

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

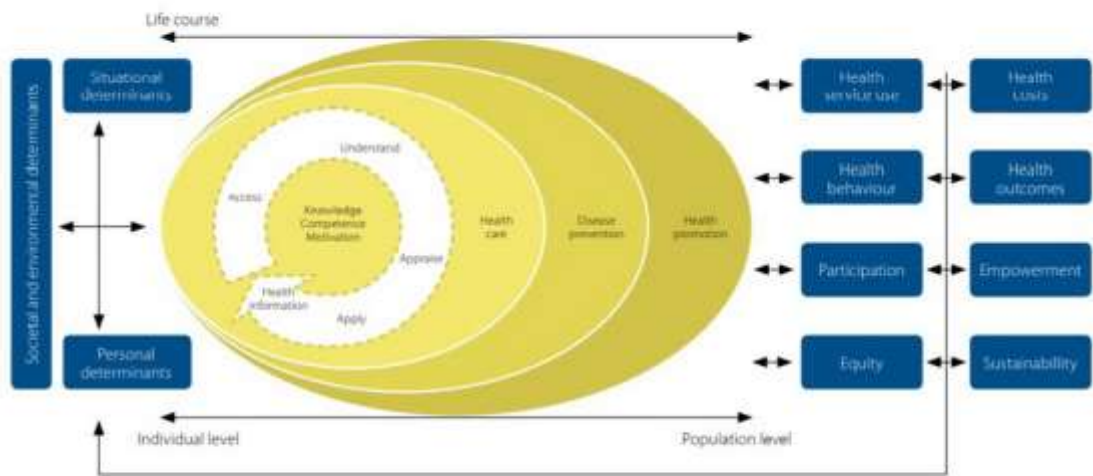
	หน้า
ปูพื้นฐาน แนวคิด นิยาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา	B1-34
บทนำ	1
Part A. ทำไมต้องลงทุนเพื่อสร้างความเข้มแข็งในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3
1. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศในยุโรป (HLS-EU)	4
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ	6
Example ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (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 โดยเริ่มจากการสอนวิชาสุขภาพศึกษาในโรงเรียน (Health Education) เพื่อให้นักเรียน สามารถดูแลตนเองทางสุขภาพได้ทั้งในยามที่ปกติหรือยามที่ป่วย แต่ผ่านไป 50 ปี มีน้อยประเทศในโลกที่การสอนสุขภาพมีประสิทธิภาพ 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) แล้วให้ความรู้หรือสุขภาพแก่ผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพต่ำ การให้สุขภาพจึงถือเป็น 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 โดยการให้สุขภาพแบบร่วมสมัยใหม่ หรือ Contemporary Health Education (ไม่ใช่การให้สุขภาพเหมือนก่อนที่เพิ่มแต่ความรู้ 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 Dimension

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

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



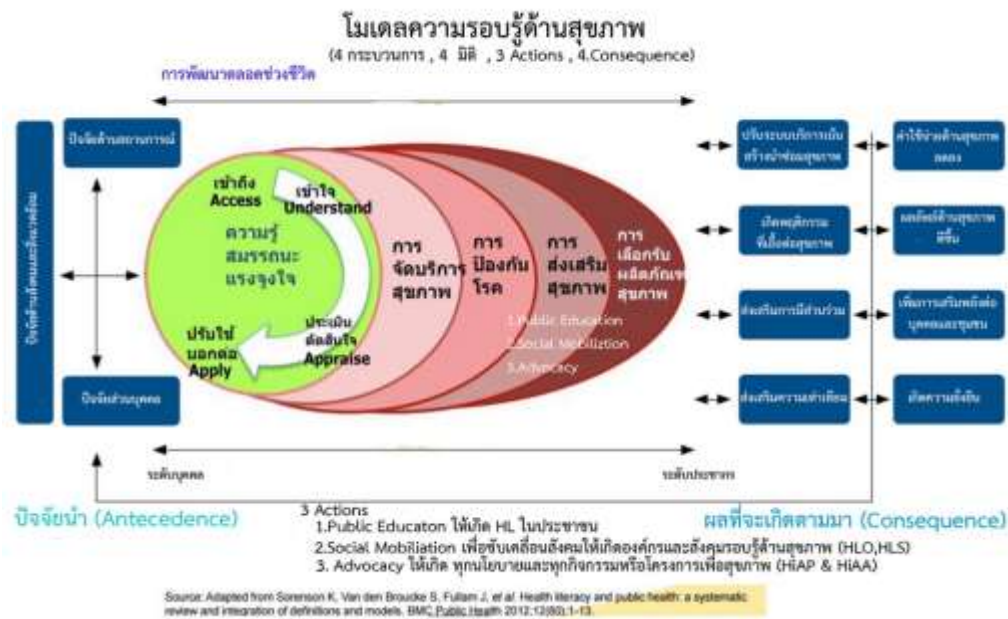
Source: adapted from: Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012, 12:80.

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 และสามารถใช้ข้อมูลเพื่อการปรับปรุงสุขภาพได้นั้น 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 จะทำให้การสร้างเครื่องมือในการวัดที่แตกต่างออกไป 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)

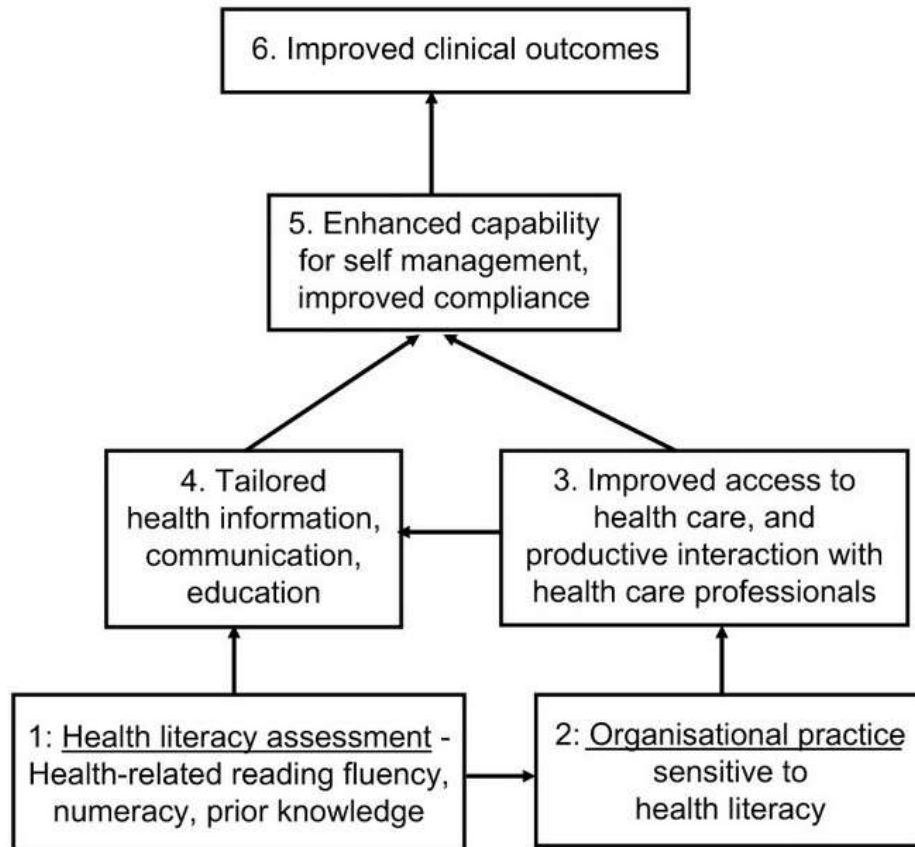


Fig. 1. Conceptual model of health literacy as a risk.

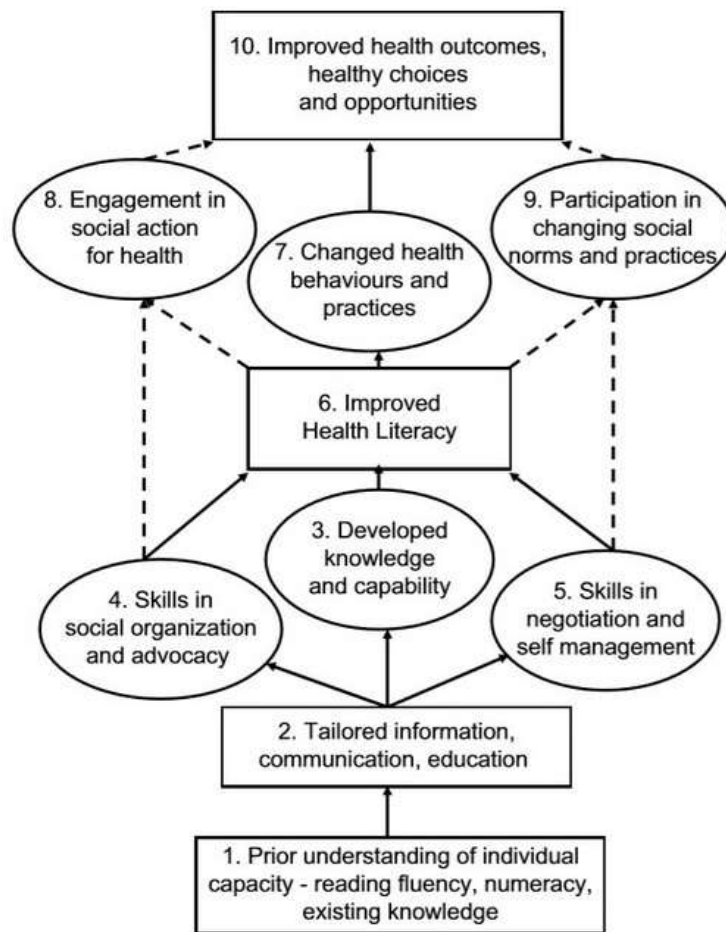


Fig. 2. Conceptual model of health literacy as an asset.

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

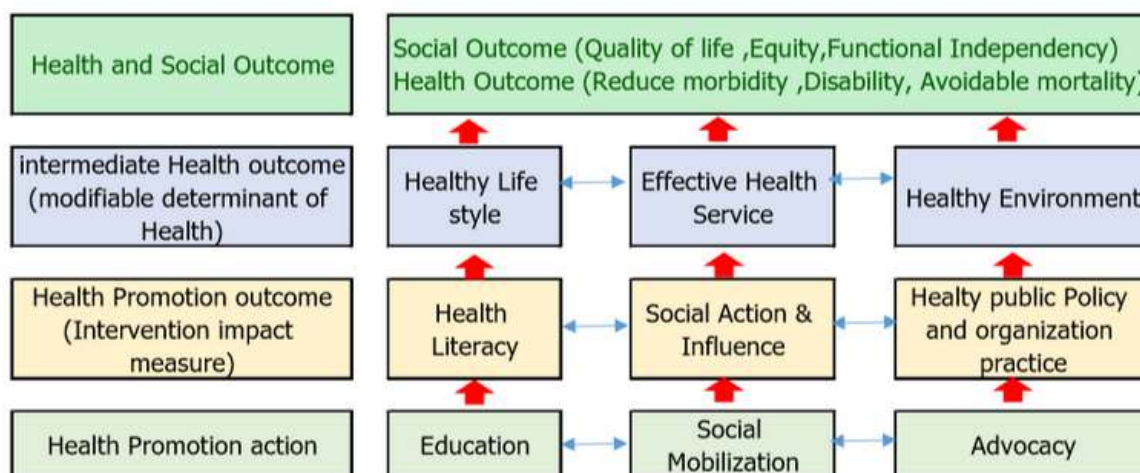
1. Health Literacy จะไปสู่ Intermediate health outcome คือ Healthy Behavior or Healthy Lifestyle
2. Social action and Influence จะไปสู่ Intermediate health outcome คือ Effective services for health (All Services for health)

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 คือภาคปฏิบัติของการให้สุขภาพศึกษาแบบร่วมสมัย 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 คือภาคปฏิบัติของการให้สุศึกษาแบบรวมสมัย 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) รวมถึงการให้สุขศึกษาเพื่อสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อไปสู่การออกกฎหมายหรือข้อบังคับ เพื่อเอาชนะอุปสรรคเชิงโครงสร้างต่อสุขภาพ (overcome structural barriers to health) เป็นประเด็นที่ท้าทายของการให้สุขศึกษาเพื่อให้บรรลุถึงการสร้าง Health literacy ให้เกิดถึงระดับ Interactive หรือ Critical Health Literacy
2. ในศตวรรษที่ผ่านมา การให้สุขศึกษาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งในประเทศกำลังพัฒนา การรณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การควบคุมโรคติดต่อ และการให้ภูมิคุ้มกันในประเทศพัฒนาแล้ว และในปี 1960-1970 ได้มีการรณรงค์ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค NCD โดยเน้นที่การเผยแพร่ข่าวสารทางด้านสุขภาพเท่านั้น 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

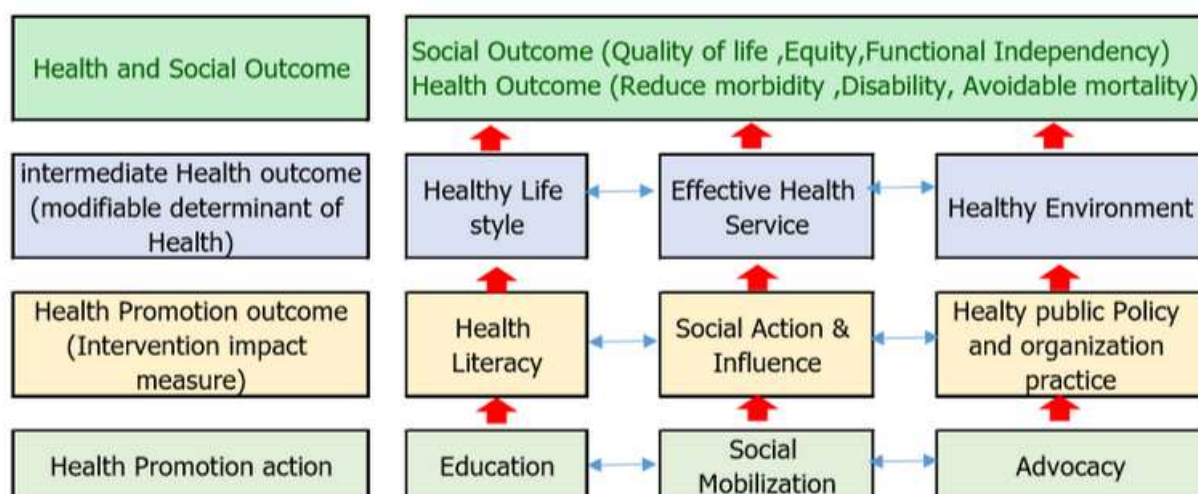
ปัจจุบันได้สนใจในการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการให้นิยามผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง กับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion Activity) Health Promotion outcome model นี้ (Nutbeam 1996) ได้ลำดับขั้นของผลลัพธ์ในระดับต่างๆ เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่าง Health Promotion action กับ Determinant 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 ,regislation,regulation,Resource allocation,Organization practice

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

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

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

What is Health Literacy

1. มีการพูดถึง Health literacy เมื่อ 30 ปีก่อน ใน USA โดยได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของระดับ Literacy ของผู้ป่วย กับความสามารถในการอ่านฉลากยา และการมารับการติดตามการรักษา ซึ่งตรงกับความหมายของ Functional Literacy ซึ่งก็คือความสามารถในการประยุกต์ใช้ literacy skill ในการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น 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 ซึ่งจะส่งผลต่อ 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 สหรัฐอเมริกาและจีนได้พัฒนายุทธศาสตร์ระดับชาติและเครื่องมือชี้วัดเพื่อยกระดับ 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 เป็นผลคุณระหว่าง 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

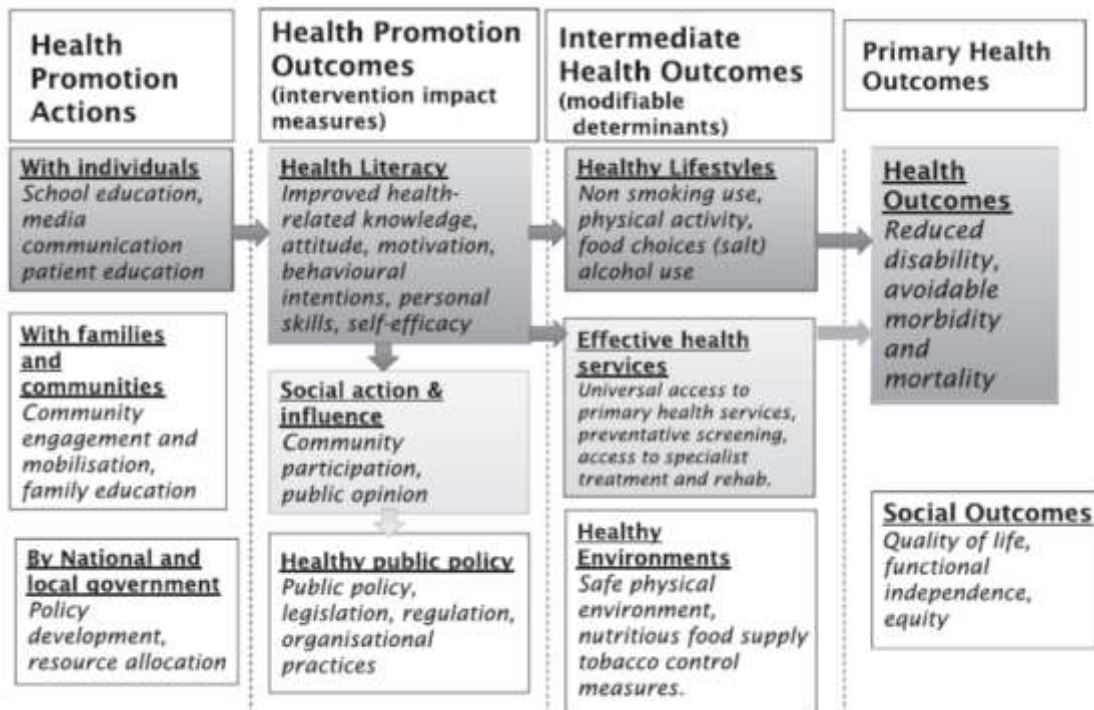


Figure 2 Logic model for prevention planning

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 ส่งผลให้มีส่วนร่วมในการรักษา (engagement) และการจัดการตนเองสำหรับโรคเรื้อรัง (Self Mangement) ดีขึ้น สำหรับนักการสาธารณสุขที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพ ให้ความสนใจ Health literacy ตามแนวคิดที่ว่า Health Literacy เป็นผลลัพธ์ของ Health Education and Communication ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพแบบร่วมสมัย (Contemporary Health Promotion) โดยมอง Health Literacy คือทรัพย์สินหรือทุนที่อยู่ในแต่ละบุคคล (Health literacy as asset) ซึ่งสามารถที่จะเพิ่มทุนนี้ได้โดยให้การให้การศึกษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับ intervention อื่นๆเพื่อสนับสนุนบุคคลและชุมชนให้สามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพซึ่งส่งผลต่อสุขภาพบุคคลและชุมชนได้ สำหรับผู้กำหนดนโยบาย Health Literacy เป็นแนวคิดที่มีความยืดหยุ่นที่สามารถนำไปใช้ในการวางตำแหน่งทางนโยบาย ความตั้งใจที่จะทำเรื่อง Health literacy ทั้งในกลุ่มของผู้ให้บริการสาธารณสุข (การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ) ผู้กำหนดนโยบาย และนักการศึกษาวิจัย ทำให้ความรู้และแนวคิดของ Health Literacy ถูกขยายไปอย่างกว้างขวาง Health Literacy มีความสำคัญในฐานะที่เป็นได้ทั้ง Risk (Disease prevention approach) หรือ Asset (Health Promotion Approach) และมีศักยภาพที่จะใช้เป็นตัวชี้้นำสำหรับการให้บริการทางคลินิก(การป้องกันโรค) หรือการสาธารณสุข(การส่งเสริมสุขภาพ) และการกำหนดนโยบายสาธารณะ สำหรับนักวิชาการหรือนักวิจัยนั้นประเด็นที่น่าสนใจ ที่เป็น Knowledge gap คือการพัฒนา Intervention และเครื่องมือวัด Health Literacy ในบริบทของ population based

**** 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:

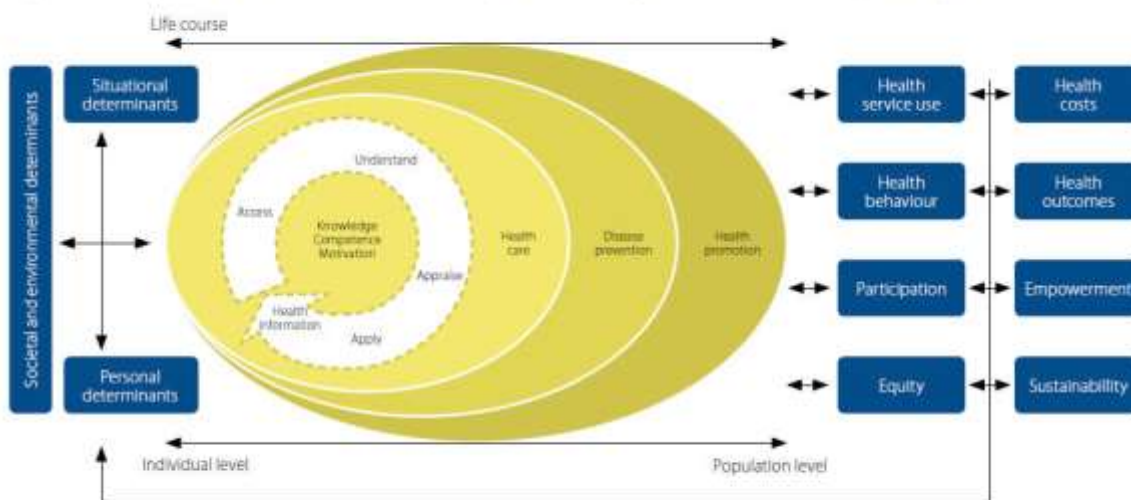
นิยามของ Health Literacy

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) คุณ 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)

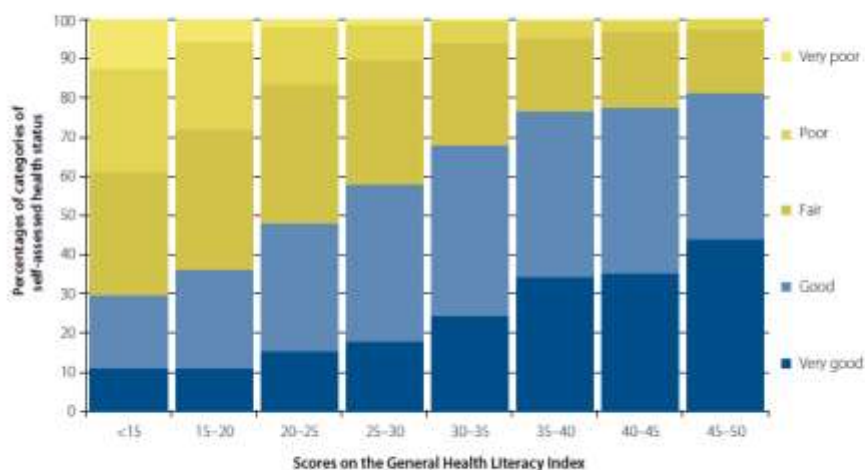
การอ่านออกเขียนได้ (Literacy) เป็นตัวทำนายสถานะสุขภาพที่ดีกว่า รายได้ การมีงานทำ ระบบการศึกษา เชื้อชาติ

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

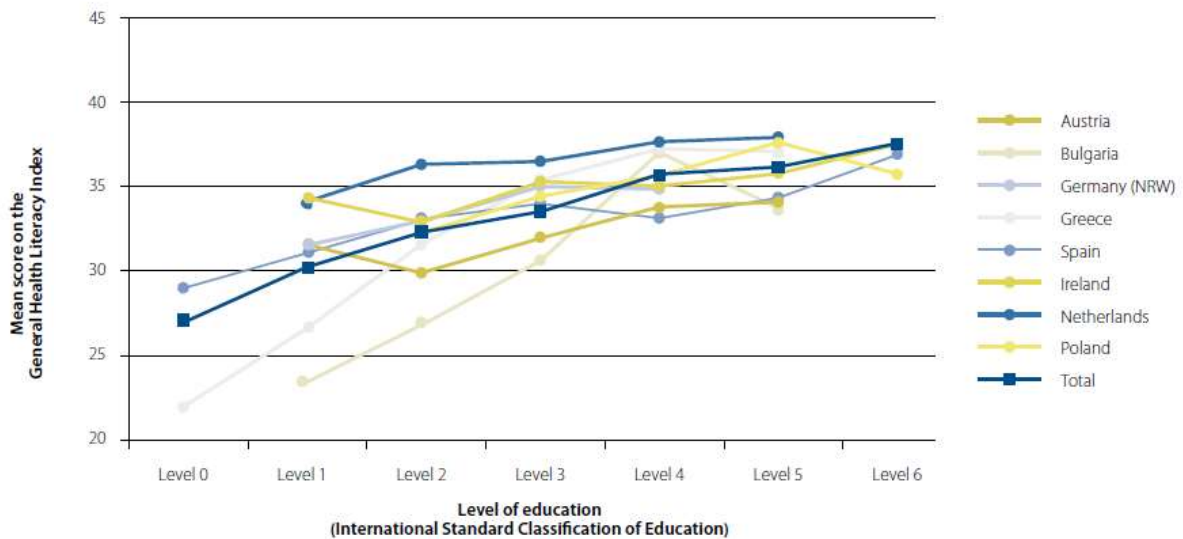
Fig. 3. Self-assessed health status according to scores on the General Health Literacy Index for the 7780 respondents in the European Health Literacy Survey



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. ความสามารถในการด้านความรู้ด้านสุขภาพนั้นแตกต่างกันตามบริบท วัฒนธรรม และ setting โดยขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคลและระบบ ซึ่งปัจจัยต่างๆ ได้แก่ 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

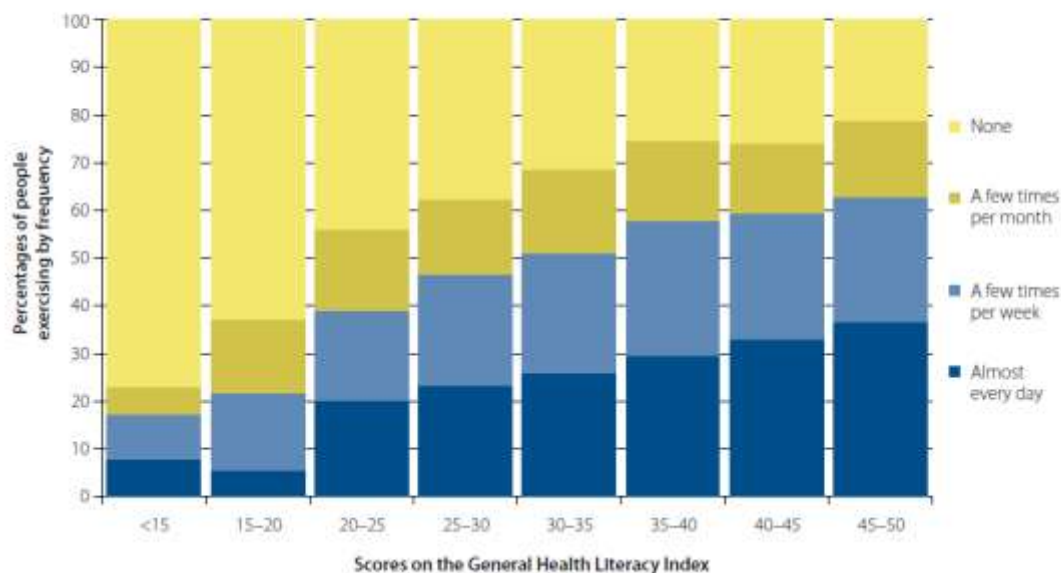
The European Commission ได้ทำการรณรงค์ที่เรียกว่า “Clear Writing campaign” ในปี 2010 เพื่อให้เอกสารทุกประเภท ทุกภาษา สั้นขึ้นและง่ายขึ้น ใน United Kingdom ได้มีการขับเคลื่อน “Plain-English movement “ ตั้งแต่ปี 1970s. สำนักงานภายใต้รัฐบาล เช่น Office of Fair Trading ได้สนับสนุนให้เขียนสัญญาต่างๆด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ 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

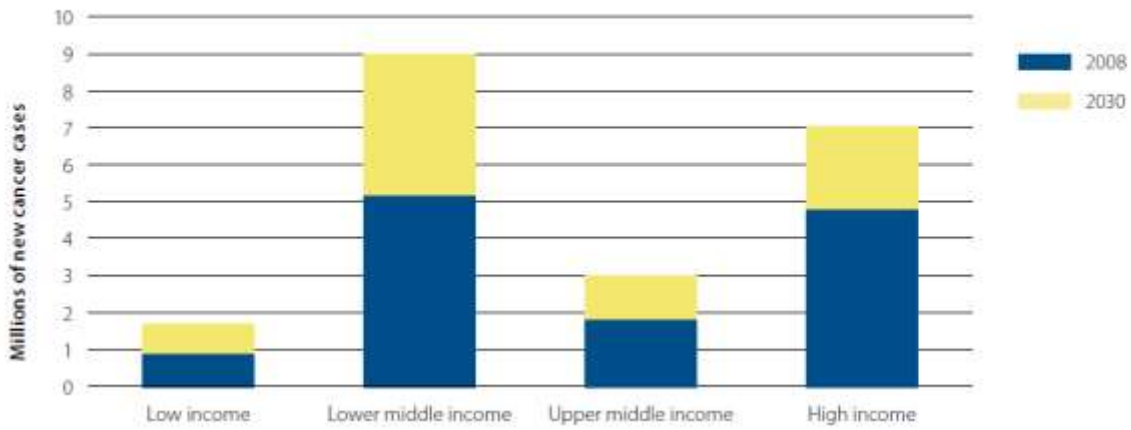
1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสาเหตุตายที่สำคัญ โดยร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตเกิดจากสาเหตุ 4 โรคได้แก่ มะเร็ง โรคหัวใจ เบาหวานและโรคของระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นสามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ (self Management) โดยร้อยละ 52 ของผู้ป่วยอายุน้อยกว่าอายุ 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 มาตรการในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องเน้นที่การเพิ่มระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และต้องใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อที่จะเพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชน

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด : ปัญหาที่ประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง และเป็นประเด็นท้าทายเรื่องความไม่เท่าเทียม

เกือบครึ่งหนึ่งของประชากรในยุโรป มีทักษะด้านความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ และระดับที่มีปัญหา

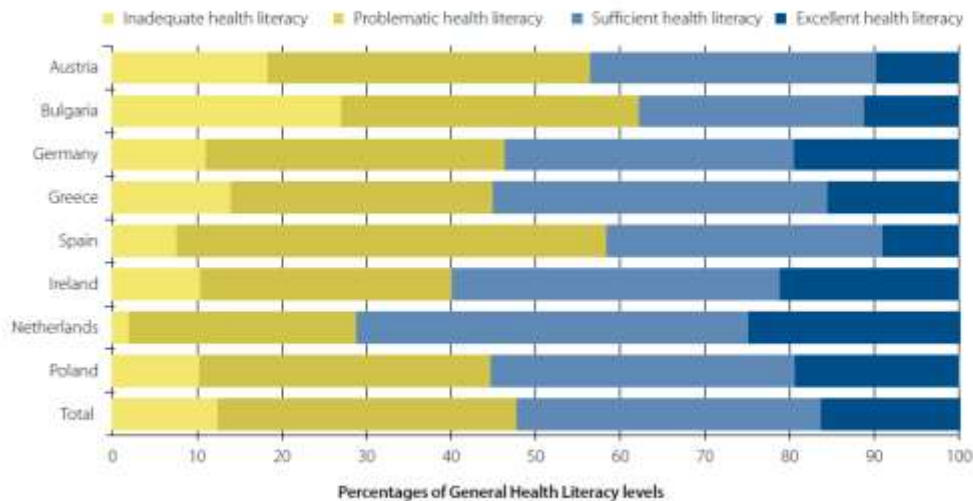
What is known

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) ที่สูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปได้แก่
 - 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 การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระยะๆ 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/กิจกรรมหรือมาตรการในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ 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 เท่านั้นไม่รวมผู้อพยพ

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 จะเป็นทรัพย์สินที่จะสนับสนุนให้ประชาชนสามารถที่จะปรับตัวเพื่อธำรงสุขภาพ หรือฟื้นฟูสุขภาพให้กลับมาดีเหมือนเดิม 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 โดยแผนงานดังกล่าวสร้างการประสานงานของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านระบบการศึกษาออกโรงเรียน 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) จะเจรจาต่อรองกับผู้บริหารสถานบริการ 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