเผยแพร่มีน้อยลง
 - 4.2. ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น
 - 4.3. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในประชาชนทุกกลุ่มวัยเพิ่มขึ้น
 - 4.4. ประชาชนมีอัตราการเจ็บป่วยลดลง
 - 4.5. ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลลดลง
5. วงเงินและแหล่งเงิน งบประมาณรวมประมาณ 1,195.68 ล้านบาท
6. รายละเอียดไว้ใน Action Plan ⁸
 - 6.1. การพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพ
 - 6.1.1. มีระบบการคุ้มครองด้านการสื่อสารโดยมีหน่วยงานกลาง คัดกรองข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ถูกต้อง ทันการณ์และมีประสิทธิภาพในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตรวจจับข้อมูลเท็จ ตอบโต้ข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องอย่างทัน่วงที่ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้
 - 6.1.2. เพิ่มช่องทางสื่อสารมวลชนสาธารณะทางสุขภาพและแนวทางเขียนสื่อสุขภาพ
 - 6.2. การพัฒนา 3 ระบบใหญ่
 - 6.2.1. การพัฒนาระบบการสาธารณสุข พัฒนามาตรฐานและการประเมินตามมาตรฐาน ตัวชี้วัด คือ จำนวนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) ทั้ง Health & Non Health Sectors กระจายทั่วพื้นที่ทั้งประเทศ
 - 6.2.2. การพัฒนาระบบการศึกษาที่จะช่วยยกระดับการรู้หนังสือและทักษะสุขภาพนำไปสู่การปรับวิธีการสอนและหลักสูตรด้วยกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วย V-shape ตั้งแต่เด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กและระดับ ป ฏิ สัม พันธ์ (Interactive HL) และคิดวิเคราะห์ (Critical HL) ของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา เครื่องชี้วัด คือ จำนวนสถานศึกษาที่เป็น สถานศึกษารอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS)
 - 6.2.3. พัฒนาระบบวัฒนธรรมและความเชื่อ
 - 6.3. การศึกษาวิจัยเชิงประเมินผล
 - 6.3.1. สำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยทุก 3 ปี 5 ปี 10 ปี
 - 6.3.2. การวิจัยการทางาน ด้วยฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการทำงาน (Evidence Based ที่เรียกว่า Implementation science research Practice
 - 6.3.3. จัดทำต้นทุน (Unit cost) สำหรับการสนับสนุนด้านการเงินตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ปรับจากการให้สุข ศึกษา และ ปรับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการใช้ กระบวนการส่งเสริมความรู้สุขภาพV-shapeในระบบบริการสุขภาพทุกมิติ
 - 6.3.4. Center of Health Literacy excellence รวบรวมงานวิจัยและองค์ความรู้วิชาการ และ Application

- 6.4. พัฒนากำลังคนด้านการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 6.4.1. พัฒนาชุดสมรรถนะหลักและรูปแบบ หลักสูตร การฝึกอบรมสำหรับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ
 - 6.4.2. พัฒนาหลักสูตรและผลิตนักศึกษาในด้านส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 6.4.3. เพิ่มการทำงานเชิงการขับเคลื่อนมากกว่าการให้บริการและให้ความรู้หรือสอน(on the job training)
 - 6.4.4. พัฒนาต่อ ยอดนำเสนอผลงานวิจัยด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยร่วมมือกับสถาบันทั้งในและต่างประเทศ
- 6.5. พัฒนากลไกการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 6.5.1. ประกาศการปฏิรูปความรอบรู้ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ (National Agenda)
 - 6.5.2. คณะกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพแห่งชาติโดยคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี
 - 6.5.3. จัดทำข้อเสนอและร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 6.5.4. กลไกทางการเงินและงบประมาณ จากแหล่งทุน เช่นสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลหรือระบบภาษี
 - 6.5.5. องค์การกลางมีความเป็นอิสระ มีอาชีพ ที่ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือ/บริหารภาคีเครือข่ายแบบ synergic ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคมในและนอกประเทศ

6.ยุทธศาสตร์ ๒๐ ปีของกระทรวงสาธารณสุข⁹

- 1.1. กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวง และอยู่ในวาระปฏิรูปเร่งด่วน (Quick win) ของกระทรวง
- 1.2. ได้จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพ 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)
- 1.3. โครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 1.3.1. สร้างช่องทางการสื่อสาร เผยแพร่ความรู้ที่ประชาชน เข้าใจได้ง่าย เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง
 - 1.3.2. สร้างกิจกรรมการเรียนรู้รูปแบบต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจทางสุขภาพ
 - 1.3.3. ส่งเสริมการนำข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพ เข้าไปอยู่ในกิจกรรมของชุมชน เกิดการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพร่วมกัน

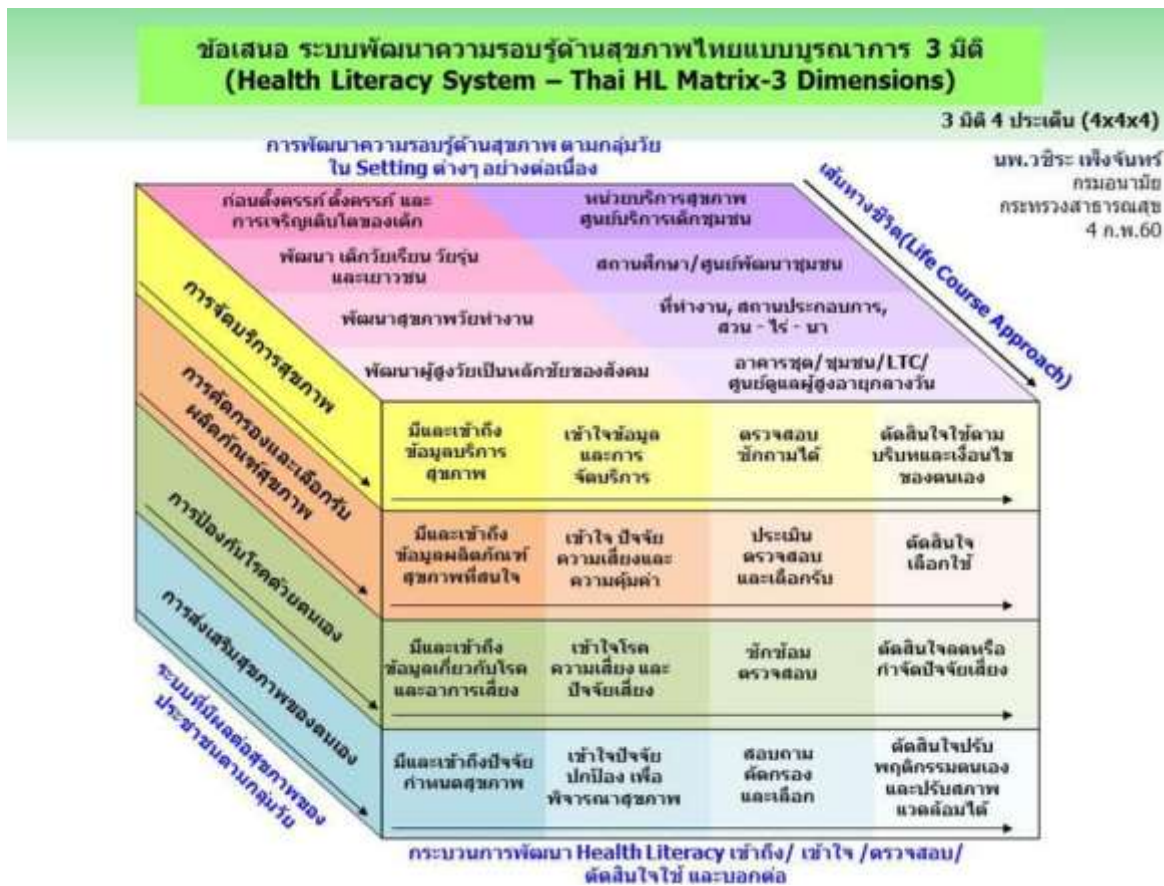
7.แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564) ¹⁰

เป้าหมาย

- 1.1. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง โดยกำหนดเครื่องชี้วัดว่า ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 5
- 1.2. คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพะที่ดี ลดการตายก่อนวัยอันควร
- 1.3. เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกเหมาะสม
- 1.4. มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม
- 1.5. มีระบบการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

8. การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ กรมอนามัย พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน ¹¹

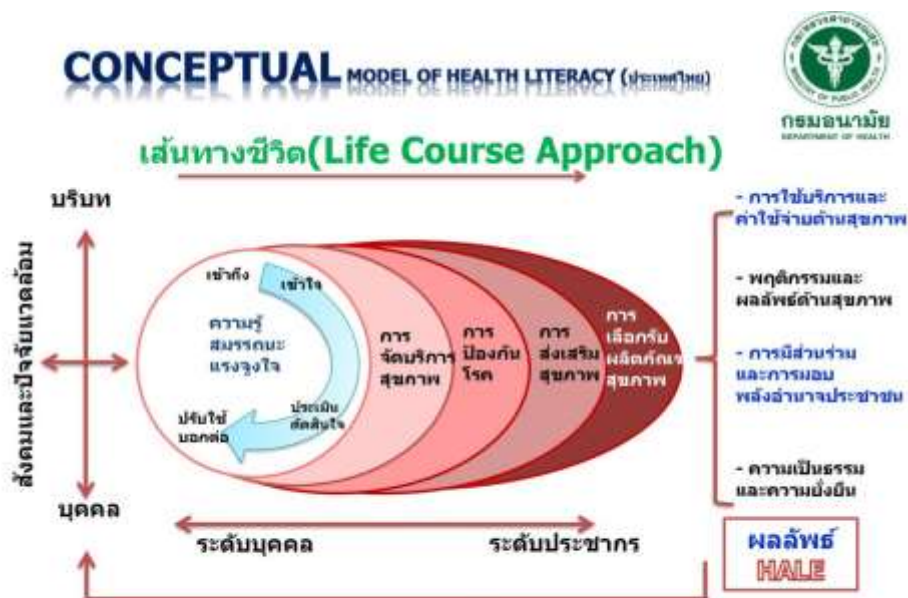
- แนวคิดในการดำเนินการความรู้ด้านสุขภาพ ใช้ Model ลูกเต๋า โดยประกอบด้วย 3 แกน (มิติ) ได้แก่



- 1.1. มิติด้านกระบวนการ (Process Dimension) ใช้ V shape ประกอบด้วย เข้าถึง เข้าใจ สอบถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม บอกต่อ (ยุโรป มี 4 ด้าน คือ Access ,Understand ,Appraise ,Apply)



- 1.2. มิติของระบบที่มีผลต่อสุขภาพ (Continuum of care) ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การจัดการสุขภาพ และการคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ยุโรป มี 3 ด้าน คือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการรับบริการสุขภาพ)



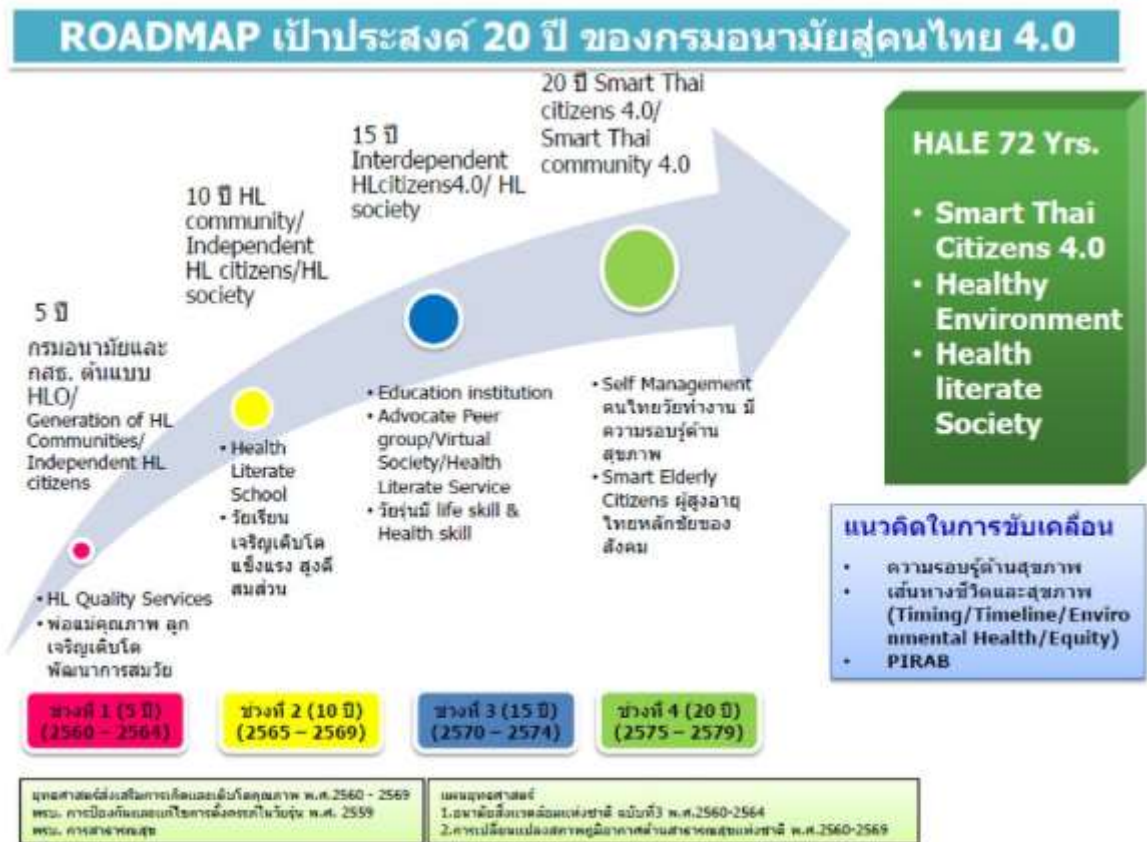
- 1.3. มิติการพัฒนาตลอดทุกช่วงวัย (Age Group) ใน Setting ต่างๆ ตาม Life course Approach ที่ประกอบด้วย 4 เรื่อง ได้แก่ Timing ,Timeline ,Environment ,Equity)



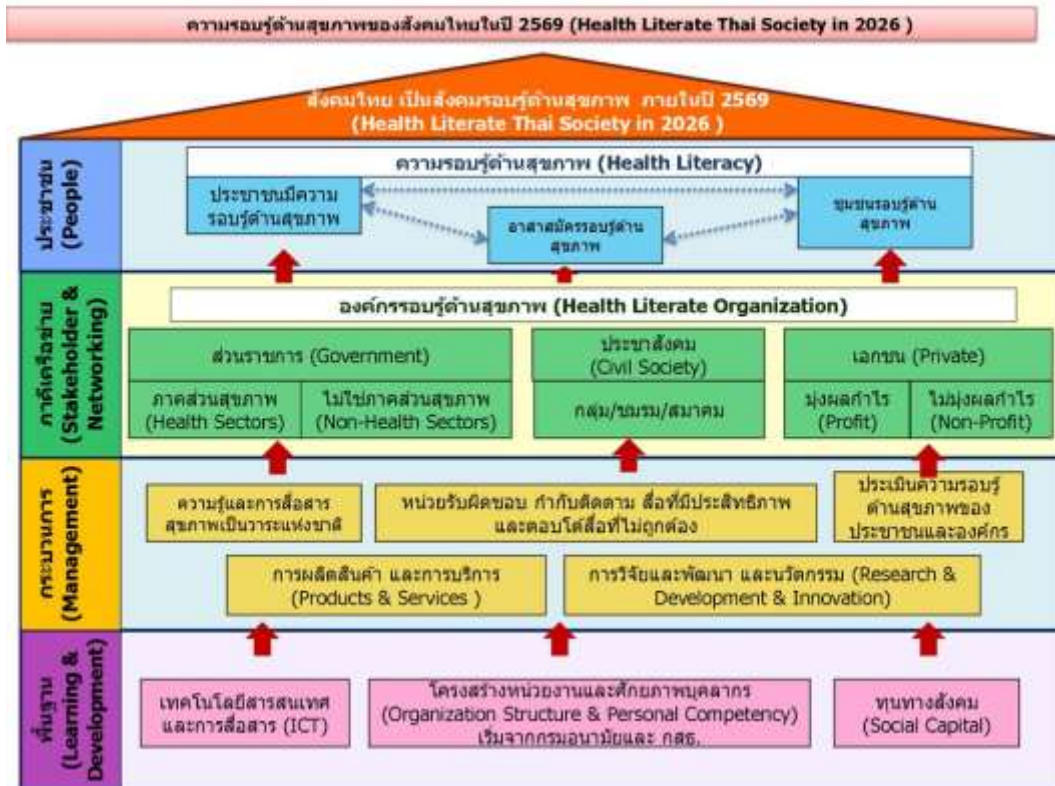
2. เป้าหมายในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ คือ คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ในปี 2564
3. ใช้กรอบแนวคิด Health Literate เป็นรากฐานของระบบสุขภาพ



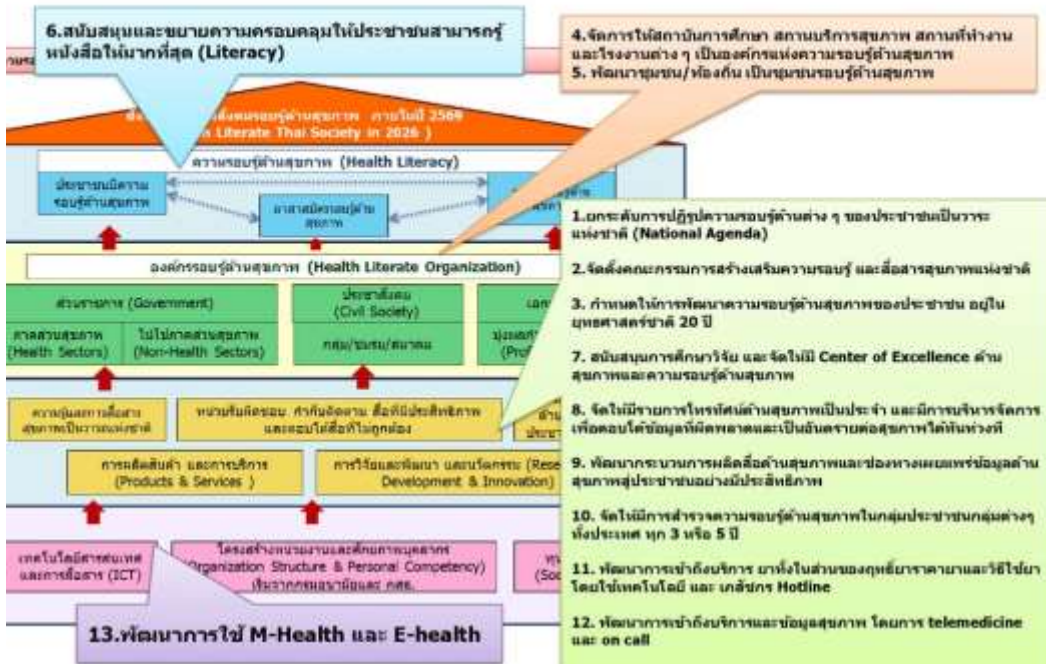
4. Road Map 20 ปี



5. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์



การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามข้อเสนอ วิป 3 ฝ่าย 2ฝ่าย



6. จัดตั้งสำนักงาน โครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.)
7. แผนการดำเนินการ Health Literacy ของกรมอนามัย 2561-2564
 - 7.1. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการ กับแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ (Promotion and Prevention Excellence Strategic Plan)
 - 7.2. กำหนดนโยบายให้หน่วยงานในสังกัดกรมอนามัยดำเนินงาน การพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 7.3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 7.4. สร้าง Key message ข้อมูล ความรู้ และทักษะพื้นฐานด้านสุขภาพในทุกกลุ่มวัย
 - 7.5. สร้างแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับคนไทย โดยประยุกต์จากแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศในยุโรป (HLS-EU-Q47) ซึ่งเป็น 47 ข้อ มาเป็นแบบสำรวจที่มี 87 ข้อ (HLS-Thai-Q87)
 - 7.6. ทำการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยโดยใช้ HLS-Thai-Q87
 - 7.7. สร้างมาตรฐานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) ครอบคลุม setting สถานบริการสุขภาพ โรงเรียน ชุมชนและสถานประกอบการ โดยในส่วนของมาตรฐาน HLO ของสถานบริการ ประยุกต์จาก Health Literate Health Care Organizations (HLHOs 10 Attributes)



9. สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย (Thai Health Literacy Association : THLA) ¹²

1. ได้จดทะเบียนสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย ในวันที่ 6 กพ.2561 โดยมี นพ.วชิระ พันธ์เพ็ง (อธิบดีกรมอนามัยในขณะนั้น) เป็นนายกสมาคม โดยมีวัตถุประสงค์
 - 1.1. ส่งเสริมให้สมาชิกมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 1.2. ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยและนวัตกรรมเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ตามกรอบข้อเสนอ ระบบพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพไทยแบบบูรณาการ 3 มิติ 4 ระบบ คือระบบการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ระบบการป้องกันโรคด้วยตนเอง ระบบการคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์ และระบบบริการทางการแพทย์
 - 1.3. ส่งเสริมสนับสนุนการเผยแพร่ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร ด้านความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป
 - 1.4. ร่วมมือประสานงานเพื่อให้บริการแนะนำและสนับสนุนหน่วยงานภาครัฐเอกชน ในการนำประเด็นสื่อสารหลัก (Key Messages) ไปใช้ในทุกระดับเพื่อกีดสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Society หรือ HLS)
 - 1.5. ส่งเสริมให้สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 1.6. นำเสนอปัญหาข้อเสนอแนะ ตลอดจนนโยบายด้านความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม แก่องค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อเป็นแนวทางในการนำความรู้ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพไปใช้พัฒนาประเทศ
 - 1.7. ประสานกับองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
2. กิจกรรมที่สำคัญของสมาคม ได้แก่
 - 2.1. จัดทำ 66 Key Message โดยประสานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดทำ ¹³
 - 2.2. จัดทำแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (HLS-Thai-Q87) และทำสำรวจ Health Literacy ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ¹⁴
 - 2.3. จัดทำมาตรฐานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) ซึ่งประกอบด้วย 4 Setting ได้แก่ Setting สถานบริการสุขภาพ , Setting โรงเรียน , Setting ชุมชน และ Setting สถานประกอบการ
 - 2.4. เป็นตัวแทนของประเทศในการประสานงานกับองค์กรที่พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของต่างประเทศ เช่น AHLA (Asian Health Literate Association) IHLA (International Health Literate Association)

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)

ภาคผนวกที่ 3

Health Literate Healthcare Organization (HLHCO) Jürgen M. Pelikan

Contents:

1. Health Literate Healthcare Organization (HLHCO)
2. การพัฒนาแนวคิดที่เป็นองค์รวมเชิงระบบของ HLHCOs
3. Terminology and definitions of organizational health literacy
4. Concepts, models and frameworks of organizational 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 organizational health literacy
8. วิจัยเชิงประจักษ์ ในการสำรวจแนวคิด (Concepts) และแนวทาง (Guide) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ
 1. 13 common key barriers (or facilitators) for implementing organizational health literacy.
 2. Key Success Factors
9. Conclusion & Summary
10. Reference

Health Literate Healthcare Organization (HLHCO)

มีเอกสารตีพิมพ์เกี่ยวกับ Health Literate Organization (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 และการพัฒนาวิธีการให้สุศึกษา ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่ม Functional Health literacy ซึ่งได้เริ่มที่ USA ตั้งแต่ปี 1990 และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

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

ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้เป็นที่ทราบกันดีในสถาบันที่ให้บริการสุขภาพ และรัฐบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาให้การสนับสนุนนโยบาย เพื่อชี้แนะให้ผู้ให้บริการและนักวิจัยมาให้ความสำคัญของกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดในระบบสุขภาพ เดิมใช้กลยุทธ์แบบแยกส่วน ขึ้นกับว่าองค์กรใดจะนำประเด็นได้มาใช้ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มที่มี Low health literacy เพื่อนำกลุ่มดังกล่าวมาให้ความรู้ เพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสาร การพัฒนาสื่อเพื่อให้ง่ายต่อการอ่านและความเข้าใจ พัฒนาผู้ให้บริการเพื่อให้สื่อสารกับผู้รับบริการด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย พัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เข้าถึงได้ง่ายขึ้น และพัฒนาระบบการนำทางเพื่อให้ผู้รับบริการไปรับบริการตามห้องต่างๆ ได้สะดวกขึ้น 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)) จากแนวคิดที่ว่า Health literacy เป็นเรื่องส่วนบุคคล (individual) มาสู่แนวคิดเชิงระบบที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน (Baker,2006 ⁽⁵⁾ ; Rudd and Anderson, 2006 ⁽⁴⁵⁾), ขึ้นกับบริบท (contextual (Nutbeam, 2008 ⁽³⁴⁾) or dual (Parker, 2009 ⁽³⁸⁾), ความรู้ความเข้าใจใหม่นี้ทำให้ทราบว่า Actual health literacy ของแต่ละบุคคล ไม่ได้ขึ้นกับทักษะส่วนตัวเท่านั้น แต่ขึ้นกับความซับซ้อนของระบบสุขภาพที่ประชาชนต้องเผชิญ ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจของประชาชนด้วย ซึ่งเป็นอุปสงค์หรือทรัพยากรของสถานการณ์ การไปวัด Health Literacy ของบุคคลเท่านั้นจึงไม่เพียงพอ ต้องวัดและปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้องกับ Health Literacy ที่เรียกรวมๆว่า Health literacy sensitivity

ความหมายของ Health Literacy ได้ถูกขยายให้กว้างขวางขึ้น จากเดิมที่เน้นเฉพาะโรคในสถานบริการสุขภาพมาเป็นเรื่องสุขภาพของประชาชน (well being) หรือเป็นเรื่องของสาธารณสุข (Public Health) ที่เน้นเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยรวมพลังทุกส่วนของสังคมมาร่วมดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ของกินดีอยู่ดีและมีชีวิตยืนยาว เมื่อความหมายถูกขยายออกไป การเข้าถึง เข้าใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงการประเมินและตัดสินใจในการปฏิบัติก็ต้องถูกขยายไปสู่มิติของการป้องกันโรค (Disease Prevention) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ด้วยไม่ใช่เฉพาะในเรื่องการรักษาพยาบาล (Healthcare) เท่านั้น (Sorensen et al, 2012 ⁽⁵⁰⁾ ; Pelikan and Ganahl,2017 ⁽⁴³⁾). ดังนั้น Health Literacy และ HLOs จึงเกี่ยวข้องกับประชาชนในหลายบทบาทนอกเหนือจากผู้ป่วยเท่านั้น หรือต้องใช้คำว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) แทนคำว่าผู้ป่วย(patients) เช่น สำหรับ ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการ (workers), ผู้บริโภค (Consumer) และ ประชาชนที่เป็นพลเมือง (Citizen) ซึ่งอยู่ภายใน องค์กร หรือ setting หรือ ระบบ ในทุกส่วนของสังคมสมัยใหม่ในปัจจุบัน (Kickbusch and Maag, 2008 ⁽²⁶⁾). และแนวคิดเรื่อง HLOs สามารถนำไปใช้ในองค์กรของ เมือง (city) โรงเรียน (school) 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 Health Literate Healthcare Organizations (HLHOs) ถึงต้องไปเกี่ยวข้องกับ ระบบบริการสุขภาพ
2. ใช้เครื่องมืออะไรในประเมินและปรับปรุงเพื่อให้เป็น HLHOs
3. มีประสบการณ์ตรงจากการดำเนินการโดยนำแนวคิดและเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ในสถานบริการสุขภาพที่มีบริบทที่แตกต่างกันและอะไรคืออุปสรรค หรือคือตัวสนับสนุนการดำเนินการเพื่อให้เป็น HLHOs

การพัฒนาแนวคิดที่เป็นองค์รวมเชิงระบบของ HLHOs

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

Terminology and definitions of organizational health literacy

ความหมายและนิยามของ Health Literacy ก็มีวิวัฒนาการ โดยไม่ได้หยุดนิ่ง (Nutbeam, 2008 (34)) รวมถึงเรื่อง HLHOs ด้วย, สำหรับความหมายของ Health Literacy นั้นนอกจากจะมีความหมายหลักที่ส่วนใหญ่ใช้กันแล้ว ยังมี ความหมายอื่นๆอีกที่แตกแขนงออกจากความหมายหลักดังกล่าวแล้วแต่ผู้ที่นำเสนอ ซึ่งบางครั้งผู้ที่เสนอก็ไม่สามารถทำให้ ผู้อ่านเข้าใจความแตกต่างและความหมายที่ชัดเจนได้ Meggetto et al (2017)⁽³¹⁾ ได้ทำการทบทวนความหมายของ HLHOs พบว่ามีมากถึง 19 terms ที่แตกต่างกัน ซึ่งยังไม่รวม Term อื่นๆ 'health-literate settings', 'health literacy-friendly settings', 'health literacy-friendly organizations' (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 สิ่งต่างที่มีความเฉพาะเจาะจงและมีความ หลากหลายที่องค์กร ได้ส่งมอบให้กับผู้รับบริการแต่ละคนหรือประชาชน โดยคำว่าองค์กรในที่นี้ อาจจะพูดในความหมาย กว้างๆ ว่า Environment หรือ Organization , Workplace , Setting , System , Society หรือจะกระบวนการเช่น Practice ก็ได้ หรือจะใส่คำนำหน้า organization เพื่อเป็นคำขยาย (Adjective) ว่าจะใช้สำหรับ Setting ไດ ก็ได้ เป็น Healthcare organization หรือ Education Organization นิยามของ HLHOs ได้แก่

1. นิยามที่ใช้แต่แรกใช้ Health Literate Environment ของ Healthcare setting หมายถึงด้านอุปสงค์ของสมการที่เสนอ โดย IOM (2004) หมายถึงความคาดหวัง ความชื่นชอบ และทักษะในการสื่อสารหรือบริการ (Rudd and Anderson, 2006, pi⁽⁴⁵⁾).
2. นิยามที่สอง มีผู้นิยามใช้มากที่สุด HLHOs คือองค์กรที่พัฒนาระบบที่ง่ายต่อประชาชนในการค้นหา เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Brach et al, 2012, p 1⁽¹⁰⁾).
3. นิยามที่สาม คือนิยามที่เป็นปัจจุบันที่ได้บูรณาการเนื้อหาที่กำหนดในนิยามของ Brach et al (2012) (10) กับ นิยามเชิงองค์รวมของ Health Literacy ของ HLS-EU Consortium (Sorensen et al, 2012, p 3⁽⁵⁰⁾) HLHOs คือ 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) ร่วมกับการเสริมสมรรถนะขององค์กร ทั้งเรื่องโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรเพื่อให้เป็นองค์กรที่ Health Literate มากขึ้น (Pelikan and Dietscher, 2015b, slide 16⁽⁴²⁾)

Concepts, models and frameworks of organizational health literacy

บทความที่เป็นปัจจุบันที่สุดที่ได้ทบทวนเกี่ยวกับ HLHOs (Farmanova et al, 2018, based on Farmanova, 2017) ในกรอบของภาคทฤษฎี HLHOs มี 15 conceptual papers ที่กล่าวถึงว่า HLHOs คืออะไร (What) เช่น การกำหนด วิสัยทัศน์ 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 ทฤษฎีได้กำหนด 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 เป็นเรื่องของ การสร้างสุขภาพ 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 (health care) Farmanova et al, 2018, p 4⁽²⁰⁾ และ Trezona and colleagues (2017)⁽⁵¹⁾ ได้พัฒนา HLHOs จริงในพื้นที่ด้วย

Organizational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) framework, โดยมอง Health Literacy ใน ประเด็นของการตอบสนองของระบบบริการเพื่อให้ประชาชนและผู้มารับบริการเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (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 organizational health literacy. โดยหลักการพื้นฐานของทั้ง 9 กรอบการดำเนินการได้แก่ พฤติกรรมขององค์กร (organizational behavior) การบริหารจัดการ (healthcare management) ,ศาสตร์ของการนำสู่การปฏิบัติอย่าง เป็นวิทยาศาสตร์ (implementation science), การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (quality improvement) (Farmanova et al, 2018, p 4 ⁽²⁰⁾), หรือเป็นกรอบแนวทางการดำเนินการเกี่ยวกับ Balanced Scorecard, Model การดูแล ผู้ป่วยเรื้อรัง (the Chronic Care Model) หรือ Model การดูแลที่เน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health-Literate Care Model) (Koh et al, 2013 ⁽²⁸⁾), ซึ่งในที่นี้จะขอกกล่าวเพียง 2 Framework คือ Institute of Medicine (IOM) Ten Attribute และ Vienna Health Literate Organization V-HLO

Institute of Medicine's Ten attributes of HLHCOs

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

Box 1: Ten attributes of health-literate healthcare organizations A health-literate healthcare organization:

1. ผู้นำได้บูรณาการเรื่อง Health Literacy เข้าไปใน พันธกิจ โครงสร้าง และการดำเนินการขององค์กรหรือไม่
2. บูรณาการเรื่อง Health Literacy เข้าไปในการวางแผน การวัดผลการดำเนินการ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และ เรื่องการปรับปรุงคุณภาพ
3. เตรียมบุคลากรเพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการวัดความก้าวหน้าของการดำเนินการ
4. รวมเรื่องการตอบสนองในระดับประชากรเข้าไปในขั้นตอนของการออกแบบ การดำเนินการ และประเมินผลทั้ง ระบบข้อมูลข่าวสารและการบริการ
5. ตอบสนองความต้องการของประชาชนซึ่งมีความหลากหลายของระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดย หลีกเลี่ยงการตีตรา (ปฏิบัติเหมือนกัน เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าตนอยู่ในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ)
6. ใช้กลยุทธ์สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเน้นการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพและแน่ใจว่าจะเกิดความเข้าใจในทุกจุดสัมผัสของการบริการ

7. จัดเตรียมระบบข้อมูลข่าวสารและบริการที่ง่ายต่อการเข้าถึง และมีระบบช่วยในการนำทางไปรับบริการในจุดต่างๆ
8. ออกแบบและกระจายสื่อสิ่งพิมพ์ รวมถึงวิดีโอ หรือ social media ที่ง่ายต่อการเข้าใจและเน้นการปฏิบัติ
9. เน้นหนักในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพเป็นพิเศษในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ในช่วงรอยต่อของการบริการ หรือการสื่อสารเกี่ยวกับการรับยา
10. สื่อสารให้เข้าใจอย่างละเอียดเกี่ยวกับการควบคุมของชุดสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ และค่าบริการที่ต้องจ่าย นอกเหนือจากสิทธิการรักษา

10 Attributes of HLHCs *Institute of Medicine*

โดยในแต่ละคุณลักษณะจะอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็น และรายละเอียด รวมถึงวิธีการประเมิน และการนำสู่การปฏิบัติ เมื่อพิจารณาคุณลักษณะทั้ง 10 ประการ พบว่า

1. ข้อที่ 5-8 จะกล่าวถึงเนื้อหาเฉพาะของ HLHCs เช่น การเข้าถึง การออกแบบช่องทางการสื่อสารและบริการ รวมถึงสื่อที่ใช้สำหรับการสื่อสาร
2. คุณลักษณะที่ 1-3 เป็นการกำหนดคุณลักษณะพื้นฐานที่องค์กรจำเป็นต้องมีเพื่อให้เกิดการจัดการอย่างเป็นระบบและบูรณาการเข้าไปกับระบบคุณภาพขององค์กร ซึ่งเป็นแง่มุมของการบริหารการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาองค์กร
3. คุณลักษณะที่ 4 นั้นเกี่ยวกับการเน้นคุณค่าของการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นหัวใจของการบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นหัวใจของการบริหารคุณภาพ และเป็นหัวใจของการส่งเสริมสุขภาพ
4. คุณลักษณะข้อที่ 9-10 เน้นหนักในเรื่องสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดความไม่เข้าใจ และเป็นจุดที่สำคัญที่ต้องเน้นหนักเป็นพิเศษใน ข้อ 9 และระบบบริการสุขภาพในสหรัฐอเมริกาที่มีการประกันสุขภาพที่หลากหลายจึงต้องเน้นในเรื่องการควบคุมชุดสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพในข้อ 10

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

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

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

V-HLO health literacy ไม่ได้ถูกเข้าใจในแง่มุ่งของการส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น ซึ่งไม่ต่างจากการส่งเสริมสุขภาพซึ่งถือว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นประเด็นที่สำคัญในเรื่องคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน ฉะนั้นการนำ health literacy ไปสู่การปฏิบัติใน healthcare setting ต้องได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์และสอดคล้องกับระบบบริหารจัดการ รวมถึงระบบการสนับสนุนการดำเนินการอย่างเป็นระบบ international society for quality in (isqua) ได้พัฒนา 9 มาตรฐาน และ 22 มาตรฐานย่อยซึ่งประกอบด้วยเครื่องชี้วัด 160 ตัวสำหรับการประเมินตนเองสำหรับองค์กรซึ่งถือเป็นขั้นตอนแรกในการพัฒนาองค์กรเพื่อให้เป็น HLO เครื่องมือนี้ได้้นำร่องไปใช้ในโรงพยาบาลของประเทศออสเตรีย (dietscher and pelikan 2017⁽¹⁷⁾) ในขณะเดียวกันก็ได้้นำเครื่องมือนี้แปลเป็นภาษาอังกฤษ ฝรั่งเศส อิตาลี และจีน และ International Working Group ซึ่งอยู่ในเครือข่ายของ Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH) ได้ทำการพัฒนาต่อยอด และทดสอบความเที่ยงเพื่อนำไปใช้ในบริบทที่มีความแตกต่างของภาษาและระบบการดูแลสุขภาพ (see Box 2).

Box 2: The nine standards of a health-literate organisation

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

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

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

Guides and toolkits เพื่อการประเมินหรือปรับปรุง organizational health literacy

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

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

การปรับปรุงคุณภาพ 8 เรื่องคือ

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

Farmanova et al (2018, p 6)⁽²⁰⁾ สรุปว่าแนวทาง (Guide) มีความแตกต่างทั้ง scope (single- to multiple-issue) และ บริบทที่จะนำแนวทางนั้นไปสู่การปฏิบัติ โดยแนวทางส่วนใหญ่พัฒนาสำหรับสถานบริการสุขภาพ โดย 6 แนวทางพัฒนาสำหรับสถานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล และร้านยา หรือพัฒนาแนวทางสำหรับการให้บริการของพยาบาล แนวทางจะมีแนวทางการประเมินว่าอะไรคืออุปสรรค และแผนปฏิบัติการในการพัฒนาให้เป็น HLOs สรุป สำหรับระดับองค์กรแล้ว ขณะนี้มีแนวทางที่

หลากหลายที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาองค์กรให้เป็น HLOs ในบริการที่หลากหลาย แต่สำหรับระดับบุคลากรที่เป็นวิชาชีพจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางให้เหมาะสมกับแต่ละวิชาชีพ รวมถึงการบูรณาการและทำให้เป็นมาตรฐาน

วิจัยเชิงประจักษ์ ในการสำเนาความคิด (Concepts) และแนวทาง (Guide) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ

วิจัยเชิงประจักษ์ สำหรับแนวคิด (Concepts) และแนวทาง (Guide) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ สรุปได้ว่า

1. Farmanova et al (2018, p 12) ⁽²⁰⁾ สรุปว่า ในปี 2008-2017 มี 13 การศึกษาที่นำแนวทาง (guide) ไปใช้ (Barrett et al, 2008 ⁽⁶⁾; Groene and Rudd, 2011 ⁽²²⁾; Weaver et al, 2012 ⁽⁵²⁾; Callahan et al, 2013 ⁽¹³⁾; Shoemaker et al, 2013 ⁽⁴⁹⁾; R.O. White et al, 2013 ⁽⁵⁴⁾; Zanchetta et al, 2013 ⁽⁵⁵⁾; Batterham et al, 2014 ⁽⁷⁾; A. Johnson, 2014 ⁽²⁵⁾; Palumbo and Annarumma, 2014 ⁽³⁷⁾; Briglia et al, 2015 ⁽¹²⁾; Adsul et al, 2017 ⁽³⁾; Brach, 2017 ⁽⁹⁾).
2. ส่วนใหญ่รายงานการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินอุปสรรค (barrier) ของการดำเนินการความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Groene and Rudd, 2011 ⁽²²⁾; Weaver et al, 2012 ⁽⁵²⁾; A. Johnson, 2014) ⁽²⁴⁾;
3. มี 2-3 การศึกษาที่รายการเกี่ยวกับรายละเอียดการดำเนิน HLOs (Callahan et al, 2013 ⁽¹³⁾; Briglia et al, 2015 ⁽¹²⁾; Brach, 2017 ⁽⁹⁾).
4. แม้ว่าการศึกษาที่มีอยู่ไม่สามารถประเมินอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงผลการพัฒนา HLOs โดยใช้แนวทางที่กำหนด แต่ guide มีประโยชน์คือ
 1. นำแนวทางไปช่วยในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Groene and Rudd, 2011 ⁽²²⁾; Weaver et al, 2012 ⁽⁵²⁾; Brach, 2017 ⁽⁹⁾; Dietscher and Pelikan, 2017 ⁽¹⁷⁾)
 2. สามารถนำเอาแนวปฏิบัติเฉพาะที่หน่วยงานต้องการมาใช้ (Callahan et al, 2013 ⁽¹³⁾; Briglia et al, 2015; ⁽¹²⁾ Brach, 2017 ⁽⁹⁾),
 3. 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 และสามารถสนับสนุนการดำเนินการของผู้ให้บริการหรือสามารถกำจัดอุปสรรคต่อการพัฒนา Health Literacy ได้ (Shoemaker et al, 2013⁽⁴⁹⁾)’.

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

ประกอบด้วย

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

ปัจจัยสู่ความสำเร็จที่จะ Health Literacy สู่การปฏิบัติ

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

Summary and conclusion

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

Reference

1. ACSQHC (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care) (2014) NSQHS standards in 2013: Transforming the safety and quality of health care, Sydney, NSW: ACSQHC.
2. Adams, K. and Corrigan, J.M. (eds) (2003) Priority areas for national action: Transforming health care quality, Washington, DC: Institute of Medicine, Board on Health Care Services, Committee on Identifying Priority Areas for Quality Improvement, National Academies Press. International handbook of health literacy
3. Adsul, P., Wray, R., Gautam, K., Jupka, K., Weaver, N. and Wilson, K. (2017) 'Becoming a health literate organization: Formative research results from healthcare organizations providing care for underserved communities', Health Services Management Research, 30, 4, 188-96.
4. Andrulis, D.P. and Brach, C. (2007) 'Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations', American Journal of Health Behavior, 31, Suppl 1, 122-33.
5. Baker, D.W. (2006) 'The meaning and the measure of health literacy', Journal of General Internal Medicine, 21, 8, 878-83.
6. Barrett, S.E., Puryear, J.S. and Westpheling, K. (2008) Health literacy practices in primary care settings: Examples from the field, Washington, DC: The Commonwealth Fund (www.commonwealthfund.org).
7. Batterham, R.W., Buchbinder, R., Beauchamp, A., Dodson, S., Elsworth, G.R. and Osborne, R.H. (2014) 'The Optimising Health Literacy (Ophelia) process: Study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform', BMC Public Health, 14, 1, 694.
8. Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J. and Crotty, K. (2011) 'Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review', Annals of Internal Medicine, 155, 97-107.
9. Brach, C. (2017) 'The journey to become a health literate organization: A snapshot of health system improvement', Studies in Health Technology and Informatics, 240, 203-37.
10. Brach, C., Keller, D., Hernandez, L.M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B. et al (2012) Ten attributes of health literate health care organizations, Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies.
11. Brega, A.G., Barnard, J., Mabachi, N.M., Weiss, B.D., DeWalt, D.A., Brach, C. et al (2015) AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit (2nd edn), Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
12. Briglia, E., Perlman, M. and Weissman, M.A. (2015) 'Integrating health literacy into organizational structure', Physician Leadership Journal, 2, 2, 66-9.
13. Callahan, L.F., Hawk, V., Rudd, R., Hackney, B., Bhandari, S., Prizer, L.P. et al (2013) 'Adaptation of the health literacy universal precautions toolkit for rheumatology and cardiology – Applications for pharmacy professionals to improve self-management and outcomes in patients with chronic disease', Research in Social Administrative Pharmacy, 9, 5, 597-608.

14. Cifuentes, M., Brega, A.G., Barnard, J. and Mabachi, N.M. (2015) Implementing the AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit: Practical ideas for primary care practices, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
15. Coughlan, D., Turner, B. and Trujillo, A. (2013) 'Motivation for a health literate healthcare system – Does socioeconomic status play a substantial role? Implications for an Irish health policy-maker', *Journal of Health Communication*, 18, Suppl 1, 158-71.
16. DeWalt, D.A., Callahan, L.F., Hawk, V.H., Brouckson, K.A. and Hink, A. (2010) Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Prepared by North Carolina Network Consortium, the Cecil G. Sheps Center for Health Services Research, the University of North Carolina at Chapel Hill, Under Contract No 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

(www.housinglin.org.uk/_library/Resources/Housing/Support_materials/Viewpoints/HLIN_Viewpoint69_Integration.pdf).

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

41. Pelikan, J.M. and Dietscher, C. (2015a) 'Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organizationale Gesundheitskompetenz verbessern?' ['Why should and how can hospitals improve their organizational health literacy?'], *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 58, 9, 989-95.
42. Pelikan, J.M. and Dietscher, C. (2015b) 'Promoting health literacy by implementing the concept of the health literate health care organization', in *Geneva Global Health Literacy Forum*, Geneva, Switzerland.
43. Pelikan, J.M. and Ganahl, K. (2017) 'Measuring health literacy in general populations: Primary findings from the HLS-EU Consortium's health literacy assessment effort', in R.A. Logan and E.R. Siegel (eds) *Health literacy. New directions in research, theory and practice*, Amsterdam: IOS Press, pp 34-59 (see also <http://ebooks.iospress.nl/volume/health-literacy-new-directions-in-researchtheory-and-practice>).
44. Pelikan, J.M., Dietscher, C., Krajic, K. and Nowak, P. (2005) '18 core strategies for health promoting hospitals (HPH)', in O. Groene and M. Garcia-Barbero (eds) *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management*, Geneva: World Health Organization, 48-67.
45. Rudd, R.E. and Anderson, J.E. (2006) *The health literacy environment of hospitals and health centers – Partners for action: Making your healthcare facility literacy-friendly*, Harvard, MA: Harvard University School of Public Health, National Center for the Study of Adult Learning and Literacy and the Health and Adult Literacy and Learning Initiative.
46. Rudd, R.E., Groene, R.O. and Navarro-Rubio, M.D. (2013) 'On health literacy and health outcomes: Background, impact, and future directions', *Revista De Calidad Asistencial*, 28, 3, 188-92.
47. Rudd, R.E., Renzulli, D., Pereira, A. and Daltory, L. (2005) 'Literacy demands in health care settings: The patient perspective', in J.G. Schwartzberg, J.B. VanGeest and C.C. Wang (eds) *Understanding health literacy: Implications for medicine and public health*, Chicago, IL: AMA Press, 69-86.
48. Schillinger, D. and Keller, D. (2011) *The other side of the coin: Attributes of a health literate healthcare organization*, Commissioned by the Institute of Medicine Roundtable on Health Literacy.
49. Shoemaker, S.J., Staub-DeLong, L., Wasserman, M. and Spranca, M. (2013) 'Factors affecting adoption and implementation of AHRQ health literacy tools in pharmacies', *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 9, 5, 553-63.
50. Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J.M., Slonska, Z. and Brand, H. for HLS-EU Consortium European Health Literacy Project (2012) 'Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models', *BMC Public Health*, 12, 80.
51. Trezona, A., Dodson, S. and Osborne, R.H. (2017) 'Development of the organizational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals', *BMC Health Services Research*, 17, 513.

52. Weaver, N.L., Wray, R.J., Zellin, S., Gautam, K. and Jupka, K. (2012) 'Advancing organizational health literacy in healthcare organizations serving high-needs populations: A case study', *Journal of Health Communication*, 17, Suppl 3, 55-66.
53. White, M., Garbez, R., Carroll, M., Brinker, E. and Howie-Esquivel, J. (2013) 'Is "teach-back" associated with knowledge retention and hospital readmission in hospitalized heart failure patients?', *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28, 2, 137-46.
54. White, R.O., Thompson, J.R., Rothman, R.L., McDougald Scott, A.M., Heerman, W.J., Sommer, E.C. and Barkin, S.L. (2013) 'A health literate approach to the prevention of childhood overweight and obesity', *Patient Education and Counseling*, 93, 3, 612-18.
55. Zanchetta, M., Taher, Y., Fredericks, S., Waddell, J., Fine, C. and Sales, R. (2013) 'Undergraduate nursing students integrating health literacy in clinical settings', *Nurse Education Today*, 33, 9, 1026-33.