

Part C

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

เอกสารฉบับนี้ได้นำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ให้เห็นความจำเป็นที่ต้องกำหนดนโยบายเพื่อนำความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ รวมถึงโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ควรดำเนินการ โดยกำหนดไว้ใน Action area

ความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องการ Champion และภาวะผู้นำแบบข้ามภาคส่วนในสังคม

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

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

Aligning with the values and principles of the public good

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

Advocating – putting health literacy on the public policy agenda

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

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

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

Strengthen the evidence base for health literacy

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

Working together at the European level

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

ภาคผนวก 1

การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพใน USA ,EU ,Austria ,Australia ,Thailand)

USA

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

3. สรุป โดยทั่วไปการดำเนินการเกี่ยวกับ Health Literacy ใน USA นั้นเริ่มจากการขับเคลื่อนระดับรากหญ้า และเป็นสิ่งที่สำคัญในช่วงเริ่มต้น องค์กรต่างๆ เช่น สถานบริการสุขภาพ ได้เห็นความจำเป็นในการตอบสนองความต้องการในเรื่อง Health Literacy โดยเฉพาะกับกลุ่มที่มีความเปราะบาง ความต้องการและแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ได้ดำเนินการเป็นแรงผลักดันและชี้ทำให้เกิดนโยบาย (Federal policy) ซึ่งต่อมาได้ขยายผลไปสู่การสนับสนุนแบบ Top Down เช่นการออกกฎหมายที่สภาพบังคับทั่วประเทศ ซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในรอบทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้เพิ่มความเข้มแข็งต่อการพัฒนา Health Literacy ของประชาชนทั่วทั้ง USA ในขณะที่กฎหมายมีสภาพบังคับจึงถือเป็นนโยบายที่เข้มงวด เช่น ACA ทำให้เกิดแรงกดดันให้องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องนำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับ Health literacy เกิดแนวปฏิบัติ (Practical guidance) ที่ช่วยให้องค์กรต่างๆสามารถสร้าง programmes and interventions เพื่อนำแนวทางสู่การปฏิบัติ การสนับสนุนในเรื่อง Health Literacy จากองค์กรและภาคส่วนต่างๆ ทำให้สามารถนำเสนอประเด็นเรื่อง Health Literacy ในหลากหลายแง่มุมและมีผลกระทบสูง และสามารถสร้างความตระหนักในเรื่อง Health Literacy อย่างมากในประชาชนของ USA ความหวังของพวกเราคือ โปรแกรมในระดับพื้นที่ ในการตอบสนองความต้องการของชุมชน (Bottom up) และการดำเนินงานของรัฐบาลกลางและหน่วยงานภาครัฐ (Top down) ได้ส่งเสริมบทบาทซึ่งกันและกันตามที่ได้กล่าวมา เราได้เห็นว่าการผสมผสานการดำเนินการแบบรากหญ้าและ Top down สามารถทำให้เกิดความก้าวหน้าในการยกระดับ Health Literacy ของประชาชนทั่วประเทศ

ประเทศใน EU

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

1. ประเทศที่ได้อบรมรับแนวคิดและมีความสนใจอย่างมากได้แก่ Germany, Ireland, Italy, Portugal, Spain, the UK, Austria, the Czech Republic and the Netherlands.
2. ประเทศที่รับแนวคิด HL ได้ไม่มากโดยรับรู้ในความหมายที่ใกล้เคียง HL เช่น Health promotion หรือ Health Education ได้แก่ Bulgaria, Cyprus, Estonia, France, Greece, Hungary, Lithuania, Poland, Romania and Slovakia, the concept is less common and often linked to broader concepts such as health education and health promotion.
3. มี 6 ประเทศที่มี National – Level Policy ได้แก่ Austria, Ireland, Italy, Portugal, Spain and the UK. อย่างไรก็ตามการมีนโยบายระดับชาติ ไม่ได้หมายถึงการมีข้อกำหนดสำหรับการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเกี่ยวกับ HL โดย Action ที่เกี่ยวกับ HL พบได้ใน 16 ประเทศของ EU มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มเข้ามีส่วนร่วมใน Actions เหล่านั้น ได้แก่ ภาครัฐ NGO และข้อมูลเชิงประจักษ์ในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปได้ว่า นโยบายและ Action ดังกล่าวมีประสิทธิภาพหรือไม่ จึงควรที่จะพัฒนาระบบการกำกับติดตามและประเมินผลเพื่อปิดช่องว่างดังกล่าว .

Austria

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

Conclusion and implications for change at a systems level

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

Australia

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

ประเทศไทย

1. Health Reform รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2560 ได้บัญญัติการปฏิรูปประเทศเข้าไปอยู่ในรัฐธรรมนูญ ทำให้มีแผนปฏิรูปประเทศ ซึ่งเรื่อง HL ก็อยู่ในแผนปฏิรูปประเทศด้วย ซึ่งผูกพัน ส่วนราชการต่างๆ ต้องกำหนดแผนพัฒนาในทุกๆ ระดับได้แก่ แผนยุทธศาสตร์ชาติ แผน 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แผนพัฒนาสาธารณสุขเป็นต้น แต่ข้อจำกัดที่ทำให้แผนปฏิรูปไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควรเนื่องจาก
 - 1.1. ปัญหาเรื่องงบประมาณที่จะใช้ดำเนินการ HL แม้แผนปฏิรูปจะเขียนแผนปฏิบัติการและกำหนดงบประมาณไว้ก็จริง แต่เป็นเพียงวงเงินที่ต้องไปใช้จากหน่วยงานระดับกรมซึ่งเป็นผู้ตั้งงบประมาณ ซึ่งหน่วยงานระดับกรมก็มีการตั้งงบประมาณตามแผนของกรมฯ ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับแผนปฏิรูป
 - 1.2. การกำกับติดตามให้เป็นไปตามแผน แม้กฎหมายจะระบุว่าต้องรายงานความก้าวหน้าของแผนปฏิรูปต่อสภา แต่การกำกับติดตามก็ไม่ได้เข้มข้นในระดับที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะ engage กับแผนปฏิรูป
2. การขับเคลื่อนการดำเนินการ
 - 2.1. กระทรวงสาธารณสุขทำแผนขับเคลื่อน HL ให้สอดคล้องกับแผนปฏิรูป และมอบกรมอนามัย เป็นเจ้าภาพในเรื่อง Health Literacy โดยกรมอนามัยได้ตั้งสำนักงานโครงการปฏิรูประบบราชการ 4.0 เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สขรส) เป็นหน่วยงานเพื่อรับผิดชอบ โดยสำนักงานดังกล่าวเป็นทั้งสำนักงานเลขานุการและหน่วยขับเคลื่อนแผนงานโครงการเกี่ยวกับ HL
 - 2.2. กรมอนามัย ผลักดันให้มีการตั้ง สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย (THLA) เพื่อที่จะทำหน้าที่ประสานงานกับทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้ง Health และ Non Health sectors ในการขับเคลื่อนเรื่อง HL (ทำหน้าที่คล้ายกับ The Austrian Health Literacy Alliance หรือ ÖPGK ของประเทศออสเตรีย)
 - 2.3. กรมอนามัย คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล และสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย ได้ผลักดันงานสำคัญเกี่ยวกับ HL ได้แก่
 - 2.3.1. กำหนด 66 Key message สำหรับคนไทย โดยครอบคลุมทั้งเรื่อง Healthcare ,Disease Prevention,Health promotion ,Health product
 - 2.3.2. สร้างเครื่องมือวัด HL (HLS-TH-Q87) ซึ่งผ่านการวัด Validity และ Reliability แล้ว
 - 2.3.3. สำรวจ Health Literacy ของคนไทย ด้วย HLS-TH-Q87 เพื่อใช้เป็น base line data
 - 2.4. แผนงานต่อไป คือ
 - 2.4.1. การสร้าง มาตรฐานของ Health literate Organization (HLO) ใน 4 Setting คือ Healthcare ,Education,Workplace & Community Setting (Standard body)
 - 2.4.2. การพัฒนาระบบการประเมิน (Accreditation System) โดยออกแบบเพื่อแยกบทบาท ระหว่าง Standard body (SB) ,Accreditation body (AB) และ Certified body (CB) และระบบการบริหารจัดการในช่วงเปลี่ยนผ่านที่ยังไม่สามารถ พัฒนา SB ,AB และ CB ได้เต็มรูปแบบ
 - 2.4.3. การสร้าง Network และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
 - 2.4.4. พัฒนาความเป็นสถาบัน (Institutionalization) ของ สถาบันส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย โดยเรียนรู้จาก สมาคมเพิ่มผลผลิตและสถาบันเพิ่มผลผลิต

สรุปแนวทางการขับเคลื่อน HL ไปสู่การปฏิบัติของประเทศต่างๆ

1. ใน USA Partner และ Net work ระดับ Grass root มีความเข้มแข็ง โดยมีการประสานความร่วมมือในพัฒนา HL (Collaboration) การออกกฎหมายในช่วงปี 2012 (Top down) เพื่อมาแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างที่ระดับ Grass root ไม่สามารถจัดการได้ ทำให้เกิดความครอบคลุมเชิงปริมาณ หนุนเสริม Grass root ที่ทำงานเชิงคุณภาพ
2. ในยุโรป partnership และ Network ของการส่งเสริมสุขภาพมีความเข้มแข็ง โดยเฉพาะสถาบันการศึกษาของ Austria เป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและ Health Literacy ที่ได้รับการยอมรับระดับโลก ใช้การศึกษาวิจัยหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อ Advocate ผู้กำหนดนโยบายเพื่อแก้ปัญหาเชิงโครงสร้าง และมี The Austrian Health Literacy Alliance หรือ ÖPGK ทำการประสานความร่วมมือ ประสานมาตรการ เพื่อให้การพัฒนา HL แบบยั่งยืน
3. Australia ตัวขับเคลื่อนที่สำคัญคือ Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) รับผิดชอบในการพัฒนาและรักษามาตรฐานที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการและความปลอดภัย ACSQHC's ได้กำหนด National statement on health literacy (2014) โดยใช้ Concept HL as risk ทำให้ HL เข้าไปอยู่ในเรื่อง patient safety และเป็นส่วนหนึ่งของ Quality Management System (QMS) และทำให้ HL ถูกนำสู่การปฏิบัติครอบคลุมทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว ผ่านกลไกของ QMS
4. การขับเคลื่อน HL ในประเทศไทย มีทั้งแบบ Top down จากแผนปฏิรูป ลงมาสู่แผนระดับต่างๆ Cascade ลงมา และการขับเคลื่อนแบบ Bottom up โดยการทำงานแบบ collaboration network โดยมี สมาคมส่งเสริมความรอบด้านสุขภาพ เป็นตัวประสานงานกลาง แม้ HL จะเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย แต่สามารถพัฒนา 66 Key messages , เครื่องมือวัด HL สำหรับประเทศไทย (HLS-TH-Q87) และการสำรวจ HL โดยใช้ HLS-TH-Q87 โดยความสำเร็จของการดำเนินการเกิดจากการดำเนินการแบบ Bottom up มากกว่า

ข้อเสนอแนะที่จะนำประสบการณ์จากต่างประเทศมาใช้ในประเทศไทย

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

เอกสารอ้างอิง

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

ภาคผนวกที่ 2

การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

1. สภาปฏิรูปแห่งชาติ (ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม)
2. จากรัฐธรรมนูญถึง ยุทธศาสตร์ชาติและแผนปฏิรูปประเทศ
3. ยุทธศาสตร์ชาติ 2561-2565
4. แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข
5. แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
6. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)
7. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564)
8. การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพของ กรมอนามัย 2560 -2564
9. สมาคมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย (Thai Health Literacy Association (THLA))

1.สภาปฏิรูปแห่งชาติ (ด้านสาธารณสุข)

1. ภายหลังจากรัฐประหาร 2557 โครงสร้างในการบริหารประเทศในขณะนั้นประกอบด้วย
 1. คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช)
 2. คณะรัฐมนตรี (ครม)
 3. สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช)
 4. สภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช) ต่อมา สปช.ถูกยกเลิก จึงมีสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท) มาทำหน้าที่ปฏิรูปประเทศแทน
 5. คณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ
2. สภาปฏิรูปแห่งชาติ (6 ตุลาคม พ.ศ. 2557 – 6 กันยายน พ.ศ. 2558) หรือ สปช. เป็นสภาที่ตั้งขึ้นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 มาตรา 27 มีหน้าที่ศึกษาและเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปฏิรูปในด้านต่าง ๆ มีสมาชิกไม่เกิน 250 คน มาจากคณะกรรมการสรรหาจังหวัดจำนวน 77 คน และคณะกรรมการสรรหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติแต่งตั้ง รวม 11 คณะ จำนวน 173 คน
3. สภาปฏิรูปแห่งชาติมีหน้าที่ศึกษาและเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปฏิรูปในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
 1. ด้านการเมือง
 2. การบริหารราชการแผ่นดิน
 3. กฎหมายและกระบวนการยุติธรรม
 4. การปกครองท้องถิ่น
 5. การศึกษา
 6. เศรษฐกิจ
 7. พลังงาน

8. สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
 9. สื่อมวลชน
 10. สังคม
 11. อื่นๆ
4. สปช.ได้กำหนดแผนการปฏิรูปที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้
1. ยกย่องการปฏิรูปความรู้ด้านต่างๆ ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ (National Agenda)
 2. จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ
 3. กำหนดให้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี อยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติและแผนพัฒนาสาธารณสุข
 4. จัดการให้สถาบันการศึกษาทุกระดับและสถานบริการสุขภาพ สถานที่ทำงานและโรงงานต่างๆ เป็นองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization)
 5. พัฒนาชุมชน/ท้องถิ่นเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communities)
 6. สนับสนุนและขยายความครอบคลุม ให้ประชาชนสามารถรู้เท่าทันสื่อให้มากที่สุด (Literacy)
 7. สนับสนุนการศึกษาวิจัย (Health Literacy Survey) และจัดให้มี Center of Excellence ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 8. จัดให้มีรายการโทรทัศน์ด้านสุขภาพเป็นประจำและมีการบริหารจัดการเพื่อตอบโต้ข้อมูลที่ผิดพลาดและเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ทันทั้งที่
 9. พัฒนาระบบการผลิตสื่อด้านสุขภาพและช่องทางเผยแพร่ข้อมูล
 10. จัดให้มีการสำรวจในกลุ่มประชาชนกลุ่มต่างๆหรือทั้งประเทศในเรื่องต่อไปนี้ ทุก 3 หรือ 5 ปี
 1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ - พฤติกรรมสุขภาพ, พฤติกรรมเสี่ยง
 2. National Health Examination Survey
5. เมื่อสภาพปฏิรูปแห่งชาติสิ้นสุดลง มีการแต่งตั้งสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.) (13 ตุลาคม พ.ศ. 2558 - 3 สิงหาคม พ.ศ. 2560[2]) ตั้งขึ้นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 1) พุทธศักราช 2558 มาตรา 39/2 ทำหน้าที่ศึกษาและปฏิรูปทั้ง 11 ด้านสืบต่อจาก สภาพปฏิรูปแห่งชาติ ที่ถูกยุบไปตามมาตรา 39/1
6. ที่ประชุมระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข (WM) เมื่อวันที่ 11 พย.59 ได้มอบหมายให้กรมอนามัย เป็นแกนหลักในการดำเนินการดำเนินการเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ

2. จากระธรรมนูญถึงแผนปฏิรูปประเทศ

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 ¹

1. มาตรา 55 ว่ารัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งการเข้าถึง และเข้าใจความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นองค์ประกอบหนึ่ง ที่สำคัญต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ
2. หมวดที่ 16 การปฏิรูปประเทศ มาตราที่ 258 ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศในด้านต่างๆ
3. มาตรา ๒๕๙ ภายใต้บังคับมาตรา ๒๖๐ และมาตรา ๒๖๑ การปฏิรูปประเทศตามหมวดนี้ ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ ² ซึ่งอย่างน้อยต้องมีวิธีการจัดทำแผน การมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนในการดำเนินการปฏิรูปประเทศ การวัดผลการดำเนินการ และระยะเวลาดำเนินการปฏิรูปประเทศทุกด้าน ซึ่งต้องกำหนดให้เริ่มดำเนินการปฏิรูปในแต่ละด้านภายในหนึ่งปีนับแต่วันประกาศใช้รัฐธรรมนูญนี้รวมตลอดทั้งผลสัมฤทธิ์ที่คาดหวังว่าจะบรรลุในระยะเวลาห้าปี
4. มาตรา ๒๖๖ ให้สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศอยู่ปฏิบัติหน้าที่ต่อไปพลางก่อนเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ จนกว่าจะมีกฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศที่ตราขึ้นตามมาตรา ๒๕๙

2. พรบ.การจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ³

1. มาตรา ๕ ให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกันอันจะก่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายดังกล่าว ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งจะต้องไม่น้อยกว่ายี่สิบปี การประกาศใช้ยุทธศาสตร์ชาติให้ทำเป็นประกาศพระบรมราชโองการ ⁴ และเมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้ และหน่วยงานของรัฐทุกหน่วยมีหน้าที่ดำเนินการเพื่อให้บรรลุ เป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ
2. พรบ.จัดทำยุทธศาสตร์ชาติ 2560 กำหนดให้มีคณะกรรมการ 2 ชุด คือ คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ และคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อร่างแผนยุทธศาสตร์ชาติ โดยแผนการปฏิรูปประเทศต้องสอดคล้องกับร่างแผนยุทธศาสตร์ชาติ และเมื่อคณะกรรมการปฏิรูปประเทศได้เขียนแผนปฏิรูปแล้วเสร็จ ต้องเสนอ คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติเพื่อเห็นชอบ โดยสำนักงานเลขาธิการ และเลขาธิการ ของทั้ง พรบ.จัดทำยุทธศาสตร์ชาติ 2560 และ พรบ.แผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ คือ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตามลำดับ
3. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศ⁵ ได้จัดทำแผนปฏิรูป และประกาศใช้ โดยประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๕ ตอนที่ ๒๔ ก ๖ เมษายน ๒๕๖๑ ⁶

3. ยุทธศาสตร์ชาติ 2561-2565

“ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”



ประกอบด้วย 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ได้แก่

1. ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง
2. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน
3. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
4. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม
5. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
6. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

เป้าหมาย

1. คนไทยเป็นคนดี คนเก่ง มีคุณภาพ พร้อมสำหรับวิถีชีวิตในศตวรรษที่ ๒๑
2. สังคมไทยมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนต่อการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต

ตัวชี้วัด

1. การพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาวะ และความเป็นอยู่ที่ดีของคนไทย
2. ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
3. การพัฒนาสังคมและครอบครัวไทย

ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

1. การปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรม
2. การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต
3. ปฏิรูปกระบวนการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ ๒๑
4. การพัฒนาระบบการเรียนรู้ตลอดชีวิต
 1. การปรับเปลี่ยนระบบการเรียนรู้ให้เอื้อต่อการพัฒนาทักษะสำหรับศตวรรษที่ ๒๑
 2. การเปลี่ยนโฉมบทบาท ‘ครู’ ให้เป็นครูยุคใหม่ โดยปรับบทบาทจาก “ครูสอน” เป็น “โค้ช” หรือ “ผู้อำนวยการการเรียนรู้”
 3. การพัฒนาระบบการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยเน้นการจัดระบบการศึกษาและระบบฝึกอบรมบนฐานสมรรถนะที่มีคุณภาพสูงและยืดหยุ่น
 4. การสร้างความตื่นตัวให้คนไทยตระหนักถึงบทบาท ความรับผิดชอบ และการวางตำแหน่งของประเทศไทยในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์และประชาคมโลก
 5. การวางพื้นฐานระบบรองรับการเรียนรู้โดยใช้ดิจิทัลแพลตฟอร์ม
 6. การสร้างระบบการศึกษาเพื่อเป็นเลิศทางวิชาการระดับนานาชาติ
5. การตระหนักถึงพหุปัญญาของมนุษย์ที่หลากหลาย
6. การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี
 1. การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ
 2. การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ
 3. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี
 4. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี
 5. การส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในทุกพื้นที่
7. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
8. การเสริมสร้างศักยภาพการกีฬาในการสร้างคุณค่าทางสังคมและพัฒนาประเทศ

4. แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข⁷

สภาพขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ(สปท.) มีประเด็นและข้อเสนอในการปฏิรูป ระบบสาธารณสุขที่ขับเคลื่อนต่อจากสภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ดังนี้

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

5. แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

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

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

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

6.ยุทธศาสตร์ ๒๐ ปีของกระทรวงสาธารณสุข⁹

- 1.1. กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวง และอยู่ในวาระปฏิรูปเร่งด่วน (Quick win) ของกระทรวง
- 1.2. ได้จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลอำเภอหลายแห่ง ขณะเดียวกันกรมอนามัย ได้วางแผนการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 10 ปี (พ.ศ. 2560– 2569) โดยมีเป้าหมายให้สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Societies) โดยใช้ 4 กลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คือ กลไกการสื่อสาร (Communication) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Capacity Building) การสร้างความผูกพัน (Engagement) และการเรียนรู้แบบเสริมพลัง (Empowerment) ควบคู่กับการกำกับ ติดตามอย่างเข้มข้น (Intensive M&E)
- 1.3. โครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 1.3.1. สร้างช่องทางการสื่อสาร เผยแพร่ความรู้ที่ประชาชน เข้าใจได้ง่าย เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง
 - 1.3.2. สร้างกิจกรรมการเรียนรู้รูปแบบต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจทางสุขภาพ
 - 1.3.3. ส่งเสริมการนำข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพ เข้าไปอยู่ในกิจกรรมของชุมชน เกิดการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพร่วมกัน

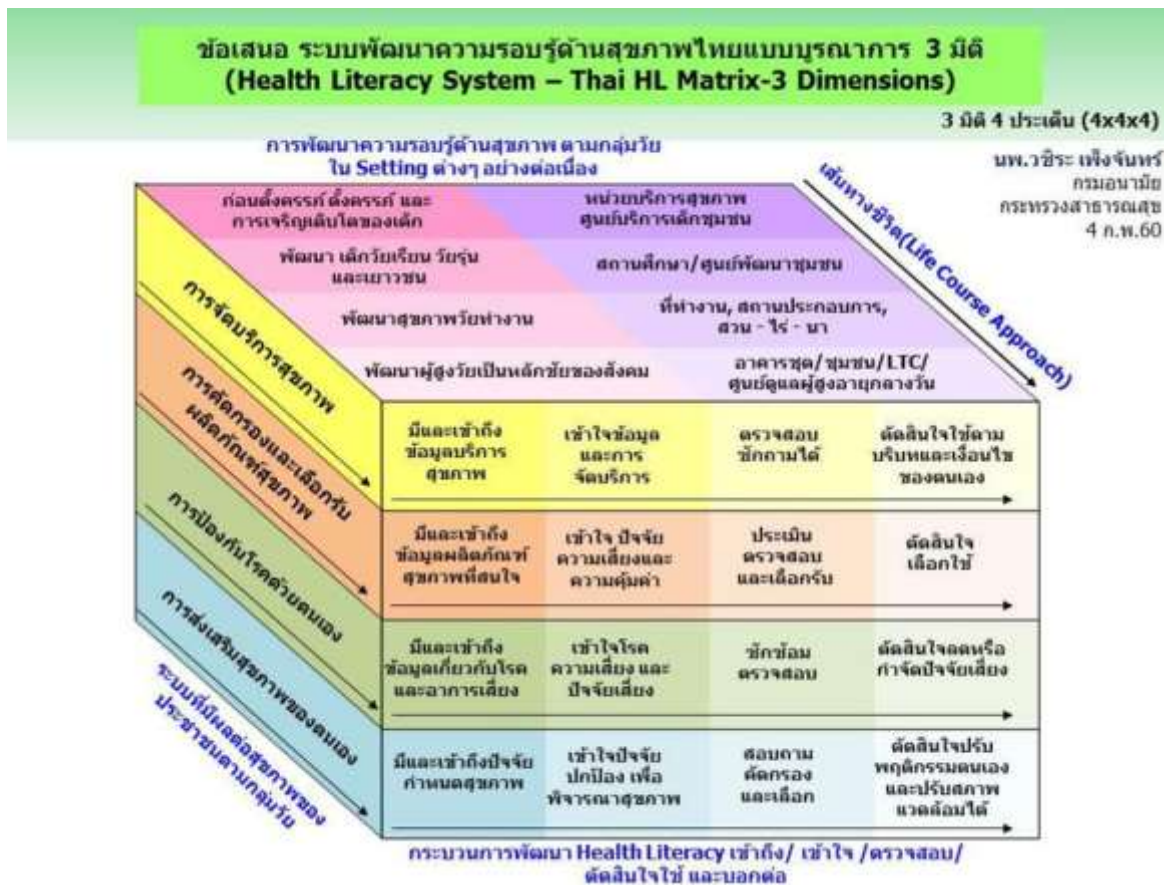
7.แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564) ¹⁰

เป้าหมาย

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

8. การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ กรมอนามัย พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน ¹¹

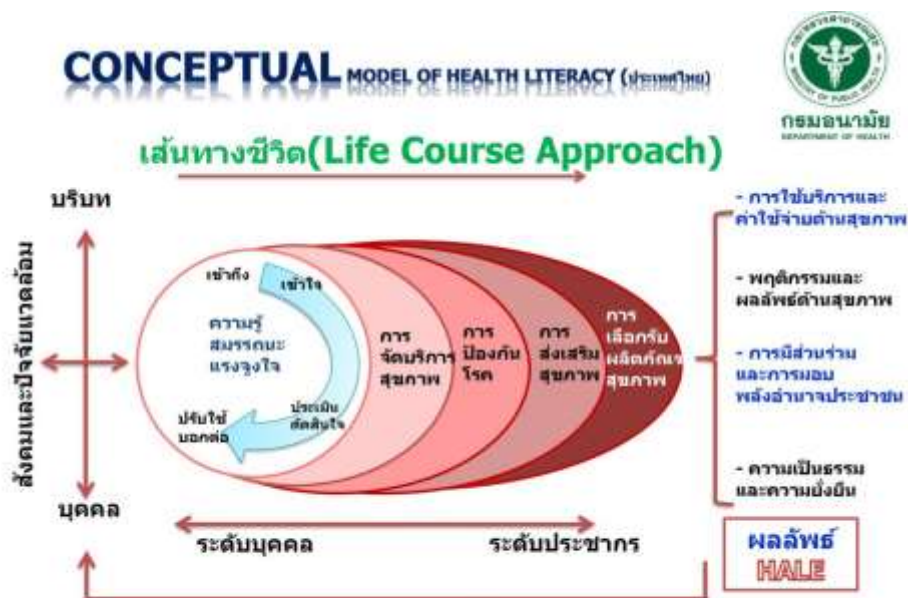
- แนวคิดในการดำเนินการความรู้ด้านสุขภาพ ใช้ Model ลูกเต๋า โดยประกอบด้วย 3 แกน (มิติ) ได้แก่



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



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



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

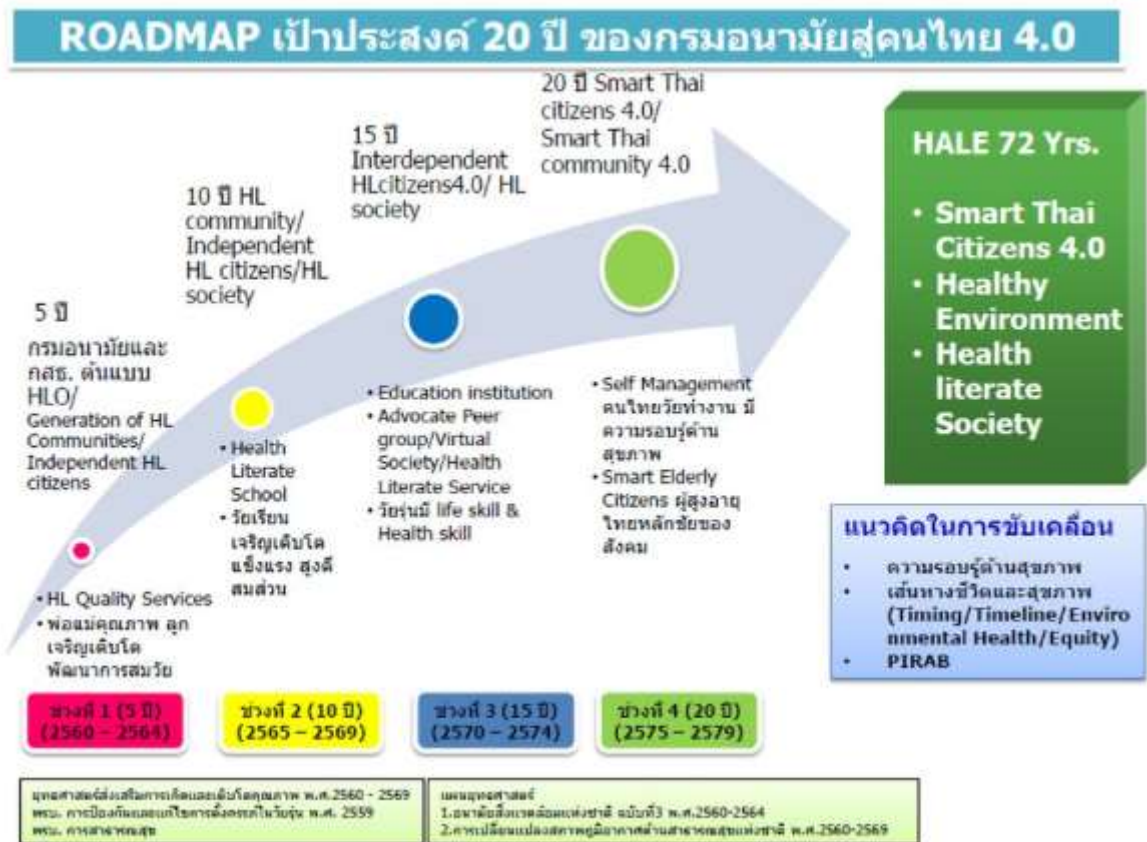
- 1.3. มิติการพัฒนาตลอดทุกช่วงวัย (Age Group) ใน Setting ต่างๆ ตาม Life course Approach ที่ประกอบด้วย 4 เรื่อง ได้แก่ Timing ,Timeline ,Environment ,Equity)



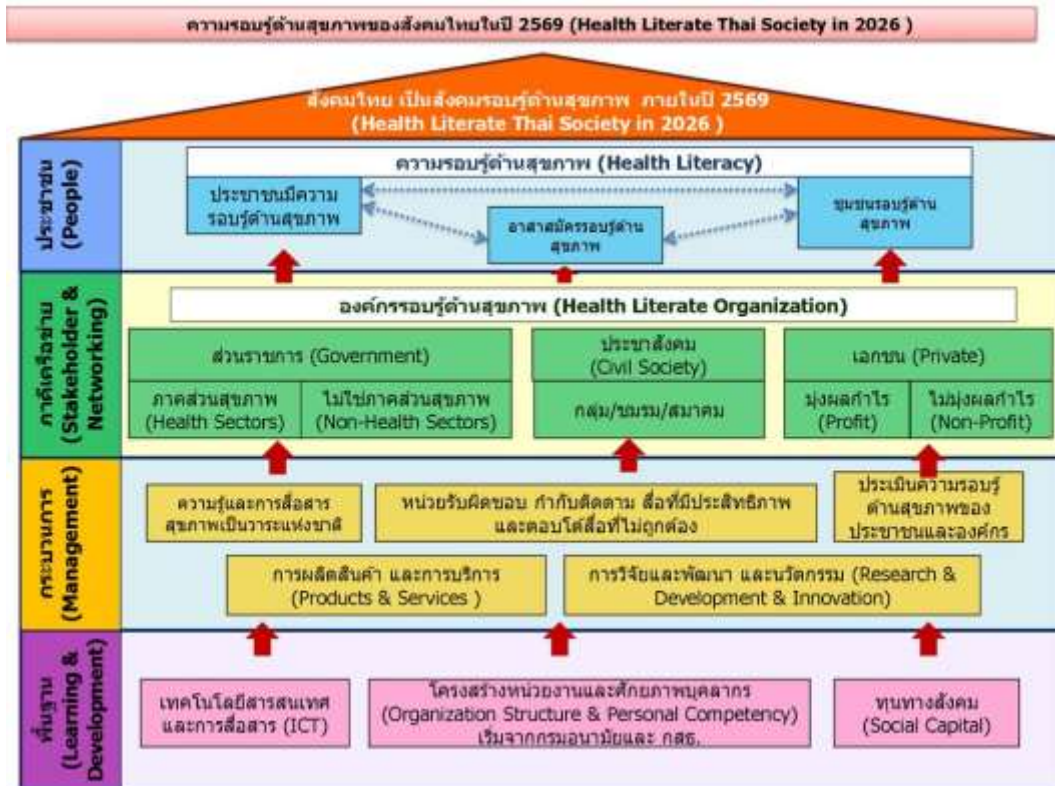
2. เป้าหมายในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ คือ คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ในปี 2564
3. ใช้กรอบแนวคิด Health Literate เป็นรากฐานของระบบสุขภาพ



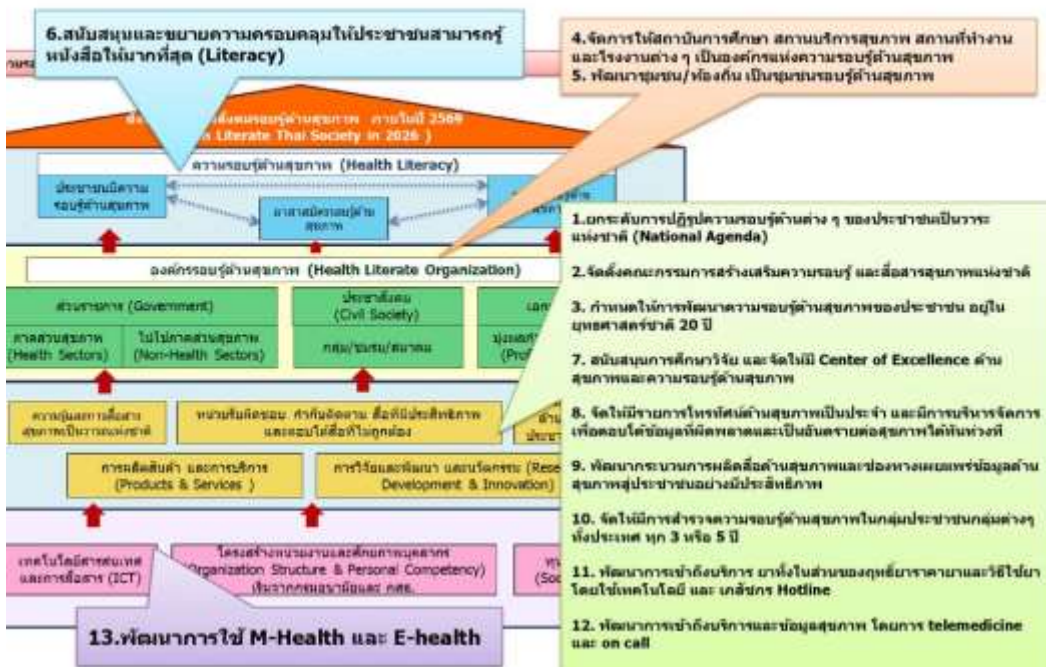
4. Road Map 20 ปี



5. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์



การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามข้อเสนอ วิป 3 ฝ่าย 2ฝ่าย



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



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

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

เอกสารอ้างอิง

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 (context)
2. พรบ.แผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๐ (context)
3. พรบ.การจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ (context)
4. ประกาศ เรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) (context)
5. ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีเรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านต่าง ๆ (ฉบับที่ ๒) (context)
6. การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๕ ตอนที่ ๒๔ ก ๖ เมษายน ๒๕๖๑ (context)
7. Action Plan แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (context)
8. Action Plan แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (context)
9. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) (context)
10. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (context)
11. การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย (context)
12. สมาคมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย (Thai Health Literacy Association : THLA) (context)
13. 66 Key Messages (context)
14. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1) (context)

ภาคผนวกที่ 3

Health Literate Healthcare Organization (HLHCO) Jürgen M. Pelikan

Contents:

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

Health Literate Healthcare Organization (HLHCO)

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

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

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

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

ประเด็นคำถามในบทนี้คือ

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

การพัฒนาแนวคิดที่เป็นองค์รวมเชิงระบบของ HLHOs

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

Terminology and definitions of organizational health literacy

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

1. นิยามที่ใช้แต่แรกใช้ Health Literate Environment ของ Healthcare setting หมายถึงด้านอุปสงค์ของสมการที่เสนอ โดย IOM (2004) หมายถึงความคาดหวัง ความชื่นชอบ และทักษะในการสื่อสารหรือบริการ (Rudd and Anderson, 2006, pi⁽⁴⁵⁾).
2. นิยามที่สอง มีผู้นิยามใช้มากที่สุด HLHOs คือองค์กรที่พัฒนาระบบที่ง่ายต่อประชาชนในการค้นหา เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Brach et al, 2012, p 1⁽¹⁰⁾).
3. นิยามที่สาม คือนิยามที่เป็นปัจจุบันที่ได้บูรณาการเนื้อหาที่กำหนดในนิยามของ Brach et al (2012) (10) กับ นิยามเชิงองค์รวมของ Health Literacy ของ HLS-EU Consortium (Sorensen et al, 2012, p 3⁽⁵⁰⁾) HLHOs คือ องค์กรที่พัฒนาระบบเพื่อให้ง่ายต่อการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม (ผู้ป่วยและญาติ บุคลากร/ ผู้บริหาร ในสถานบริการสุขภาพ ประชาชนทั่วไป) ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหรือข้อมูลสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้เพื่อการยกระดับ Health literacy ทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพในทุกๆวัน โดยใช้การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ เพื่อธำรงรักษาและยกระดับคุณภาพชีวิตตลอดทุกช่วงชีวิต เพื่อให้สามารถบรรลุแนวคิดที่เป็นองค์รวมเชิงระบบและยั่งยืน สถานบริการสุขภาพจำเป็นต้องประยุกต์ใช้หลักการและเครื่องมือของ การบริหารคุณภาพ (Quality Management) การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ร่วมกับการเสริมสมรรถนะขององค์กร ทั้งเรื่องโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรเพื่อให้เป็นองค์กรที่ Health Literate มากขึ้น (Pelikan and Dietscher, 2015b, slide 16⁽⁴²⁾)

Concepts, models and frameworks of organizational health literacy

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

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

Organizational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) framework, โดยมอง Health Literacy ในประเด็นของการตอบสนองของระบบบริการเพื่อให้ประชาชนและผู้มารับบริการเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Farmanova et al, 2018, p 4) ⁽²⁰⁾ . ทั้ง V-HLO and Org-HLR มุ่งเน้นให้องค์กรพัฒนาสมรรถนะ โครงสร้าง และกระบวนการขององค์กรเพื่อสนับสนุนการดำเนินการเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Farmanova et al, 2018, p 4) ⁽²⁰⁾ .

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

Institute of Medicine's Ten attributes of HLHCOs

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

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

1. ผู้นำได้บูรณาการเรื่อง Health Literacy เข้าไปใน พันธกิจ โครงสร้าง และการดำเนินการขององค์กรหรือไม่
2. บูรณาการเรื่อง Health Literacy เข้าไปในการวางแผน การวัดผลการดำเนินการ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และเรื่องการปรับปรุงคุณภาพ
3. เตรียมบุคลากรเพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการวัดความก้าวหน้าของการดำเนินการ
4. รวมเรื่องการตอบสนองในระดับประชากรเข้าไปในขั้นตอนของการออกแบบ การดำเนินการ และประเมินผลทั้งระบบข้อมูลข่าวสารและการบริการ
5. ตอบสนองความต้องการของประชาชนซึ่งมีความหลากหลายของระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยหลีกเลี่ยงการตีตรา (ปฏิบัติเหมือนกัน เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าตนอยู่ในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ)
6. ใช้กลยุทธ์สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเน้นการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพและแน่ใจว่าจะเกิดความเข้าใจในทุกจุดสัมผัสของการบริการ

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

10 Attributes of HLHCs *Institute of Medicine*

โดยในแต่ละคุณลักษณะจะอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็น และรายละเอียด รวมถึงวิธีการประเมิน และการนำสู่การปฏิบัติ เมื่อพิจารณาคุณลักษณะทั้ง 10 ประการ พบว่า

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Guides and toolkits เพื่อการประเมินหรือปรับปรุง organizational health literacy

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

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

การปรับปรุงคุณภาพ 8 เรื่องคือ

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

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

หลากหลายที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาองค์กรให้เป็น HLOs ในบริการที่หลากหลาย แต่สำหรับระดับบุคลากรที่เป็นวิชาชีพจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางให้เหมาะสมกับแต่ละวิชาชีพ รวมถึงการบูรณาการและทำให้เป็นมาตรฐาน

วิจัยเชิงประจักษ์ ในการสำเนาความคิด (Concepts) และแนวทาง (Guide) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ

วิจัยเชิงประจักษ์ สำหรับแนวคิด (Concepts) และแนวทาง (Guide) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ สรุปได้ว่า

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

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

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

ประกอบด้วย

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

ปัจจัยสู่ความสำเร็จที่จะ Health Literacy สู่การปฏิบัติ

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

Summary and conclusion

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

Reference

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

14. Cifuentes, M., Brega, A.G., Barnard, J. and Mabachi, N.M. (2015) Implementing the AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit: Practical ideas for primary care practices, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
15. Coughlan, D., Turner, B. and Trujillo, A. (2013) 'Motivation for a healthliteratehealthcare system – Does socioeconomic status play a substantial role? Implications for an Irish health policy-maker', *Journal of Health Communication*, 18, Suppl 1, 158-71.
16. DeWalt, D.A., Callahan, L.F., Hawk, V.H., Brouckson, K.A. and Hink, A. (2010) Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Prepared by North Carolina Network Consortium, the Cecil G. Sheps Center for Health Services Research, the University of North Carolina at Chapel Hill, Under Contract No HHSA290200710014, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
17. Dietscher, C. and Pelikan, J.M. (2017) 'Health-literate hospitals and healthcare organizations – Results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals', in D. Schaeffer and J.M. Pelikan (eds) *Health Literacy Forschungsstand und Perspektiven*, Bern: Hogrefe, 303-13.
18. Eichler, K., Wieser, S. and Brugger, U. (2009) 'The costs of limited health literacy: A systematic review', *International Journal of Public Health*, 54, 313-24.
19. Farmanova, E. (2017) Organization of health services for minority populations: The role of organizational health literacy and an active offer of health services in French in Ontario, Ottawa.
20. Farmanova, E., Bonneville, L. and Bouchard, L. (2018) 'Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues', *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 1-17.
21. Frosch, D.L. and Elwyn, G. (2014) 'Don't blame patients, engage them: Transforming health systems to address health literacy', *Journal of Health Communication*, 19, Suppl 2, 10-14.
22. Groene, R.O. and Rudd, R. (2011) 'Results of a feasibility study to assess the health literacy environment: Navigation, written, and oral communication in 10 hospitals in Catalonia, Spain', *Journal of Communication in Healthcare*, 4, 4, 227-37.
23. Hernandez, L.M. (2012) How can health care organizations become more health literate? Workshop summary, *Population health and public health practice*, Washington, DC: Institute of Medicine. Institute of Medicine. (2004) *Health literacy: A prescription to end confusion*, Washington, DC: National Academies of Science.
24. Johnson, A. (2014) 'First impressions: Towards becoming a health literate health service', *Australian Health Review*, 38, 2, 190-3.
25. Johnson, M. (2014) *Tackling barriers to integration in health and social care*, London: Housing LIN, Viewpoint

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

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

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

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